

720777



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“INFORME DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-
CONDUCTUAL APLICADA A PACIENTES CON DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD VÍA INTERNET”.**

INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Que para obtener el grado de:
Licenciada en Psicología

PRESENTA
CYNTHIA THALIA UBALDO AYALA

Directora de informe: Dra. Ma. Georgina Cárdenas López

Revisora: Lic. Anabel de la Rosa Gómez



México, D. F., Ciudad Universitaria, 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.025
2013

M.

TPs.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada agradezco a Dios por darme la oportunidad de ser una persona llena de bendiciones al tener una familia hermosa y por permitirme alcanzar cada una de mis metas...esta es una de las más importantes en mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por acogerme durante más de 7 años, por ser mi hogar, mi refugio, por abrirme las puertas al conocimiento sin nada a cambio, por hacerme ver la importancia de la perseverancia, del esfuerzo, entrega y humildad.

A la Facultad de Psicología por formar profesionistas de alto nivel comprometidos con el bienestar del país y de la sociedad.

Agradecida de formar parte de la Máxima Casa de Estudios, pues quienes formamos parte de la UNAM estamos destinados al éxito y al reconocimiento.

A la Dra. Georgina Cárdenas por abrirme las puertas del LEVyC, por apoyarme en mi crecimiento como profesionista, por brindarme su amplia experiencia y por su gran calidez humana.

Al honorable jurado por sus valiosas aportaciones:

Lic. María del Rocío Maldonado

Mtro. Jorge Álvarez Martínez

.Lic. Anabel de la Rosa Gómez

Lic. Lorena Flores Plata

Al equipo de trabajo del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, gracias por brindarme su amistad, su apoyo y risas a lo largo de mi estancia.

A Lorena Flores Plata por ser pieza fundamental de este proyecto, por participar en mi crecimiento no solo profesional si no también personal.

A mis amigas y amigos que me acompañaron a lo largo de la carrera Jess, Diana, Aide, Leslie y Omar... gracias por tantas alegrías, por tantos regaños pero principalmente por estar conmigo en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamita hermosa... eres la mujer más maravillosa de este mundo. Gracias por todo tu amor, tu cariño, tu comprensión, por motivarme a salir adelante y a ser una persona preparada para poder alcanzar cada uno de los planes que me proponga y sobre todo por el gran ejemplo que me has dado .

*Gracias a tu esfuerzo y sacrificio logré concluir exitosamente esta etapa de mi vida.
Este trabajo es para ti.
Te amo con toda mi alma.*

A mi papá por tu apoyo incondicional y por cada una de las atenciones que me brindas.

A mis nenorritos Rafael y Anita, por ser los abuelitos mas lindos y por guiarme con su sabiduría y experiencia... abuelita te extraño y me haces mucha falta.

*A mis hermanas Irma y Paola por su cariño, por sus consejos, por su apoyo invaluable y por todo lo que hemos vivido juntas.
Siempre les estaré agradecida por todo lo que me han dado*

*A mis princesas Irián, Ingrid y Ximena. Nunca pensé que estas personitas cambiaran mi vida, ustedes son mi razón de vivir, gracias por darle tanta felicidad a mi existencia.
Las amo tanto.*

A mis cuñados Israel y Oscar por su comprensión y solidaridad.

A Edgar por creer en mi, por su tolerancia, muestras de cariño y por estar a mi lado.

Familia... Gracias por formar parte de mi vida y por hacer de ella algo maravilloso.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	7
1. Antecedentes.....	10
2. Psicoterapia Vía Internet.....	14
2.1 Estudios Relacionados.....	16
2.2 Características de Psicoterapia Vía Internet.....	21
2.3 Medios de Comunicación.....	24
2.4 Candidatos a Psicoterapia Vía Internet.....	25
2.5 El enfoque Cognitivo- Conductual en PVI.....	26
2.5.1 Técnicas C-C empleadas en PVI.....	29
2.6 Ética Profesional en PVI.....	31
3. Depresión.....	38
3.1 Epidemiología.....	40
3.2 Diagnóstico.....	41
3.3 Sintomatología.....	46
3.4 Tratamiento.....	49
4. Ansiedad.....	51
4.1 Epidemiología.....	52
4.2 Sintomatología.....	53
4.3 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.....	55
4.4 Tratamiento.....	60
5. Método.....	62
6. Procedimiento.....	69
7. Resultados.....	78
8. Discusiones.....	93
9. Conclusiones.....	96
10. Referencias.....	98

RESUMEN

El presente informe de prácticas hace referencia a la intervención psicológica bajo la modalidad vía Internet, realizada en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología en la U.N.A.M el cual, a través del programa *Psicoterapia en Línea: Una Alternativa para la Formación Profesional en Psicología Clínica*, en el 2008 es que se forman estudiantes de la salud mental que cursan los últimos semestres de la licenciatura en la adquisición de conocimientos y aplicación de habilidades clínicas para llevar una terapia psicológica de calidad en la modalidad vía internet bajo un enfoque cognitivo-conductual y con la orientación de un supervisor clínico experto.

Dentro de este trabajo se describen los antecedentes de la psicoterapia vía Internet as: como las características y los objetivos de la intervención psicológica cognitivo-conductual, en función al impacto social que juega en la comunidad mexicana, la cual consiste en brindar atención a poblaciones con pocas posibilidades de acceso a servicios clínicos psicológicos tales como personas que no pueden trasladarse a grandes distancias, que les lleva bastante tiempo el traslado, aquellas personas que gustan de la modalidad sintiéndose familiarizados con el medio o bien personas que sufren alguna discapacidad física impidiendo que acuda con un experto de la salud mental.

Por otro lado, es sustancial mencionar que uno de los principales objetivos de este programa es la reducción de los niveles de ansiedad y depresión de cada uno de los participantes atendidos así como la adquisición de habilidades que les permitan mejorar sus estrategias de afrontamiento y así poder manifestar una mejora en su calidad de vida.

Los resultados se exponen a partir de la intervención vía internet de participantes de sexo femenino, una de ella con un diagnóstico de depresión y una más con un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad generalizada. A ambas

participantes se les brindó psicoterapia bajo el enfoque cognitivo-conductual a través de la modalidad Vía Internet. Los resultados obtenidos por medio de evaluaciones de medidas repetidas pre y post, muestran diferencias satisfactorias en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población mexicana, presenta diversos trastornos psicológicos consecuencia de los factores a los que se ve expuesto así como los biológicos, genéticos, cognitivos, ambientales y sociales, de los cuales algunos se ven involucrados debido a las exigencias de la vida diaria.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 se estima que en México alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Estos padecimientos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad y vuelven dependiente a una tercera parte de los pacientes, por lo que se ubican entre los diez más discapacitantes.

Los trastornos mentales entre ellos la ansiedad y la depresión, tienen un gran impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Son trastornos que están reconocidos como problemas importantes de salud pública, los cuales deben ser considerados como un dilema de alta importancia ya que son trastornos frecuentes y con grandes posibilidades de estudio y tratamiento. (OMS, 2004).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003) en México, uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida. El 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días, encontrando a la depresión y la ansiedad como unos de los más frecuentes. De ellos, 12.1% tiene un trastorno mental severo y sólo uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada. El uso de servicios de salud mental fue de 24%, debido a que la búsqueda de atención tarda de ocho a 15 años y 15% de estas personas prefiere automedicarse.

El efecto de estos trastornos suele ser mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Asimismo, forman parte del panorama epidemiológico de México, y seguirán en el escenario nacional por las próximas décadas incrementando incluso su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país.

Es por esto que ambos trastornos son una fuente de preocupación para la salud de la población mexicana pues llegan a interferir con la habilidad del funcionamiento en la vida diaria del individuo entrando en un estado desadaptado caracterizado por reacciones psicológicas extremas.

Tomando en cuenta estas cifras y el alto impacto que implica el padecer estos trastornos es que resulta de vital importancia en el ámbito de salud mental contar con competencias clínicas para realizar intervenciones psicoterapéuticas de calidad en el campo de dichos trastornos. Sin embargo, a pesar, de los diversos servicios psicológicos que se ofrecen a la comunidad, no siempre se tiene acceso a dichas asistencias por distintas cuestiones que van desde situaciones económicas hasta la falta de tiempo para buscar ayuda.

Es cada vez más evidente que la psicología, como profesión y disciplina científica, está llamada a la búsqueda de soluciones de diversos problemas del ser humano. En esta búsqueda podemos hacer referencia a la mejora de los métodos para intervenir. La importancia de lo anterior reside en solucionar las dificultades que algunos individuos presentan al decidir ir a terapia psicológica, por otro lado ofrecer la posibilidad de que mas interesados puedan recibir una atención de buena calidad así como la importancia de contar con nuevos tipos de intervenciones que cubran las necesidades de otorgar servicios psicológicos.

A partir de la identificación de necesidades y la importancia de encontrar opciones han dado pie a incorporar las Tecnologías de la Información y

Comunicación (TIC) para cubrir las necesidades de los Servicios de la Salud Mental siendo esta una alternativa de tratamiento.

Es así como la aparición de las nuevas tecnologías, se han incorporado a nuestra vida diaria sin ningún inconveniente y un ejemplo de esto, es el uso del Internet a través del cual ha permitido la comunicación en tiempo real con cualquier persona en cualquier parte del mundo que utilice este medio. El Internet es una herramienta útil, que cubre la necesidad al menos para algunos grupos, asimismo, puede ser una herramienta potencial y viable en la entrega de intervenciones de salud en la Comunidad. El acceso a Internet está aumentando y a menudo se utiliza por los pacientes para acceder a información relacionada con la salud. También resulta un medio aceptado para la interacción entre los médicos y los pacientes. Tomando en cuenta las líneas anteriores es que se ha logrado desarrollar diversos programas de intervención psicológica para la comunidad, mediante los cuales se proporcionan tratamientos efectivos para diferentes trastornos, entre ellos ansiedad y depresión. El Internet tiene el potencial para ofrecer las intervenciones de autoayuda a nivel mundial y a las personas que no buscan ni reciben ayuda para la depresión, esto con ayuda de la tecnología. (Christensen et al., 2004).

Por lo que los sistemas basados en computadora han sido utilizados de manera creciente en nuestra disciplina para asistir en la evaluación de trastornos mentales. Es así como se ha creado la posibilidad de proporcionar terapia psicológica comunicándose a través de estos sistemas y una de las alternativas es Psicoterapia Vía Internet. (Marks, 2003)

1. ANTECEDENTES

El avance en los últimos años de la tecnología de las comunicaciones cambió el mundo conocido por todos. Hoy, en el siglo XXI, los profesionales de la salud mental no se encuentran ajenos a estos desarrollos tecnológicos. El uso de las Nuevas Tecnologías tiene grandes ventajas, una de las más importantes es el acceso a Internet, que se puede dar en casi cualquier lugar y momento, siendo esto una opción de apertura a la comunicación.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) están presentes, prácticamente, en todos los ámbitos de nuestra vida. A continuación se muestra la evolución de estas tecnologías dentro del ámbito de la salud.

Telesalud

La difusión de los sistemas de evaluación y tratamiento apoyados por computadora, además de reducir tiempos y costos tanto en la calificación como en la adquisición de datos, abre la posibilidad de intercambiar información electrónicamente entre centros nacionales y con otros países.

Esto puede ayudar a los terapeutas de distintos lugares de residencia a comparar resultados clínicos de pacientes con similares síntomas y refinar su práctica clínica.

Stamm (1998) define Telesalud como la utilización de las comunicaciones electrónicas y las tecnologías de la información para proporcionar atención clínica a distancia. El término más amplio de Telesalud se refiere a la atención de la salud ofrecida por la telemedicina y a otras actividades relacionadas con la inclusión de la educación de la salud, la administración y la formación.

Los primeros proyectos de Telesalud datan desde 1959, cuando en la Universidad de Nebraska, en la escuela de Medicina, se empezó a experimentar

con un circuito cerrado de televisión, proporcionando servicios psiquiátricos y de salud entre el Instituto de Psiquiatría de Nebraska y el Hospital Estatal de Norfolk.

Desde entonces y hasta mediados de los 70s, con financiamiento federal y asistencia técnica, un número de proyectos rurales y urbanos fueron desarrollados, confiando en satélites o conexiones de video dedicadas para reemplazar los servicios médicos. Sin embargo a finales de los 70s, el alto costo de estos sistemas, así como problemas para encontrar proveedores para integrar la tecnología dentro de sus modelos de práctica, forzaron a la mayoría de ellos a dejar estos proyectos y venirse abajo. La Telesalud es una modalidad que con apropiadas adaptaciones y limitaciones hace más fácil la práctica de las habilidades profesionales a través de la distancia y la define como: "El uso de telecomunicaciones y la información tecnológica para tener acceso a evaluaciones de salud, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, educación e información a través de la distancia". (Nickelson, 1998).

Es a partir del uso del Internet, que surge el término de Telesalud como resultado de las limitaciones geográficas para proveer de información y servicios de salud, tradicional y especializada a las personas que no tuvieron la posibilidad de tener un encuentro cara a cara con el proveedor de servicios de salud, así como para abordar el problema de la gran demanda de servicios de salud. (Patoni, 2003)

La Telesalud es el servicio de salud que utiliza TIC para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a consumidores y proveedores de atención en salud en áreas rurales o poco atendidas. Sus áreas son teleprevención, telediagnóstico, teleadministración, telecapacitación entre otras. (Comisión Nacional de Telesanidad, 2004).

Algunos Servicios de Salud Mental ofrecidos con Tecnologías se agrupan en el término Telesalud, emergiendo por la necesidad de ofrecer y recibir

tratamientos pese a distancias o condiciones que imposibilitaran el encuentro de un profesional con un cliente.

Por su parte, Martínez (2009), menciona que la Telesalud es un término que se utiliza para referirse a todas las formas electrónicas del cuidado de la salud provista a través de Internet, ya sea con propósitos informacionales, educacionales o comerciales, ofrecidas por profesionales y no profesionales y que incluyen una amplia variedad de actividades clínicas.

Telemedicina

La telemedicina, es el uso de información electrónica y tecnológica de comunicación para propiciar cuidados en la salud cuando la distancia separa a los participantes. Utilizando como herramientas: la videoconferencia, el teléfono, fax, radio, TV, Internet, telefonía celular, etc. (Cárdenas, 2005)

Es un sistema integrado de servicios médicos proporcionados por medio de la informática, que pretende sustituir el contacto cara a cara entre el paciente y el médico y hace posible la atención del enfermo por especialistas, sin importar la distancia y en tiempo real. Asimismo, favorece la prestación de servicios médicos en cualquier parte del mundo, a través de la combinación de expertos en servicios de la salud y expertos en telecomunicaciones (Gómez y Martínez, 2001).

