



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA VÍA INTERNET, PARA
PACIENTES CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Presenta:

HILDA OLIVIA DELGADO MARTÍNEZ

Directora de informe: Dra. Georgina Cárdenas López

Revisor: Dr. Ariel Vite Sierra

México, D.F. Ciudad Universitaria, Enero 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM.009
2013

M.

TPs.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la madre tierra, a Dios, al universo y a la vida, por permitirme estar aquí para concluir una más de mis metas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser parte de mi enriquecimiento personal y profesional.

A la Facultad de Psicología y cada miembro que conocí en ella que me compartió conocimiento, sabiduría y experiencia.

A la Dra. Georgina Cárdenas López por permitirme ser parte del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología.

A mis queridos padres por su cariño, confianza y apoyo incondicional.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
1. Introducción	5
1.1 Justificaciones	6
1.2 Objetivo General	7
2. Antecedentes	8
2.1 ¿Qué es Psicoterapia Vía Internet?	8
2.2 Ventajas y Limitaciones Psicoterapia Vía Internet	11
2.3 Tipos de comunicación en Psicoterapia Vía Internet	13
2.3.1 Comunicación Sincrónica	13
2.3.2 Comunicación Asincrónica	13
2.4 Candidatos a Psicoterapia Vía Internet	14
2.5 Características del Terapeuta Vía Internet	15
2.6 Herramientas en Psicoterapia Vía Internet	18
2.6.1 Mensajería (E-mail)	19
2.6.2 Mensajería Instantánea (Chat)	19
2.6.3 Videoconferencia	19
2.7 Ética en los servicios de Psicoterapia Vía Internet	21
3. Ansiedad	
3.1 Epidemiología	24
4. Depresión	
4.1 Epidemiología	27
5. Comorbilidad ansiedad y depresión	28
6. Intervención Cognitivo Conductual en Psicoterapia Vía Internet	29

6.1 Técnicas Cognitivo Conductual empleadas en Psicoterapia Vía Internet	31
6.2 Psicoeducación	32
6.3 Entrenamiento en Respiración	33
6.4 Reestructuración cognitiva	33
6.5 Control de emociones	37
6.6 Entrenamiento Asertivo	39
6.7 Entrenamiento en Solución de problemas	42
7. Finalidades fundamentales que se persiguen	43
7.1 Programa de Intervención	44
7.2 Población Destinataria	45
7.3 Espacio de trabajo	46
7.4 Fases por las que discurrió el procedimiento	46
7.5 Actividades contempladas en la modalidad terapéutica	47
7.6 Criterios de inclusión a Psicoterapia Vía Internet	47
7.6.1 Criterios de exclusión a Psicoterapia Vía Internet	47
7.7 Instrumentos de evaluación	48
7.7.1 Materiales	50
7.8 Estrategias de evaluación	51
8. Resultados Obtenidos	51
8.1 Participante No. 1	51
8.1.1 Resultados de las evaluaciones aplicadas	63
8.2 Participante No. 2	68
8.2.1 Resultados de las evaluaciones aplicadas	80
8.3 Discusión	86
8.4 Conclusión	89
9. Referencias	92
10. Anexos	99

1. Introducción

El uso de las nuevas tecnologías se encuentra presente en la vida actual y es cada vez mayor el uso que se tiene de estas para el aprendizaje y la comunicación. Tal como menciona Guerra (2001) México ha sido precursor en el uso de las nuevas tecnologías de la información, siendo estas un importante instrumento de apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje. La presencia de las nuevas tecnologías de la información es un valioso instrumento de apoyo que debe continuar como eje de la actividad educativa. Por lo cual deberán diseñarse modelos pedagógicos para usar eficientemente los recursos, así como nuevas modalidades, espacios para aprender y el desarrollo de las habilidades que la modernidad exige.

En la Facultad de Psicología de la UNAM, en el "Programa de Psicoterapia Vía Internet: una alternativa de formación profesional en psicología clínica". Tuvo lugar la realización de Prácticas Profesionales; en la cual la principal función a desempeñar fue el brindar apoyo terapéutico a participantes con trastornos psicológicos los cuales son canalizados a Psicoterapia Vía Internet por parte del Centro de Servicios Psicológicos (CSP).

Esta alternativa de formación profesional se encuentra dirigida a estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura. En la cual se les proporciona una capacitación para fomentar las habilidades y herramientas terapéuticas, las cuales son requisito fundamental para el buen desempeño en el trabajo clínico.

La temática que aborda el presente informe se enfoca a la aplicación de Psicoterapia Vía Internet en participantes con ansiedad y/o depresión, esta psicoterapia se fundamenta en el enfoque Cognitivo Conductual. A través de esta modalidad de tratamiento se le brinda a la persona las herramientas necesarias para una mejor calidad de vida, herramientas las cuales le permitan afrontar de

manera más adaptativa las situaciones en las cuales tenga conflicto.

La Psicoterapia Vía Internet tal como describe Luque (2009) no es otra cosa que la aplicación de una psicoterapia específica cognitivo conductual, en la cual la interacción está mediada por herramientas tecnológicas de comunicación e información. De igual manera, la Psicoterapia Vía Internet es el uso de tecnologías de comunicación e información con la finalidad de aplicar de manera novedosa formas tradicionales de psicoterapias.

1.1 Justificaciones

Es importante que los trastornos mentales sean atendidos, ya que en estudios reportados desde 1999, se muestra que la ansiedad y la depresión son las formas de psicopatología más frecuente en México. Por lo tanto es primordial que los tratamientos alternativos como Psicoterapia Vía Internet se adapten a las necesidades de cada persona, con horarios flexibles y costo accesible.

Debido a la falta de apoyo didáctico profesional en esta modalidad de Psicoterapia Vía Internet y ante la gran demanda que existe en la población que acude a solicitar atención al Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología de la UNAM, es cómo surgió la necesidad de formar terapeutas, capaces de dar apoyo psicológico de calidad a través de esta modalidad.

Psicoterapia Vía Internet es una alternativa de tratamiento, donde las sesiones son dadas por medio del uso de una computadora, utilizando el Messenger (chat) y el correo electrónico como principales herramientas de trabajo. En cuanto a los beneficios de esta modalidad cabe destacar: la rapidez en la transmisión de la información. La comunicación se ve favorecida por el uso del internet, incluso en personas con déficit de conductas asertivas. La flexibilidad del medio admite múltiples formas de comunicación, como: chat, videoconferencia, correo, comunicación telefónica, envío de archivos, etc. A través de internet, se

visitan páginas de profesionales de psicología, buscando información o aclaraciones sobre tópicos psicológicos.

1.2 Objetivo General

Escenario Educativo

Fomentar las herramientas y habilidades terapéuticas de los estudiantes de los últimos semestres de la Facultad de Psicología, para la intervención con participantes en el programa de Psicoterapia Vía Internet de la UNAM. Intervención en la cual se brinda apoyo psicológico a personas que lo solicitan.

Modalidad terapéutica

Proporcionar a los participantes las técnicas y herramientas utilizadas en la terapia Cognitivo Conductual, las cuales son necesarias para la mejoría. Dicha modalidad de terapia está enfocada en disminuir la ansiedad y la depresión.

Mostrar la eficacia de Psicoterapia Vía Internet a partir de los resultados cualitativos que se basan en los cambios positivos y metas logradas al finalizar el tratamiento.

Mostrar la eficacia de Psicoterapia Vía Internet a partir de los resultados cuantitativos; al ver disminuidos los puntajes obtenidos de la evaluación posterior a la inclusión del tratamiento (post), respecto a los puntajes obtenidos de la evaluación previa al tratamiento (pre).

2 .Antecedentes

En el año 2005 se funda el Programa de Psicoterapia Vía Internet; una alternativa de formación profesional en psicología clínica, en el laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVYC), ubicado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Este programa se encuentra dirigido por la Dra. Georgina Cárdenas López.

2.1 ¿Qué es Psicoterapia Vía Internet?

Internet es un lugar de encuentro de un número cada vez mayor de personas de diferentes grupos de edades y ocupaciones, que se conocen, relacionan, consultan, investigan y trabajan conectados a la red tendiendo a crear un nuevo tipo de "sociedad en línea" con sus propias reglas y estilos de relacionarse (Manrique, 2008).

Uno de los aspectos más importantes que tiene esta nueva tecnología de Internet, es la capacidad de acceso en cualquier lugar y momento, siendo una gran apertura hacia la comunicación y la investigación. Beneficiándose diversos modelos educativos al incluir y contemplar en el aprendizaje y la investigación el uso de estas tecnologías. Se favorece el concepto educativo desde el aprendizaje, más que desde la enseñanza ya que se apoyan las necesidades individuales de cada estudiante. Esta tecnología en la cual se tiene acceso, cada vez resulta más necesaria para estar comunicados e informados.

Internet también ofrece multitud de aplicaciones relevantes en el campo de la psicología clínica: acceso a recursos e información, popularización de guías de autoayuda, mecanización de la aplicación de test y cuestionarios, servicios psicológicos, servicios para psicólogos, etc. Es un instrumento valioso que permite llevar a cabo sesiones de tratamiento psicológico o consultas de orientación psicológica a distancia, de forma complementaria a la sesión presencial o de

forma exclusiva, mediante el empleo de las opciones de intercambio de información que la red pone a disposición de sus usuarios: correo electrónico, videoconferencia, páginas y programas de chat, páginas privadas de teleservicios sanitarios, la posibilidad de realizar llamadas telefónicas a costo inferior, etc (Barrientos, 2003).

Las posibilidades de vinculación y acción dentro del ciberespacio han permitido vislumbrar los beneficios de implementar terapia psicológica mediada o asistida por las nuevas tecnologías. Al utilizar Internet y sus prestaciones en la psicoterapia, el ciberespacio es el marco de la interacción; el encuadre terapéutico se produce dentro de ese espacio transicional que supone una extensión del mundo intrapsíquico del individuo (Suler, 2006).

Cutter (1996) de los primeros autores en hablar sobre terapia a distancia, argumenta que el tratamiento a distancia es más fácil que uno persona a persona, para personas con problemas significativos de relación con otros y puede ser valorado como un paso inicial para animar a que busquen una terapia tradicional. Hace mención del psicoterapeuta Vía Internet refiriéndose a un profesional graduado y entrenado en salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta).

Bermejo (1999) hace mención sobre la principal función de Psicoterapia Vía Internet la cual es ofrecer orientación y consejo por medio de la palabra escrita, hablada o por video conferencia.

Salama (2001) define Psicoterapia Vía Internet al asistir psicoterapéuticamente a través de la red a una persona que así lo solicita, con el fin de ayudarlo a encontrar soluciones y a orientarlo con profesionalidad con la única herramienta que se puede tener a través de este medio que son las palabras.

De acuerdo con el Comité Nacional de Certificación de Consejeros, Inc. (2001) se puede decir que la Psicoterapia Vía Internet, es la aplicación de los principios de los servicios de salud mental psicológica y del desarrollo humano, a través de lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, con estrategias sistemáticas de intervención, dirigidas al bienestar y el crecimiento personal (Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores 2005).

La educación, desde su nivel básico al universitario, ha experimentado en los últimos años, importantes innovaciones en los métodos pedagógicos empleados y en las técnicas que les sirven de soporte, incorporando poco a poco elementos de tecnología creciente. El desarrollo de la educación a distancia en entornos en línea tele-educación es una de las soluciones que más éxito ha obtenido en la difícil tarea de llevar la educación a zonas deprimidas, habitadas mayoritariamente por clases sociales bajas. Para superar estos inconvenientes, la tele-educación aporta un enorme potencial apoyándose en los servicios que las comunicaciones, la informática y los entornos multimedia ponen a su disposición (Guillen, Nuñez, González, Medina y Vidal, 2004).

Es importante mencionar que al incluir en esta modalidad la definición "educación", se amplía el término. Ya no solo se comprende el acto médico transmitido para fines de diagnóstico o terapia sino que incluye además la transmisión de este para educar tanto a otros profesionales de la salud como a la población misma. La tecnología siguió agregando posibilidades y abriendo horizontes para la asistencia en materia de salud y así surgió el término telesalud, el cual es más amplio e incluyente y lo entendemos como "la aplicación de las tecnologías de información y telecomunicaciones para transferir información del cuidado de la salud para brindar servicios clínicos, administrativos y educativos" (Mendoza, 2009).

Así como la modalidad Vía Internet da acceso a la información y educación, es importante que el participante tenga el conocimiento desde el comienzo sobre

las ventajas y limitaciones que tendrá con el uso de esta.

2.2 Ventajas y Limitaciones Psicoterapia Vía Internet

En la psicología de internet en algunas ocasiones las personas pueden llegar a ser desinhibidas cuando interaccionan con los demás en la red, llegando así más rápido a la información primordial que aqueja y que no muy fácilmente se diría estando frente a un psicólogo u otra persona (Wallace, 2001).

Ventajas

Dadas las condiciones en las que se ofrece la Psicoterapia Vía Internet, es que surgen ventajas de esta modalidad, Letacar (2005) hace mención de ellas:

- ✓ Con esta modalidad se evitan los desplazamientos, con lo cual se goza con más tiempo y así se evitan las demoras.
- ✓ Se valora la comodidad para el acceso con personas que padezcan algún temor o fobia y que les impida salir a la calle solos, así como también facilita la comunicación incluso en personas con déficit de conductas asertivas.
- ✓ Registro escrito de las comunicaciones. Los chats y mails, quedaran guardados en el ordenador si la persona así lo desea. Y esto le dará la posibilidad de releer la sesión, días después de esta.
- ✓ El contacto terapéutico puede tomarse más flexible y frecuente, puesto al mantener sesiones de chat y un conflicto aflora al finalizar la sesión, dentro de las posibilidades del consultante, estará escribir un mail y así obtener una respuesta del terapeuta.
- ✓ El anonimato. Por esta razón al realizar el tratamiento en línea, muchas veces es la opción preferida por el consultante. Ya que no se desplaza a ningún lado, por esta razón nadie tiene por que saber que está llevando un proceso terapéutico.

- ✓ El hecho de que el terapeuta no esté enfrente, de alguna manera desinhibe al consultante. Y con esto se abre paso a la espontaneidad.

Limitaciones

Un problema señalado con frecuencia en el proceso de Terapia Vía Internet es la falta de señales visuales. No hay acceso a los comportamientos no verbales que son innegablemente importantes en el proceso de consejería. Esta limitación puede descartar la experiencia de enfoques terapéuticos que requieren la presencia en persona (Alleman, 2002).

Las limitaciones según Bermejo (2001) son:

- ✓ Ausencia de comunicación no-verbal. Personas con problemas que sugieran déficit en esta área no se beneficiarán significativamente de una terapia por internet.
- ✓ Dificultad en el establecimiento de una buena relación terapéutica, en una intervención empleando programas de audio-conferencia podría salvarse fácilmente este inconveniente.
- ✓ Ausencia de espontaneidad y naturalidad, difícil de transmitir en una intervención por chat escrito.
- ✓ El problema de la asincronía es relevante en la terapia e-mail. Mediante el intercambio de mensajes de correo electrónico, a menudo las personas prefieren respuestas inmediatas a sus problemas y no aceptan demoras excesivas en el correo.
- ✓ Dificultad en la evaluación del cliente. El no disponer de información verbal y no-verbal del cliente restará fiabilidad y validez al diagnóstico, el cual dependerá exclusivamente, de test, cuestionarios y de sus escritos.
- ✓ Alargamiento de la terapia. Si no se emplea audio durante una comunicación terapéutica por internet, un tratamiento puede extenderse en el tiempo excesivamente, ya que el volumen de la información

intercambiada por escrito, siempre será inferior y más lenta en la transmisión.

- ✓ El problema de la seguridad y la confidencialidad
- ✓ La invisibilidad del terapeuta puede ser generadora de ansiedad o confusión por parte del cliente no adaptado al uso de las nuevas tecnologías en la comunicación terapéutica.

2.3 Tipos de comunicación en Psicoterapia Vía Internet

La comunicación es el proceso mediante el cual se transmite información, hay una interacción entre dos interlocutores a través del habla o la escritura. En este proceso de comunicación Vía Internet existen dos modalidades aplicables.

2.3.1 Comunicación Sincrónica

En la comunicación sincrónica, cliente y psicoterapeuta están sentados al mismo tiempo en su computadora, hay una interacción en tiempo real. Algunos ejemplos incluyen el chat de texto, chat multimedia, teléfono por internet, videoconferencia, mensajería instantánea.

2.3.2 Comunicación Asincrónica

El mejor ejemplo de comunicación asincrónica es el correo electrónico; cuando se escribe un mensaje de correo electrónico no se tiene una conexión directa entre cliente y psicoterapeuta, ya que ellos no se encuentran al mismo tiempo en sus computadoras. Aunque la percepción del sentido de presencia desaparece, el sentarse a leer un mensaje puede provocar el sentirse subjetivamente como si se estuviera en un espacio temporal fluido con la otra persona.

2.4 Candidatos a Psicoterapia Vía Internet

Bermejo (2001) menciona las siguientes características:

- La persona que solicita apoyo psicoterapéutico tiene dificultades para acudir a un consultorio de un profesional de su localidad.
- Su trastorno le impide inicialmente acudir al consultorio físico del psicólogo (fobia social, agorafobia, etc.)
- Muestra facilidad de comunicación por esta modalidad y capacidad de precisión a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- Se considera familiarizado con la modalidad y dispone de recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico a distancia.
- Si el trastorno o trastornos presentados no tienen la consideración de muy graves.

Las siguientes pautas fueron desarrolladas por el grupo de estudio de caso clínico de la Sociedad Internacional para la Salud Mental en Línea (ISMHO), las cuales establecen que la capacidad de beneficiarse de la Terapia Vía Internet será determinada en parte por las habilidades y conocimientos que se tengan sobre la computadora, considerando lo siguientes puntos:

- Conocimientos adecuados del uso de la computadora e Internet.
- El participante se siente lo suficientemente motivado para experimentar nuevos ambientes y técnicas de comunicación.
- Considerar el tipo de acceso a Internet que se tenga.

2.5 Características del Terapeuta Vía Internet

Punto importante a mencionar sobre las características del Terapeuta Vía internet es lo mencionado por Jechimer (2008), el saber distinguir desde el inicio si el problema que presenta la persona atendida no responde únicamente a una causa física, fisiológica o médica, sino que es un problema psicológico y cuál es su grado de relación con lo fisiológico. Así como también es importante; adaptar el lenguaje al nivel cultural de la persona, permitiendo asegurar que se entiende toda la información que se proporciona.

Caballo (1998) menciona que además de los conocimientos básicos acerca de los trastornos psicológicos, los terapeutas Vía Internet deben contar con ciertas habilidades y aptitudes, sin olvidar que el éxito profesional en el campo de la práctica profesional, es también el éxito terapéutico (Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores, 2005).

A continuación se mencionan algunas competencias a tomar en cuenta:

Conocimiento y manejo de Nuevas Tecnologías

Las supervisiones se llevan a cabo en línea por lo cual el dominio de los ambientes tecnológicos permitirá un mejor desenvolvimiento para el terapeuta y su trabajo. Tomando en cuenta esto, es básico el manejo de herramientas en programas de texto y estadística, así como manejo de internet y sus herramientas (plataformas de servicio, correo electrónico, chats, etc.) ya que son el instrumento de trabajo. Así mismo el terapeuta vía internet tendrá que resolver dudas, inconvenientes o desacuerdos acerca del servicio.

Habilidades de redacción y análisis

Se recomienda que el terapeuta en línea posea un gusto por la lectura y la escritura; ya que esto le permitirá expresar ideas claras en las sesiones terapéuticas y de supervisión. Además tendrá que estar familiarizado en el análisis de texto, en técnicas de biblioterapia y principios básicos de terapia narrativa. Así como también con una redacción y ortografía impecable para el buen trabajo terapéutico Vía Internet. Además de una habilidad para la realización de preguntas y análisis de respuesta.

Habilidades empáticas

Se refiere a la demostración de comprensión y la aceptación de la persona tal y como es, esto es sin prejuicios que limiten el proceso terapéutico, aceptando sus características y buscando un beneficio y crecimiento constante para ambos.

Organización y control

Se refiere a la capacidad para determinar eficazmente prioridades de las metas de tratamiento planteadas en el inicio de la terapia, tomando en cuenta los recursos, esta planificación puede ir cambiando a lo largo de las sesiones. Se toman en cuenta las expectativas y se elaboran las metas del tratamiento, así como los planes y posibles obstáculos a lo largo de la terapia, para finalmente evaluar los avances y resultados con base en las metas fijadas en un inicio.

Eficacia Profesional

En el trabajo terapéutico se seguirán los lineamientos establecidos con precisión, con el seguimiento de los resultados obtenidos y alcanzando una alta efectividad profesional. El profesional de la Salud Mental está regido por lineamientos propios de psicoterapia Vía Internet, de los diagnósticos establecidos

por el DSM-IV y normas de trabajo de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Así como está en constante evaluación, lo que permite una mejora constante en su trabajo.

Toma de decisiones

Tomando en cuenta el modelo terapéutico y las normas con las que se está trabajando, el terapeuta tendrá que apegarse al establecimiento de metas y formulación de caso para elegir las alternativas más viables para alcanzar el éxito terapéutico, así como para analizar las consecuencias positivas y negativas de lo implementado y con cada decisión tomada.

Comunicación Interpersonal

Se refiere a establecer una relación terapéutica apropiada para fomentar el libre intercambio de información, haciendo uso de los diferentes recursos de comunicación y aplicándolos adecuadamente a cada caso.

Trabajo multidisciplinario en equipo

Establecimiento de relaciones profesionales de cooperación con los demás integrantes, terapeutas, coordinadores y supervisores, esto generará un ambiente de agradable trabajo, así como la solución oportuna de problemas que puedan surgir y el enriquecimiento de herramientas e ideas acerca de las formas de trabajo.

Negociación

Se refiere a la habilidad para llegar a acuerdos, utilizando estrategias adecuadas con el fin de conseguir las metas planteadas particularmente con los participantes, sin embargo, se recomienda que también el terapeuta sepa y pueda negociar situaciones de conflictos con su equipo de trabajo.

Liderazgo

Tener habilidades de persuasión e influencia para obtener las metas de trabajo planteadas, con estrategias profesionales, así como el compromiso para el desarrollo y éxito del trabajo terapéutico.

Autodesarrollo

Se refiere a ser capaz de aprender de la experiencia propia y de la de terceros, estar en continua búsqueda de recursos para mejorar profesional y personalmente. Este autodesarrollo podrá depender de la autocrítica, de la evaluación de participantes y supervisores, de las metas personales y profesionales puestas.

Autoconfianza

Es importante que esta característica el terapeuta la tenga en sí mismo, en sus recursos, habilidades y procurando una actitud positiva ante las metas y objetivos propuestos, adquiriendo la responsabilidad de los problemas y éxitos obtenidos a lo largo de su desarrollo profesional.

2.6 Herramientas en Psicoterapia Vía Internet

El participante debe contar con herramientas tecnológicas necesarias para llevar a adelante el proceso terapéutico. Este requerimiento se debe mencionar al inicio de la terapia.

De las herramientas utilizadas en esta modalidad de tratamiento cabe destacar:

2.6.1 Mensajería (Correo Electrónico)

Herramienta en la cual se intercambian mensajes escritos por medio de la red. A través del uso del correo electrónico se informa y se orienta a la persona sobre la problemática o conflictos que le motivan a realizar la búsqueda de información. El inconveniente está en la falta de inmediatez, pueden transcurrir 2 días a renovarse los correos. La ventaja está en la conservación de los escritos para poder volver a repasarlos posteriormente (Alabart, 2007).

2.6.2 Mensajería Instantánea (Chat)

Herramienta en la cual se desarrollan las sesiones terapéuticas cuya función principal es la interconexión de usuarios en una charla en tiempo real.

2.6.3 Videoconferencia

Una de las principales herramientas para el terapeuta, ya que puede observar a la persona y viceversa, por lo que hace que la terapia sea más personal. En el uso de esta, las interacciones suelen ser más espontáneas (Jocoma, 2012).

2.7 Ética en los servicios de Psicoterapia Vía Internet

La ética es fundamental, ya que es la forma en la que se garantizará el buen tratamiento. En primera instancia es relevante que los terapeutas tengan la iniciativa de ayudar a los demás, por lo cual deben ser capaces de inspirar confianza y seguridad (Bureau of Labor Statistics, 2011).

Es importante que el terapeuta se encuentre familiarizado con el Código Ético del psicólogo ya que así garantiza la protección de los usuarios respecto a los servicios psicológicos que se brinde. Este es el camino sobre el cual se debe

basar la profesión, así como también el apoyo en la toma de decisiones.

Psicoterapia Vía Internet es definida por La Junta Nacional de Consejeros Certificados (NBCC) como "la práctica del asesoramiento del profesional y de la entrega de la información que ocurre cuando los clientes y los consejeros están en posiciones separadas o remotas y utiliza medios electrónicos de comunicar sobre el internet". Los estándares de (NBCC) para la práctica ética son específicos y dan la impresión que esta es un área la cual debe contar con un pensamiento cuidadoso, la consideración de implicaciones de esta modalidad y sus posibles efectos en el tratamiento (Hughes, 2000).

Barrientos, (2011) menciona que en cuanto a la Psicoterapia Vía internet, son muchas las instituciones que se han pronunciado acerca de las cuestiones éticas y legales del uso del internet como vehículo para la psicoterapia. Varias han asentado en códigos o estándares de ética para la práctica profesional, quienes trabajan en este campo están comprometidos a mantener dichos estándares.

Estos códigos abarcan asuntos diversos entre los que se destacan cuestiones como:

- Necesidad de reglamentaciones y leyes que regulen el ejercicio de esta práctica.
- La privacidad y confidencialidad de los datos del cliente.
- La información debe de estar disponible con respecto al costo, la duración y modalidad de las sesiones.
- El cuidado del acceso a este servicio a menores.
- Mención sobre la posibilidad de falla en la tecnología, se comentan las formas de comunicación alternativa.

En esta modalidad de terapia Vía Internet se le proporciona al participante

antes comenzar el tratamiento, un formato de consentimiento. Este documento explica toda la información que se quisiera saber para decidir si se desea participar o no en esta modalidad. Se revisa con el participante cada punto y una vez comprendido el formato, el participante lo firma al estar de acuerdo. Al ser firmado se da inicio a la modalidad de terapia Vía Internet. Este formato se muestra más adelante en los anexos.

Aunque la psicología Vía Internet puede resultar para algunos poco serio y seguro, hay que tener en claro que si se trata de profesionales éticos, no tendría porque existir diferencia con respecto a la terapia convencional, ya que la información que se maneje en la consulta será al igual que en una terapia presencial, confidencial y el psicólogo deberá guardar bajo secreto profesional. Tomando en cuenta esto, la psicología y las terapias en línea se incorporarán progresivamente a los tratamientos tradicionales y tal vez sean una alternativa válida para muchos. Seguramente no podrán generalizarse y habrá casos en los que será más efectiva, una terapia presencial y otros en los que un tratamiento en línea será la solución (Carambula, 2010).

La ansiedad y la depresión son trastornos de alta incidencia; por lo cual resulta importante brindar un tratamiento de calidad que brinde confianza y seguridad como lo es Psicoterapia Vía Internet.

En los apartados siguientes se describe de manera detallada la ansiedad y la depresión; síntomas, epidemiología, comorbilidad.

3. Ansiedad

Es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de toda la vida. Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad, a lo largo de la escala biológica, es la protección del individuo. La ansiedad que puede ser considerada

normal aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Pero si esta valoración de amenaza está distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una ansiedad que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Si la ansiedad es persistente, da lugar a alteraciones psicológicas, además de generar pensamientos, ideas e imágenes negativas. Los temores o miedos pueden llegar a ser muy intensos, llegando al terror o pánico (Cía, 2004).

La respuesta de ansiedad en general se evidencia mediante un conjunto de manifestaciones, las cuales se expresan en forma conjunta y pueden ser activados en mayor o menor grado en diferentes individuos y se pueden agrupar, según Peter Lang (1968) en tres áreas:

- a) Fisiológico, somático o corporal
- b) Cognitivo, mental o subjetivo
- c) Conductual o comportamental

Síntomas Fisiológicos

Síntomas Cardiovasculares:

- Taquicardia o pulso acelerado
- Elevación de la tensión arterial
- Palpitaciones
- Opresión en el pecho
- Palidez o rubor

Síntomas respiratorios:

- Sensación de ahogo o de falta de aire
- Ritmo respiratorio acelerado o superficial
- Dificultad para respirar

Síntomas Gastrointestinales

- Nauseas
- Dificultad para tragar
- Vómitos
- Diarreas o cólicos intestinales
- Gases

Síntomas genitourinarios

- Orinar frecuentemente
- Dolor al orinar
- Disminución del deseo sexual
- Eyaculación precoz e impotencia o disfunción eréctil en el hombre

Síntomas Neurovegetativos

- Sequedad de mucosas, especialmente de boca y lagrimales
- Sudoración excesiva, especialmente en cara, axilas, manos y plantas de los pies.
- Sensación de desmayo inminente
- Rubor o palidez

Síntomas psicofísicos

- Fatigabilidad excesiva y agotamiento

Síntomas Cognitivos

- Sensación de inseguridad
- Aprehensión
- Preocupación
- Sentimientos de minusvalía o inferioridad

- Incapacidad de afrontar diferentes situaciones
- Sentirse amenazado, como anticipando eventuales peligros
- Indecisión
- Apatía
- Pérdida de la objetividad y de la capacidad para pensar con lucidez.

Síntomas Conductuales

- Inquietud o hiperactividad
- Parálisis motora o inmovilidad
- Movimientos torpes, temblorosos o desorganizados
- Comportamientos de evitación o alejamiento de la situación temida.

Según el DSM-IV-TR (2001) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), los Trastornos de Ansiedad se clasifican en:

- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social
- Fobia Específica
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Agorafobia

3.1 Epidemiología

Los trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas. Un análisis de la Organización Europea para la Salud en el Trabajo mencionó que en Norteamérica (Estados Unidos, Canadá y México)

señala que los trabajadores latinoamericanos presentan un cuadro en donde el 13% se queja de dolores de cabeza, un 17% dolores musculares, 30% dolor de espalda, 20% fatiga y 28% componentes de ansiedad (Virues, 2005).

Los síndromes ansiosos son las formas de psicopatología más frecuente en México. Estudios reportados en 1999 realizados en población mexicana encontraron que el 14.8% presenta algún trastorno de ansiedad. Existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres de 2 a 1 respectivamente (Virgen, Lara y Morales, 2005).

El amplio repertorio de problemas enlazados con la ansiedad constituye uno de los ejes básicos de la psicopatología y de la salud mental. Solamente los denominados trastornos de ansiedad, generan estimativamente, el 33% de los costos actuales globales destinados a tratar problemas de salud mental. Según datos de la OMS, se estima que el 25% de las personas asistidas en la clínica general, presentan síntomas de ansiedad, la mayoría de los cuales son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (Cía, 2004)

4. Depresión

Se caracteriza por un estado de ánimo triste persistente, pérdida de energía e interés por las cosas, incapacidad para disfrutar (anhedonia), y otros (alteraciones en el peso, trastornos del sueño, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte). Que frecuentemente afectan al funcionamiento del individuo. Estos síntomas son muy inespecíficos y pueden constituir una respuesta normal a situaciones vitales estresantes, o bien formar parte de otros procesos, psiquiátricos o no. La enorme repercusión que tiene la depresión, se deriva de su elevada frecuencia y de su gran capacidad para producir discapacidad (Gonçalves, González y Vázquez 2003).

La enfermedad depresiva continúa siendo el trastorno mental más común (OMS, 1999) y se reporta un incremento en ella. Se estima que hasta un tercio de la población sufre de un episodio de depresión leve en algún momento de su vida (Paykel y Priest, 1992).

Para el año 2020, es posible que la depresión se encuentre en segundo lugar, entre las cargas internacionales para los servicios de salud, medida según causa de mortandad, discapacidad, incapacidad para laborar y recursos médicos utilizados (Hartlet, 1998; OMS, 1998).

El espectro sintomático de la depresión se puede dividir en cuatro y suele desarrollarse a lo largo de días o semanas:

Síntomas emocionales:

- Tristeza
- Pérdida de ilusión
- Desesperanza
- Pesimismo injustificado
- Anhedonia
- Ansiedad

Síntomas Fisiológicos:

- Falta de energía
- Alteraciones del sueño (insomnio, despertar precoz, pesadillas, en ocasiones hipersomnia)
- Alteraciones del apetito (frecuentemente pérdida de apetito y pérdida de peso, más infrecuente, atracones)
- Somatizaciones (dolor de cabeza, dolor en región dorsal)

Síntomas Cognitivos:

- Contenidos negativos
- Pérdida de confianza
- Sentimientos de minusvalía
- Inferioridad e inutilidad

Síntomas Conductuales

- Apatía
- Pérdida de iniciativa
- Indecisión
- Fatigabilidad extrema
- Aislamiento
- Abandono de las actividades de la vida diaria

4.1 Epidemiología

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) , actualmente, una de cada 25 personas vive con depresión, aunado a que 20% de la población del planeta la va a experimentar por lo menos una vez a lo largo de su vida. Las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión. Unos setenta y tres millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto. En este sentido los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las mujeres reciben múltiples presiones y además han de enfrentarse a la discriminación por motivos de género y en algunos casos a la violencia de género que contribuye a la elevada prevalencia de los problemas mentales en las mujeres (O.M.S, 2009).

La prevalencia de los trastornos depresivos en México se sitúa entre el 5%-10% en población adulta, en personas mayores hasta el 15%. Estas cifras aumentan al referirnos a aquellas personas con síntomas depresivos, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos de depresión. La repercusión asistencial es mayor, estimándose que en las consultas de atención primaria casi un 30% de los sujetos presentan algún cuadro depresivo, ya sea éste de tipo aislado o como síntomas asociados a otros trastornos (Virgen, Lara y Morales, 2005).

5. Comorbilidad Ansiedad y Depresión

La coexistencia de ansiedad y depresión es la norma más que la excepción. Los trastornos de ansiedad pueden asociarse con otros trastornos psiquiátricos. Son más prevalentes que los trastornos del humor, aunque aparecen juntos con frecuencia: el 60% de las personas con historia de depresión mayor, a lo largo de su vida cumplían en algún momento con criterios de ansiedad. La mitad de las personas con historia de trastorno de ansiedad habrían cumplido criterios de depresión mayor. Es más frecuente que los trastornos de ansiedad precedan a los de depresión (70% de los casos) que lo contrario (15%). El 15% de los pacientes refieren ambos cuadros a la vez (Gonçalves, González y Vazquez, 2003).

En la Encuesta Nacional de Comorbilidad (1994) se informó que el 58% de los afectados por depresión mayor tenían manifestaciones de algún Trastorno de Ansiedad, incluyendo a un 24,3% de los encuestados con Fobia Específica, un 27% Con fobia Social, un 17% con Trastorno de Ansiedad Generalizada y un 9.9% con el trastorno de Agorafobia. Los pacientes con Depresión y Ansiedad comórbidas tienden a mostrar impedimentos psicológicos y sociales más graves y experimentan más quejas somáticas y ansiedad que aquellos sin comorbilidad.

La coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión no ocurre de la misma forma en todos los sujetos. En algunos de ellos, durante el curso de un trastorno de ansiedad aparece un síndrome depresivo, el cual mantiene

claramente su preeminencia psicopatológica. En otros, la ansiedad, tanto somática como psicológica, surge como síntoma en el curso de una depresión mayor, configurando un síndrome depresivo-ansioso. Actualmente se considera que la depresión y la ansiedad se presentan y coexisten muy frecuentemente (Cía, 2007).

Según este autor, los síntomas comunes entre ansiedad y depresión son:

- Fatiga
- Baja autoestima
- Insomnio
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Agitación

6. Intervención Cognitivo Conductual en Psicoterapia Vía Internet

La terapia cognitiva conductual pretende ser algo más que una técnica de reestructuración del estilo de procesamiento de la información. En opinión de Beck (1995), esta terapia es una estrategia global sobre la forma de manejar los problemas presentados del individuo. La línea directriz de la terapia cognitiva conductual, se encuentra en el principio de que (el modo en que construimos el mundo percibido externo e interno a nosotros mismos es lo que determina nuestras emociones y conductas) La tarea del terapeuta irá dirigida a guiar a la persona a darse cuenta de cómo éste construye el mundo que percibe y cómo ese modo de construir el mundo se encuentra en las bases de sus emociones y conductas. El terapeuta se valdrá de distintas estrategias, unas más cognitivas y otras más conductuales; la meta siempre es la misma (que la persona se dé cuenta de su papel activo en el control de las emociones y conductas e introduzca la correspondiente modificación cognitiva “pensamientos automáticos” (Olivares y Méndez, 2005).

Clark y Beck (1989) mencionan que acorde con el modelo cognitivo, el sistema de procesamiento de la información conduce a la aparición de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de la ansiedad y la depresión. Sin embargo el modelo cognitivo no afirma que el sesgo en el procesamiento de la información sea la única causa de la psicopatología: las variables genéticas, del desarrollo, hormonales físicas y fisiológicas también pueden estar involucradas.