Con la utilización de la tecnología para servicios de salud, han surgido y diversas definiciones y nombres así como el manejo adecuado, en relación a esto Newbold (2006), sugiere que ciberterapia, ciberpsicología, telemedicina, e-therapy son términos equivalentes para describir consejería psicológica vía Internet, pues cada uno de estos términos hace referencia a la opción de brindar servicio psicológico en casos de poseer dificultades para reunirse personalmente con un profesional de la salud mental.

A raíz de la popularización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) en especial el uso del internet y retomando las características de la consejería y telesalud es como surge Psicoterapia Vía Internet la cual cubre los rasgos de un proceso psicoterapéutico presencial tales como el empleo de técnicas cognitivo conductuales, empleo de herramientas como entrevista, psicoeducación etcétera reflejando diversas ventajas para sus usuarios.

En los años 90's y a raíz de la popularización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's), específicamente del uso de Internet y sus diversas herramientas, es que los Servicios de Salud Mental (SSM) hacen uso de éstas, optimizando los servicios y teniendo un mayor alcance, emergiendo así la Psicoterapia vía Internet, la cual retoma características de la consejería y de la Telesalud, teniendo como particularidad que la Psicoterapia Vía Internet cubre las características de un proceso psicoterapéutico estandarizado, utilizando técnicas cognitivo-conductuales, haciendo uso de la lectura, escritura, entrevista y otros elementos, puestos a disposición vía Internet, economizando tiempo y dinero (Segall, 2000).

Es así como los avances del desarrollo tecnológico han permitido contar con más y mejores técnicas para generar aplicaciones novedosas. Asimismo, la incorporación de las tecnologías informáticas en el área de la salud mental y rehabilitación es una realidad, en particular sus aplicaciones en Psicología son sorprendentes y se documentan como eficaces y útiles.

2. PSICOTERAPIA VÍA INTERNET

La ciberterapia o psicoterapia asistida por computadora, abarca cualquier sistema, que en ocasiones sirve para ayudar la terapia cara a cara "tradicional", tal como programas en línea interactivos, mensajes de texto automatizados y video juegos de psicoeducación. Como resultado de las barreras logísticas, financieras, sistémicas, culturales, y personales, la mayoría de la gente no consigue el cuidado que necesita. Desde una perspectiva de la salud pública, la psicoterapia asistida por computadora tiene metas que excepcionalmente hacen la terapia más accesible, rentable, y atractiva (Marks, 2007).

La psicoterapia vía Internet a partir de sus inicios ha sido definida de diversas maneras entre ellas, Cutter (1996), menciona a la psicoterapia vía Internet refiriéndose a un profesional graduado y entrenado en salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta) intercambiando mensajes (no visibles para el resto de la red) con un paciente sobre una base sistemática, con o sin honorarios.

Suler (2000) define la psicoterapia en línea o psicoterapia a distancia como "ciberterapia" haciendo referencia a un medio ambiente psicoterapéutico mediado por comunicación a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional en salud mental.

Otros autores definen la terapia en línea como cualquier tipo de interacción terapéutico profesional que hace uso de Internet para conectar a sus pacientes y profesionales de la salud mental de forma calificada. Sin embargo, como las conexiones de Internet de alta velocidad se vuelven más frecuentes, un número creciente de terapeutas está ofreciendo sesiones de videoconferencia utilizando una amplia gama de programas y software disponible (Rochlen et al., 2004).

De acuerdo con el Comité Nacional de Certificación de Consejeros (2007), la Psicoterapia Vía Internet es la aplicación de los principios de los servicios de salud mental psicológicos y el desarrollo humano, a través de lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, con estrategias sistemáticas de intervención, dirigidas al bienestar y el crecimiento personal, mediado por las Tecnologías de la Información y comunicación.

Retomando a autores como Marks, Cavanagh y Gega (2007); Kraus, Zack, y Stricker (2004); Wootton, Yellowless y McLaren (2003) se puede decir que la asesoría y psicoterapia vía Internet se caracterizó desde sus inicios como una forma de intervenir y de llegar a personas como antes no era posible, de una manera relativamente fácil, económica y accesible, con los pacientes dejando atrás prácticas como recurrir a editores de revistas, periódicos, libros, etc. Ahora la información para pacientes y terapeutas está accesible todo el tiempo y desde cualquier lugar del mundo.

Es entonces que buscando una estrategia para reducir las barreras que implica la aplicación de un tratamiento, existen programas de psicoterapia basada en computadora para trastornos mentales comunes (Titov, Andrews, Kemp, y Robinson, 2010; Wells et al., 2006). Algunos programas están basados en terapia Cognitivo Conductual (TCC), los cuales son tratamientos altamente estructurados e incluyen una gran variedad de estrategias para cambio conductual, presentadas en lecturas en línea, asignación de tareas, envío de e-mails, llamadas telefónicas o foros en línea.

Dadas las condiciones de servicio en Psicoterapia vía Internet, es que surgen beneficios y aspectos limitantes, tanto para el paciente como para el terapeuta. Bermejo (1999) y Cavanagh (2004), describen y hacen referencia de ellas, es importante mencionar que las limitaciones pueden resolverse a medida que se desarrollen las TIC's, adaptándose con mayor precisión a las necesidades de salud.

2.1 Estudios Relacionados

La aplicación de la tecnología en salud mental, ha sido un tema de relevancia en la actualidad, por lo que diversos investigadores han aportado estudios relacionados a la aplicación de la tecnología en casos de depresión y ansiedad, los cuales de acuerdo con Medina-Mora (2003) son los principales padecimientos.

Los sistemas basados en computadora han sido utilizados de manera creciente en nuestra disciplina para asistir en la evaluación de trastornos mentales. Actualmente, algunos sistemas de calificación basados en computadora son utilizados en Estados Unidos y Europa.

En el año 2000, Graham, Kenwrit y Marks, crearon sistemas de tratamiento basados en computadoras para los trastornos obsesivos-compulsivos, agorafobia, fobias y depresión. Por su parte Finfgeld-Connett (2006), desarrollo tratamientos a través del Internet para el alcoholismo, encontrando consecuencias favorables con esta modalidad de tratamiento.

En Estados Unidos, se realizó en 1989 el Programa de Aprendizaje Terapéutico (*TLP* por sus siglas en inglés), el cual se dividía en 5 sesiones de 2 horas o 10 sesiones de una hora en grupos de 6 a 10 pacientes. Se reunían con un terapeuta humano y cada uno a través de su computadora en la cual se mostraba los menús y texto del Programa de Aprendizaje Terapéutico a través de 8 pasos. Esto ayudó a los pacientes a identificar los problemas y adoptar nuevos comportamientos adecuados, los cuales ayudaron a reducir problemas y a identificar pensamientos desadaptativos. Los clientes personalizaban cada uno de los 8 pasos del programa en su computadora y recibieron el reporte de los contenidos del grupo. La computadora generaba tareas para el paciente entre cada sesión.

En un estudio abierto de Programa de Aprendizaje Terapéutico (*TLP*) aplicado a 399 usuarios de un plan de salud de beneficios para empleados, 278 datos reportados reflejaron los siguiente: 78% dijo que su estrés había disminuido, 95% dijeron que pudieron manejar sus problemas de una mejor manera y 96% estaba satisfecho, mientras el 85% dijeron que el TLP les ayudó a pensar mas claramente y que era fácil de usar (Marks et al, 2007).

De manera similar, en Australia en el 2003 se trabajó con el Programa de Prevención de Ansiedad en Línea (*OAPP* por sus siglas en inglés), el cual estaba basado en un software para *palm top* donde se enseñaba psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. Cada una de las 6 sesiones requería que los usuarios trajeran el material del programa para practicar una serie de habilidades y así poder grabar el progreso diario. Los participantes que no continuaron a través de los módulos recibieron sugerencias por e mail pero no recibieron una adecuada asistencia personal.

De 131 estudiantes de psicología australianos de los cuales obtuvieron una puntuación mayor a 23 en índice de sensibilidad de ansiedad, 83 (63%) aceptaron entrar al programa, la edad promedio era de 20 años. Ellos entraron aleatoriamente al programa *OAPP* (43, de los cuales 6 desistieron) fueron puestos en unas lista de espera para terapia presencial (40 de ellos, de los cuales 2 abandonaron el programa) durante 6 semanas.

Ya sea en su casa o en la universidad ellos utilizaban el *OAPP*, por un tiempo total de 90 minutos por 8 ocasiones usándolo por un tiempo mayor desde su casa que desde la universidad. El grupo de *OAPP* mejoró (no significativamente) mas de los que estuvieron en lista de espera.

Otra investigación significativa fue llevada a cabo en Estados Unidos: Overcoming Depression 1 (*OD1* por sus siglas en inglés) (Gilson, M., Freeman, A., 1993) El *OD1* era un sistema cognitivo el cual contestaba palabras claves del

paciente y daba escenarios de casos de terapia cognitiva, y al final de cada sesión los pacientes imprimían el diálogo y lo revisaban tomando esto como tarea (1995).

El programa *OD1*, no enseñaba la activación de algún comportamiento sugestivo ni tarea individualizada.

En un pequeño ensayo aleatorio controlado (1993) de 22 pacientes hospitalizados marcados con una depresión mayor fueron aleatorizados (por un método no específico) a: 1) el programa *OD1* usado en 8 sesiones diarias durante dos semanas de pacientes hospitalizados (6 pacientes); o 2) terapia cognitivo conductual en 8 sesiones diarias durante dos semanas (8 pacientes); o 3) atención de los pacientes hospitalizados en el cuidado usual la cual incluía drogas y antidepresivos. El comportamiento de 8 pacientes mejoró menos con el uso de *OD1* que con la terapia cognitivo conductual a pesar de que se daban en la misma cantidad de sesiones así como con el tratamiento usual de los pacientes hospitalizados. Solo el grupo expuesto a terapia cognitivo conductual tuvo instrucciones para activación de comportamiento y para tarea individualizada.

El éxito de estas formas alternativas se basa en lo que investigadores, como Isaac Marks (Marks et al, 2007; Proudfoot et al, 2004), han identificado como las ventajas de la Psicoterapia Computarizada: amplia oferta de ayuda, acceso desde casa, confidencialidad, reducción de la inhibición, acceso temprano a la atención, experiencia terapéutica, motivación por parte del paciente, entre otros, sin olvidar su eficiencia económica. La psicoterapia vía Internet presenta características particulares que pueden robustecer el potencial de esta modalidad de tratamiento, tales como la posibilidad de atender a una amplia gama de población sin la necesidad de entablar una relación cara a cara, así como el bajo costo de esta

alternativa (Clarke, 2009). Es relevante la aportación que hacen Titov y colaboradores (2011) quienes mencionan que el impacto de la psicoterapia vía internet puede ser realizada, sin detrimento de las ganancias, por técnicos especializados los cuales a su vez estarían supervisados por terapeutas clínicos, lo que lograría ampliar la disponibilidad en la oferta de este servicio, reduciendo al mismo la cantidad de tiempo clínico que hoy en día se invierte en la atención de los trastornos mentales.

Han sido varios los investigadores que a nivel mundial se han dado a la tarea de aplicar la tecnología a la salud mental en casos como la depresión, trastorno identificado como una de las causas principales de padecimientos mentales, y bajo un enfoque cognitivo-conductual que permite la modificación de pensamientos y conductas utilizando herramientas tecnológicas como medio de comunicación (Finfgeld-Connett, 2006; Richards, 2009; Graham, Franes, Kenwrit, y Marks, 2000). La literatura refiere que los resultados derivados de estas modalidades, con Tecnologías de la Información y Comunicación, para otros trastornos como: en el tratamiento de estrés postraumático (Lange et al. 2000), ansiedad y fobias (Marks, 1999), trastornos obsesivos-compulsivos (Greist et al, 1998), depresión no suicida (Osgood-Hynes et al, 1998; Richards, 2012) y dejar de fumar (Schneider et al, 1995), son prometedores, así como crecientes y con mayor acceso; además de ser cada vez más los estudios que demuestran y respaldan que los servicios psicológicos basados en tecnologías son seguros y efectivos (Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, 2009; Botella, et al., 2008; Cárdenas, Flores, De La Rosa, Serrano, 2008; Jones y Stokes, 2009).

En México, es a partir de mayo del 2001 dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, se desarrollaron programas de intervención psicológica apoyados con tecnología, a través del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Cibersicología bajo la dirección de la Dra. Georgina Cárdenas López en donde, enfocado a apoyar la enseñanza superior en campos básicos, en proporcionar escenarios de desarrollo profesional a estudiantes de la licenciatura en psicología a través de practicas profesionales y en brindar servicios psicológicos de calidad es como surge el proyecto de Psicoterapia Vía Internet (PVI).

El proyecto de PVI planteó en un inicio resolver la problemática de atención a personas que a pesar de sufrir algún trastorno no asisten con un profesional de salud mental; por otro lado se buscó ser una alternativa cómoda y eficaz para los profesionales en psicología clínica.

Los estudios pioneros en este campo emergente a nivel nacional se describen a continuación:

En el año 2007 se realizó la tesis en la Facultad de Psicología de la UNAM por parte de Anabel de la Rosa Gómez, en la cual reportó a través de informe de prácticas los "Resultados de la Intervención Psicoterapéutica Vía Internet para pacientes con trastorno de ansiedad" en donde concluyo que esta modalidad de tratamiento es eficaz para tratar este trastorno. Asimismo, la Ximena Durán Baca en el año 2009, realizó un "Manual de estrategias para el tratamiento de duelo y pérdida Vía Internet" demostrando a partir de los resultados de su informe de practicas las ventajas que obtienen los pacientes tras someterse a un tratamiento psicológico vía Internet.

En el año 2010 se elaboró un "Manual de Intervención en Crisis de Ansiedad Vía Internet" por parte de Alejandra Frías González y en el 2012 se trabajaron los "Resultados de la Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-Conductual Vía Internet en pacientes con Depresión y/o Ansiedad" por parte de

Vanessa Poleth Carreño Martínez y se efectuó un "Análisis del Proceso Terapéutico utilizando el Chat y la Videoconferencia con Participantes Canalizados y de Ingreso Directo a la Modalidad en Línea" realizado por Oscar Arturo Garay Becerril.