Greenberg y Padesky (1998) afirman que en toda problemática humana hay al menos cinco elementos presentes:

- ✓ Ambiente
- ✓ Cogniciones
- ✓ Emociones/afectos
- ✓ Comportamientos motores
- ✓ Biología

El modelo de terapia cognitiva conductual está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión y la ansiedad son frecuentemente mantenidos por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a reconocer los conjuntos de rasgos característicos del pensamiento y una vez identificados el sujeto pueda modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica (Leahy, 2003).

Las cogniciones de los sujetos con ansiedad se centran alrededor de tres temas: aceptación, competencia y control, que comparten el hilo común de la amenaza. Los aspectos de la aceptación se basan sobre el temor de que la persona no sea aceptable para los demás. El componente cognitivo central de los sujetos preocupados por la competencia es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Las

personas que temen perder el control se centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan. No es la situación en sí misma lo que se teme, sino la posible pérdida de control. También pueden interpretar muchas interacciones sociales como intentos de otras personas para controlarles (Beck, Emery, 1985)

La descripción cognitiva de Beck (1995) para el desarrollo y el mantenimiento de la depresión fue un modelo relativamente directo, donde se considera que todos los síntomas de la depresión son mantenidos por un contenido de pensamiento generalmente negativo en relación con el sí mismo, el ambiente y el futuro. Este contenido negativo de pensamiento era el resultado de un estilo de tendencia negativa en el procesamiento de la información, como la magnificación de los aspectos negativos y la minimización de los rasgos positivos. El contenido negativo del pensamiento y el procesamiento de la información se consideran comprensibles en términos de las estructuras cognitivas latentes o esquemas que representan el historial pasado de aprendizaje del individuo. Los esquemas quizá estén silenciosos por largos periodos, pero se podrían activar por acontecimientos desencadenantes particulares, como la pérdida real o percibida de un ser amado o la pérdida de estatus (Lyddon y Jones, 2002).

En esta intervención Vía Internet se utilizan técnicas cognitivo conductuales, con la finalidad de que reduzcan las conductas y emociones disfuncionales, modificando el comportamiento y los pensamientos del individuo; para que la ansiedad y/o depresión disminuyan.

6.1 Técnicas Cognitivo Conductual empleadas en Psicoterapia Vía Internet

En esta modalidad de Psicoterapia Vía Internet el tratamiento que se aplica a los participantes tiene bases sustentadas en el enfoque Cognitivo Conductual. También se basa en la investigación que se ha hecho siete años atrás hasta la fecha en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVYC). El cual

sigue los protocolos de tratamiento de la ansiedad y la depresión realizado por Cárdenas, Flores, De la Rosa y Serrano (2010).

A continuación se muestran las técnicas cognitivas conductuales detalladamente, así como el orden visto de cada una de ellas.

6.2 Psicoeducación

Comprende toda la información que es posible ofrecer al cliente y a su familia acerca de la enfermedad que padece y de las posibilidades terapéuticas (Cía, 2004).

Es el proceso que brinda a los clientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida (Bulacio y Vieyra, 2003).

En Psicoterapia Vía Internet, es el punto de partida y consiste en dar a conocer al participante la información completa acerca de su padecimiento. El terapeuta lo explica de forma tal que se comprenda que es lo que está sucediendo. El terapeuta puede enviar una o varias lecturas sobre este padecimiento y así el participante tendrá mayor información. Así como también el terapeuta se encarga de la retroalimentación para asegurarse que se comprendió todo.

6.3 Entrenamiento en Respiración

El objetivo de la técnica de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y hacer automático este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Una de las ventajas de esta técnica es que es de fácil aprendizaje y se puede utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica. Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica producidos por estas (Labrador, 1992).

Tener hábitos correctos de respiración es muy importante ya que aporta al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. El ritmo de vida actual favorece una respiración incompleta, superficial, que no utiliza toda la capacidad funcional de los pulmones.

En psicoterapia Vía Internet, se dedican algunas sesiones en tiempo real con el participante, donde se le instruye el modo adecuado para realizar esta técnica, adicionalmente le es enviado una presentación detallada de su empleo, junto con un audio. Así mismo este entrenamiento complementa el trabajo realizado por otras técnicas y ayuda a la persona a dejar de lado su tensión, lo que le permite afrontar los factores estresantes que minimizan la autoeficacia de la persona y le dificultan la toma de decisiones en problemas cotidianos. En este entrenamiento se le enseña al participante a respirar adecuadamente, disminuyendo su activación fisiológica, destensar los músculos y mejorar la concentración.

6.4 Reestructuración cognitiva

Esta técnica se enfoca tanto a identificar como a modificar las cogniciones desadaptativas de la persona, poniendo importancia en su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Ya que las percepciones, las creencias, las

expectativas, las atribuciones, las interpretaciones y los esquemas cognitivos, se entienden ahora como responsables, en gran medida de los problemas (Olivares y Méndez, 2005).

Muchas creencias son aprendidas de otras personas como los padres, los amigos u otras personas importantes en la vida del sujeto. Las creencias irracionales, son comunes en las personas con un trastorno de ansiedad o depresión (Ruiz, 2004).

Según Beck (1995), las personas desarrollan en la infancia una serie de esquemas básicos que le sirven para organizar su sistema cognitivo, las personas pueden tener pensamientos o representaciones mentales de modo automático, sin la intervención de un proceso de razonamiento previo, las personas pueden cometer distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información y los acontecimientos vitales estresantes, pueden activar esquemas básicos disfuncionales.

Beck (1976) define los pensamientos automáticos como cogniciones negativas que tienen una serie de características distintivas:

- a) Aparecen como si fueran reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo;
- b) Son irracionales e inadecuadas;
- c) A la persona le parecen totalmente plausibles y las acepta como válidas;
- d) Son involuntarias (a la persona le cuesta bastante detenerlas)

En ocasiones se presentan imágenes de modo automático que resumen en sí mismas toda una cadena de pensamientos automáticos. Estas imágenes son típicas en algunos trastornos de ansiedad, adquiriendo un marcado carácter catastrofista. Los pensamientos automáticos contienen, a menudo, distorsiones cognitivas que es preciso aislar y corregir. El cambio terapéutico se logra a medida que se identifican estas cogniciones defectuosas "pensamientos, creencias,

suposiciones" y después se someten a una rigurosa prueba de realidad (Beck y Emery, 1985).

En psicoterapia Vía Internet el terapeuta incita a que el participante identifique sus pensamientos. Identifica los pensamientos negativos de sí mismo y de su entorno, para posteriormente poder reemplazarlos por pensamientos más adaptativos que fomenten una conducta eficaz. Esta técnica ayuda a tener pensamientos más realistas que fortalecen la autoestima. A partir de estos pensamientos la persona se acepta y es capaz de integrar la realidad, como consecuencia puede adaptarse y modificar su entorno.

Una vez que se incita al participante a identificar las falsas creencias o los pensamientos negativos, se hace la confrontación con las preguntas:

- ✓ ¿Qué evidencia tienes para pensarlo?
- ✓ ¿Dicha creencia te produce algún bienestar?
- ✓ ¿La creencia te deja algo positivo?
- ✓ ¿Esta se basa en tú experiencia personal o en las ideas que tienes de tu familia u otras personas?

Con la ayuda de estas preguntas se logra que el participante modifique su creencia irracional. Posterior a esta confrontación se le muestra como realizar una afirmación que contraponga a la creencia irracional. Una afirmación es corta, simple, directa, en tiempo presente. "Yo merezco ser feliz, porque soy una persona que lucha, que tiene ilusiones y sueños". De esta forma se incita al participante a modificar cognitivamente las ideas disfuncionales acerca de él y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla con las diversas distorsiones cognitivas:

Tabla 1. Distorsiones Cognitivas

Distorsión Cognitiva	Definición
Inferencia Arbitraria	Extraer conclusiones que no están en consecuencia con la evidencia objetiva. Tender a un tipo de interpretaciones cuando son más apropiadas las interpretaciones neutras o de sentido contrario.
Lector de Mentes	Es un tipo particular de inferencia arbitraria. Consiste en concluir, sin tener suficiente evidencia objetiva, que nuestro interlocutor está reaccionando negativamente ante nosotros.
Error del Adivino	Es un tipo particular de inferencia arbitraria. Consiste en anticipar, sin evidencia objetiva, que las cosas van a ir mal, dándose ya como inalterable esa predicción del futuro.
Personalización	Atribuirse a uno mismo fenómenos externos cuando no existen datos suficientes para realizar dicha atribución.
Abstracción Selectiva	Sesgar la información de modo consistente con un esquema disfuncional, desatendiendo la información que contradice a dicho esquema.
Sobregeneralización	Aplicar conclusiones apropiadas para un caso específico a toda una clase de experiencias, basándonos en las similitudes percibidas.

Magnificación	Atender en exceso, y exagerar la importancia de, aspectos negativos de una experiencia.
Minimización	Descartar la relevancia de una experiencia positiva
Pensamiento Dicotómico	Evaluar las propias cualidades personales recurriendo a categorías extremas (Bueno, Malo, Listo/Tonto, etc.)
Razonamiento Emocional	Suponer que las emociones negativas que sentimos reflejan, necesariamente, la realidad." Yo siento...; por tanto, yo soy..."
Descalificación de lo positivo	Rechazar las experiencias positivas, insistiendo en razones de poco peso para descartar dichas experiencias.
Afirmaciones Debería	Aplicar de modo rígido reglas sobre nuestras obligaciones o las de los demás.
Externalización de la propia valía	Minimizar nuestro papel en aquellas cosas que nos confieren valor.

Olivares, (2005).

6.5 Control de Emociones

Las emociones regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción. En primer lugar establecen las metas que nos son prioritarias y nos organizan para llevar a cabo ciertas acciones concretas. Las metas que se persiguen están profundamente relacionadas con la regulación de de nuestros vínculos sociales. Sentirnos felices y amorosos nos prepara para la cooperación, la tristeza para la retirada. En segundo lugar, las emociones

establecen las metas hacia las que se dirigen las cogniciones y las acciones, lo que convierte al afecto en un determinante crucial de la conducta humana (Greenberg y Paivio (2000).

Según los principios de la terapia cognitiva, los productos cognitivos (pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas) poseen relevancia sobre la respuesta motora y emocional. Recordemos que el postulado principal del que parte el modelo informacional es que nuestra manera de actuar y sentir depende de cómo interpretamos la realidad. La mente modula (selecciona, transforma, decodifica, almacena, recupera) la entrada de información y actúa sobre los otros sistemas. De cierta manera creamos nuestros sentimientos y nuestra manera de comportarnos (Walter, 2009).

Dentro del proceso terapéutico, progreso y recuperación, el participante puede tener sentimientos y emociones que surjan y que sean desconocidos por él. Esto sucede particularmente cuando se vuelve a tener aquellas emociones que fueron originarias del problema. Es importante identificar las emociones, saber que ocurre, si se trata de miedo, ira, pena, frustración, rencor, etc. Cualquiera que sea la emoción es importante identificarla.

A través de esta Psicoterapia Vía Internet, se le ayuda al participante a incrementar su autoconocimiento emocional, se le brindan las herramientas y estrategias para identificar y expresar sus emociones más funcionalmente. En esta técnica se hace uso de una lista de emociones positivas y negativas para ayudar al participante a discriminar exactamente lo que siente, ya que algunas veces estos no son capaces de describir o darle nombre a lo que están sintiendo.

El terapeuta trabaja a la par con la técnica de respiración profunda, la cual ayudara a la optimización de la identificación y expresión de emociones. Así como también se guía con siguientes las preguntas:

- ✓ ¿Qué estoy sintiendo en este momento?
- ✓ ¿En qué parte de mi cuerpo esta esa emoción?
- ✓ ¿Qué forma tendría esa emoción si se pudiera materializar?
- ✓ ¿Cuál es el tamaño de esa emoción?

Una vez identificadas las emociones se da paso a la expresión de estas; ya sea llorando, gritando, andando o practicando algún deporte. Esto no es perjudicial como rechazarlas; ya que son formas de expresión.

6.6 Entrenamiento Asertivo

En la conducta asertiva la persona actúa con naturalidad; escucha atentamente. Verbalmente expresa lo que quiere; expresa sus sentimientos; habla objetivamente, usa mensajes "Yo", habla cuando tiene algo que decir, habla bien de sí mismo si es necesario o conveniente; su comunicación es directa. Su voz es firme, relajada, bien modulada. Su mirada es franca, ve a los ojos, tiene ojos expresivos. Su postura es bien balanceada, relajada y tranquila. Sus movimientos de las manos son relajados, naturales y acogedores (Trejo, 2006).

Ser asertivo es una manera de actuar entre tres maneras extremas de ser, encontrando un equilibrio entre: Agresión, Manipulación y Sumisión.

Agresión

En la conducta agresiva la persona exagera para demostrar su superioridad. Refleja agresividad. Verbalmente exige y usa palabras altisonantes. Hace acusaciones, impone su opinión, se comunica a base de mandatos; usa mensaje "Tú". Habla mucho para no ser contrariado y llamar la atención. Se sobrestima, habla solamente de sí mismo. Su voz es fuerte, con frecuencia grita, voz fría y autoritaria. Su mirada es sin expresión, fija, penetrante y orgullosa. Su postura es rígida, desafiante y soberbia. En cuanto a sus manos usa el dedo acusatorio, hace movimientos rechazantes o aprobatorios (Trejo, 2006).

Sumisión

En la conducta sumisa la persona actúa con la esperanza de que los demás adivinen sus deseos. Su apariencia es de inseguridad. Verbalmente se disculpa constantemente; da mensajes indirectos, habla con rodeos; no encuentra palabras adecuadas; no dice lo que quiere decir; habla mucho para clarificar su comunicación; no dice nada por miedo o por vergüenza; se humilla a sí mismo. Su voz es débil, temblorosa, con volumen bajo. Evita el contacto visual, sus ojos son caídos y llorosos. Su postura es agachada, mueve la cabeza en forma afirmativa constantemente. En cuanto a sus manos estas son temblorosas y sudorosas (Trejo, 2006).

Manipulación

En la conducta manipuladora la persona intenta conseguir lo que quiere haciendo a otros sentirse culpables o arrepentidos por su conducta previa. Se juega un rol de víctima o mártir en un esfuerzo para hacer que los otros lo cuiden y se hagan responsables de las consecuencias de sus acciones. Cuando esta manipulación no funciona, presentan agresión o fingen indiferencia. Los manipuladores solo logran su objetivo con aquellas personas que no logran reconocer lo que está pasando de una manera general. La persona manipulada puede sentirse confundida y después enojada o resentida hacia el manipulador.

La asertividad es una actitud y un modo de actuar en una situación en donde se necesita:

- Expresar emociones y sentimientos
- Preguntar a alguna persona algo en particular
- Decir no cuando hay algo que no gusta o no se desea.

En psicoterapia Vía Internet se identifica con el participante las situaciones problema, seguido por el modelado de las respuestas más apropiadas y eficaces que son guiadas por el terapeuta. El participante representa a la persona con la que tiene problemas. El entrenamiento en las nuevas respuestas conductuales implica que el terapeuta represente el papel de la persona con que tiene problemas y el participante practique sus propias respuestas.

Para la enseñanza de la asertividad se guía al participante para que reflexione y ancle en su vida las cinco áreas principales de la asertividad:

1. Darse cuenta de los sentimientos, necesidades y deseos
2. Desarrollar conductas no-verbales asertivas
3. Reconocer y ejercer los derechos humanos.
4. Aprender a decir NO
5. Practicar respuestas asertivas primero escribiéndolas y luego en la vida real.

1. Darse cuenta de los sentimientos, necesidades y deseos

Estar en contacto con lo que se siente, se necesita y se desea; es un importante prerrequisito para ser asertivo.

2. Conductas No-Verbales Asertivas

- ✓ Mirar directamente a la otra persona cuando se esté hablando con ella.
- ✓ Tono de voz firme, pero no elevado.
- ✓ Postura corporal recta y relajada.
- ✓ Movimientos corporales serenos
- ✓ Acuerdo hacia los argumentos de los demás

3. Reconocer y ejercer los derechos humanos

Todas las personas deben estar enteradas de sus derechos y ejercerlos con honestidad. Desarrollar la asertividad implica reconocer que uno mismo y todos los demás, tienen derechos que respetar. Se apoya este tema con la lista de los derechos humanos más importantes; con la finalidad de que el participante reflexione sobre ellos, los conozca y posteriormente logre ejercer cada uno.

4. Aprender a decir NO

Un aspecto importante de ser asertivo es tener la habilidad para decir "No", cuando no se quiere hacer algo. Decir "No" significa poner límites con las demandas de acuerdo a las necesidades o deseos.

6.7 Entrenamiento en Solución de problemas

Un problema es un obstáculo existente o anticipado que requiere respuestas para el funcionamiento adaptativo. La solución es cualquier respuesta de enfrentamiento diseñada para abordar el problema. La meta final de esta técnica es implementar soluciones efectivas, que son aquellas respuestas de enfrentamiento que no solo alcanzan la meta de la solución de problemas sino que también maximizan otras consecuencias positivas y minimizan efectos negativos (Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores, 2005).

El componente importante de esta técnica son las habilidades de afrontamiento. El término afrontamiento se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (D'Zurilla y Nezu, 1999).

Durante el proceso de tratamiento se deben considerar ciertos pasos o etapas que ayuden al buen funcionamiento de la autoestima que pueden ser

modificados de acuerdo a las necesidades de cada participante. La posibilidad de solucionar sus propios problemas le permite al participante sentirse competente y exitoso, lo que favorece su autoestima (Ruiz, 2004).

En psicoterapia Vía Internet se aborda esta técnica de acuerdo al modelo de Nezu y D´Zurilla, que emplea para la solución eficaz de un problema 5 pasos (Nezu et- al. 2003):

- ✓ Orientación hacia el problema
- ✓ Definición y formulación del problema
- ✓ Generación de alternativas
- ✓ Toma de decisiones
- ✓ Puesta en práctica de la solución y verificación

En psicoterapia Vía Internet el terapeuta guía en la implementación de cada uno de estos pasos, ya que estos le servirán al participante para tener en cuenta cual es el conflicto de mayor relevancia y la forma en que lo podrá solucionar. El participante realizara sus propias alternativas ante la situación problema. Se ayuda también de las técnicas anteriores e ira integrando así lo ya aprendido, todo esto para ponerlo en práctica y llegar a la solución efectiva del problema.

7. Finalidades fundamentales que se persiguen

Psicoterapia Vía Internet se enfoca principalmente hacia el bienestar, ya que al entrar en esta modalidad de terapia en primera instancia el participante busca solucionar el trastorno que le aqueja, a partir de esto se le ofrece un tratamiento eficaz y confiable, acorde a sus necesidades. Es relevante que el terapeuta tenga interés en ayudar a los demás, por lo cual debe ser capaz de inspirar respeto, confianza y seguridad.