De acuerdo con los resultados obtenidos se deduce que Psicoterapia Vía Internet resultó ser un programa positivo y funge como una herramienta efectiva para brindar servicios psicoterapéuticos a población mexicana con problemas de trastornos de ansiedad y depresión. Además es una herramienta viable y deseable para profesionales de la salud mental, preocupados por poblaciones con pocas posibilidades de asistir a un consultorio psicológico y en general preocupados por brindar servicios psicoterapéuticos de calidad, contribuyendo de esta manera a la promoción de la salud mental.

2.2 Características de Psicoterapia Vía Internet:

Algunas ventajas y limitaciones del tratamiento psicológico bajo la modalidad Vía Internet, señaladas por Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores en el 2005, son las siguientes:

Ventajas:

1. Invisibilidad del terapeuta que puede favorecer la confidencialidad y la auto-revelación
2. El paciente puede verse así menos tenso, avergonzado u atemorizado si tiene la percepción de su problema psicológico al exponerse cara a cara en un psicoterapia de corte clásico puede provocar el rechazo del psicólogo.
3. Son consultas sencillas, aclaraciones, asesoramiento y consejo psicológico que pueden llevarse a cabo con toda efectividad mediante el correo electrónico o Chat.

4. Económicamente, es más barato tener un encuentro con el psicólogo por esta vía, ya que no gasta en gasolina, estacionamiento o pasajes y se ahorra tiempo de traslado, evitándonos el estrés producido por el tráfico.
5. El Internet favorece la rapidez en la transmisión de la información y facilita la comunicación
6. La flexibilidad del medio admite diversas formas de comunicación: Chat, e-mail, audio y videoconferencia.
7. Mayor privacidad
8. Aumenta la confidencialidad ya que el paciente y el terapeuta son los únicos que tienen acceso al sistema central de psicoterapia asistida por computadora, esto a través de una contraseña anónima conocida solo por el paciente y un administrador el cual nunca vera al paciente.
9. Facilita el ajuste de los problemas y metas y el repetido índice del progreso (seguimientos)
10. Aumenta la capacidad la de brindar una mayor cantidad de servicios
11. Facilita la asignación y realización de tareas para el paciente
12. Proporciona una amplia recomendación personalizada al paciente y en diversos grados.

Limitaciones:

1. Pérdida de la comunicación no verbal, corporal y facial.
2. Dificultad en la evaluación del paciente. Cuando mas se conoce del paciente, mas datos se tienen para identificar los problemas que se presentan.
3. La pérdida de claves visuales y auditivas podrían originar problemas de diagnóstico, percepción de la identidad y detección de los problemas de comunicación del cliente.
4. Tecnóforas por el usuario
5. La consistencia de las aplicaciones dela psicoterapia asistida por la computadora puede convertirse en una debilidad cuando el enfoque mencionado por el terapeuta se usa con procesos desconocido

Es de suma importancia mencionar que estas limitaciones están siendo remediadas rápidamente por la emergencia de nuevos dispositivos tecnológicos los cuales favorecen el campo de intervención psicológica.

Pacientes candidatos a psicoterapia vía internet.

Algunas características a tomar en cuenta para saber si un paciente es viable al tratamiento de psicoterapia vía Internet, son:

- El paciente tiene dificultades para trasladarse al consultorio del profesional debido a alguna discapacidad.
- El trastorno del paciente inicialmente, dificulta que este acuda al consultorio del psicólogo.
- En caso de que el paciente tenga dificultades para trasladarse o asistir, por cuestiones de rutina diaria como son el trabajo y demás actividades.
- Si el trastorno que presenta no le incapacita para seguir instrucciones a distancia en cuanto a la aplicación de estrategias y técnicas de cambio terapéutico.
- Que el paciente muestre facilidad de comunicación por esta vía y capacidad de concentración a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- Si aún pudiendo acudir al psicólogo cerca de su lugar de residencia, opta por este medio por considerarse familiarizado con él 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 graves o muy graves.

2.3 Medios de Comunicación

E-mail

Giles (2001) mencionó que los servicios terapéuticos basados en este modo de comunicación ha sido ampliamente estudiada; principalmente se destaca que el proceso de escribir puede ayudar a los pacientes a externar sus problemas, ya que los puede ver en la pantalla de la computadora e imprimirlos, lo que ayuda a promover un cambio terapéutico, además sirve para que el paciente sea capaz de notar las contradicciones que sostiene, sin la necesidad de que el terapeuta tenga que marcárselos.

Chat

Se refiere al medio de comunicación escrita en tiempo real, el cual no a todos los pacientes podría hacerlos sentir cómodos, ya que puede ser generador de ansiedad ante la posibilidad de cometer errores en la escritura, o temor de tardar demasiado tiempo al escribir y no poder expresarse con claridad durante las sesiones (Giles, 2001).

Conferencia (audio Chat)

Este medio de comunicación a través de la conversación oral resulta muy ágil para las sesiones a través de Internet, sin embargo en México no se cuenta con una infraestructura eficiente para tener una excelente calidad, sin embargo es posible lograrla de forma aceptable. (Cárdenas et al Video conferencia

A pesar de que la video conferencia no provee el mismo nivel de intimidad experimentada en una terapia presencial, este medio de comunicación responde a

las distintas entonaciones de voz y expresiones faciales importantes en un proceso terapéutico. (Cárdenas et al., 2005)

Cook y Doyle (2002) encontraron que los clientes que empleaban el correo electrónico, chat, en terapia basada en la alianza terapéutica mostraron resultados similares e incluso superiores a los de cara a cara en la terapia

2.4 Candidatos a Psicoterapia Vía Internet

Algunas personas son buenos candidatos para ser pacientes de psicoterapia vía internet, sin embargo, no todas lo son ya que existen ciertas limitaciones o excepciones que son importantes considerar antes de aceptar a un paciente dentro del tratamiento, las cuales a continuación se mencionan:

- Si aún pudiendo acudir a un psicólogo cerca de su lugar de residencia opta por este medio por considerarse familiarizado con el y dispone de los recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico vía Internet.
- Muestra facilidad de comunicación por esta vía y capacidad de concreción a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- El paciente tiene dificultades para acudir al consultorio de un profesional de su localidad, quizá por cuestiones físicas.
- El trastorno del paciente le impide inicialmente acudir al consultorio del psicólogo.
- Si el trastorno o trastornos presentados no tienen la consideración de graves o severos ya que puede ser que la terapia vía internet no sea la mejor opción debido a las limitaciones que puedan presentarse.
- La edad del paciente ya que de ser menor de edad se debe tener el consentimiento por escrito de los padres.

- Nivel de escolaridad del paciente que nos dará una mejor idea de sus habilidades para utilizar las herramientas de internet. Se ha postulado que a mayores años de educación y mejor nivel socioeconómico del consultante, mayor será la permanencia en el tratamiento (Mac Nair & Corazzini, 1994)

2.5 El Enfoque Cognitivo-Conductual en Psicoterapia Vía Internet

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es ampliamente aceptada como una de las modalidades de tratamiento que informa resultados positivos. La TCC esta basada en distintos modelos conceptuales tales como: la terapia racional emotiva, la técnica de solución de problemas entre otras. Uno de los objetivos principales es conocer la naturaleza y motivar la modificación de las cogniciones del paciente (Selligson, 2005)

El modelo cognitivo-conductual, ha mostrado ser efectivo en el trabajo con Nuevas Tecnologías. Esta intervención es la mas ampliamente recomendada y empleada, prueba de esto son los diversos trabajos realizados que han utilizado este modelo y la han comprobado; Schneider (1999) realizó una investigación en el área de comunicación terapéutica distancia. Esta consistió en tres distintas formas de comunicación psicoterapéutica: 1 presencial, 2, solo audio y 3. audio y video. Concluyo que cualquiera de las tres condiciones era el mejor al no tratamiento. Así mismo, no encontró diferencias significativas entre las tres formas de intervención.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una intervención psicológica basada en las teorías del aprendizaje y utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la modificación de la conducta, el propósito de dicha terapia es modificar los procesos mediadores además de la conducta observable, basándose en que el aprendizaje anterior produce consecuencias desadaptativas y el propósito de esta psicoterapia es reaprender lo aprendido, logrando

consecuencias adaptativas. Los procedimientos de esta terapia son conductuales mientras que el proceso de cambio es principalmente cognitivo (Vallejo & Gastó, 2000).

La tarea del terapeuta desde este enfoque es la de un diagnosticador, evaluando los procesos desadaptativos y consecuentemente, organizando las experiencias de aprendizaje que modifican las cogniciones y, a su vez, los patrones de conducta que se correlacionan con aquellas. El objetivo fundamental de la terapia cognitivo-conductual es la identificación, la evaluación y la modificación de los procesos mediadores, y la conducta que co-varía con ellos (Vallejo & Gastó, 2000).

Marks, et al, (1998) desarrollaron sistemas de tratamiento computarizado para el trastorno obsesivo-compulsivo, Shaw y cols. (1999) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y fobias; también se han utilizado sistemas para el tratamiento de estrés postraumático (Lange, 2000), depresión no suicida (Marks, 2001) y diversos tratamientos para problemas de beber basados en Internet (Fingfield-Connet, 2006).

Otro ejemplo de la aplicación de este modelo es la investigación realizada por Hollín, Stewar y Strunk (2006), ellos examinaron la intervención cognitivo-conductual para depresión y ansiedad, encontrando reducción de los síntomas y efectos duraderos en seguimientos después de concluido el tratamiento.

Algunas características de la terapia cognitivo-conductual de acuerdo con Vallejo (2000) son:

- a) Se hace un análisis de la sintomatología en sus aspectos orgánico, afectivo, cognitivo y conductual, y la comprobación de que la alteración del sistema cognitivo es un factor predominante.

- b) Se realiza una evaluación de la intensidad, duración y frecuencia de la conducta o síntoma mediante escalas específicas.
- c) Se orienta explicando al paciente en qué va a consistir la terapia, el papel del paciente como colaborador y los supuestos teóricos en los que va a basarse la terapia.
- d) También se realiza la definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales, una especificación de los objetivos terapéuticos y del cambio propuesto dentro de este marco.
- e) Así mismo, se realiza un análisis funcional de la conducta, analizando el tipo de cogniciones y pensamientos automáticos que se evocan dentro de situaciones concretas y que el paciente debe explicitar mediante un autorregistro diario.

El uso del modelo cognitivo-conductual favorece esta modalidad terapéutica ya que se emplean diversas tareas, cuestionarios y materiales de apoyo, tales como manuales, lecturas y ejercicios. Este material proporciona retroalimentación al paciente lo que le ayuda a fortalecer diferentes habilidades interpersonales y además puede ser almacenado por el terapeuta en la computadora para ir evaluando el progreso del paciente.

2.5.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales empleadas en Psicoterapia Vía Internet

➤ **Psicoeducación:**

La Psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de uno mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno, así como de las técnicas de afrontamiento eficaz y desempeño del rol social (Rebolledo, 1997).

Los principales objetivos de la Psicoeducación son: Fomentar la conciencia del padecimiento, fomentar el reconocimiento de los síntomas, mejorar la adherencia terapéutica, prevenir recaídas etc.

➤ **Entrenamiento en relajación:**

Es una técnica que sirve como base que ayuda a superar la ansiedad, las fobias y los ataques de pánico. Constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan siendo parte del proceso. Algunos de los beneficios de esta técnica son: Mejora la concentración y la memoria, disminución del insomnio y la fatiga, incrementa la disponibilidad de los pensamientos.

➤ **Reestructuración Cognitiva:**

Implica enseñar al paciente a cuestionar las creencias y actitudes irracionales sobre como percibe el mundo y la vida en general a reconocer patrones desadaptativos de pensamiento, a cuestionar pensamientos irracionales y a plantear las pruebas de por qué esos pensamientos son irracionales.

Se anima al paciente a que de una respuesta racional y a que proporcione pruebas de la validez de su respuesta

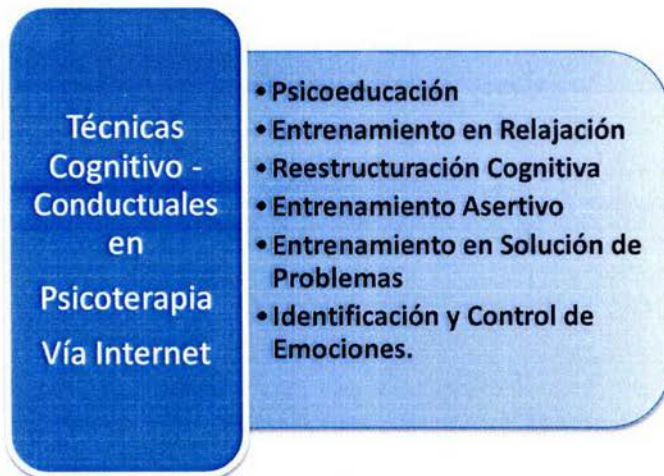
➤ **Entrenamiento Asertivo:**

Se trabaja con la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna y respetuosa; y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo requiera. De igual forma, es una capacidad de manifestar aspectos positivos y negativos de las situaciones y las personas, sin lastimar u ofender a otros, independiente de las creencias de otros. Es una técnica utilizada para el mejoramiento de las habilidades sociales.

➤ **Entrenamiento en Solución de Problemas:**

Se trabajan 5 fases con el paciente para que tenga habilidades en la solución de problemas: orientación al problema, formulación y definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados.

Esta técnica permite sentirse competente y exitoso, lo que favorece al tratamiento.



2.6 Ética profesional en Psicoterapia Vía Internet

De acuerdo con Cárdenas G., Flores L., y De la Rosa A. (2011), de forma similar que en la psicoterapia tradicional, la Psicoterapia Vía Internet tiene fundamentos éticos que la rigen para su aplicación, los aspectos éticos que la rigen son parecidos y se basan en las terapias tradicionales.

A continuación se muestran aquellos códigos de ética fundamentales para dar servicios psicoterapéuticos a distancia, iniciando por algunos artículos del Código Ético del Psicólogo apropiados para estas intervenciones.

Art. 103. Cuando sea indicado y profesionalmente apropiado, el psicólogo coopera con otros profesionales para servir a sus pacientes apropiadamente. Las prácticas de canalización de pacientes son congruentes con la ley.