Se guía al participante hacia la forma de actuar más funcional respecto a su problemática, dándole las herramientas indispensables en cada una de las técnicas; el participante las interioriza en su vida. Este tipo de modalidad de terapia no ha de ser reducida solo a un conjunto de técnicas, sino a una manera de pensar y organizar la problemática.

7.1 Programa de intervención

En "Psicoterapia Vía Internet: una alternativa de formación profesional en psicología clínica", se realizaron las prácticas profesionales con duración de año y medio, donde se dio la atención psicológica a participantes canalizados del Centro de Servicios Psicológicos (CSP).

Previo a esta intervención, hubo una capacitación de seis meses, con la finalidad de enriquecer los conocimientos de la terapia cognitivo conductual en los estudiantes de los últimos semestres. Una vez finalizada esta capacitación se asigna los participantes a atender. Las fases del tratamiento se muestran a continuación:

Tabla 2. Fases Tratamiento

	No. Sesiones
<p>Parte I</p> <p>Sesiones de Evaluación</p> <p>Identificación, evaluación e información general.</p>	<p>Sesión 1</p> <p>Sesión 2</p> <p>Sesión 3</p>
<p>Parte II</p> <p>Sesiones de Tratamiento</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Sesión 4</p> <p>Sesión 5</p> <p>Sesión 6</p>

(Creencias Irracionales)	Sesión 7 Sesión 8
Parte III Identificación de Emociones	Sesión 9 Sesión 10 Sesión 11 Sesión 12
Parte IV Entrenamiento Asertivo	Sesión 13 Sesión 14 Sesión 15 Sesión 16 Sesión 17
Parte V Solución de Problemas	Sesión 18 Sesión 19
Parte IV Sesión de Cierre	Sesión 20

Nota: Se establece el número de sesiones entre 16 a 20, esto dependerá del ritmo de aprendizaje de cada participante en cada técnica (Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores, 2005).

7.2 Población Destinataria

Escenario Educativo

- Este programa de psicoterapia Vía Internet está dirigido a estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM de 7° 8° y 9° semestre, con la finalidad de que desarrollen su servicio social y prácticas profesionales. Siendo capacitados para esta alternativa de tratamiento y posteriormente ser

asignados como terapeutas a los participantes que soliciten tratamiento.

Modalidad Terapéutica

- La población a la cual estuvo dirigida la intervención Vía Internet fueron participantes canalizados de Centro de Servicios Psicológicos, los cuales presentaban síntomas de ansiedad y/o depresión.

7.3 Espacio de trabajo

El espacio utilizado para dar las sesiones de tratamiento Vía Internet fue el cubículo 18 del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM. El cual se encuentra vinculado con el Laboratorio de enseñanza Virtual y Ciberpsicología. (LEVYC) Ubicado en el sótano del edificio D. Este espacio se encuentra asignado para dar las sesiones vía chat o videoconferencia, así como también se encuentra acondicionado con el equipo necesario para estas sesiones.

7.4 Fases por las que discurrió el procedimiento

- Evaluación de los conocimientos previos que se tienen acerca de la terapia Cognitiva Conductual, de los trastornos psicológicos, así como también de las habilidades terapéuticas y de la psicoterapia.
- Capacitación en Psicoterapia Vía Internet.
- Evaluación posterior a la capacitación para corroborar las habilidades y conocimientos adquiridos en la capacitación.
- Atención de participantes en la modalidad Psicoterapia Vía Internet
- Realización de altas y reporte clínico de los resultados obtenidos.

7.5 Actividades contempladas en la modalidad terapéutica

- Aplicación y evaluación de pruebas psicológicas
- Supervisión Clínica
- Redacción de diagnóstico para el participante
- Planeación de la sesión respecto al perfil del participante
- Redacción de bitácora de cada sesión
- Aplicación de técnicas cognitivo conductual
- Integración de lo trabajado en todas las sesiones
- Retroalimentación general del tratamiento

7.6 Criterios de Inclusión a Psicoterapia Vía internet

- Ser mayor de 18 años.
- Puntaje en mínima, leve y moderada, en inventario de ansiedad de Beck (BAI) e Inventario de depresión de Beck (BDI). El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Donde mínima puntúa 0- 5, leve 6- 15, moderada 16- 30, severa 31- 63.
- Habilidad y conocimiento básicos de computadora.
- Acceso a una computadora con conexión a internet.

7.6.1 Criterios de Exclusión a Psicoterapia Vía Internet

- No estar de acuerdo con la modalidad de tratamiento
- Recibir actualmente tratamiento psicológico.
- Trastorno severo
- Abuso de alcohol y drogas

7.7 Instrumentos de evaluación

Con esta modalidad de terapia, se da atención a participantes que son diagnosticados con ansiedad y/o depresión. Como pruebas iniciales relevantes se encuentra el inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), con los resultados se corrobora que los participantes sean candidatos a esta modalidad y posteriormente se envían las siguientes pruebas de evaluación.

✓ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (1988)

La traducción, normatividad y estudio de las propiedades psicométricas de la versión en español del BAI para población mexicana la llevó a cabo Robles y Páez (2000) con un índice de consistencia interna de 0,83 en adultos. El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el síndrome de ansiedad. Esta escala es de las más utilizadas para la medición de la ansiedad. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Evalúan las diferentes manifestaciones de la ansiedad: psíquicas, somáticas, comportamentales.

✓ Inventario de Depresión de Beck (BDI) (1986)

La validación de la versión en español del BDI para población mexicana la llevó a cabo Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) con un índice de consistencia interna de 0,87 en adultos. El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de Beck.

- ✓ Inventario de Exploración Clínica (Caballo y Salazar, 2005)
Adaptado por Psicoterapia Vía Internet (2007) de Caballo y Salazar. El inventario consta de 7 apartados, los cuales son respondidos por el participante y cubren: datos clínicos, datos familiares, área de ocio, área social, datos laborales, relación de pareja, problemas y obsesiones, otras cuestiones. A través de este cuestionario estructurado se le pide al participante lo conteste con la finalidad de reforzar hipótesis e información.

- ✓ Inventario de Calidad de Vida y Salud (Sánchez, Riveros y Andrew, 2007)
Este inventario evalúa fundamentalmente la calidad de vida y salud, fue diseñado para población mexicana y tiene una consistencia interna total de 0,90 (Alfa de Cronbach) para pacientes crónicos. El inventario consta de 57 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 6 opciones (0 al 100%). Evalúa fundamentalmente la calidad de vida y salud, abordando los siguientes aspectos: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia terapéutica, relación con el medio, bienestar y salud, comentarios generales y datos sociodemográficos. A menor puntaje hay menor calidad de vida, a mayor puntaje a mayor calidad de vida.

- ✓ Inventario de Autoestima (Reidl, 2002)
Conformada por 17 reactivos tipo likert, con cuatro opciones de respuesta, las cuales van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Mide factores de autoestima positiva (9) y factores de autoestima negativa (8).

- ✓ Inventario de Creencias Personales (Kassinove y Berger, 1982)
Este inventario de pensamiento irracional es la más reciente versión de la medición de la irracionalidad de acuerdo con la TRE (Terapia Racional

Emotiva). La escala original consta de 60 ítems. "Escala de creencias para padres" el patrón de puntajes de seis subescalas (Principios Básicos, Catastrofizar, Debieras Autodirigidos, Debieras Directos, Baja Tolerancia a la frustración, Auto Valía) fue desarrollado por Andrew Berger y Howard Kassinove en 1981. La más reciente versión es llamada el Inventario de Creencias Personales. Se elimina la subescala de Principios Básicos y se redujo el número de ítems a 50. Ahora se usa una escala de 6 puntos de calificación para cada ítem. Estos cambios fueron hechos después de que un análisis factorial validara la consistencia de las cinco escalas, pero mostro que los principios básicos eran poco fiables. Es utilizado para obtener puntajes acerca de creencias personales particularmente irracionales. La adaptación del instrumento para Psicoterapia Vía Internet, utiliza 25 ítems con una escala de calificación de 6 puntos. (Adaptado por Psicoterapia Vía Internet, 2007)

- ✓ Escala de Autoevaluación de la mejoría (Botella y Ballester, 1997)
En esta escala se valora el estado de mejoría del participante del 1 al 6. Donde 1=Muchísimo peor, 2=Bastante peor, 3=Un poco mejor, 4=Sin cambios, 5=Un poco mejor, 6=Bastante mejor, 7=Muchísimo mejor.

7.7.1 Materiales

- Formulación del caso de Nezu (Nezu, 2003)
- Formato de consentimiento
- Formato metas tratamiento
- Formato autoregistro semanal
- Bata blanca
- Expedientes
- PC con acceso a internet
- Video Cámara Web
- Diadema con micrófono

7.8 Estrategias de evaluación

Se basan en las evaluaciones aplicadas a los participantes; inventarios y escalas antes mencionadas. Así como de los formatos proporcionados al participante; metas tratamiento, autoregistro semanal. Las cuales son herramientas indispensables para el diagnóstico.

8. Resultados Obtenidos

De los participantes atendidos se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de psicoterapia Vía Internet de dos participantes que presentaron ansiedad y/o depresión. Se muestran los resultados cualitativos obtenidos de la aplicación de las técnicas cognitivas conductuales. Se muestran los resultados cuantitativos obtenidos de las evaluaciones.

8.1 Participante No. 1

Hombre 47 años, estatura media, complexión mediana. Muestra concordancia en el tiempo y espacio. Su apariencia concuerda con su edad, su vestimenta es casual, se muestra aliñado. En general su apariencia física incluyendo vestimenta concuerda con su edad cronológica. Vive con su esposa de 48 años e hijo de 15 años. Estudio licenciatura en Química. Se dedica a las ventas del área farmacológica. El participante se muestra tranquilo y con ánimos de solucionar su problema. Muestra interés en saber si su forma de actuar y abordar los problemas es adecuada. Menciona ser un hombre introvertido, callado y serio. Desea mejorar y cambiar aspectos que no sean funcionales.

Motivo de Consulta: "Falta de atención e interrupción en las conversaciones principalmente con la esposa" El participante expresa: *"Estoy teniendo problemas familiares por tener fallas en la comunicación, en particular prestar atención, he*

ocasionado enojo en mi esposa y en mi hijo. A veces olvido temas importantes que se han tratado, y postergo tomar acciones derivadas de conversaciones en las que no he prestado suficiente atención, o no he retenido la información que necesito. Lo que me confunde es que no percibo estar teniendo este mismo comportamiento en el ámbito laboral”.

Tratamiento:

Los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas empleadas se resumen en la tabla 3.

Tabla no. 3 Objetivos Terapéuticos y Técnicas de Intervención empleadas

Objetivos	Técnicas
Disminuir los niveles de activación fisiológica.	Entrenamiento en respiración
Identificación de las creencias irracionales, relacionadas con la queja psicológica. Confrontar creencias irracionales Crear pensamientos más adaptativos. Confrontar nuevas creencias irracionales. Aumentar la autoestima.	Reestructuración Cognitiva

<p>Identificar las emociones positivas y negativas.</p> <p>Expresar las emociones más funcionalmente, mediante formas de expresión.</p> <p>Incrementar el autoconocimiento emocional.</p>	<p>Control de emociones</p>
<p>Estrategias de afrontamiento en situaciones interpersonales:</p> <p>Expresar emociones y sentimientos.</p> <p>Preguntar a alguna persona algo en particular.</p> <p>Decir "No", cuando hay algo que no gusta o no se desea.</p> <p>Relaciones sociales más cercanas.</p>	<p>Entrenamiento Asertivo</p>
<p>Identificar y elaborar alternativas de solución a problemas específicos.</p> <p>Disminuir el malestar ante situaciones de la vida cotidiana que supongan una toma de decisiones.</p>	<p>Solución de problemas</p>

Sesiones:

El tratamiento se lleva a cabo en 20 sesiones:

La sesión uno; es la primera entrevista con el participante (presencial o por videoconferencia). El terapeuta se presenta de manera cordial. Esta sesión se comienza dando al participante una breve explicación sobre la modalidad de psicoterapia Vía Internet y el modelo de intervención que se emplea para el tratamiento (modelo cognitivo-conductual), se responden dudas. Esta primera sesión tiene la finalidad de conocer de manera específica el motivo de consulta del participante, ya se tiene un motivo de consulta expresado así como los resultados de las pruebas de evaluación de ansiedad y depresión de Beck, pero se indaga más información al respecto. Se expone de manera clara la modalidad del tratamiento. El cómo se lleva a cabo las sesiones (Vía Internet), como accederá a su terapia, los costos, horarios, ausencia a las sesiones y todos aquellos detalles relacionados con la modalidad, derechos, obligaciones con las tareas y lecturas.

Se lleva de forma impresa el formato de consentimiento, el cual se lee detenidamente junto con el participante, explicando y aclarando cada punto de su contenido. Se muestra el uso y llenado del auto-registro semanal, este se lleva impreso. En este auto-registro el participante describe diariamente una situación que le causa malestar o tristeza, detallando el pensamiento, sensación, emoción y comportamiento que presenta en el momento, así como también las alternativas para mejorar la situación.

La sesión dos; es la primera sesión sincrónica Vía Internet donde se reitera al participante que las primeras sesiones serán de evaluación. Se preguntan dudas sobre el autoregistro y tareas asignadas. Se pide que resuelva los cuestionarios e inventarios. Durante la sesión se indaga sobre la historia y acontecimientos desencadenantes del motivo de consulta. Se le pregunta al participante: *¿Desde cuándo notó por primera vez el problema?* El participante responde: *Me di cuenta que no prestaba atención cuando mi esposa me pedía cosas que no recordaba y que tenía que hacer, ella enfurecía y mencionaba que*

eso ya lo habíamos hablado. Se le pregunta al participante ¿Qué estaba ocurriendo en su vida cuando se presentó dicho conflicto? El participante responde: Tenía cosas pendientes del trabajo por resolver y mis pensamientos se centraban en ello. En esta sesión se determina el curso del problema a lo largo del tiempo.

La sesión tres; tiene como objetivo informar al participante su diagnóstico con base a la entrevista inicial, el motivo de consulta, la historia clínica y los instrumentos de evaluación en general. Se da la base lógica de las técnicas de tratamiento elegidas y la forma en la que se llevaran a cabo. Apoyando esto en los archivos de teleducación para brindar una explicación más completa. Para finalizar se le explica sobre la importancia del entrenamiento en respiración, se le enseña esta técnica haciendo la respiración junto con él, se le mencionan los beneficios que obtendrá al practicarla y hacerla parte de su vida. Así como también se le envía el archivo de teleducación y un audio para que pueda realizarlo por su cuenta.

Diagnóstico: "Déficit en asertividad y solución de problemas"

Respecto al motivo de consulta y la información obtenida se identifica una falta de asertividad en el participante, le cuesta trabajo decir No cuando hay algo que no desea o no le gusta, en este caso; continua la conversación con su esposa cuando no lo desea. El participante menciona que hay veces que se siente cansado y que preferiría tener una conversación otro día. El participante opta por interrumpir la conversación sin mencionar lo que realmente desea. El participante no está acostumbrado a expresar sus emociones y sentimientos. La actitud respecto a otras situaciones en su vida es de carácter agresivo, impone su opinión, habla mucho para no ser contrariado. Menciona no encontrar la alternativa de solución a su problema, razón por la cual busca tratamiento.

La sesión cuatro, cinco, seis, siete y ocho; tiene como objetivo la implementación de la técnica de reestructuración cognitiva. Se trabaja sobre las creencias irracionales identificadas por el terapeuta a lo largo de las sesiones anteriores y las puntuadas en el inventario de Creencias Personales.

Una vez que se ayuda al participante a identificar, los pensamientos negativos, se prosigue con la confrontación de dichas creencias con las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué evidencia tienes para pensarlo?
- ✓ ¿Dicha creencia te produce algún bienestar?
- ✓ ¿La creencia te deja algo positivo?
- ✓ ¿Esta se basa en tú experiencia personal o en las ideas que tienes de tu familia u otras personas?

Posterior a esta confrontación el participante elabora una afirmación positiva a cada creencia irracional. Se elige con el participante la forma para trabajar con las afirmaciones ya sea a través de una grabación o a través de un cartel colocado en un punto estratégico.

En esta técnica el participante incorpora a su vida los pensamientos adaptativos. El participante se da cuenta de que su forma de pensar no es la más adecuada, esta forma de pensar le ha causado ocasionando conflictos.

Se retoma una creencia irracional: "Cuando cometo un error frecuentemente me digo, no debí haber hecho eso" El participante construye: "Todos podemos cometer errores y así aprender de ellos". El participante expresa lo siguiente: *"Algunas veces no me permitía el hecho de poder equivocarme, aquí es donde entran las creencias irracionales, ahora tomo en cuenta esto para mejorar"*.

El participante expresa lo siguiente: *"Es más constructivo y más enriquecedor aprender de los demás, y al aprender poder participar uno también"*.

El participante toma en cuenta perspectivas sobre las conversaciones y toma en cuenta las ganancias que le deja el escuchar con atención a su interlocutor. Expresa lo siguiente: *“En la conversación los sentidos se encuentran involucrados, hay un aprendizaje, se aplica el entendimiento al escuchar con atención al interlocutor, hay interés en la plática. Ahora tengo presente esto en las conversaciones”*.

La sesión nueve, diez, once y doce; tienen como objetivo la implementación de la técnica de identificación de emociones. Se comienza con el ejercicio “Sintonizándose con su cuerpo” en el cual se hace uso de una lista de emociones para ayudar a discriminar exactamente lo que se siente. El terapeuta se guía con las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué estoy sintiendo en este momento? El participante responde: enojo
- ✓ ¿En qué parte del cuerpo esta esa emoción? El participante responde: en mi frente
- ✓ ¿Qué forma tendría esta emoción si se pudiera materializar? El participante responde: la forma de una pelota
- ✓ ¿Cuál es el tamaño de esta emoción? El participante responde: grande de 2 metros
- ✓ ¿Si esta emoción tuviera color, cuál sería? El participante responde: color gris.

Al finalizarse cada pregunta se le pide al participante que respire profundamente, que tome aire en cinco tiempos y sacar el aire muy lentamente en cinco tiempos. Se propicia la relajación mediante la respiración, se pide al participante que realice esta técnica cada vez que experimente una emoción desagradable, ya que este ejercicio le ayuda a discriminar que emoción surge y en que parte de su cuerpo se encuentra. Posterior a esta identificación de emociones, se menciona la importancia de poder expresarlas: compartirlas con alguien,

escribirlas o descargarlas psicológicamente (pegando con un bat de plástico algún objeto o llorando en una almohada, escribiendo, alguna actividad recreativa, etc.) Estas formas de descargar las emociones no son perjudiciales, como lo son el rechazarlas; ya que son formas de expresión. El último paso del manejo de emociones es la comunicación de las mismas. En la cual se realiza una carta a alguien cercano, en donde se comunican las emociones y sentimientos positivos o negativos. Posteriormente se lee esta carta o se puede mantener en secreto. Lo relevante es poder expresar las emociones y sentimientos, escribiéndolos.

En la identificación y expresión de sus emociones. El participante menciona lo siguiente: *"Me parece que tiene sentido la expresión de emociones, es como si fuera algo obvio, pero que no lo había pensado anteriormente en toda su extensión. Hay algunas emociones que desde luego he experimentado, y sé de alguna consecuencia directa al organismo. Me parece que lo más interesante es el hecho de que es importante no reprimirlas, sino permitir que fluyan ya sea descargándolas o expresándolas. Y de esta forma evitar alguna consecuencia no deseable al cuerpo,"*. El participante comprende la importancia de expresar sus emociones, así como la importancia de elegir una persona con quien expresarlas, el elige a su esposa. El participante elige actividades recreativas en cual descargar sus emociones; caminar, ir al cine, también elige la escritura.

La sesión trece, catorce, quince, dieciséis; tienen como objetivo el entrenamiento asertivo. Una vez que el participante identifica sus emociones y sentimientos podrá expresarlos y comunicarlos de manera adecuada y asertiva hacia los demás. En esta técnica se explica el significado de la asertividad y lo que es una conducta asertiva. Se determina el estilo de conducta del participante ya sea sumiso, agresivo, pasivo, manipulador o asertivo y se explica cada una. El participante optaba por ser agresivo y sumiso. Posterior a esto se le muestra al participante los puntos más relevantes para ser asertivo y se trabajan las cinco áreas principales con las cuales se le guía para que reflexione y sean parte de su vida: Darse cuenta de los sentimientos, necesidades y deseos. Desarrollar conductas no-verbales asertivas. Reconocer y ejercer los derechos humanos.

Aprender a decir No. Practicar respuestas asertivas, primero escribiéndolas y luego en la vida real. Se le muestran los aspectos más relevantes de la Asertividad, a partir de este aprendizaje el participante comprende que es más oportuno para su bienestar ser una persona asertiva. Reconoció en la vida cotidiana los cinco puntos de la asertividad y los llevo a cabo en una situación relevante. El participante elige el "Intestado de su padre" ya que este proceso estará presente en su vida por largo tiempo, menciona que es importante afrontar. El participante expresa lo siguiente: *"Ser Asertivo me ayuda a centrar la atención sobre las actividades que puedo cambiar y así continuar avanzando el proceso. Es un poco difícil aceptar situaciones fuera de mi control. Pero en este caso respecto al intestado de mi padre, es importante tomarlo con filosofía es decir, racionalmente. Definitivamente vale la pena intentar un camino mejor, pensado y planeado, así se disminuye el sufrir por cosas que no tienen solución, o la solución no depende directamente de mí. Creo que mis reacciones previas a la Terapia vía Internet no eran del todo erróneas, pero definitivamente no estaban encauzadas de la mejor forma. Era agresivo en algunas situaciones de este proceso del intestado. También era sumiso al expresar mis emociones y sentimientos con mi familia. Me ha sido de mucha utilidad saber más de estos temas, y al ponerlos en práctica me siento mucho mejor. Percibo que en casa también las cosas están mucho mejor que antes"*.

La sesión diecisiete, dieciocho y diecinueve; se enfoca en la técnica de solución de problemas. En esta se identifican los problemas del participante, se definen los elementos que están implicados en la situación problema. Se retoman todos los aspectos revisados en las sesiones anteriores, como expresión de sentimientos, habilidades de comunicación, etc. Posteriormente se fomenta la búsqueda de soluciones a través de la lluvia de ideas, con la cual el participante deja fluir las alternativas para poder generar una multitud de soluciones para un mismo problema.

Retomando esta técnica de resolución de problemas, el participante identifica el problema prioritario a resolver, dando las herramientas necesarias

para llegar a la mejor alternativa para la resolución de su problema "Falta de atención e interrupción en las conversaciones". El participante realiza la alternativa de solución a su problema, la lleva a cabo en la vida cotidiana. Finalmente el participante mantuvo la atención sin interrumpir en una conversación con su esposa.

Se muestra lo realizado por el participante:

1. Orientación del problema

¿Qué actitud he de tener ante mi problema?

Tengo todo el interés en resolver el problema, porque mi deseo es que mi esposa y mi hijo sean felices conmigo, y yo también estar más contento y relajado. Soy capaz de poner atención a mi interlocutor durante la conversación y ser sincero cuando no deseo conversar. También pongo atención a mi conducta, es decir cuando estoy por interrumpir la conversación, darme cuenta porque lo hago y mencionar si no estoy de acuerdo con algo de esa conversación. No deseo externar mis puntos de vista a media exposición de la conversación, prefiero dejar terminar a mi interlocutor y al final participar. Al interrumpir no me estoy dando oportunidad de comprender, y pierdo oportunidad de aprender de las conversaciones que tengo con ellos.

2. Formulación y definición del problema

¿Cuál es el problema?

Interrumpo a mi esposa principalmente, aunque también ocurre con mi hijo; no ocurren tan frecuentemente las interrupciones con mis clientes, por ejemplo.

3. Generación de alternativas

¿Qué puedo hacer para solucionarlo?

Esperar cuando está hablando mi interlocutor; en todo caso, preguntar con cortesía si ha terminado de presentar su tema. No impacientarme con los asuntos pendientes del trabajo cuando estoy conversando. Es importante ser asertivo y

decir la verdad, así evito distracciones. Si tengo algún asunto pendiente, expresarlo y mencionar que puedo retomar la conversación en cuanto me desocupe. Evitar distraerme con el teléfono celular, ponerlo en silencio, tal como hago cuando estoy en una entrevista con un cliente.

4. Toma de decisiones

¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa?

¿Cuáles voy a elegir?

Sera positivo si mi actitud es con cortesía, será gratificante expresar lo que realmente deseo y ser honesto al participar en la conversación. Dejar que mi interlocutor termine de hablar y opinar al final de esto. Esta actitud le dará a mi esposa o a mi hijo el mensaje de que estoy realmente interesado en escucharlos.

Cuando definitivamente no pueda atender una conversación es mejor ser honesto y expresarlo asertivamente. Sera positivo mencionar que puedo volver a retomar el tema de la conversación en cuanto me desocupe, de esta manera no daré un mensaje erróneo o bien el que no me interesa conversar y dar las razones a mi esposa e hijo. Anteriormente solo interrumpía sin dar explicaciones. Será positivo; si hubo alguna llamada de trabajo durante la conversación, devolverla en cuanto me sea posible. No considero que haya consecuencias negativas.

La sesión veinte; se enfoca en dar retroalimentación de lo visto en las sesiones, sobre todo de las ganancias y de los cambios al finalizar el tratamiento respecto a los objetivos planteados al comenzar el tratamiento. Se le pide al participante externar sus comentarios y sugerencias para el modelo, para el tratamiento y para el terapeuta.

El participante expresa lo siguiente respecto a su motivo de consulta: *“Lo ideal es permitir que mi interlocutor termine su idea. No importa el propósito de la conversación en sí. Creo que es muy necesario que yo diga sinceramente si un tema no me interesa, hay veces que me encuentro cansado del trabajo y no tengo*

en un momento dado tiempo o "cabeza" para escuchar y prestar atención. Creo que considerando las desventajas, estas son mayores que las ventajas. Me pierdo de mucho al no decir la verdad, ya que sigo la conversación y no presto atención a lo que me dicen. Lo que puedo ganar son problemas, en especial con mi esposa y con mi hijo. Así como también falta de conocimiento en temas importantes de la familia".

El participante expresa sus comentarios de Psicoterapia Vía internet:

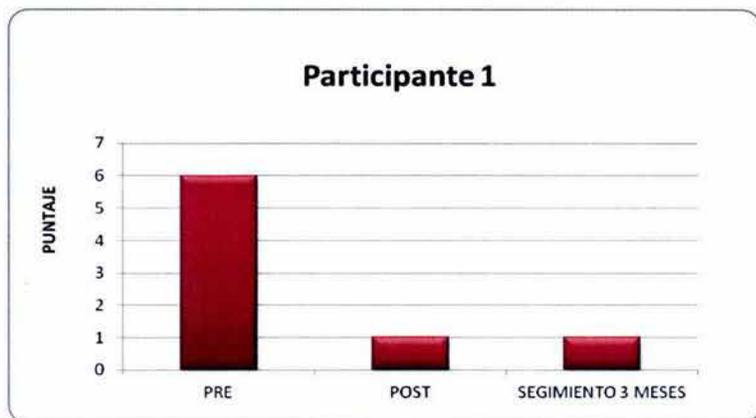
"El modelo me parece estructurado de tal forma que me hizo pensar en mí, como si fuera visto por mí mismo, pero desde fuera. Me hace pensar sinceramente y sin bloquearme o boicotearme, para resolver una problemática que es de mi interés. Al principio, no lo visualizaba esta forma de actuar, ahora mi forma de ver las cosas cambio y me siento contento al expresar lo que quiero y disfruto de no quedarme callado. El tratamiento me parece muy eficaz, por el hecho de poder hacerlo en casa sin tener que apartar tiempo para trasladarme al consultorio. En este sentido, el manejo del tiempo me parece algo excelente. También creo que este tratamiento me da herramientas para resolver alguna otra problemática que pueda presentarse. El tratamiento de las emociones negativas es importante ya que muchas veces las dejamos en el olvido y posteriormente vuelven a surgir, ahora comprendo que es muy importante expresarme y descargar mis emociones en alguna actividad de mi interés".

"Para ti como terapeuta reitero tu profesionalismo, veo que llevas muy bien el tratamiento, con un modelo estructurado, ya que se van alcanzando objetivos planteados. Eres firme para mantener la continuidad del tratamiento, lo cual es importantísimo. A la vez tuviste flexibilidad para hacer algunos cambios de horario/día para la reunión, ya que tenía compromisos con los clientes. No sé si lleves mucho tiempo atendiendo a tus pacientes con este modelo, pero en lo personal creo que lo haces muy bien. El tratamiento y el resultado me son muy útiles, y estoy agradecido personalmente contigo, y con la UNAM".

8.1.1 Resultados de las evaluaciones aplicadas:

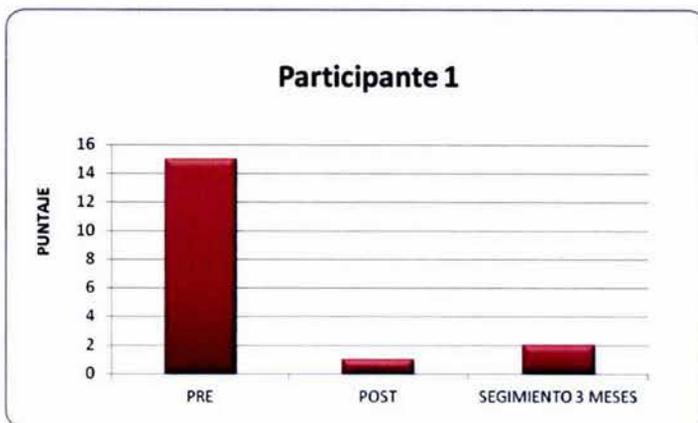
En la gráfica 1 se muestran los puntajes de evaluación inicial al tratamiento (pre) del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se puede apreciar la disminución en el puntaje de evaluación final al tratamiento (post), este puntaje se mantuvo en el seguimiento.

Gráfica 1. Puntajes obtenidos a través del Inventario de Ansiedad (BAI) durante la evaluación inicial (pre), evaluación final (post) y el seguimiento.



En la gráfica 2 se muestran los puntajes de evaluación inicial al tratamiento (pre) del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se puede apreciar la disminución en el puntaje de evaluación final al tratamiento (post), puntaje el cual incremento un punto en el seguimiento, pero se mantuvo menor que el puntaje de evaluación inicial al tratamiento (pre).

Gráfica 2. Puntajes obtenidos a través del Inventario de Depresión (BDI) durante la evaluación inicial (pre), evaluación final (post) y el seguimiento.



La gráfica 3 muestra la percepción de mejoría que presenta el participante al finalizar cada sesión. Al comienzo del tratamiento, el nivel de mejoría fue incrementando.

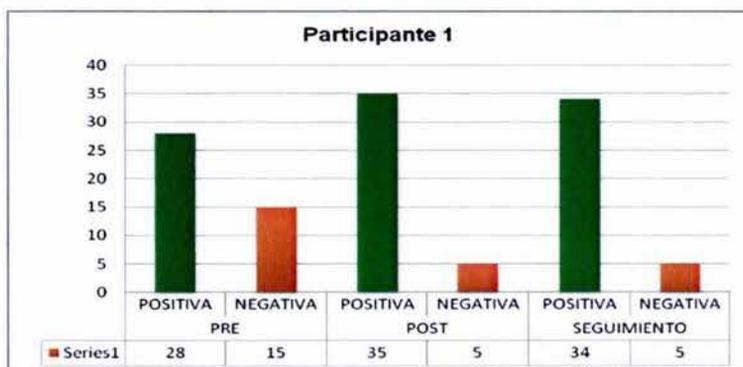
Gráfica 3. Puntajes obtenidos a través de la Escala de Autoevaluación de la mejoría desde el comienzo del tratamiento, hasta finalizar el tratamiento.



La gráfica 4 muestra la autoestima del participante, el color verde se refiere a la autoestima positiva y el color naranja se refiere a la autoestima negativa. Al

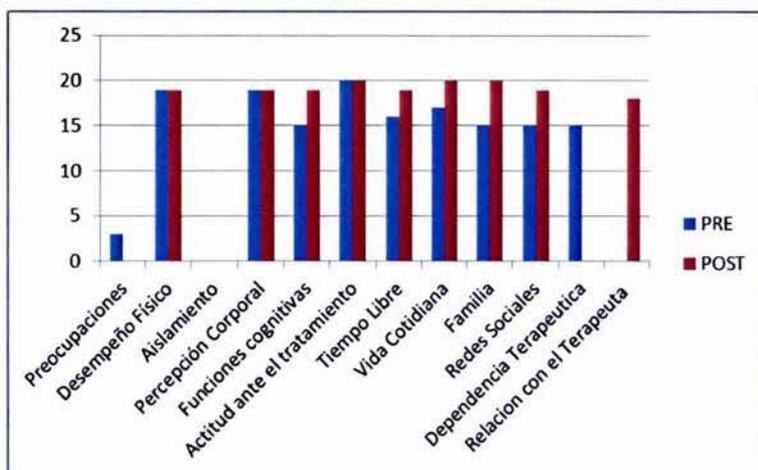
finalizar el tratamiento el puntaje de autoestima positiva aumenta y el puntaje de autoestima negativa disminuye. En el seguimiento, la autoestima positiva disminuye un punto, pero se mantiene con puntaje mayor que al inicio del tratamiento (pre). La autoestima negativa se mantiene con el mismo puntaje obtenido al terminar el tratamiento.

Gráfica 4. Puntajes obtenidos a través del Inventario de Autoestima durante la evaluación inicial (pre), evaluación final (post) y el seguimiento.



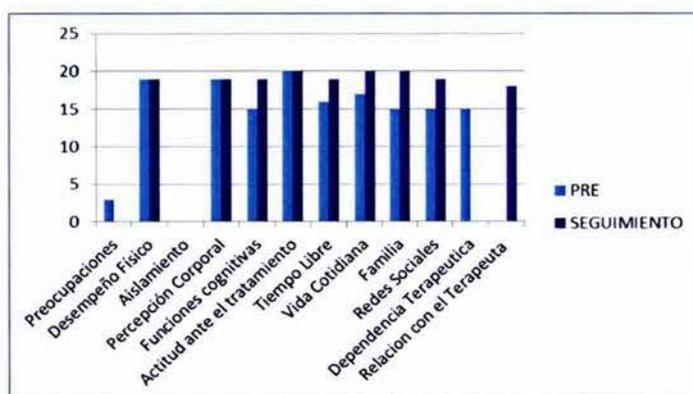
La grafica 5 del Inventario de Calidad de Vida y Salud muestra los resultados de la puntuación obtenida del participante. En esta gráfica se muestra el incremento en el puntaje de calidad de vida en los resultados de evaluación final del tratamiento (post), respecto a los resultados de evaluación inicial (pre).

Gráfica 5. Puntajes obtenidos a través del Inventario de calidad de vida y salud durante la evaluación inicial (pre) y evaluación final (post) del participante 1.



La grafica 6 del Inventario de Calidad de Vida y Salud muestra los resultados de la puntuación obtenida del seguimiento del participante. Se mantiene el incremento en la puntuación de calidad de vida respecto a los resultados de evaluación inicial (pre).

Gráfica 6. Puntajes obtenidos a través del Inventario de calidad de vida y salud durante la evaluación inicial (pre) y el seguimiento a tres meses del participante 1



A continuación se describe de manera detallada cada punto:

Preocupaciones: en la puntuación baja se poseen redes sociales eficaces, se siente apoyo y confort de quienes lo rodean. Implica la capacidad para recibir ayuda y comprensión.

Desempeño físico: en la puntuación alta el proceso de enfermedad no ha afectado su desempeño habitual, o bien, no ha permitido que esto ocurra. Los valores altos en el área son indicadores de independencia y autoeficacia.

Aislamiento: en la puntuación baja se cuenta con el aprecio y afecto eficaz que requiere. Se percibe merecedor de la estimación que recibe de quienes le rodean. En general implica un autoconcepto positivo y habilidades sociales funcionales en su medio.

Percepción corporal: en la puntuación alta se percibe como una persona atractiva, posee un autoconcepto que le permite considerarse interesante, agradable o normal.

Funciones Cognitivas: en la puntuación alta se posee capacidad de concentración, aprendizaje y recuperación de la información. Es un indicador de un nivel razonable de bienestar emocional.

Actitud ante el tratamiento: en la puntuación alta se comprende la importancia de seguir el tratamiento en el manejo de su salud. Asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva.

Tiempo libre: en la puntuación alta el proceso de enfermedad no obstaculiza sus actividades recreativas. Es un indicador de posesión de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales.

Vida cotidiana: en la puntuación alta ha sabido contender con las rutinas que requiere el manejo de su enfermedad sin que representen cargas o pérdida de bienestar.

Familia: en la puntuación alta en general es la esperada. Indica que al menos para un miembro de la familia es importante y le representa apoyo y afecto significativo.

Redes sociales: en la puntuación alta se cuenta con personas a su alrededor que pueden ayudarle a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, de manera eficaz. Hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia.