Art. 104. El psicólogo arregla las consultas y canalizaciones apropiadas basándose en los mejores intereses de sus pacientes, con el consentimiento apropiado y sujetándolas a otras consideraciones relevantes, incluyendo la ley aplicable y obligaciones contractuales.

Art. 113. El psicólogo termina una relación profesional cuando resulta razonablemente claro que el usuario ya no necesita el servicio, ya no lo beneficia o su continuación le perjudica o daña. Antes de la terminación, por la razón que fuere, excepto cuando lo impida la conducta del paciente, el psicólogo discute los puntos de vista y necesidades de éste, da el consejo apropiado de predeterminación y toma otras providencias necesarias para facilitar la transferencia de la responsabilidad a otro proveedor de servicios, en caso de que el paciente necesite uno de inmediato.

El problema de la seguridad y la confidencialidad está siempre presente en Internet. Un grupo interdisciplinario conformado por Reed, McLaughlin y Miholland

(2000) desarrollaron las siguientes normas para la práctica profesional de la telesalud, en especial dirigidas a la psicología a través de Internet.

Principio 1. Los estándares básicos de conducta profesional que gobierna cada profesión de salud no se alteran por el uso de las tecnologías que se necesitan en el servicio de telesalud, para la investigación de conducta o al proveer educación. Desarrollados por cada profesión, estos estándares se concentran particularmente en la responsabilidad del practicante que provee atención y ética de alta calidad.

Principio 2. Confidencialidad de los pacientes, de sus expedientes y la integridad de la información, en el sistema de cuidado médico es esencial.

Principio 3. Todos los clientes involucrados en telesalud deberán ser informados de los procedimientos, sus riesgos y beneficios, de sus derechos y obligaciones. Y deben proveer un adecuado informe de consentimiento.

Principio 4. Los servicios dados a través de telesalud deben suscribirse a la norma básica de calidad y cuidados de la salud, de acuerdo a los parámetros de cada disciplina médica.

Principio 5. Cada disciplina médica deberá examinar los modos en que sus parámetros de atención se afectan al usar el sistema de telesalud y son responsables de desarrollar sus propios medios y procedimientos para asegurar la competencia de los servicios que se provean vía telesalud.

Principio 6. La documentación requerida para proveer de estos servicios deberá desarrollarse de manera que los clientes tengan acceso a ella y que incluyan recomendaciones y tratamientos, que la comunicación con los proveedores de salud sea apropiada y que se respeten los protocolos de confidencialidad de cada paciente.

Principio 7. Los lineamientos clínicos en telesalud deberán establecerse sobre la base de la evidencia empírica cuando se disponga de ella, y del consenso profesional con las disciplinas que intervengan en cada caso.

Principio 8. La integridad y el valor terapéutico de la relación entre proveedor de salud y paciente, deberá mantenerse y no diseminarse por el uso de la tecnología de telesalud.

Principio 9. Los profesionales de la salud no requerirán de licencias adicionales para proveer de estos servicios vía telesalud. Al mismo tiempo, estas tecnologías no podrán usarse como vehículo para otorgar servicios que no estén legalmente autorizados o que sean ilegales.

Principio 10. La seguridad de los pacientes y los practicantes de salud deberá estar plenamente garantizada. El hardware y software combinados con el uso profesional de los mismos, son elementos necesarios para la práctica de la telesalud.

Diversos autores son los que han estudiado la ética dentro de esta modalidad de terapia. Barrientos (2003) menciona que son muchas las instituciones que han abordado las cuestiones éticas y legales del uso del Internet para la aplicación de la psicoterapia, algunas de ellas han asentado códigos para su práctica profesional, de estos códigos se destacan las siguientes cuestiones:

- La necesidad de reglamentaciones y leyes que regulen esta práctica.
- La privacidad y confidencialidad de los datos del paciente.
- La información que debe estar disponible con respecto al costo, la duración y modalidad de las sesiones.
- El cuidado del acceso a este servicio por menores.
- Las acciones que deben de realizarse para proteger al paciente en situaciones de crisis.

- La advertencia de problemas técnicos que pueden surgir, así como también la mención de aquellos trastornos que son convenientes trabajar por este medio.

La Sociedad Internacional para la Salud Mental en Línea, en el año 2000 propone los siguientes principios éticos:

1. El consentimiento informado: El paciente debe de estar informado acerca del proceso, el terapeuta, los riesgos y beneficios potenciales de esta modalidad de terapia y las alternativas de dicho servicio

✓ . Proceso

- Posibles malentendidos: El paciente debe conocer y ser consciente de que mediante la comunicación escrita debido a la falta de señales no verbales, o incluso mediante videoconferencia (ya que el ancho de la banda es siempre limitado), pueden surgir malentendidos.
- Proceso de tramitación: Cuando se utiliza la comunicación en forma asincrónica, el paciente debe estar informado de cual es tiempo en que va a recibir una respuesta una vez enviado un correo electrónico. Privacidad del terapeuta: El terapeuta tiene derecho a su vida privada, y por tanto puede restringir el uso de copias o grabaciones de la comunicación con su paciente.

✓ Terapeutas

Cuando el paciente y el terapeuta no se reúnen en persona, el paciente puede evaluar y decidir si continua o no con el proceso terapéutico.

- Nombre: El paciente debe ser enterado del nombre del terapeuta, el uso de seudónimos es común en línea, sin embargo esto no sustituye el conocimiento de la identidad del terapeuta.
- Cualificaciones: El paciente debe ser informado de los estudios del terapeuta, como lo son los grados, licencia y certificación. Así

mismo puede pedir información complementaria, como el lugar de formación o la experiencia poseída.

- Para confirmar lo anterior: El terapeuta debe proporcionar los números telefónicos de las instituciones pertenecientes, en donde el paciente pueda corroborar la información.
- ✓ Posibles Beneficios: El paciente debe ser informado de los beneficios potenciales de recibir psicoterapia a través de Internet, por ejemplo, la posibilidad de enviar y recibir mensajes a cualquier hora del día o de la noche, nunca tener que . dejar mensajes con intermediarios, la posibilidad de utilizar correos de voz, ser capaz siempre de reflexionar los mensajes escritos, tener un registro de la comunicación establecida por ambos a lo largo de las sesiones, y la sensación de sentirse más desinhibidos que en persona.
- ✓ Los riesgos potenciales. El paciente debe estar informado de los riesgos potenciales de recibir Psicoterapia a través de Internet como por ejemplo que los correos no se reciban debido a que sean enviados a una dirección incorrecta. La confidencialidad puede ser violada por los piratas electrónicos o proveedores de servicios de internet o bien, por otras personas con acceso a la cuenta de correo electrónico o a la computadora. Por lo tanto se aconseja ser muy cuidadosos con el uso del correo electrónico, también en caso de compartir la computadora con los miembros de la familia, estudiantes o compañeros de trabajo.
- ✓ Medidas de seguridad: El paciente deberá estar informado de las medidas de seguridad utilizadas por el terapeuta y de las que pueda tomar el paciente en caso de riesgos potenciales.
- ✓ Alternativas: El paciente debe ser informado de las alternativas para recibir los servicios de salud mental en Internet, por ejemplo, las opciones pueden incluir recibir los servicios de salud mental en persona, hablando

con un amigo o miembro de la familia, realizar algún ejercicio de meditación.

- ✓ Consentimiento: Algunos pacientes no están en condiciones de dar su consentimiento para recibir los servicios de salud mental. En estos casos el consentimiento deberá obtenerse de los padres, o tutores siendo verificada la identidad de estos.

2.Procedimiento normalizado de trabajo: En general el terapeuta debe seguir los mismos procedimientos al prestar los servicios de salud mental en línea como si se realizara de forma presencial.

- ✓ Los límites de competencia: El terapeuta debe permanecer dentro de los límites de competencia y no tratar de abordar un problema que no abordaría de forma presencial.
- ✓ Requisitos para la práctica: El terapeuta deberá cumplir cualquier requisito necesario, por ejemplo: por ejemplo la licencia para proporcionar servicios de salud mental desde el lugar don de se encuentre, de hecho en algunas zonas es necesario que el terapeuta conozca los requisitos necesarios de localidad del paciente para proporcionar los servicios de salud mental.
- ✓ Estructura de los servicios en línea: El terapeuta y el paciente deben ponerse de acuerdo sobre la frecuencia y la forma de comunicación, así como el costo estimado por el terapeuta y la forma de pago, entre otros.
- ✓ Evaluación: El terapeuta debe evaluar el paciente antes de proporcionar cualquier servicio de salud mental en internet, para conocer si es una persona apta para recibir este tipo de terapia.
- ✓ La confidencialidad del paciente: La confidencialidad del paciente debe ser protegida. La información del paciente puede darse a conocer

siempre y cuando se tenga un permiso, el paciente deberá ser informado de cualquier excepción a esta regla en general.

- ✓ Documentos: El terapeuta debe mantener registros de los servicios de salud mental en línea, si estas son copias o grabaciones de la comunicación con el paciente, éste debe ser informado.
- ✓ Las directrices establecidas: El terapeuta debe seguir el curso de las leyes como el código ético del psicólogo, y otras directrices establecidas.

3. Emergencias

- ✓ Procedimientos: Los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia deben ser discutidos. Estos procedimientos deben abordar la posibilidad que el terapeuta no podría recibir de inmediato una comunicación en línea, lo que podría implicar una persona de apoyo.
- ✓ Persona de apoyo: Otro tema específico en Internet para los servicios de salud mental, es que el terapeuta puede estar a una gran distancia del paciente, lo cual puede limitar la capacidad el terapeuta a responder una emergencia, el terapeuta deber ser por tanto en estos casos obtener el nombre y número telefónico de un proveedor de servicios de salud y contactarlo de ser necesario.

}

3. DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, entre los problemas de salud mental, sin embargo, experimentar un episodio depresivo mayor es diferente a sentirse triste, la principal diferencia estriba en un grupo de síntomas que persisten por un período de al menos dos semanas. (Nezu, Maguth & Lombardo, 2006)

Según Vallejo (1990), considera la depresión como una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad. La depresión tiende a ser episódica, esto significa que puede desaparecer y regresar entre periodos de total recuperación.

La depresión es una emoción familiar para la mayoría de personas, puede estar familiarizado con la depresión porque un ser querido ha sufrido de ella o porque lo ha leído en los periódicos y revistas o por algún programa de televisión, pero la depresión no es ajena a la mayoría de nosotros. Los efectos de la depresión pueden incluir síntomas emocionales, como tristeza y síntomas físicos tales como pérdida de apetito, las personas que están deprimidas pueden simplemente querer estar solos o pueden esconderse del mundo. Para algunas personas, la depresión trae consigo sentimientos de desesperanza y la sensación de que las cosas nunca van a mejorar y en algunas situaciones severas, intentos de suicidio.

Es un término usado para describir una variedad de experiencias, síntomas y emociones. A veces, incluso las cosas cotidianas son difíciles, tales como ir a trabajar, cuidar la higiene personal, levantarse de la cama o salir de la casa. Los patrones de sueño puede ser interrumpido. Por ejemplo, una persona deprimida puede despertarse muy temprano, o tener dificultad para quedarse dormido o despertar en medio de la noche. El sexo puede llegar a ser poco interesante y ser

evitado. Puede disminuir el apetito, lo que lleva a la pérdida de peso no deseado, o el apetito puede aumentar, dando lugar a un aumento de peso.

La depresión aparece sin invitación, a veces la depresión es una reacción a cierta experiencia de vida, tales como la muerte de un ser querido. Este tipo de depresión es de esperar y por lo general de corta duración. Otras veces, la depresión puede venir sin una razón clara y permanecer mucho más tiempo de lo previsto. Algunas personas creen que están deprimidos todo el tiempo y para estas personas, los sentimientos de felicidad son una ilusión, y la realidad es vista a través de un filtro oscuro de miseria.

De acuerdo con el DSM-IV (1994), la característica esencial de un trastorno depresivo es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideaciones, planes o intentos suicidas.

Los síntomas han de presentarse la mayor parte del día, casi cada día por al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe de acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida- Frecuentemente los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones y en algunos sujetos hay una reducción de interés o deseo sexual.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, reduciendo la eficacia con que se realizan las tareas. El sentimiento de inutilidad o culpa puede involucrar

evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores. Así mismo muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tengan problemas leves de concentración.

3.1 Epidemiología

Otras investigaciones muestran evidencias sobre el incremento de la depresión en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), al modificar la forma de expresión del impacto de las enfermedades en la sociedad, deja de observarlas con base en el número de muertes que ocasionan, logrando enfocarse además, en la pérdida de vida saludable, traducida como el abandono del empleo o la escuela, la desintegración familiar y la violencia dentro y fuera de la familia.

En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003), uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida, encontrando a la depresión como uno de los trastornos más frecuentes. El 9% de la población adulta (18 a 65 años) presenta trastornos afectivos, de los cuáles 7.8 % se refieren a episodios de depresión mayor. La incidencia de depresión en mujeres es 2.5 veces la de hombres, es decir, por cada hombre que presente depresión 2.5 mujeres la padecen. Por otro lado 6 de cada 20 mexicanos presentaron algún trastorno psiquiátrico en su vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses, y 1 de cada 20 en los 30 últimos días.

Belló, Puentes-Rosas, Medina y Lozano (2005), estudiaron la prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, encontrando que la prevalencia de depresión en adultos fue de 4.5%, con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En

el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores. Cabe señalar que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, entre los individuos sin educación formal, la incidencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor.

De acuerdo con el estudio realizado, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2,500 000, de éstas sólo el 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800 000 mayores de 18 años de edad había padecido depresión en el último año. En este caso, el porcentaje de afectados que contaban con diagnóstico médico fue de 19% y el de individuos con tratamiento de 6.1 %.

En los hospitales generales, la incidencia de depresión es alta, pues se ha reportado desde un 66% hasta un 38% en pacientes que acuden a consulta. Se considera que actualmente uno de cada 10 pacientes que llegan a consulta general padece depresión (Medina-Mora, et al., 2003).

3.2 Diagnóstico

La sección de los trastornos del estado de ánimo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, entre estos se encuentra el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. La asociación de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor es tan elevada que muchos autores se plantean si en realidad son dos trastornos diferentes, como se defiende en los DSM al clasificarlos en dos apartados distintos, o de hecho es una misma patología que varía solo en gravedad y duración, lo cual significaría que las

diferencias son más cuantitativas que cualitativas y que la distimia es una variante del TDM (Vallejo & Gastó, 2000).