Dependencia terapéutica: En la puntuación baja se reconoce como protagonista de su condición de salud. Suele acompañarse de independencia y autoeficacia. En la puntuación alta se indica una actitud pasiva sobre el cuidado de su salud. Hay desinterés general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su enfermedad.

Relación con el terapeuta: En el puntaje bajo la búsqueda de atención terapéutica tiene una connotación negativa, puede relacionarse o no, con experiencias que le parezcan desagradables o simplemente con que el médico está asociado a estar enfermo. En el puntaje alto se ha integrado la relación con el terapeuta como una parte del apoyo con que cuenta en el manejo de su enfermedad, es importante predictor de adhesión adecuada al tratamiento.

8.2 Participante No. 2

Mujer 31 años, estatura media, tez morena, complexión mediana, cabello negro. Muestra concordancia en el tiempo y espacio. Su apariencia es desaliñada, su vestimenta es casual. En general su apariencia física incluyendo vestimenta no concuerda con su edad cronológica, se ve más grande. Su apariencia es de inseguridad, su postura es encorvada. Sus manos son temblorosas. Es soltera. Vive con papa de 51 años, mama de 50 años, hermana de 27 años y hermano de 23 años.

Motivo de consulta: *"Últimamente no me he sentido bien, me siento fracasada, tengo dificultades para relacionarme con personas del sexo opuesto, soy insegura, soy agresiva. Me cuesta trabajo salir de la cama e iniciar mi día, mi aspecto físico lo he descuidado, me siento fea, tengo preocupaciones constantes, mis pensamientos son negativos, en fin muchos detalles que me hacen ver que algo no está bien en mí".*

Tratamiento:

Los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas empleadas se resumen en la tabla 3.

Tabla no. 3 Objetivos Terapéuticos y Técnicas de Intervención empleadas

Objetivos	Técnicas
Disminuir los niveles de activación fisiológica	Entrenamiento en respiración
Identificación de las creencias irracionales, relacionadas con la queja psicológica. Confrontar creencias irracionales Crear pensamientos más adaptativos. Confrontar nuevas creencias irracionales. Aumentar la autoestima	Reestructuración Cognitiva

<p>Identificar las emociones positivas y negativas.</p> <p>Expresar las emociones más funcionalmente, mediante formas de expresión.</p> <p>Incrementar el autoconocimiento emocional</p>	<p>Control de emociones</p>
<p>Estrategias de afrontamiento en situaciones interpersonales:</p> <p>Expresar emociones y sentimientos</p> <p>Preguntar a alguna persona algo en particular</p> <p>Decir "No", cuando hay algo que no gusta o no se desea.</p> <p>Relaciones sociales más cercanas</p>	<p>Entrenamiento Asertivo</p>
<p>Identificar y elaborar alternativas de solución a problemas específicos.</p> <p>Disminuir el malestar ante situaciones de la vida cotidiana que supongan una toma de decisiones.</p>	<p>Solución de problemas</p>

Tener conversaciones con personas del sexo opuesto.	
---	--

Sesiones:

El tratamiento se lleva a cabo en 20 sesiones:

La sesión uno; es la primera entrevista con la participante (presencial o por videoconferencia). El terapeuta se presenta de manera cordial. Esta sesión se comienza dando a la participante una breve explicación sobre la modalidad de psicoterapia Vía Internet y el modelo de intervención que se emplea para el tratamiento (modelo cognitivo-conductual), se responden dudas. Esta primera sesión tiene la finalidad de conocer de manera específica el motivo de consulta de la participante, ya se tiene un motivo de consulta expresado así como los resultados de las pruebas de evaluación de ansiedad y depresión de Beck, pero se indaga más información al respecto. Se expone de manera clara la modalidad del tratamiento. El cómo se llevara a cabo las sesiones (Vía Internet), como accederá a su terapia, los costos de esta, horarios, ausencia a las sesiones y todos aquellos detalles relacionados con la modalidad, derechos, obligaciones con las tareas y lecturas.

Se lleva de forma impresa el formato de consentimiento, el cual se lee detenidamente junto con la participante, explicando y aclarando cada punto de su contenido. Se muestra el uso y llenado del auto-registro semanal, este se lleva impreso. La participante describe en este diariamente una situación que le causa malestar o tristeza, detallando el pensamiento, sensación, emoción y comportamiento que presenta en el momento, así como también las alternativas para mejorar la situación.

La sesión dos; es la primera sesión sincrónica Vía Internet, se reitera al participante que las primeras sesiones son de evaluación. Se preguntan dudas sobre el autoregistro, tareas asignadas. Se pide que resuelva los cuestionarios e inventarios. Durante la sesión se indaga sobre la historia y acontecimientos desencadenantes del motivo de consulta. Se le pregunta a la participante: *¿Desde cuándo notó por primera vez el problema?* La participante responde: *Este problema tiene mucho tiempo, esta dificultad para relacionarme con los demás me afecta ya que en todo momento necesito establecer dicho contacto, se me cierra la posibilidad de conocer personas interesantes; una pareja. El sentirme cómoda en una reunión, para hacer amigos, para pedir ayuda o una opinión. Todas las áreas de mi vida se ven afectadas, la escuela, en los grupos de amigos, en los empleos en los que he estado, para salir a divertirme y en lo personal esto hace que me sienta sola.* Se le pregunta a la participante *¿Qué estaba ocurriendo en su vida cuando se presentó dicho conflicto?* La participante responde: *Exactamente no sé cuando comenzó esto, recuerdo desde que iba a la secundaria, pues entonces era una adolescente gorda, con lentes y muchos barro y mientras todas mis amigas tenían novio o pretendiente, yo no. Desde ahí empecé a evitar a los varones, casi no les hablaba. Pienso que tiene que ver con las ideas que me transmitieron mis padres, pues en ese sentido nunca me dieron educación sexual y me decían cosas como: "solo las locas o sin educación andan con novios y besándose". Hubo muchas personas que se burlaron de mí, crecí muy insegura de mi persona y de mi físico.* En esta sesión se indaga más información y se determina el curso del problema a lo largo del tiempo.

La sesión tres; tiene como objetivo informar a la participante su diagnóstico con base a la entrevista inicial, el motivo de consulta, la historia clínica y los instrumentos de evaluación en general. Se da la base lógica de las técnicas de tratamiento elegidas y la forma en la que se llevaran a cabo. Apoyando esto en los archivos de teleducación para brindar una explicación más completa. Para finalizar se le explica sobre la importancia del entrenamiento en respiración, se le enseña esta técnica haciendo la respiración junto con ella, se le mencionan los beneficios

que obtendrá al practicarla y hacerla parte de su vida. Así como también se le envía el archivo de teleeducación y un audio para que pueda realizarlo por su cuenta.

Diagnóstico: "Déficit en asertividad y solución de problemas"

Respecto al motivo de consulta y la información obtenida se identifica una falta de asertividad en la participante, no identifica sus emociones necesidades y deseos, No hace contacto ocular con las personas al platicar, su tono de voz es muy bajo, su postura es encorvada, su apariencia es de inseguridad. No expresa lo que quiere, no realiza cosas que desea, tiene miedo del qué dirán, se humilla a sí misma, sus manos son temblorosas. La participante presenta pensamientos negativos recurrentes, algunos de ellos fueron transmitidos por parte de sus padres. Su madre veía mal las relaciones con el sexo opuesto. A la participante le es imposible realizar alguna alternativa sobre el problema que presenta.

La sesión cuatro, cinco, seis, siete y ocho; tiene como objetivo la implementación de la técnica de reestructuración cognitiva. Se trabaja sobre las creencias irracionales identificadas por el terapeuta a lo largo de las sesiones anteriores y las puntuadas en el inventario de Creencias Personales.

Una vez que se ayuda a la participante a identificar los pensamientos negativos, se prosigue con la confrontación de dichas creencias con las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué evidencia tienes para pensarlo?
- ✓ ¿Dicha creencia te produce algún bienestar?
- ✓ ¿La creencia te deja algo positivo?
- ✓ ¿Esta se basa en tú experiencia personal o en las ideas que tienes de tu familia u otras personas?

Posterior a esta confrontación la participante elabora una afirmación positiva a cada creencia irracional. Se elige con la participante la forma para

trabajar con las afirmaciones ya sea a través de una grabación o a través de un cartel colocado en un punto estratégico para tenerlas presentes.

En esta técnica la participante incorpora a su vida pensamientos más adaptativos, sus pensamientos eran negativos la mayor parte del tiempo, se desvalorizaba. La participante se da cuenta de que su forma de pensar le ocasiono conflictos.

En cuanto a las creencias irracionales, la participante muestra frecuentemente los siguientes pensamientos "Esto es muy difícil para mí". A este pensamiento la participante construye: "Tengo la capacidad y los conocimientos para hacer lo que me proponga". Otro pensamiento frecuente: "Soy una tonta, todas las cosas las hago mal" A este pensamiento la participante construye. "Soy una persona valiosa, puedo cometer errores y aprender de ellos". La participante expresa lo siguiente: *todo el tiempo mis pensamientos eran negativos, creía que todos pensaban mal de mí, que los hombres se querían aprovechar de mí al hablarles o preguntarles algo. Ahora me doy cuenta que todo esto fue creado por mis pensamientos.*

La sesión nueve, diez, once y doce; tiene como objetivo la implementación de la técnica de identificación de emociones. Se comienza con el ejercicio "Sintonizándose con su cuerpo" en el cual se hace uso de una lista de emociones para ayudar a discriminar exactamente lo que se siente. El terapeuta se guía con las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué estoy sintiendo en este momento? La participante responde: tristeza
- ✓ ¿En qué parte del cuerpo esta esa emoción? La participante responde: en mi corazón
- ✓ ¿Qué forma tendría esta emoción si se pudiera materializar? La participante responde: la forma de una rama de árbol

- ✓ ¿Cuál es el tamaño de esta emoción? La participante responde: grande del tamaño de mi persona.
- ✓ ¿Si esta emoción tuviera color, cuál sería? La participante responde: color café.

Al finalizarse cada pregunta se le pide a la participante que respire profundamente, que tome aire en cinco tiempos y sacar el aire muy lentamente en cinco tiempos.

Se propicia la relajación mediante la respiración, se le pide a la participante que realice esta técnica cada vez que experimente una emoción desagradable, ya que este ejercicio le ayudara a discriminar que emoción surge y en que parte de su cuerpo se encuentra. Posterior a esta identificación de emociones, se menciona la importancia de poder expresarlas: compartirlas con alguien, escribirlas o descargarlas psicológicamente (pegando con un bat de plástico algún objeto o llorando en una almohada, escribiendo, alguna actividad recreativa, etc.) Estas formas de descargar las emociones no son perjudiciales, como lo son el rechazarlas; ya que son formas de expresión. El último paso del manejo de emociones es la comunicación de las mismas. En la cual se realiza una carta a alguien cercano, en donde se comunican las emociones y sentimientos positivos o negativos. Posteriormente se lee esta carta o se puede mantener en secreto. Lo relevante es poder expresar las emociones y sentimientos, escribiéndolos.

La participante elige escribir una carta a una amiga cercana en la cual expresa los miedos, creencias y como ha transcurrido su vida a partir de ello. Lo relevante de esta técnica es que la participante pueda expresar sus emociones y sentimientos por escrito. En cuanto a esta técnica la participante expresa: *"Hoy me es bastante útil identificar lo que siento, me hace aprender de cada emoción y aceptarla como parte de mi vida. Puedo descargarlas, expresarlas, sentirlas y no evadirme de ellas. Esta técnica me ayudo a acercarme a mis amistades, siempre evitaba expresar mis sentimientos positivos o negativos a los demás, lo guardaba*

como en una caja de secretos, ahora me doy cuenta de lo bien que me hace hablar del como me siento”.

La sesión trece, catorce, quince, dieciséis; tiene como objetivo la implementación del entrenamiento asertivo. Una vez que la participante identifica sus emociones y sentimientos podrá expresarlos y comunicarlos de manera adecuada y asertiva hacia los demás. En esta técnica se explica el significado de la asertividad y lo que es una conducta asertiva. Se determina el estilo de conducta de la participante ya sea sumisa, agresiva, pasiva, manipuladora o asertiva y se explica cada una de ellas. La participante opta por ser agresiva y sumisa. Posterior a esto se le muestra a la participante los puntos más relevantes para ser asertiva y se trabajan las cinco áreas principales con las cuales se le guía para que reflexione y sean parte de su vida: Darse cuenta de los sentimientos, necesidades y deseos. Desarrollar conductas no-verbales asertivas. Reconocer y ejercer los derechos humanos. Aprender a decir No. Practicar respuestas asertivas, primero escribiéndolas y luego en la vida real. Se le muestran los aspectos más relevantes de la Asertividad, a partir de este aprendizaje la participante comprende que lo más oportuno para su bienestar es ser una persona asertiva.

Respecto a la asertividad la participante expresa: *“Por primera vez en mucho tiempo, puedo expresar lo que yo siento, quiero y pienso sin ser agresiva o sumisa. Creía en muchos momentos que las demás personas sabían lo que pensaba y no me comprendían, como suponía esto siempre me mostraba agresiva cuando no era correspondida. Cuando quería hacer algo y esto me causaba pena me mostraba sumisa. Al no expresar adecuadamente mis pensamientos y emociones, permití que me lastimaran. Hacía cosas que no deseaba, respondía agresivamente y evitaba relacionarme con los demás. Ahora la asertividad es una herramienta muy poderosa para mí”.*

La sesión diecisiete, dieciocho y diecinueve; se enfoca en la técnica de solución de problemas. En esta se identifican los problemas de la participante, se

definen los elementos que están implicados en la situación problema. Se retoman todos los aspectos revisados en las sesiones anteriores, como expresión de sentimientos, habilidades de comunicación, etc. Posteriormente se fomenta la búsqueda de soluciones a través de la lluvia de ideas, con la cual la participante dejara fluir las alternativas para poder generar una multitud de soluciones para un mismo problema.

Se retoma la técnica de resolución de problemas, se identifico el problema prioritario a resolver. Se dan las herramientas necesarias para que la participante llegue a la mejor alternativa para la resolución. La participante expresa: *"Me siento nerviosa e insegura, ante los varones de mi misma edad, me ocurre principalmente con varones que me sean atractivos, pues temo que se den cuenta que me gustan y puedan aprovecharse de esa situación, prefiero evadirlos. Con los varones que no me parecen atractivos ya no me pasa esto, puedo acercarme a ellos hasta darles un beso en la mejilla al saludarlos"*. La participante realiza la alternativa de solución a su problema, llevándola a cabo en la vida real. Se relaciono con personas del sexo opuesto.

Se muestra lo realizado por la participante:

1. Orientación del problema

¿Qué actitud he de tener ante mi problema?

Me siento comprometida en mi bienestar, antes de la terapia construía muchas cosas en mi cabeza, respecto a la interacción con los varones, se presentaba recurrentemente en mi un deseo de ser algo más de ellos por el hecho de ser atractivos. Al estar cerca de ellos venían a mi cabeza los prejuicios hacia mi persona, me hacia menos y me desvalorizaba. Ahora sé que al conocer a un varón atractivo, no significa que querrá hacerme daño o bien esto no significa que seremos algo más, simplemente es una amistad y puedo aprender mucho de ella. El cambiar mi pensamiento me ha hecho acercarme gradualmente a los varones y de esta forma poder acercarme también a varones atractivos, poder entablar una conversación de cualquier tema que se venga en mente.

2. Formulación y definición del problema

¿Cuál es el problema?

Me siento nerviosa e insegura, ante los varones de mi misma edad, varones que sean atractivos, temo que se den cuenta de que me gustan y puedan aprovecharse de esa situación prefiero evadirlos, a veces me muestro sumisa y no sé que decir.

3. Generación de alternativas

¿Qué puedo hacer para solucionarlo?

Acercarme frecuentemente a los varones que no me causan ansiedad (jóvenes, de mi edad y mayores que yo). Acercarme en forma graduada a varones que me ocasionen ansiedad y practicar las afirmaciones que he realizado sobre estas situaciones. Salir con varones que sean mis amigos, para sentirme tranquila y cómoda Salir a distintos lugares para conocer personas del sexo opuesto y así perder el miedo a la interacción. Continuar trabajando con mis pensamientos negativos en las situaciones de interacción con varones atractivos.

4. Toma de decisiones

¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa?

¿Cuáles voy a elegir?

Creo que las consecuencias son positivas, al acercarme a los varones e interactuar mi miedo ha ido desapareciendo gradualmente. Ahora mi trabajo está en acercarme más a los varones atractivos, y lo voy a lograr. Ya que esto es lo que me causa últimamente conflicto. Afrontando este miedo es la única forma que desaparecerá. Mis pensamientos adaptativos y mis afirmaciones me servirán para poder crear un mejor ambiente y no hacerme menos. Sé que fue un camino largo, pero ahora estoy viendo las recompensas de mi esfuerzo y dedicación. Me siento satisfecha de mis avances, tengo las herramientas y las alternativas, solo es cuestión de no dejarlas empolverar y usarlas cuando se presente la situación.

La sesión veinte; se enfoca en dar retroalimentación de lo visto en las sesiones, sobre todo de las ganancias y de los cambios al finalizar el tratamiento respecto a los objetivos planteados al comenzar el tratamiento. Se le pide a la participante externar sus comentarios y sugerencias para el modelo, para el tratamiento y para el terapeuta.

La participante expresa lo siguiente respecto a su motivo de consulta: *"En cuanto a mi inseguridad, esta ha disminuido notablemente. Cada que me enfrente a un reto, tengo otros pensamientos que son mas adaptativos en mi cabeza. Algunos de estos son: Tengo la capacidad para hacerlo, no pierdo nada con probarlo, nada me impide a lograrlo. En cuanto a mi agresividad, esto ha sido algo que he venido trabajando desde que comenzó la terapia, creo que esta agresividad venia de mi inseguridad pues me enfurecía el no poder ser como quisiera o hacer cosas como las demás personas. No sabía manejar situaciones, no sabía que contestar cuando un chico me preguntaba algo. En estos momentos me siento capaz y muy tranquila de manejar las situaciones que se me presentan. Respecto a la mala relación con el sexo opuesto, comprendí por qué pasaba esto. Yo misma me cerraba a conocer a las personas por la cantidad de pensamientos negativos que tenía. En este momento ya puedo acercarme a los varones y no sentir este miedo que tenía al principio. Sé que esto es algo con lo que seguiré trabajando después de la terapia. Me siento contenta con mi vida y con las cosas que hago. En cuanto a mi autoestima, no veía las cosas positivas de mi persona, solo veía lo negativo. Al transcurrir de los días, comencé a ser yo misma sin importarme el qué dirán. Me han servido de mucho las afirmaciones que construí, así como también me ha servido de mucho la técnica de respiración. Ahora sé que esta mejoría en mi persona solo dependerá del esfuerzo y la dedicación en contrarrestar lo negativo de mi persona. Todo el tiempo me invadían los pensamientos negativos y ahora comprendo en qué medida me afecto esto".*



El participante expresa sus comentarios de Psicoterapia Vía internet:

"Me agrado la forma de trabajo de esta modalidad, creo que se requiere ser muy disciplinado para que una terapia como esta funcione. Gran parte del trabajo corresponde a mí al realizar las tareas y al poner en práctica lo aprendido en cada sesión.