Respecto al trastorno distímico el DSM-IV (APA,1994) establece que la característica principal es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años, dicho estado de ánimo es descrito como triste o desanimado. También es necesaria la presencia de otros dos síntomas de los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Quienes presentan trastorno distímico pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana pueden pasar desapercibidos por los demás o no ser referidos y asumirlo como la forma de ser de la persona.

A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas no deben ser superiores a 2 meses. Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Además es importante tener en cuenta que no se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaníaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico; asimismo no se debe establecer el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante, tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica y los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, APA, 1994), el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, para diagnosticar un episodio depresivo mayor, es necesario la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas, cada día durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer, además de (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día, (4) insomnio o hipersomnia casi cada día, (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día, (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día y (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Además es importante tener en cuenta que los síntomas no cumplan el criterio diagnóstico para episodio mixto, que los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, así como que estos no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica, así como la presencia de duelo.

Crterios para el episodio depresivo

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entecido)
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todo el día
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.

Figura 1. Criterios para el episodio depresivo.

La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2005) existen diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

Herencia	Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar; sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad o viceversa, la depresión también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.
Factores Bioquímicos	Este factor fue retomado, ya que es considerado de gran importancia, ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertos neurotransmisores. La depresión es causada por una deficiencia en dos neurotransmisores denominados <i>serotonina</i> (involucrada en la regulación del apetito y la sexualidad) y <i>noradrenalina</i> (involucrada con el bajo nivel de energía, el interés para hacer actividades habituales y para divertirse). Además, comenta Salin-Pascual (2005), los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo (disminución de acetilcolina, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Sin embargo, aún no se determina si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.
Personalidad	Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.
Situaciones Estresantes	La muerte de un familiar próximo o ser querido, una enfermedad crónica, problemas interpersonales o escolares, dificultades financieras, divorcio, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.
Estacionalidad- Trastorno Afectivo Estacional	Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión. Dicho trastorno se presenta en su mayoría en regiones altas y frías del mundo.

Figura 2. Factores causantes de Depresión.

3.3 Sintomatología

Vallejo (1990) recomienda que para realizar un diagnóstico de depresión, es necesario identificar sus principales síntomas. Este autor define a la tristeza como un sentimiento normal dado por pérdidas afectivas, estas situaciones son transitorias y proporcionales al evento sufrido. Cuando la tristeza persiste o aparece de una manera espontánea, sin ninguna razón y produce un obstáculo en el vivir diario, estamos ya en presencia de un estado depresivo.

Para Ortiz (1997) los síntomas del síndrome depresivo se pueden agrupar en diversas categorías:

Síntomas Anímicos

La tristeza es el síntoma anímico de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal de las personas. Pero a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o *nerviosismo*, e incluso en casos de depresiones graves, los individuos puede llegar a manifestar un bloqueo emocional y confiesan que les es prácticamente imposible llorar.

Síntomas Emocionales y Conductuales

La apatía, la indiferencia, y en definitiva la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrutar, es junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse para ir al trabajo o a la escuela o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles. Tomar decisiones cotidianas puede ser también una tarea casi insalvable. En su forma más grave este tipo de inhibición conductual puede llegar al "retardo psicomotor", un entecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta.

Síntomas Cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida suele estar afectado, sobre todo en personas mayores. Los problemas de concentración y memoria pueden llegar a interferir el rendimiento en las tareas cotidianas y en el trabajo. El contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado: la valoración que hace una persona deprimida de sí mismo, de su entorno, y de su futuro suele ser negativa.

Síntomas Físicos

La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70%-80% de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche, o despertar precoz) y en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnio. Otros síntomas físicos son la fatiga, la pérdida de apetito, y una disminución de la actividad y el deseo sexual que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades de erección. Los síntomas físicos, más que los otros tipos de síntomas, suelen ser lo que motivan a las personas con depresión a solicitar ayuda de un profesional.

Por otro lado, en la clasificación expuesta en el CIE 10 define a la depresión como un estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se presenta también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito

Actualmente se ha demostrado que los casos de depresión en el mundo han aumentado de manera importante. En México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología (ENEP) (Medina-Mora et. al, 2003) uno de cada 5 individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida, encontrando a la depresión como uno de los trastornos mas frecuentes- La incidencia de depresión en mujeres es 2.5 veces la de los hombres, es decir por cada hombre que presente depresión 2.5 mujeres la padecen. Es importante señalar que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, entre los individuos sin educación formal.

La sintomatología de la depresión pueden ser anímicos, emocionales y conductuales, cognitivos y físicos. La tristeza es el síntoma anímico principal de la depresión. De la misma manera se presenta la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo e incluso en casos de depresiones graves, los individuos pueden llegar a manifestar un bloqueo emocional y confiesan que les es prácticamente imposible llorar.

Los síntomas emocionales y conductuales son representados por la apatía, la indiferencia y la anteponía (incapacidad de disfrutar). En su forma mas grave se puede llegar al "retardo psicomotor", un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional casi absoluta.

Respecto a los síntomas cognitivos el rendimiento Intel actual suele estar afectado. Los problemas de concentración y memoria pueden llegar a interferir el rendimiento en las tareas cotidianas. La valoración que hace una persona deprimida de si mismo, de su entorno, y de su futuro suele ser negativa. Los síntomas físicos se caracterizan por la fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y el deseo sexual. Este tipo de síntomas suelen ser los que motivan a las personas con depresión a buscar ayuda de un profesional.

Para establecer un diagnóstico de depresión, es necesario que este se lleve a cabo por un profesional y seguir criterios diagnósticos, aunado a una búsqueda en la historia del paciente, una entrevista inicial, cuestionarios, auto informes autorregistros, test e instrumentos estandarizados.

De acuerdo con el CIE-10 el enfermo el sujeto sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10 menciona en el apartado de Episodios Depresivos la siguiente clasificación de acuerdo a su gravedad:

- Leve: Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso.

Un sujeto con depresión leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

- Moderado: Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes.
- Grave: el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

3.4 Tratamiento

El tratamiento varía de acuerdo con la causa y gravedad de los síntomas depresivos, así como las preferencias del paciente. El terapeuta debe tomar en cuenta todo lo anterior para utilizar la terapia adecuada que lleve a la solución del problema. La Asociación Mexicana de Psiquiatría, comenta que la terapia más efectiva para una depresión de moderada a severa es una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia; mientras que para la depresión leve, la asesoría y las medidas de cuidados personales sin medicamentos pueden ser suficientes. Existen diversos tipos de tratamiento, sin embargo, para efectos de

este manual, únicamente nos enfocaremos en la Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

Como en la mayoría de los trastornos mentales, la "cura" no es inmediata y en el tratamiento debe existir un compromiso tanto del terapeuta como del paciente para acelerar la recuperación de éste último y así salir de ese estado deprimido.

4. ANSIEDAD

Todos los seres humanos una o muchas veces a lo largo de nuestra vida hemos sentido o padecido ansiedad. Es importante darnos cuenta que muchas situaciones a las que nos enfrentamos diariamente y en las cuales es apropiado y razonable reaccionar con un poco de ansiedad pero cuando el estado ansioso es difícil de controlar y afecta la vida del individuo, la ansiedad se vuelve una patología que es necesario tratar.

Los síntomas asociados a la ansiedad son adaptativos y solo se presentan ante ciertas circunstancias. Se trata de un proceso de adaptación a la situación que concluye en una sobre activación biológica como consecuencia de varios estímulos.

La ansiedad es una respuesta adaptativa a nivel físico, psíquico, emocional-afectivo e interpersonal. Que se anticipa a un futuro daño o peligro, ya sea real o imaginario, produciendo sentimientos y emociones como: preocupación, tensión, miedo, inquietud e inseguridad a causa de estímulos amenazantes, los cuales pueden ser tanto internos como externos.

La ansiedad es adaptativa y útil para resolver problemas de la vida es controlable y lógica y aunque puede ser incómoda, no implica sentimiento sufrimiento grave. Se presenta habitualmente debido a una situación estresante que puede variar según la persona, su edad y su posición socioeconómica y cultural.

Se trata de un proceso de mediana intensidad, de corta duración que funciona como signo de alerta, que nos avisa de un peligro inminente y permite a la persona tomar las medidas necesarias para hacer frente a la amenaza que tiene como características el ser inespecífica, interna, vaga, u originada por algún conflicto.

Se puede decir además que:

- La ansiedad normal es una sensación que cualquier persona puede experimentar
- Es algo normal en la vida de las personas
- Es una reacción o respuesta ante acontecimientos de la vida
- Puede ser más o menos intensa
- Afectará a más a unas personas que a otras, dependiendo de la personalidad y carácter
- Puede ser necesaria y positiva para adaptarse a los problemas de la vida y superarlos.

Se trata de un proceso de mediana intensidad, de corta duración y que funciona como signo de alerta, nos avisa de un peligro inminente y permite a la persona tomar las medidas necesarias para hacer frente a la amenaza que tiene como características, el ser inespecífica, interna, vaga u originada por algún conflicto.

4.1 Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad. Comprenden toda una serie de cuadros clínicos que tienen como rasgo común la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico y que a pesar de su impacto innegable sobre la población general, no recibe el reconocimiento necesario social y científico, lo que ha provocado que este tipo de trastornos psicológicos sean definidos por numerosos expertos en salud mental como la epidemia silenciosa del siglo XXI.

Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de

trastorno mental en todo el mundo. Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.

El manual de Diagnostico de Trastornos Mentales, DSM IV (1995) define la ansiedad como una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante , las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativos en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

El DSM IV (1995) señala que los trastornos de ansiedad, se producen cuando la ansiedad es muy elevada y tradicionalmente se dividen en trastornos físicos y trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud (Virgen, 2005).

4.2 Síntomatología:

La ansiedad la experimenta todo ser humano, hay aprehensión vaga, difusa y desagradable, palpitaciones y además se acompañan de:

- Cefalea
- Sudoración
- Molestias intestinales
- Inquietud
- Intranquilidad.

Componentes Cognitivos	
Percepciones	Creencias, asunciones, pensamientos y/o imágenes de peligro, vulnerabilidad, amenazas de intereses vitales y/o amenazas de recursos.
Respuestas	Planeación excesiva de pensamiento, preparación y/o evitación.
Componentes Fisiológicos	
Activación Fisiológica	Tensión muscular, cansancio, temblores, tics nerviosos, agitación, dificultad para respirar, fuertes palpitaciones y/o taquicardia, boca seca, dificultad para tragar, manos frías o húmedas, sudoración, sofocos o escalofríos y micción frecuente, dolor, náusea, diarrea o constipación. También incremento en la activación del sistema nervioso simpático y reducción de la flexibilidad del sistema nervioso parasimpático.
Componente Conductual	
Conductas de Escape	Evitación, postergación, evasión, escape en búsqueda de tranquilidad (solicitudes de apoyo, asesoramiento y asistencia).
Conductas de Lucha	Constante chequeos y sobreprotección en búsqueda de tranquilidad.
Conductas Paralizantes	tartamudeo en el discurso y comportamiento detenido.
Desencadenadores	
Estimulación Externa	Algún estímulo condicionado con miedo, incluyendo situaciones interpersonales.
Estimulación Interna	Imágenes mentales, sensaciones fisiológicas y estados emocionales.

Figura 3. Componentes de la ansiedad

El enfoque Cognitivo-Conductual menciona que cuando un individuo presenta ansiedad se presentan diferentes variables: cognitivas (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y situacionales (estímulos discriminativos que activan la conducta). En general se puede decir que la ansiedad es conceptualizada como una respuesta emocional que tiene tres componentes de respuesta, la parte cognitiva, fisiológica y motora, partiendo de los estímulos tanto internos del sujeto

como los externos al propio sujeto, los estímulos o el estímulo que genera y desencadena la ansiedad estará determinado en gran medida por las características del individuo. (Miguel & Cano, 1990).

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminentes, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

La ansiedad es adaptativa y útil para resolver problemas de la vida, es controlable y lógica, y aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave. Los siguientes son algunos ejemplos de las situaciones en las que comúnmente se puede experimentar ansiedad normal:

4.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad:

De acuerdo con los Tutoriales Multimedia de la Serie: Diagnóstico y Tratamiento en Trastornos de Ansiedad creados por Georgina Cárdenas y Berenice Serrano en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la UNAM a través del proyecto PAPIIT IN300203, los trastornos de ansiedad tienen la siguiente clasificación:

- **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):** El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad inútil, inapropiada excesiva y no sirve para adaptarse. Se acompaña siempre de descensos de rendimiento tanto en el plano intelectual como en el psicomotor, en las relaciones personales, en el trabajo, en la toma de decisiones, entre otros. La diferencia entre ansiedad normal y el TAG, es que este último es intenso, se encuentra fuera de proporción con los problemas, dura mas

tiempo (puede persistir por semanas e incluso meses) alterando entre otras cosas los hábitos de sueño, la capacidad de trabajar y de concentrarse así como una modificación de la rutina en general. Los estímulos que provocan el tag son variados, los mas habituales provienen del entorno social del sujeto por ejemplo: el trabajo, la familia, del medio ambiente (el clima o el tráfico), o pueden provenir del propio organismo por ejemplo: dolores y enfermedades.



Figura 4. Trastorno de Ansiedad Generalizada

- **Agorafobia:** Miedo y evitación de lugares públicos y de estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles nocivos de ansiedad o ataques de pánico. La American Psychiatric Association (1994) define la agorafobia en el DSM IV como al miedo de estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareos, vómitos, caídas, despersonalización, pérdida de control de esfínteres, molestias cardíacas,

etc.) Como consecuencia de este miedo la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada.

- **Fobia Social:** La ansiedad social es normal por que es una respuesta adaptativa que permite a los seres humanos comportarse de manera adecuada ante relaciones interpersonales nuevas o importantes. Cuando la ansiedad es muy intensa y no guarda relación con la realidad frente a un determinado temor, es decir, que es exagerada para las circunstancias o no acaba por extinguirse tras unos minutos de interacción o tras la exposición repetida a situaciones sociales, adquiere una significación clínica por que interfiere de forma negativa en las actividades cotidianas de la persona afectada y se trata de una Fobia Social. La fobia social engloba miedos como ser humillado o donde se exponga la seguridad ante la gente.
- **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):** El Trastorno Obsesivo Compulsivo consiste en la presencia de pensamientos o conductas repetitivas, suficientemente graves como para causar un intenso malestar, gran pérdida de tiempo, o una gran interferencia significativa con la rutina habitual del individuo, con su funcionamiento profesional, con sus actividades sociales habituales, o con sus relaciones con los demás.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. El individuo tiene la sensación de que el contenido de sus pensamientos es ajeno, fuera de su control y no se encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener, sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son producto de su mente y no vienen impuestas desde afuera. Las compulsiones se definen como comportamientos (lavarse repetidamente las manos, ordenar objetos, realizar comprobaciones, etc.); o actos mentales de carácter recurrente (rezar, contar o repetir palabras en

silencio), cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.