Tú como terapeuta me encaminabas hacia una mejor manera de actuar en cada sesión, aunque ya no estemos en contacto, mi trabajo seguirá al terminar la terapia. Y sé que solo dependerá de mí que esta mejoría se mantenga. Me gusto la forma de trabajar en cada sesión, el compromiso y la resolución de mis dudas fue correspondida. Eres una persona muy profesional, atendiste mis demandas y comprendiste lo que yo te estaba pidiendo, eres muy paciente y puntual. Me fuiste guiando poco a poco hasta que comprendiera lo que estábamos viendo, eso me ayudo bastante. Sentí tu calidez y tu comprensión. Las tareas siempre fueron claras y me sentí acompañada a lo largo de este proceso. Ahora comprendo el por qué de mis sentimientos y de mis actitudes. Sé que muchas creencias me fueron transmitidas pero ahora cuento con las herramientas necesarias para contrarrestarlas.

8.2.1 Resultados de las evaluaciones aplicadas:

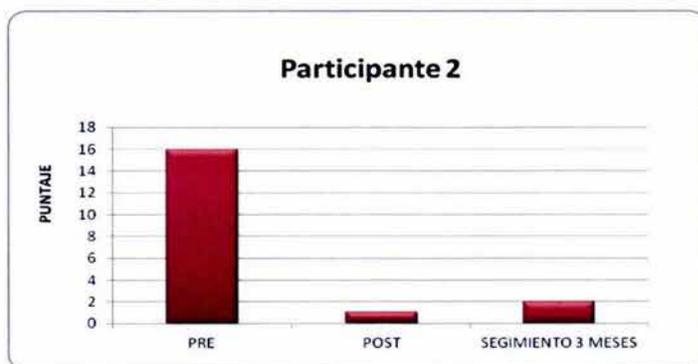
En la gráfica 7 se muestran los puntajes de evaluación inicial al tratamiento (pre) del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se puede apreciar la disminución en el puntaje de evaluación final al tratamiento (post), el puntaje en el seguimiento incremento un punto pero se mantuvo menor al puntaje de evaluación inicial(pre)

Grafica 7. Puntajes obtenidos a través del Inventario de Ansiedad (BAI) durante la evaluación inicial (pre), evaluación final (post) y el seguimiento.



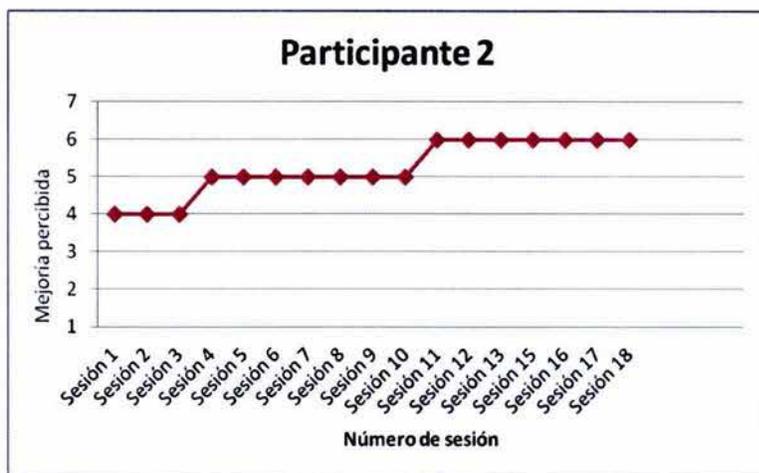
En la gráfica 8 se muestran los puntajes de evaluación inicial al tratamiento (pre) del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se puede apreciar la disminución en el puntaje de evaluación final al tratamiento (post), puntaje el cual incremento un punto en el seguimiento, pero el cual se mantuvo menor que el puntaje de evaluación inicial (pre).

Grafica 8. Puntajes obtenidos a través del Inventario de Depresión durante la evaluación inicial (pre), evaluación final (post) y el seguimiento.



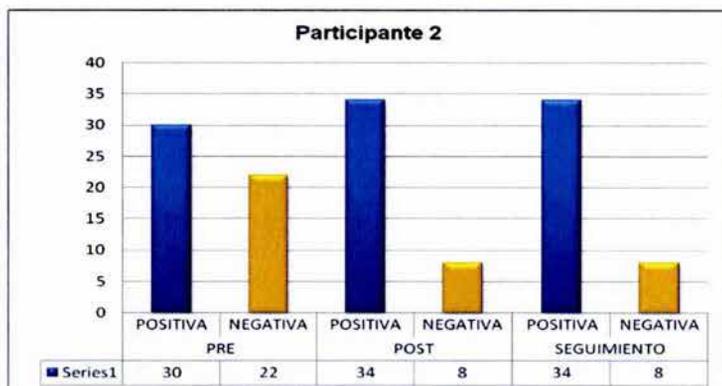
La gráfica 9 muestra la percepción de mejoría que presenta la participante al finalizar cada sesión. Al comienzo del tratamiento, el nivel de mejoría fue incrementando.

Gráfica 9. Puntajes obtenidos a través de la Escala de Autoevaluación de la mejoría desde el comienzo del tratamiento, hasta finalizar el tratamiento.



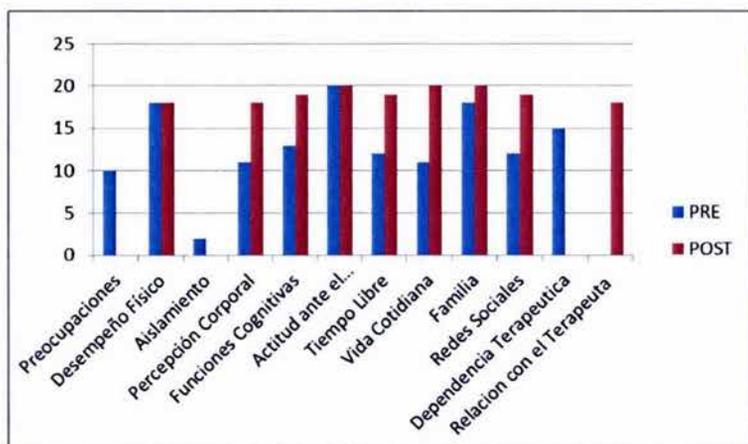
La gráfica 10 muestra la autoestima del participante, el color azul se refiere a la autoestima positiva y el color amarillo se refiere a la autoestima negativa. Al finalizar el tratamiento la autoestima positiva aumenta y la autoestima negativa disminuye. En el seguimiento a 3 meses de finalizar el tratamiento la autoestima positiva y negativa se mantiene con el mismo puntaje obtenido al finalizar el tratamiento (post).

Gráfica 10. Puntajes obtenidos a través del Inventario de Autoestima durante la evaluación inicial (pre), evaluación final (post) y el seguimiento.



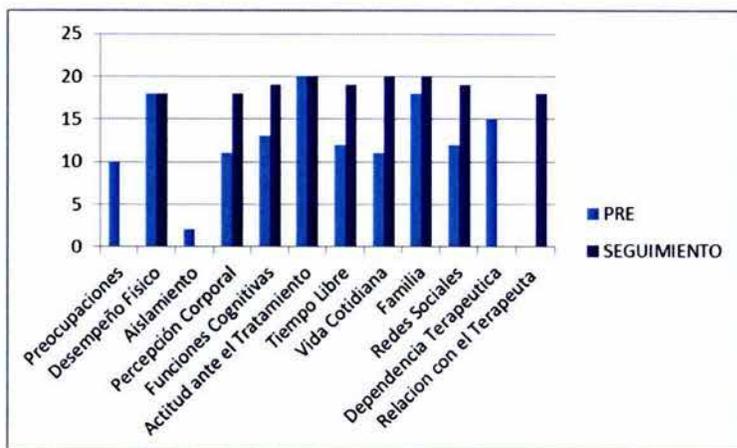
La grafica 11 del Inventario de Calidad de Vida y Salud muestra los resultados de la puntuación obtenida del participante. Se muestra el incremento en el puntaje de calidad de vida en los resultados de evaluación final al tratamiento (post), respecto a los resultados de evaluación inicial al tratamiento (pre).

Gráfica 11. Puntajes obtenidos a través del Inventario de calidad de vida y salud durante la evaluación inicial (pre) y evaluación final (post) del participante 2.



La grafica 12 del Inventario de Calidad de Vida y Salud muestra los resultados de la puntuación obtenida del seguimiento al finalizar tratamiento del participante. Puntuación en la cual se mantiene el incremento en la calidad de vida respecto a los resultados de evaluación inicial (pre).

Gráfica 12. Puntajes obtenidos a través del Inventario de calidad de vida y salud de la evaluación inicial (pre) y el seguimiento a tres meses del participante 2.



A continuación se describe de manera detallada cada punto:

Preocupaciones: en el puntaje bajo se poseen redes sociales eficaces, se siente apoyo y confort de quienes lo rodean. Implica la capacidad para recibir ayuda y comprensión.

Desempeño físico: en el puntaje bajo el proceso de enfermedad no ha afectado su desempeño habitual, o bien, no ha permitido que esto ocurra. Los valores altos en el área son indicadores de independencia y autoeficacia.

Aislamiento: en el puntaje bajo se cuenta con el aprecio y afecto eficaz que requiere. Se percibe merecedor de la estimación que recibe de quienes le rodean. En general implica un autococepto positivo y habilidades sociales funcionales en su medio.

Percepción corporal: en el puntaje bajo se percibe a si mismo como feo o físicamente desagradable. Puede haber selección selectiva aparentes señales de desagrado hacia su persona. En el puntaje alto se percibe como una persona atractiva, posee un autoconcepto que le permite considerarse interesante, agradable o normal.

Funciones Cognitivas: en el puntaje bajo hay una disminución notable de su capacidad de memoria y concentración. Puede mostrar estados emocionales parecidos a la depresión en los que estas fallas expliquen sentimientos de inutilidad, enojo o ansiedad. En el puntaje alto se posee capacidad de concentración, aprendizaje y recuperación de la información. Es un indicador de un nivel razonable de bienestar emocional.

Actitud ante el tratamiento: En el puntaje bajo resiste el tener que seguir un tratamiento y estar enfermo. Es el indicador más poderoso en la escala de adhesión inadecuada, acompañada de actitudes y creencias que la obstaculizan o imposibilitan. En el puntaje alto se comprende la importancia de seguir el tratamiento en el manejo de su salud. Asume las rutinas derivadas del tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva.

Tiempo libre: En el puntaje bajo el proceso de enfermedad se conceptualiza como una limitación infranqueable para el disfrute del tiempo libre a que estaba acostumbrada, implica además sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo. En el puntaje alto el proceso de enfermedad no obstaculiza sus actividades recreativas. Es un indicador de posesión de habilidades sociales y redes de apoyo funcionales.

Vida cotidiana: en el puntaje bajo el proceso de enfermedad y su manejo representan una pérdida importante en su salud y estilo de vida. Puede experimentar continuamente sentimientos de enojo, tristeza y desesperanza. En el puntaje alto ha sabido contender con las rutinas que requiere el manejo de su enfermedad sin que representen cargas o pérdida de bienestar.

Familia: en el puntaje bajo el medio social le parece adverso, indiferente o agresivo. Suelen presentar dificultades en habilidades básicas de interacción. Son comunes pensamientos de indefensión y desesperanza. En el puntaje alto en general es lo esperado. Indica que al menos para un miembro de la familia es importante y le representa apoyo y afecto significativo.

Redes sociales: en el puntaje alto se cuenta con personas a su alrededor que pueden ayudarlo a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, de manera eficaz. Hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia.

Dependencia terapéutica: En el puntaje bajo se reconoce como protagonista de su condición de salud. Suele acompañarse de independencia y autoeficacia. En el puntaje bajo se indica una actitud pasiva sobre el cuidado de su salud. Hay desinterés general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su enfermedad.

Relación con el terapeuta: en el puntaje bajo la búsqueda de atención terapéutica tiene una connotación negativa, puede relacionarse o no, con experiencias que le parezcan desagradables o simplemente con que el médico está asociado a estar enfermo. En el puntaje alto se ha integrado la relación con el terapeuta como una parte del apoyo con que cuenta en el manejo de su enfermedad, es importante predictor de adhesión adecuada al tratamiento.

8.3 Discusión

Respecto a los resultados cualitativos se puede mostrar que los objetivos propuestos en cada participante fueron cumplidos al terminar el tratamiento; los niveles de activación fisiológica disminuyeron. Las creencias irracionales; se confrontaron, se crearon pensamientos más adaptativos. Se identificaron las emociones positivas y negativas. Se encontraron formas de expresión a los sentimientos y emociones, de tal forma que se incrementó el autoconocimiento emocional. La forma de actuar en las situaciones cotidianas fue más asertiva, las relaciones sociales con la familia y/o amigos se volvió más cercana. A partir de lo

visto en las sesiones se muestra que los participantes eligieron la mejor alternativa de solución a su problema.

Se muestra en los resultados cuantitativos obtenidos de los participantes que los puntajes de ansiedad y depresión al finalizar el tratamiento disminuyeron con respecto a los puntajes de ansiedad y depresión obtenidos al inicio del tratamiento.

Los participantes se beneficiaron con esta modalidad de terapia Vía Internet ya que se retoman los cambios obtenidos a partir de los resultados de las evaluaciones al finalizar el tratamiento, así como también los objetivos cumplidos que son propuestos en el tratamiento lo corroboran. Por lo cual se puede mencionar que en este aprendizaje; el afrontamiento de las situaciones y de los pensamientos fue más adaptativo. Algo importante a mencionar es que la percepción de mejoría de los participantes incremento desde el comienzo de las sesiones de tratamiento, esta mejoría incremento con el aprendizaje de las técnicas cognitivo conductuales. Se muestra en los resultados que la autoestima positiva aumento y la autoestima negativa disminuyo al finalizar el tratamiento. Así como también la calidad de vida y salud se vio favorecida. A partir de estos cambios se corrobora la mejoría de los participantes.

Muchas veces la percepción del exterior y de las circunstancias es sin reflexión y automática, por lo cual se pueden crear emociones negativas que causan malestar. Cabe mencionar que el ser humano es quien crea su propia felicidad, de acuerdo con lo que piensa de sí mismo y de las situaciones.

A partir de esta evidencia se puede mencionar que Psicoterapia Vía Internet es una herramienta de tratamiento eficaz y confiable, la cual se irá perfeccionando a partir de estas aplicaciones, así como también será inevitable que se enriquezca con el paso del tiempo. Esta modalidad podrá ser más accesible con el creciente avance de las nuevas tecnologías.

Cabe mencionar que psicoterapia Vía Internet es una valiosa oportunidad que se brinda a los estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura, para que tengan un contacto directo con la experiencia terapéutica. Esta modalidad capacita a los estudiantes para que puedan enriquecer las habilidades terapéuticas y así tengan disponibles todas las herramientas necesarias para dar apoyo psicológico de calidad. Es importante mencionar que en esta modalidad de tratamiento se da supervisión a los terapeutas para que estos desempeñen eficazmente y que el tratamiento sea acorde a las necesidades de cada persona.

Se confirma así los datos obtenidos por (Leahy, 2003), quien menciona que los estados disfuncionales como la ansiedad y la depresión son mantenidos por los pensamientos distorsionados. Entrando aquí la función del terapeuta, el cual apoya al participante a reconocer los rasgos de pensamiento desadaptativos que presenta para posteriormente pueda construir pensamientos más adaptativos.

Respecto a los resultados obtenidos, se muestra que los participantes interiorizaron en su vida los aspectos más relevantes de cada técnica cognitiva conductual, las cuales se trabajaron a lo largo de las sesiones. Se incremento la calidad de vida en cada participante y el afrontamiento a las situaciones cotidianas fue más adaptativa. Estos resultados se encuentran ligados a la opinión de Beck (1995), quien menciona que la tarea del terapeuta siempre irá encaminada a ayudar a la persona a darse cuenta de cómo el construye el mundo que percibe y cómo ese modo de construir se encuentra en la base de sus emociones y de sus conductas.

Cabe también retomar lo mencionado por el Comité Nacional de Certificación de Consejeros, Inc. (2001) que Psicoterapia Vía Internet, es la aplicación de los servicios de salud mental psicológica y del desarrollo humano, a través de lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, utilizando estrategias de intervención, que son dirigidas al bienestar y al crecimiento personal.

Retomando las finalidades perseguidas en este modelo de tratamiento, me parece importante mencionar que en esta modalidad de terapia es importante que el terapeuta tenga interés en ayudar a los demás, siendo capaz de inspirar confianza y seguridad. Por lo cual cabe mencionar que esta modalidad de terapia es eficiente y lo único que la diferencia de la terapia presencial es el uso de las nuevas tecnologías para la comunicación.

8.4 Conclusión

Esta modalidad de tratamiento ha sido eficaz, los participantes mencionados lograron disminuir sus niveles de ansiedad y depresión, su calidad de vida y autoestima aumento, hubo incremento en el afrontamiento adaptativo a las situaciones en las que se presentó conflicto. Cabe mencionar que gran parte de la función terapéutica se centra en el cambio de hábitos desadaptativos; como una mala respiración, los pensamientos negativos o la falta de asertividad.

Retomando a (Virgen, Lara y Morales, 2005) cabe mencionar que la ansiedad y la depresión son las formas de psicopatología más frecuentes en México. Tomando en cuenta esta información se puede mencionar que esta modalidad de tratamiento es funcional dado las ventajas que permiten su acceso. Por lo cual es importante mencionar que psicoterapia Vía Internet puede ser una herramienta muy útil en diversas localidades y puede ser accesible a una infinidad de personas que deseen contrarrestar sus padecimientos.

En cuanto a la limitante que se puede encontrar en la terapia a distancia, se da en el manejo de las nuevas tecnologías, ya que hay personas que todavía no se encuentran familiarizadas con el uso de estas herramientas y esto puede provocar la desconfianza de las personas en cuanto a la comunicación, sin embargo esta limitación rápidamente está cambiando por el gran impacto del internet y las redes sociales.

Es importante mencionar que para un tratamiento exitoso hay indicadores que lo demuestran. Entre ellos que la persona establezca una buena relación con el terapeuta, brindándole su confianza. El sentirse satisfecho con lo que va logrando al paso de las sesiones, por lo cual aparecen nuevas actitudes al realizar actividades las cotidianas. Se aprende a enfrentar situaciones problemáticas planteando diversas alternativas. Se modifican ideas o pensamientos que limitan el crecimiento personal o la resolución de la situación problema.

En cuanto a "Psicoterapia Vía Internet: una alternativa para la formación profesional en Psicología Clínica" cabe mencionar que este proyecto permite a los estudiantes de los últimos semestres de la carrera, enriquecerse con la experiencia del trabajo clínico, de esta forma se tiene contacto directo con la aplicación profesional de la Psicología Clínica. Así como también se tiene un mayor conocimiento de las herramientas y habilidades terapéuticas del enfoque cognitivo conductual, ya que estas se ponen en práctica. De tal forma esta alternativa complementa el aprendizaje teórico aprendido a lo largo de la carrera.

Punto importante a considerar es el aprendizaje de nuevas modalidades psicoterapéuticas. De esta forma el terapeuta puede enriquecer su conocimiento y así proporcionar a la persona diversas estrategias de afrontamiento para una mejor calidad de vida. Entre ellas podría mencionarse acerca de la terapia narrativa; la cual se enfoca en construir la trama que conecta la vida entera de una persona en la cual se da sentido a las experiencias organizándolas como historias o narraciones que construyen la identidad. Otra sería la terapia ocupacional la cual busca que una persona con limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valore su propio potencial, ya que a través de la ocupación el hombre se incorpora. Con el aprendizaje de estas modalidades el terapeuta puede enriquecer el trabajo clínico.

Se puede mencionar que la terapia cognitiva conductual es educativa puesto tiene como meta enseñar a la persona atendida las diferentes alternativas de su conducta y así esta elegirá cuál de estas alternativas es la más adaptativa,

tomando en cuenta la información de su presente e información relevante de su vida anterior. La persona puede beneficiarse no solo en el lapso de la terapia sino a lo largo de toda su vida, ya que las herramientas y habilidades aprendidas pueden ser retomadas en cualquier momento y así evitar una recaída.

Psicoterapia Vía Internet es una modalidad de tratamiento eficaz y confiable, corrobora los resultados obtenidos por; Duran, De la Rosa, Flores, Luarte, Garay, Carreño; por lo cual se puede mencionar que Psicoterapia Vía internet es importante en las investigaciones de Psicología Clínica. Los resultados mostrados en el presente trabajo son una aportación que enriquece esta modalidad de tratamiento y que contribuye a la aplicación de la psicoterapia Vía Internet dentro de la población mexicana.

Puedo mencionar conforme a mi experiencia personal que mi crecimiento profesional terapéutico se beneficio y se enriqueció al tener contacto directo con los participantes. Al brindar atención psicoterapéutica; se fortalecen las habilidades y conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera. Hay un aprendizaje constante entre terapeuta y persona, lo cual será de gran utilidad en el desempeño terapéutico futuro y en situaciones de la vida cotidiana.

En cuanto a sugerencias a esta modalidad, cabe proponer la opción de apoyo terapéutico a dos sesiones semanales, esto dependiendo de la gravedad del trastorno. Cuando los síntomas sean más severos esta atención podría incrementarse a dos sesiones por semana; con la finalidad de que haya seguimiento en un lapso más corto de tiempo a la problemática y de que no se excluya a los participantes por la gravedad de su trastorno. Esto puede incrementar la adherencia al tratamiento de Psicoterapia Vía Internet. Es importante mencionar que los participantes tienen la libertad de comunicarse en todo momento vía correo electrónico con el terapeuta, para mencionar algún inconveniente o dudas que surjan del tratamiento y de las actividades que se hayan asignado.

9. Referencias

- Alabart, R. (2007). *Terapia Online, Formas de asesoramiento y terapia online*, Recuperado el 1 de Diciembre de 2011, de http://www.psicologo-alador.com/alador/es/terapia_online_informacion.php
- Alleman, J. R. (2002). *Online counseling: the Internet and mental health treatment. Psychotherapy*, Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.psychoeduca.com/2010/07/desventajas-de-la-terapia-en-linea/>
- Barrientos, G. (2011). ¿Es ético realizar psicoterapia en el ciberespacio? Volumen 13. *Revista Psicología Científica*. Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-140-1-es-etico-realizar-psicoterapia-en-el-ciberespacio.html>
- Beck, A. T., y Emery, G., (1985). *Anxiety disorders and Phobias: A cognitive Perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., y Emery, G (1985). *Psychological treatment of Panic*. New York: Gilford Press.
- Beck, A. T., y Freeman, A. (1995). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Gilford Press.
- Beck, A. T (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Nueva York , International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bermejo, M. (1999). *Eficacia y Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual Vía Internet*. Valencia: IV Congreso Internacional de Psicología Cognitiva/ Conductual. Recuperado el 22 de Mayo de 2006, de <http://www.cop.es/colegiados/pv04735>
- Bermejo, M. (2001). *Valoración y aplicación de la terapia psicológica vía Internet*. Recuperado el 10 de julio de 2011, de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1326/1/psiquiatricom_2001_5_3_6.pdf

- Bulacio, J.M. y Vieyra, M.C. (2003). *Psicoeducación en Salud. Eficacia de grupos psicoeducativo y de autoayuda en pacientes con trastornos de ansiedad*. Recuperado el 10 de julio de 2011, de http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/posterSEAS_sep_2006_Psicoeducacion.pdf
- Bureau of Labor Statistics (2001). *Consejeros en el Internet*, Manual de Perspectivas Ocupacionales, U.S. Department of Labor, Recuperado el 3 de diciembre de 2011, de <http://www.bls.gov/es/ooh/ocos067.htm>
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1 y 2. España: Siglo XX
- Carambula, P. (2010). ¿Es posible hacer terapia en la web? *Salud Mental. Psicología Online* Recuperado el 10 de Abril de 2011 de <http://bellezaslatinas.com/salud-mental/psicologia-online>
- Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, R. y Flores, L. (2005). *Psicoterapia en Línea, Manual del Terapeuta*. Laboratorio de Enseñanza Virtual. México, D.F: Facultad de Psicología. UNAM.
- Cárdenas, G., Flores, L. De la Rosa y Serrano, B. (2010). *Protocolo de Depresión y Ansiedad Vía Internet*. Protocolos de Tratamiento Vía Internet
- Carmen, M. (2008). *La Psicoterapia a través de Internet*. Recuperado el 10 de Abril de 2011 de <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/terapiaonline.HTML>
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y Terapéutico*. (2ª Ed.) Buenos Aires: Polemos.
- Clark, D. A. (1989). *The anxiety and depressive disorders: descriptive psychopathology and differential diagnosis*. En P. C. Kendall y D. Watson (Eds.). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press INC.
- Clark, D. A. y Beck, A.T., (1989). *Cognitive theory and therapy of anxiety and depression*, en P. C. Kendall y D. Watson (Comps.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*, Nueva York. Academic

Press.

- Cormier, W., y Cormier, S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. España: Desclee de Brower.
- Cortes, C. (1999). *Tecnología, informática y democracia. UAM-Xochimilco. El desarrollo de las telecomunicaciones*. La era de la restructuración, Unión Internacional de Telecomunicaciones 1997.
- Cutter, F. (1996). Virtual Psychotherapy, *PsychNews International*
- De la Rosa, A. (2000). *Resultados de la Intervención Psicoterapéutica Vía Internet para pacientes con Trastornos de Ansiedad. Informe Profesional de Servicio Social*. Facultad de Psicología. UNAM.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª Ed.) Nueva York: Springer.
- Espada L. F. (2008). *Relaciones entre ansiedad y depresión*. Recuperado marzo 2011, de: <http://quedadas.blogcindario.com/2008/10/00061-quot-relaciones-entre-ansiedad-y-depresion-quot-por-francisco-javier-espada-largo.html>
- Garia, H. A. (2010). *La Depresión*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2010, de www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm
- Goldfried, R. (1996). *De la terapia cognitivo conductual a la psicoterapia de integración*. España: Desclee de Brower.
- Goldberg, D., Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders. A Bio-social Model*. London: Routledge.
- Gómez, A., y Martínez, C. (2001). Programa Nacional de Telesalud. *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado*. México: ISSSTE.
- Gonçalves, F., González, V., y Vazquez, J. (2003). Atención primaria de calidad, Guía de buena práctica Clínica en Depresión y Ansiedad, *Ministerio de Sanidad y Consumo*, Recuperado el 20 de junio de 2011 de, http://www.cgcom.org/sites/default/files/guia_depresion.pdf
- Guerra, O. V. (2001). *El uso de la tecnología en la educación*, Revista de Tecnologías de la Información y Comunicación Educativas. ISSN 1696-

- 0823, N° 2, 2001 Fundación Dialnet, Recuperado el 20 de mayo de 2012 de, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1232512>
- Guillen, S., Núñez, S., González, M., Medina, L., y Vidal, J. (2004). *Internet como herramienta en el aprendizaje de la disciplina nucleoeología*, Argentina: Universidad Nacional de Tucumán, Recuperado el 15 de enero de 2012 de, [http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/IV%20Encuentro 20-20Oct-2004/eje3/posters/p12.htm](http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/IV%20Encuentro%2020Oct-2004/eje3/posters/p12.htm)
- Greenberg, L.S. y Paivio, S. C. (2000). *Trabajar con las emociones en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Greenberg, L. S., y Padesky, C. A. (1998). *El control de estado de ánimo*. Barcelona: Paidós.
- Hughes, R. M. (2000). *La ética y Regulaciones de Cybercounseling*. Cámara de compensación en los servicios Greensboro NC del asesoramiento y del estudiante. Recuperado el 10 de Octubre de 2011, de <http://www.etexh.com/es/2001-3/los%20%C3%A9ticas.html>
- Jechimer, (2008). *Habilidades del psicólogo en terapia cognitivo conductual*. Servicios profesionales de psicología. Recuperado el 10 de Abril de 2012, de <http://www.psicologosclinicos.com/articulos/habilidades-del-psicologo-en-terapia-cognitivo-conductual/>
- Jocoma, (2012). *Psicología online y terapia en línea*. Artículos de salud. Recuperado el 10 de Abril de 2012, de <http://www.articulosi.com/psicologia-online-y-terapia-en-linea>
- Kessler, R. C. y Mc Gonale, K. A. (1994). *Lifetime and twelve months prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States*. Results from the National comorbidity Surrey. Arch. Gen. Psychiatry 51:8-19. Encuesta Nacional de Comorbilidad.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques*. Nueva York: The Guilford Press
- Patoni M. I. (2003). *Psicoterapia Vía Internet, su práctica, regulación e investigación: el caso del Tabaquismo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: UNAM.

- Paykel, E. S. y Priest, R. G (1992). *Recognition and Management of depression in general practice: Consensus Statement*. British Medical Journal, 305, 1198-1202.
- Labrador, F. J., De la Puente, M. L. y Crespo, M. (1995). *Técnicas de control de la activación; relajación y respiración*, Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, Madrid: Pirámide.
- Letacar, I. (2005). *Ventajas y Desventajas de la Psicoterapia Online*. Servicios Psicológicos a tu alcance. Recuperado el 10 de Junio del 2011 de <http://tupsico.com/psicoterapia/ventajas-y-desventajas-de-la-psicoterapia-online>
- Lyddon, W. J. y Jones, J.V, JR (2002). *Terapias Cognitivas con Fundamento Empírico*. Aplicaciones actuales y futuras. México: Manual Moderno.
- Manrique, C. (2008). *La Psicoterapia a través de Internet*. Recuperado el 10 de Abril de 2011 de <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/terapiaonline.HTML>
- Mendoza, A. (2009). *La Telesalud y la Telemedicina: herramientas para la salud*. Recuperado el 10 de diciembre 2011, de <http://vulcano.wordpress.com/2009/07/13/la-telesalud-y-la-telemedicina-herramientas-para-la-salud/>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales*. Un enfoque Basado en Problemas. México: Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C.M. y Perri, M. G. (1989). *Problem Solvin Therapy for Depression: Theory, Research and clinical Guidelines*. New York: Wiley.
- Nickelson, W. D. (1998). *Telehealth and the Evolving Health Care System: Strategic Opportunities for Professional Psychology*. Profesional Psychology: Research and Practice.
- Nickelson, W. D. (1998). *Telesalud y el Sistema de Cuidado de la Salud en evolución: Oportunidades estratégicas para la Psicología Profesional de Psicología Profesional: Investigación y Práctica*, 29 (6), 527-535.

- Moreno, G. (2003). *Atención primaria de Calidad, Guía de buena práctica Clínica en Depresión y Ansiedad, Ministerio de Sanidad y Consumo*, Recuperado el 20 de junio del 2011, de http://www.cgcom.org/sites/default/files/guia_depresion.pdf
- Olivares, R. J., y Mendez, X. C. (2005). *Técnicas de modificación de Conducta*. (4ta.ed.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oliveras, M. A. (2007). *Las mujeres son mas propensas a sufrir algunos trastornos mentales específicos, como ansiedad o depresión*. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de <http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/33933/>
- O.M.S. (2009). *Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer*. Nota Descriptiva N.334 Recuperado el 10 de Diciembre Agosto de 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- Rebolledo S, y Lobato M. J. (2002). *Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia*. In: Caballo VE, editor. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Manuales/Psicología. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Ruiz, A. (2004). *Propuesta de un taller para el reforzamiento de la autoestima como alternativa de tratamiento para las relaciones destructivas de pareja*. Tesina.
- Salama, F. I. (2001). *Ciberterapia*. Recuperado el 5 mayo de 2012, de <http://www.isabelsalama.com/Ciberterapia%20por%20Isabel%20Salama.htm>
- Suler, J. (1997). *Communicative Subtlety in Multimedia Chat. Psychology of cyberspace*. Marzo Vol. 1 Recuperado el 13 de Junio de 2005, de <http://www.rider.edu/suler/psycyber/hilucy.html>
- Suler, J. (2000). *Psychoterapy in Cyberspace*. A-5 Dimension Model of Online and Computer mediated Psychoterapy. CyberPsychology and Behavior. Vol. 3 pp 151-160
- Suler, J. (2006). *The Psychology of Cyberspace*. (v1.7) Recuperado el 20 de enero de 2012, de <http://www.rider.edu/~suler/psycyber/psychspace.html>

- Trejo, F. R. (2006). *Comunicación Asertiva. Cursos de Comunicación*. Recuperado el 13 de Octubre de 2011, de <http://www.mailxmail.com/curso-comunicacion-asertiva/conductas-pasiva-agresiva-asertiva>
- Virues, A. E. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado el 20 de Mayo de 2011, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/index.php>
- Virgen, M., Lara, Z. y Morales, B. (2005). Los trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. Coordinación de Publicaciones Digitales DGSCA-UNAM Volumen 6 Número 11 ISSN: 1067-6079. Recuperado el 1 de Noviembre de 2011, de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Wallace, P. M. (2001.) *La Psicología de internet*. Madrid: Paidós
- Walter, R. (2009). *Terapia Cognitiva*. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Barcelona: Paidós.

10. Anexos

Anexo 1

Proyecto PAPIME EN300104

“Psicoterapia en Línea: una propuesta de formación profesional”

FORMATO DE CONSENTIMIENTO

YO _____ otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto PAPIME EN300104, Psicoterapia en Línea: Una Propuesta de formación Profesional. Para el estudio y tratamiento de problemas psicológicos que está siendo dirigido por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El tipo de tratamiento que recibiré, el propósito de la evaluación, los procedimientos a seguir y los posibles riesgos me han sido explicados por:

(Nombre completo del terapeuta)

Entiendo que:

1. El propósito de este proyecto es investigar la efectividad de la Psicoterapia Vía Internet como alternativa de formación profesional y modalidad de tratamiento breve, a fin de resolver problemas de índole psicológico tales como trastornos de ansiedad, depresión, etc.
2. Seré asignado a alguno de los diferentes grupos de tratamiento. Esta asignación será de acuerdo al motivo de consulta. Además entiendo que el tipo de terapia que recibiré será cognitivo-conductual, mientras dure el seguimiento y a pesar de que haya terminado la etapa formal de tratamiento, tengo entendido que puedo contactar a mi terapeuta, de acuerdo a los horarios establecidos de las

sesiones vía chat, así como de las sesiones vía e-mail para discutir mi problema, solicitar tratamiento adicional, recordatorios, retroalimentación, etc.

3. El tratamiento que recibiré consistirá en contactos vía Internet en sesiones a través del chat y e-mail. Al final de las sesiones seré requerido para llenar algunos cuestionarios; esta tarea tomará un tiempo adicional de 20 a 30 minutos. Como parte del programa, leeré breves ensayos y haré tareas relacionadas con las lecturas asignadas. También mantendré registros diarios solicitados por mi terapeuta. Estas lecturas y tareas son parte de mi tratamiento.

4. Las sesiones de tratamiento pueden ser grabadas en audio, video y texto. A estas grabaciones sólo tendrá acceso mi terapeuta o su supervisor a fin de monitorear la calidad y consistencia del tratamiento. Las grabaciones serán borradas tan pronto como hayan sido revisadas, y a más tardar, en un período de 3 meses después de mi participación en el proyecto.

5. Si mi terapeuta o su supervisor lo considera necesario, seré canalizado a terapia presencial, con fines de progreso en mi tratamiento.

6. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre, alguna otra información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.

7. Los resultados de este estudio serán reportados de tal manera que no habrá forma de que se me identifique. Los reportes publicados se referirán a datos grupales.

8. Durante este estudio me puedo rehusar a contestar cualquier pregunta que me sea hecha, o negarme a participar en procedimientos específicos que se me soliciten. Si mi negativa provoca que mi participación sea considerada sin interés o valor científico, entonces mi participación puede ser cancelada y me será ofrecida una alternativa de tratamiento.

9. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta y mi evaluador de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se pongan en contacto conmigo después de la terminación de este estudio y durante un año. Entiendo que hay 3 seguimientos que están programadas durante este periodo: 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior y se me preguntará acerca de la problemática que traté en psicoterapia o las conductas relacionadas con mi tratamiento. La información que se reúna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la evaluación inicial.

10. Estoy de acuerdo en acudir puntualmente a mis sesiones de terapia con una tolerancia de 15 minutos como máximo, así como avisar con por lo menos 24 horas de anticipación si me ausentaré a la sesión. Entiendo que después de tres faltas injustificadas o de inconsistencia en el tratamiento estaré dado de baja de este proyecto.

“Esta forma de consentimiento fue leída por (nombre completo del paciente):

_____ quien

me informó que entendió y tomó en cuenta cada uno de los puntos. Confirmando que este estudio será conducido de acuerdo a las condiciones y procedimientos que se fijaron anteriormente”.

Nombre: _____

E-mail: _____

Firma: _____

Fecha: _____