En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada, o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos.

Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos (DSM-IV, 2005).

- **Trastorno de Estrés Postraumático:** El DSM-IV define al Trastorno de Estrés Postraumático como la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto de hechos que representan un peligro real para la vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de una acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien, el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (APA; DSM-IV, 1995).

La reacción del individuo es de miedo, horror o impotencia ante la situación traumática y luego sobrevienen en forma inmediata o demorada (hasta varios meses) síntomas como:

- Reexperimentar el trauma de forma persistente (*flashbacks*).
- Evitación permanente de estímulos asociados con el evento.
- Embotamiento en el estado de alerta (Toro & Yepes, 1997).

En México, algunos estudios llevados a cabo, encontraron que 14.8% de la población mexicana presentaba algún trastorno de ansiedad y que su prevalencia es entre los 15 y 45 años de edad, con mayor proporción para las mujeres que para los hombres. Otros estudios realizados en la ciudad, muestran que el 9% de la población adulta entre los 18 y 65 años de edad, presentan trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias por sexo. (Medina-Mora et al., 2003).

Cabe mencionar que los síndromes ansiosos como los depresivos, son las formas de psicopatología mas frecuente. Estudios reportados para 1999 en población mexicana encontraron que el 14.8% presentaba algún trastorno de ansiedad (Virgen et al. 2005).

En la actualidad, el conocimiento y la investigación científica relacionada con los trastornos de ansiedad se ha incrementado considerablemente. Sabemos que en la mayoría de éstos se produce una compleja interacción entre factores de naturaleza tanto psicosocial como biológica, responsables de su aparición y su desarrollo y que en la mayoría de las situaciones, la mejor forma de tratamiento implica una estratégica combinación de técnicas de intervención, ejecutadas por profesionales especializados, a través de procesos de colaboración interdisciplinar.

Afortunadamente este tipo de trastornos cuando son correctamente diagnosticados y su tratamiento es llevado a cabo por profesionales cualificados, apoyados de nuevas alternativas para el tratamiento, derivadas de intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y tecnológicos, hacen que la calidad de vida de las personas que sufren trastornos severos mejoren considerablemente, obteniendo como resultado una rápida respuesta al decremento de los trastornos mentales.

4.4 Tratamiento

El tratamiento debe buscar la modificación de cogniciones y conductas para la reestructuración del paciente y la promoción de hábitos de vida.

Es muy importante que dentro de los primeros pasos se tenga claro hacer un abordaje correcto de cada caso, tomando en cuenta y valorando la intensidad, las características, el grado de interferencia y los rasgos personales del individuo. No se puede olvidar que la ansiedad es un estado humano habitual y que será importante saber en qué grado afecta la vida del individuo y si el sujeto reporta no soportar las sensaciones que le genera ésta.

Dentro de los tratamientos más utilizados por su continua aplicación y efectividad es el tratamiento Cognitivo-Conductual. La psicología científica ha desarrollado un cuerpo importante de conocimientos utilizando el método científico. La aplicación de estos conocimientos, empíricamente validados al área aplicada de la psicología clínica y de la salud, ha permitido el desarrollo de técnicas de tratamiento eficaces, que son sometidas a evaluación constantemente.

Durante las décadas de los 50 y 60s se desarrollaron técnicas de modificación de conducta y más recientemente dichas técnicas se han mejorado con el desarrollo de las técnicas cognitivas, generando técnicas aplicables en la terapia cognitivo-conductual.

Meichenbaum (1997) menciona que hay un alto índice de éxito, del 80% de pacientes con ansiedad, en los seguimientos mostraron mejorías importantes no sólo en el decremento de síntomas ansiosos, sino en otras dimensiones.

Para el tratamiento de pacientes diagnosticados con ansiedad se pueden emplear técnicas como la relajación, ésta sirve como base para ayudar a superar, las fobias o los ataques de pánico; los beneficios son numerosos, están

documentados con una antigüedad de más de veinte años, éstos incluyen: disminución de la ansiedad generalizada, muchos autores han fundamentado que la práctica también reduce la frecuencia y severidad de los ataques de pánico e incrementa el nivel de energía y de productividad.

El trabajo con creencias irracionales es una parte muy importante, debido a que éstas surgen debido a rastros de pensamientos irracionales que irrumpen de manera recurrente en el sujeto y son relativas al mismo paciente, a todos o a la vida en general.

5. MÉTODO

Finalidades

Al realizar las prácticas profesionales dentro del programa de Psicoterapia Vía Internet se persiguieron 3 finalidades principales.

- 1.- Adquirir conocimientos especializados en esta modalidad de tratamiento psicológico.
- 2.- Poner en práctica en un escenario real la adquisición de habilidades clínicas que se obtuvieron a lo largo de la capacitación de Psicoterapia Vía Internet conjunto a los conocimientos previos logrados a lo largo de la carrera.
- 3.- Brindar a pacientes la atención psicológica necesaria que les permita tener una mejor calidad de vida.

Objetivos:

1. Brindar atención psicológica de calidad a pacientes diagnosticados con depresión y/o ansiedad bajo la modalidad Vía internet, permitiendo abarcar y acercar este tipo de atención a aquella población que tienen pocas posibilidades de asistir a una terapia cara a cara.
2. Informar los resultados obtenidos a lo largo de las intervenciones psicológicas realizadas a pacientes de consulta externa del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología que desearon ser atendidos bajo la modalidad de Psicoterapia Vía Internet.
3. Obtener experiencia y conocimientos clínicos en evaluación, diagnóstico e intervención cognitivo conductual para diversos trastornos de salud mental mediante Psicoterapia Vía Internet, la cual es una modalidad de tratamiento psicológico innovadora y que posee una validación empírica de eficacia y preferencia por parte de los pacientes.

Participantes

La población que se describe a continuación consta de dos participantes de sexo femenino las cuales solicitaron apoyo psicológico de manera voluntaria, mediante el contacto con el servicio del programa de "Psicoterapia vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", a través del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" o por internet y con padecimientos de ansiedad y/o depresión, en niveles entre leve y moderado y que previamente se corroboró que tenían los conocimientos sobre el uso de la computadora e Internet.. Además cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Ser mayores de edad
- b) No estar bajo tratamiento psicológico o farmacológico
- c) El trastorno o trastornos presentados **no** tienen la consideración de graves o severos
- d) Tener conocimiento y uso de nuevas tecnologías
- e) Que acepte el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.

Criterios de exclusión:

- a) Abuso de alcohol y/o drogas
- b) Tener a la vez otro tipo de intervención psicológica
- c) Comorbilidad con otros trastornos severos.

Se utilizó un diseño de ensayos clínicos con medidas repetidas.

Escenario

El espacio de trabajo donde se llevaron a cabo las practicas profesionales y en donde se realizó el servicio de intervención terapéutica en línea fue en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología equipado con computadoras con acceso a Internet, cámara web, micrófono, audífonos, bocinas. El laboratorio se encuentra ubicado en el piso 1 del edificio B de la Facultad de Psicología, UNAM.

Las entrevistas presénciales con los pacientes asignados se llevaron a cabo en el Cubículo 18 ubicado en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" para la realización de entrevistas presénciales.

Materiales, instrumentos y recursos necesarios:

- Audífonos
- Computadoras con acceso a Internet
- Bocinas y micrófono
- Software (Microsoft Office)
- Programas de mensajería con acceso libre (Messenger, Hotmail y Skype)
- Teléfono

Inventarios y cuestionarios de evaluación:

Para evaluar las consecuencias del empleo del tratamiento cognitivo conductual vía Internet, se utilizaron las siguientes evaluaciones:

1. **Inventario de Depresión de Beck (BDI):** Instrumento diseñado por Aaron Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en el año de 1961 y registrado en 1978. Es un instrumento auto aplicado que consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 0 a 3. Su tiempo de aplicación es de diez minutos aproximadamente. Evalúa fundamentalmente

los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

2. **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** Instrumento diseñado por Aarón Beck en el año de 1981. Consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 0 a 3. Evalúa las diferentes manifestaciones de la ansiedad como las: somáticas, psíquicas y comportamentales.
3. **Inventario de Calidad de Vida y Salud :** Instrumento elaborado por Sánchez, Riveros y Andrew, en el año 2004. Consta de 57 ítems o síntomas, cuya severidad es valorada por una escala de 6 opciones que va del 0% (nunca) a 100% (siempre). Evalúa fundamentalmente la calidad de vida y de salud de los pacientes abordando los siguientes aspectos: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud hacia el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia terapéutica, relación con el medio, bienestar y salud y comentarios generales así como datos sociodemográficos.

Este cuestionario evalúa fundamentalmente la calidad de vida y de salud de los usuarios, fue diseñado para población mexicana y posee una consistencia interna total de 0,90 (alfa de Cronbach) para pacientes crónicos.

El inventario posee tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de "nunca" a "siempre"; y c) visual sobre una recta continua con extremos de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). A los reactivos se les asigna un valor de 0 a 5 puntos.

A continuación se abordan las áreas que evalúa el instrumento con un reactivo de muestra:

- **Preocupaciones:** Se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como "Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo, por mi enfermedad".
- **Desempeño Físico:** Se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, como "Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos".
- **Aislamiento:** Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo, "Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes".
- **Percepción Corporal:** Se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe la persona, como "Me da pena mi cuerpo".
- **Funciones Cognitivas:** Revisa la presencia de problemas en funciones como la memoria y la concentración, ejemplo "Se me olvida en dónde puse las cosas".
- **Actitud ante el Tratamiento:** Revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento psicológico, "Me fastidia estar en tratamiento".
- **Tiempo Libre:** Explora la percepción del usuario sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas, como "Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos".
- **Vida Cotidiana:** Revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir del padecimiento, por ejemplo "Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida".

- **Familia:** Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como "Mi familia cuida mis sentimientos".
- **Redes Sociales:** Explora los recursos humanos con que cuenta la persona para resolver problemas, como "Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar".
- **Dependencia Terapéutica:** Se refiere al grado en que el usuario deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el terapeuta, como "No me importa qué tengo, sólo quiero que el psicólogo me cure".
- **Relación con el terapeuta:** Se refiere al grado en que el usuario se siente cómodo con la atención del terapeuta, como "Me gusta hablar con el terapeuta sobre mi enfermedad".

El inventario también incluye una sección de cuatro reactivos sobre información o comentarios generales y sobre situaciones transitorias que pudieran afectar los resultados de la escala (disgustos, problemas de salud, muerte de alguien cercano, separación, etc.); así como comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos sociodemográficos.

La evaluación de la prueba es en función de los cambios otorgados por el tratamiento, evaluados por aplicación pre y post. A menor puntaje menor calidad de vida y viceversa. (Riveros, Sánchez-Sosa & Andrew; 2007)

4. **Inventario de exploración clínica:** Es un cuestionario en el que se pregunta de manera general los datos clínicos del usuario, el motivo de consulta, también permite evaluar diversas áreas de la persona como son la problemática que lo aqueja, presencia de síntomas, la forma en que se ha desarrollado, área laboral, familiar, social, de ocio y relación de pareja. Por

medio de este inventario se compara la información que proporciona éste con la información arrojada en la entrevista. Es un cuestionario de tipo cualitativo de tipo descriptivo (Cárdenas, G y Flores, A. 2007)

Material

1. Ficha de Identificación: para conocer los datos generales de la paciente (edad, sexo, edo. civil, etc.)
2. Motivo de consulta: conocer cuales son los principales síntomas que aquejaban a la paciente y tomar en cuenta esto para establecer el tratamiento pertinente.
3. Historia clínica: Es el registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de paciente que atendemos por primera vez; en donde establecemos un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda el participante generando así una relación médico-paciente de considerable valor terapéutico.
4. Formato de consentimiento: Es un formato que se le presenta al usuario en la entrevista, mediante el cual se explican sus derechos y obligaciones que tiene como usuario del servicio psicológico. Por medio de este consentimiento el usuario se compromete a asistir a sesión terapéutica o avisar en caso de no poder asistir, se le informa que las sesiones o al menos la entrevista inicial puede ser grabada en audio y video o ser vista a través de un espejo y que sólo será observada por terapeutas o estudiantes avanzados de la carrera, así mismo, que sus datos e información son de carácter confidencial, la importancia de contestar los cuestionarios que el programa solicita, también el compromiso del usuario para elaborar las actividades asignadas entre sesiones, así como la importancia de contestar los cuestionarios requeridos a través de los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses de haber concluido formalmente el tratamiento, por último se le informa que su caso está bajo supervisión clínica.

6. PROCEDIMIENTO

Estructura de las Sesiones Terapéuticas

A continuación se presenta el procedimiento por etapas en las cuales discurre el tratamiento de Psicoterapia Vía Internet.

Etapa 1	Primer Contacto y Evaluación	En esta primer etapa se realiza el primer contacto con el participante tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se establece una entrevista por videoconferencia la cual pretende explicar de manera detallada la dinámica del programa, resolver dudas y establecer el encuadre terapéutico. Se realizan evaluaciones pre-tratamiento para valorar el padecimiento del paciente y así establecer el diagnóstico apropiado.
Etapa 2	Aplicación de Psicoterapia Vía Internet	Se adecúa el proceso terapéutico a partir del diagnóstico del participante a través de técnicas cognitivo-conductuales específicas las cuales están determinadas por protocolos validados empíricamente para pacientes con ansiedad y para pacientes con depresión. Es importante mencionar que el tratamiento es sometido a supervisión clínica en caso de dudas.
Etapa 3	Evaluación Post-tratamiento	Se aplican los instrumentos aplicados al inicio del tratamiento, los cuales nos permite percibir las mejoras del paciente respecto a su padecimiento, además de evaluar la comodidad y satisfacción a la modalidad del tratamiento y al terapeuta que lo atendió.
Etapa 4	Seguimiento del mantenimiento y mejoría del paciente.	Se contacta al paciente vía mail y se le envían las evaluaciones que fueron aplicadas en el pre y en el post, después de 3,6 y 12 meses.

Figura 5. Estructura de Sesiones Terapéuticas.

Etapa 1. Primer contacto y evaluación:

El primer contacto que se tiene con el paciente es mediante el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología UNAM, quien bajo los criterios de inclusión canaliza a sujetos para recibir atención psicológica vía Internet. Posteriormente la coordinadora del programa de psicoterapia vía Internet asigna los casos y expedientes a los terapeutas, quienes se ponen en contacto con el paciente, el contacto puede ser a través de correos electrónicos o por llamadas telefónicas para acordar una cita presencial o por videoconferencia (dependiendo de las posibilidades del paciente), la cual tiene la intención de establecer un encuadre terapéutico, en donde se pretende explicar a detalle al paciente la dinámica del tratamiento vía Internet y aclarar dudas respecto a la modalidad.

Una vez realizada la primera y única entrevista presencial, si el paciente es candidato a ser atendido vía Internet, se le envía vía correo electrónico una serie de evaluaciones que facilitarán el diagnóstico mismo. Es importante mencionar que la aplicación pre tratamiento de estas evaluaciones podrá ayudarnos a comparar resultados post tratamiento.

Etapa 2: Aplicación del tratamiento: Se aplica de manera detallada el tratamiento cognitivo-conductual, el cual se basa en los protocolos de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos. El tratamiento se lleva a con a través de algunas técnicas específicas algunas como: relajación, reestructuración cognitiva, identificación y expresión de emociones, asertividad y solución de problemas. Como se mencionó anteriormente la intervención se basa fundamentalmente en el apego de protocolos de tratamiento para depresión, ansiedad, duelo patológico y trastornos adaptativos, los cuales han tenido un alto impacto en los terapeutas, debido a que poseen una serie de recomendaciones estructuradas para llevar a cabo un tratamiento eficaz. Es importante indicar que estos protocolos de tratamiento tienen un fundamento empírico basados en evidencia y pretender funcionar como una guía para los profesionales en la salud mental interesados en brindar servicio a partir de esta novedosa modalidad.

Los protocolos son fáciles de manejar y dentro de ellos se encuentra una explicación detallada del orden en el cual se llevan a cabo las sesiones terapéuticas en línea así como las diversas técnicas psicológicas a utilizar con el fin de que el terapeuta tenga un apoyo para darle dirección al tratamiento.

Cabe mencionar que las sesiones son examinadas bajo supervisión clínica con el fin de resolver dudas acerca de las formas de atención psicológica.

Tratamiento (Agenda de sesión)

En cada una de las sesiones Vía Internet se contemplaban los siguientes tiempos tomando en cuenta que el total de la sesión era de 90 minutos:

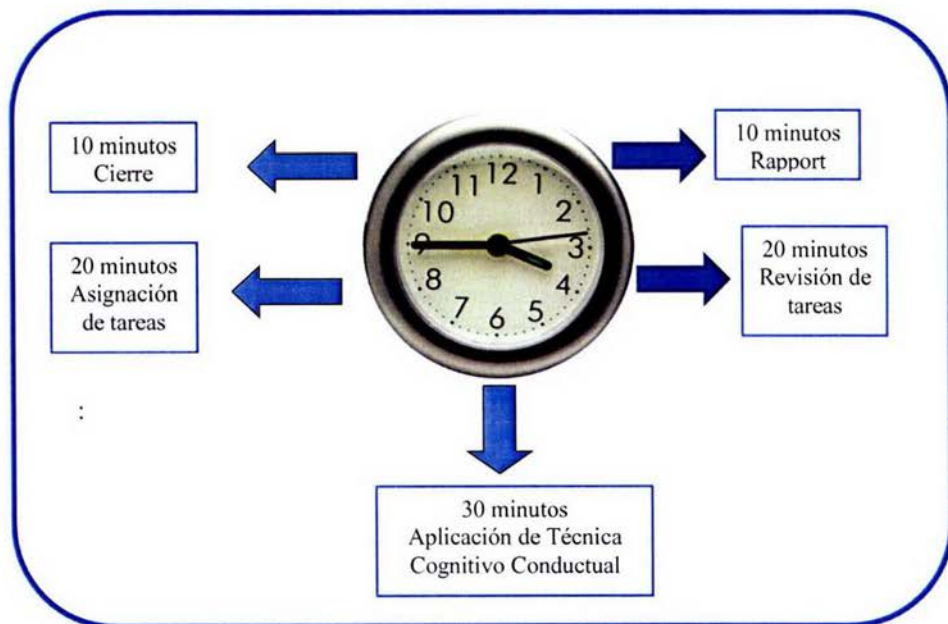


Figura 6. Agenda de sesiones.

Sesión 1.

En la primera sesión se realizó la entrevista presencial con los pacientes. Estas sesiones comenzaron ofreciéndoles una explicación detallada sobre la modalidad de Psicoterapia Vía Internet y el modelo de intervención que se empleará en el tratamiento (modelo cognitivo-conductual). Asimismo se respondió a cada una de las dudas que tenían. También tuvo la finalidad de conocer el motivo de consulta de la paciente con mayor detenimiento y referencia, pues solo se tenían los motivos de consulta de la solicitud de tratamiento inicial. Es por esto que se puso en práctica todas aquellas habilidades terapéuticas para conocer a la perfección en que consistían sus padecimientos así como sus antecedentes. Asimismo se les proporcionó la retroalimentación necesaria respecto a las expectativas que podían tener referentes a una intervención terapéutica vía Internet.

Se estableció el horario, costo del tratamiento, amonestaciones en caso de ausencias, total de sesiones, derechos y obligaciones, así como las tareas y lecturas que se llevaran a cabo a lo largo del tratamiento.

Se le brindó de forma impresa los formatos de tareas en el cual se le planteo llevar un auto-registro semanal, con el objetivo de mostrar al paciente su uso y llenado, en donde tendrá que relatar diariamente una situación que le cause malestar o tristeza, detallando el pensamiento, sensación emoción y comportamiento que presentan en el momento, además de anotar las alternativas para mejorar la situación. El auto-registro es una de las herramientas más utilizadas a lo largo del tratamiento, se entrega de manera semanal incluyendo 7 días de descripción junto con una escala de auto mejoría en el cual los pacientes manifiestan el estado de ánimo (emocional) durante una semana.

Sesión 2.

En esta sesión se les brindó a los pacientes la oportunidad de hablar con detalle de sus impresiones y dudas en general sobre el proceso terapéutico o de los

acontecimientos de su cotidianidad. Se continuó con la elaboración de la historia clínica (rubros pendientes). Se motivó a los pacientes a realizar el llenado del auto-registro con acontecimientos relacionados con sus malestares o con pensamientos negativos que surgieron a lo largo de la semana. .

Sesión 3.

Se les anunció a la pacientes su diagnóstico con base en la entrevista inicial, el motivo de consulta, la historia clínica y los instrumentos de evaluación en general; de la misma forma, se les dio la base de las técnicas de tratamiento seleccionadas y la forma en la que se llevarán a cabo,

Sesión 4, 5, 6 y 7.

Se comenzó con la introducción a la técnica reestructuración cognitiva. Se trabajó sobre las creencias irracionales identificadas a lo largo de las sesiones anteriores.

Es importante mencionar que se les indicó el objetivo de la Reestructuración Cognitiva (RC), comentándoles que a través de la RC se logra reducir la ansiedad o el malestar emocional del paciente enseñándole a identificar, evaluar y modificar sus pensamientos negativos y creencias disfuncionales, pretendiendo que desarrollen nuevas creencias o pensamientos más realistas acerca de su capacidad de afrontamiento y acerca de la seguridad de algunas situaciones en particular.

Sesión 8 y 9

A lo largo de estas sesiones, se les proporcionó la técnica de respiración diafragmática. Explicándoles de manera detallada en que consiste así como sus beneficios físicos y conductuales. El terapeuta a través del audio y de una sesión

sincrónica le explica al paciente en qué consiste la técnica y realizan el ejercicio de respiración diafragmática.

Se practicó hasta que los pacientes la manejaron de manera adecuada.

Sesión 10, 11 y 12

Debido a que dentro del proceso terapéutico los pacientes presentaron sentimientos y emociones que fueron descocidos y a la vez perturbadores, se trabajó con identificación y expresión de emociones. En esta técnica se les enseñó a estar en sincronía con su cuerpo para que logren discriminar con mayor precisión lo que sienten.

Una vez que los pacientes identificaron con mayor facilidad sus emociones los pacientes se dieron el tiempo necesario para expresarlas a través de diversas opciones. Por último se dio énfasis en el manejo de emociones y la comunicación de las mismas. sin perder de vista los avances en los entrenamientos sobre la reestructuración cognitiva, trabajando con las afirmaciones positivas de las creencias negativas trabajadas en las primeras sesiones de tratamiento.

Sesión 13 y 14

A lo largo de estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento asertivo, en donde el terapeuta le comunica y le explica al paciente el significado de asertividad y la importancia que esta implica dentro de su autoconocimiento.

En esta técnica, se clarificará con mayor detalle las situaciones y las personas con quienes se requiere ser más asertivo para posteriormente desarrollar un programa de tratamiento específico para cambiar las conductas no asertivas. Es así como el paciente pone en práctica aquellas conductas asertivas dentro de su contexto.

Sesión 15

En esta sesión se le manifiesta al paciente el objetivo del entrenamiento sobre la técnica de Solución de Problemas en su tratamiento terapéutico pues le permitirá generar ciertos procesos de pensamiento, que le ayuden a considerar una variedad de factores y seleccionar la mejor solución posible frente a una situación conflictiva. Asimismo se le menciona que ésta es la última técnica a revisarse en el tratamiento y por tal motivo el cierre se aproxima.

Sesión 16

El primordial objetivo de las sesiones de cierre es dar retroalimentación de lo visto anteriormente, sobretodo de las ganancias de paciente, con qué llegó y cómo se va. De igual forma se le solicita externe sus comentarios y sugerencias para el modelo, para el tratamiento y para el terapeuta. Dicha información, servirá también para aclarar la agenda de evaluaciones post tratamiento.

PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN PSICOTERAPIA VÍA INTERNET	
Sesión 1	Conocer motivo de consulta, retroalimentación necesaria respecto a las expectativas que podían tener referentes a una intervención terapéutica vía Internet, encuadre terapéutico, entrega de formatos de tareas.
Sesión 2	Aclarar impresiones y dudas en general sobre el proceso terapéutico o de los acontecimientos de su cotidianidad, Se continuó con la elaboración de la historia, tareas.
Sesión 3	Comunicación de diagnóstico, se les proporciona la base de las técnicas de tratamiento seleccionadas y la forma en la que se llevarán a cabo. Instrucción de respiración diafragmática
Sesión 4-7	Introducción a la técnica reestructuración cognitiva. Se trabaja sobre creencias irracionales identificadas a lo largo de sesiones anteriores y su contrargumentación.
Sesión 8-9	Reestructuración cognoscitiva
Sesión 10-12	Técnica identificación y expresión de emociones. Esta técnica permite estar en sincronía con su cuerpo para que logren discriminar con mayor precisión lo que sienten.
Sesión 13-14	Entrenamiento Asertivo
Sesión 15	Solución de Problemas
Sesión 16	Sesión de cierre: Retroalimentación, comparación pre –post, comentarios y sugerencias para el modelo, tratamiento y para el terapeuta se establece agenda de evaluaciones post tratamiento.

Figura 7. Resumen de plan de intervención cognitivo conductual en PVI.

Etapa 3.- Evaluación post tratamiento: Se aplican los instrumentos aplicados al inicio del tratamiento, los cuales ofrecen indicadores cualitativos y cuantitativos acerca de la mejoría del paciente además de la mejoría percibida del paciente. Dentro de las evaluaciones posteriores al tratamiento están las que evalúan la satisfacción de usuario y adherencia terapéutica.

Etapa 4.- Seguimiento del mantenimiento y mejoría del paciente: Con el fin de dar seguimiento, se contacta al paciente vía mail y se le envían las evaluaciones que fueron aplicadas en el pre y en el post, después de 3,6 y 12 meses.

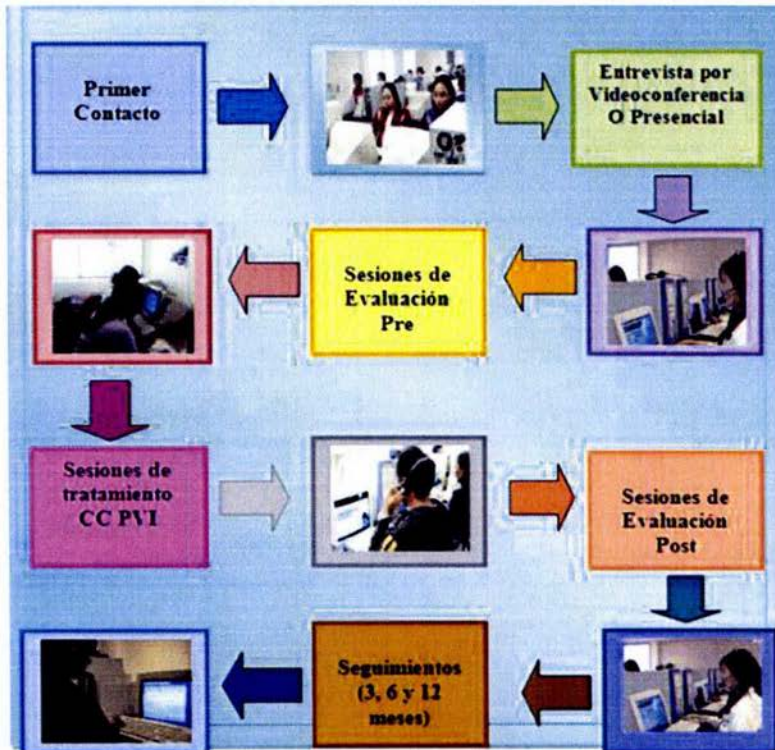


Figura 8. Intervención en Psicoterapia Vía Internet.

7. RESULTADOS

En este apartado, se muestran los efectos obtenidos de la Intervención terapéutica bajo la modalidad Vía Internet proporcionada a pacientes atendidos durante la realización de las prácticas profesionales.

Durante la realización de las prácticas profesionales en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Cibepsicología, se atendieron un total de 7 participantes con diagnóstico en Ansiedad y Depresión leve y moderada de los cuales se dio a 2 de alta, 3 se canalizaron al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila". 1 de ellos se canalizó por que no tenía conocimientos básicos sobre el uso de las nuevas tecnologías, 1 mas decidió ser tratado bajo la modalidad presencial y el restante su motivo de consulta impidió ser tratado bajo la modalidad en línea. Por último otros 2 de los participantes abandonaron el tratamiento a la mitad del proceso, pues expresaron que no tenían el tiempo necesario para llevar a cabo sus sesiones.

Es importante mencionar que el 42% de los participantes fueron canalizados, el 29 % fueron dados de alta y el 29 % restante, fueron dados de baja del programa de Psicoterapia Vía Internet. Respecto al género que prevalece en los participantes atendidos en Psicoterapia Vía Internet podemos mencionar que el 71.42% de las personas que solicitaron esta modalidad de tratamiento fueron mujeres y el 28.57% restantes son hombres.

Reporte de Casos

Como se ha mencionado anteriormente 2 de los 7 participantes atendidos fueron dados de alta bajo la modalidad de Psicoterapia Vía Internet. A continuación se describe a detalle el procedimiento realizado con cada uno de ellos tomando en cuenta su diagnóstico inicial, número de sesiones, técnicas cognitivo conductuales empleadas y el efecto de la intervención terapéutica.

PARTICIPANTE NO 1. Reporte de Casos Psicoterapia Vía Internet

Edad: 53 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Viuda

Ocupación: Maestra de Inglés

Nivel de estudios: Pasante de Licenciatura

Motivo de Consulta: **“Me siento angustiada y con miedo al futuro. Me siento cansada a veces no tengo ánimos aunque siempre trato de ser positiva y seguir adelante. Necesito hablar de lo que me pasa para poder decidir hacia donde voy. No quiero afectar a mi hijo. ”**

Diagnóstico: Depresión.

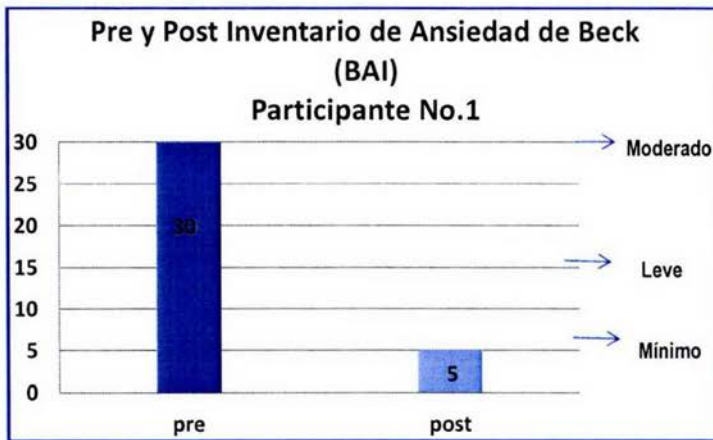
Instrumentos de Evaluación empleados:

- Inventario Beck Ansiedad
- Inventario Beck de Depresión
- Inventario de Calidad de Vida y Salud
- Inventario de exploración clínica



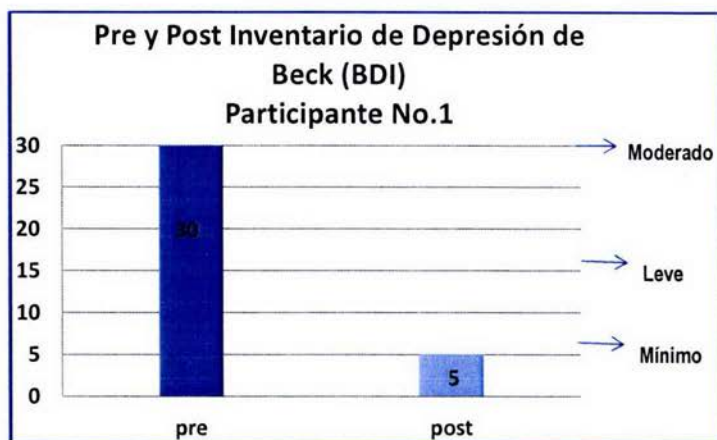
En la gráfica 1 se puede apreciar el puntaje obtenido en el inventario de Ansiedad de Beck.

A continuación se muestran los puntajes obtenidos en el pre test con un puntaje de **30** que es equivalente a **Moderada** (el puntaje mayor del inventario es 63= Severo) y en el **post** obtuvo **5** que corresponde a **Mínima**. Es así como se comprueba que sus niveles de ansiedad disminuyeron de manera considerable después de haber concluido el tratamiento de Psicoterapia en Línea.



Gráfica 1. Puntuación de Inventario de Ansiedad de Beck 30 equivalente a moderado y 5 equivale a mínima para el participante 1.

En la grafica No 2 se percibe el puntaje obtenido en el inventario de Depresión de Beck en donde en el inventario **pre** obtuvo un puntaje de **30** que es equivalente a **Moderada** y en el **post** obtuvo **5** que corresponde a **Mínima**. Al igual que en la grafica anterior se aprecia que su nivel de depresión disminuyo de manera considerable.



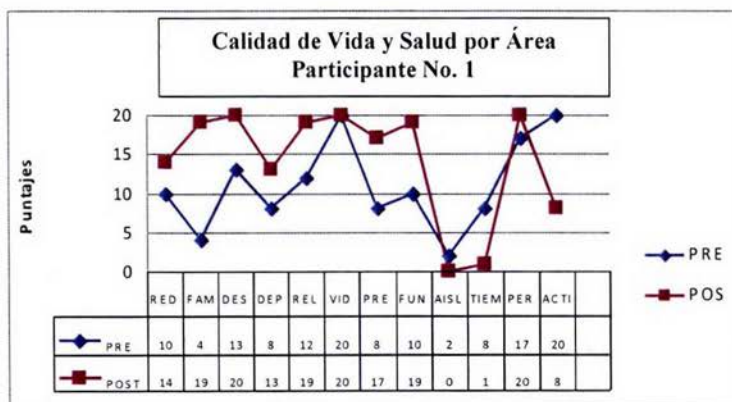
Gráfica 2. Puntuación de Inventario de Depresión de Beck Pre 30 equivalente a moderado y puntaje post 5 equivalente a Mínimo para el participante1.

En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones obtenidas en las áreas de evaluación pre y post tratamiento de calidad de vida, del participante No.1. En el área de calidad de vida, bienestar y salud es importante mencionar que la puntuación máxima posible a obtener es de 5.

Área evaluada	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Preocupaciones	8	17
Desempeño físico	13	20
Aislamiento	2	0
Percepción corporal	8	17
Funciones cognitivas	10	19
Actitud ante el tratamiento	20	20
Tiempo libre	8	1
Vida cotidiana	20	20
Familia	3	19
Redes sociales	10	14
Dependencia terapéutica	6	13
Relación con el terapeuta	12	19
Total (min=0, max=240)	120	179

Tabla 1. Puntuaciones pre y post tratamiento en calidad de vida de la participante No.1.

A continuación se muestra la gráfica de las puntuaciones anteriores, mediante esta se puede observar el cambio en su calidad de vida en las diferentes áreas evaluadas, mostrando una mejoría significativa.



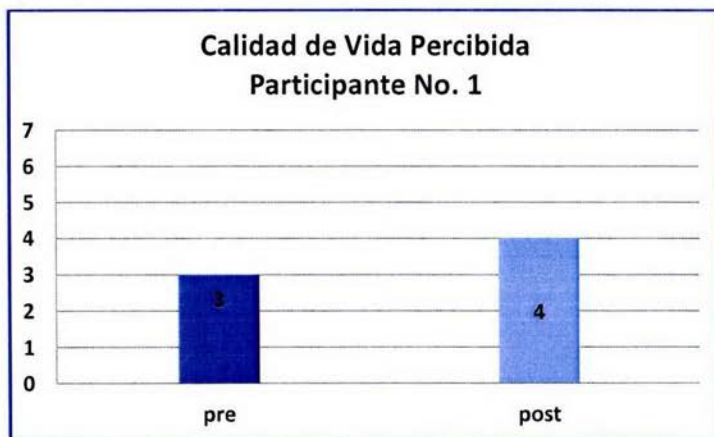
Gráfica 3. Puntuación de Inventario de Calidad de Vida por áreas Pre Y Post para el participante 1.

Como se percibe en esta gráfica en la evaluación realizada antes de recibir psicoterapia en Línea la paciente mostró tener una buena percepción respecto a los resultados del tratamiento, sin embargo, expresa tener dificultades en su vida cotidiana a partir de su padecimiento.

En las gráficas que hacen referencia a la aplicación post mostró tener ideas positivas en relación a los resultados del tratamiento pues disfruta asistir a la sesión, siente comodidad y bienestar al estar con el terapeuta y el asistir a terapia se ha convertido en una parte importante de su vida.

Presenta una buena relación con sus redes sociales, pues siempre tiene alguna persona o amigos cerca de ella y se siente apoyada por su familia. En cuanto a su percepción física presenta ciertos puntos conflictivos respecto a su autoestima al expresar que se siente poco atractiva.

Por otro lado en la gráfica no 4 abarca la percepción de calidad de vida en general, donde cero indica "la peor calidad de vida" y la 5 "la mejor calidad de vida".



Gráfica 4. Percepción de calidad de vida en general para el participante 1.

Al inicio de la terapia obtuvo un puntaje de 3 y al concluir esta obtuvo 4, por lo que podemos concluir que la calidad de vida percibida de la paciente mejoró al someterse a la modalidad de Psicoterapia Vía Internet.

Participante 2

PARTICIPANTE NO 2. Reporte de Casos Psicoterapia Vía Internet

EDAD: 28 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Maestría DGSCA/becaría

Nivel de estudios: Maestría

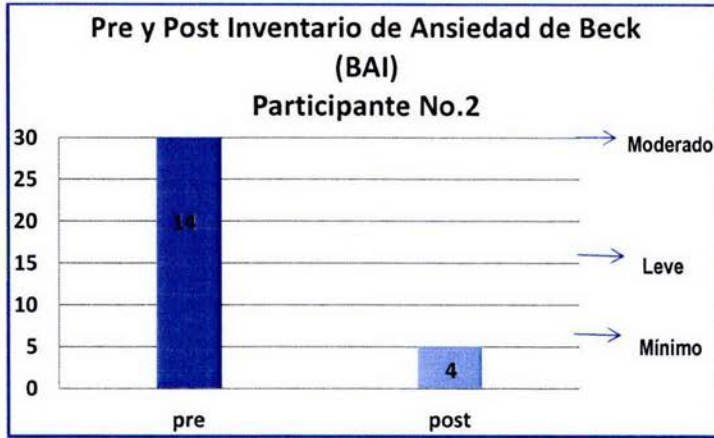
Motivo de Consulta: "Siento que tengo miedo de decidir, de tomar decisiones o las pospongo, eso me causa ansiedad y termina afectando muchas veces mi relación con mi novio o mi familia"

Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Instrumentos de Evaluación empleados:

- Inventario Beck Ansiedad
- Inventario Beck de Depresión
- Inventario de Calidad de Vida y Salud
- Inventario de Exploración clínica

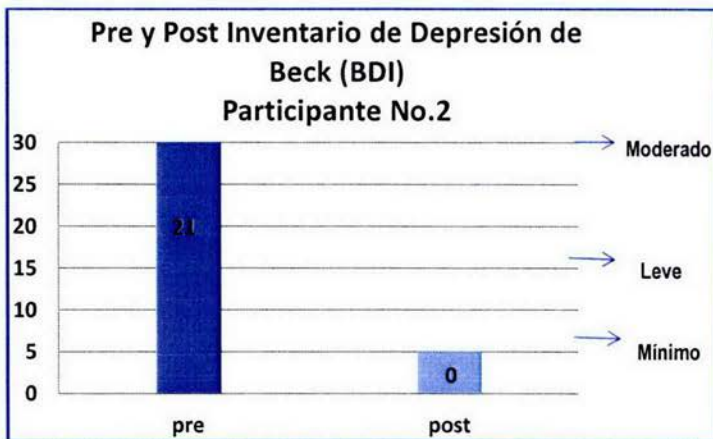
En la gráfica 5 se puede apreciar el puntaje obtenido en el inventario de Ansiedad de Beck. En el que en la pre evaluación obtuvo un puntaje de **14** que es equivalente a **Moderada** (el puntaje mayor del inventario es 63= Severo) y en el **post** obtuvo **4** que corresponde a **Mínima**, comprobando que los niveles de ansiedad disminuyeron de manera considerable después de haber concluido el tratamiento de Psicoterapia en Línea.



Gráfica 5. Puntuación de Inventario de Ansiedad de Beck Pre 14 equivalente a moderado y un puntaje post 4 equivale a mínima para el participante 2.

En la grafica No 5 se percibe el puntaje obtenido en el inventario de Depresión de Beck en donde en la **pre** evaluación obtuvo un puntaje de **21** que es equivalente a **Leve** y en la **post evaluación** obtuvo **0** que corresponde a **Mínima**.

Al igual que en la grafica anterior se aprecia que su nivel de depresión disminuyo de forma importante.



Gráfica 6. Puntuación de Inventario de Depresión de Beck Pre 21 equivalente a moderado y puntaje post 0 para el participante 2.

En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre y post tratamiento de calidad de vida del usuario No.2.

Área evaluada	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Preocupaciones	9	10
Desempeño físico	2	13
Aislamiento	11	8
Percepción corporal	11	16
Funciones cognitivas	9	5
Actitud ante el tratamiento	13	12
Tiempo libre	8	13
Vida cotidiana	7	18
Familia	10	17
Redes sociales	11	12
Dependencia terapéutica	11	17
Relación con el terapeuta	8	9
Total (min=0, max=240)	110	150

Tabla 2. Puntuaciones pre y post tratamiento en calidad de vida de la participante No.2.

A continuación se muestra la gráfica de las puntuaciones anteriores, mediante esta se puede observar el cambio en su calidad de vida en las diferentes áreas evaluadas, mostrando una mejoría notoria.



Gráfica 7. Puntuación de Inventario de Calidad de Vida por áreas Pre Y Post para el participante 2.

En este apartado del Inventario de Calidad de Vida y Salud primero, haré énfasis en aquellos puntajes pre que fueron los mas bajos y los compararé con los puntajes post para verificar si existió algún cambio importante. Posteriormente mencionaré el resto de las áreas donde los puntajes a pesar de que eran altos aumentaron.

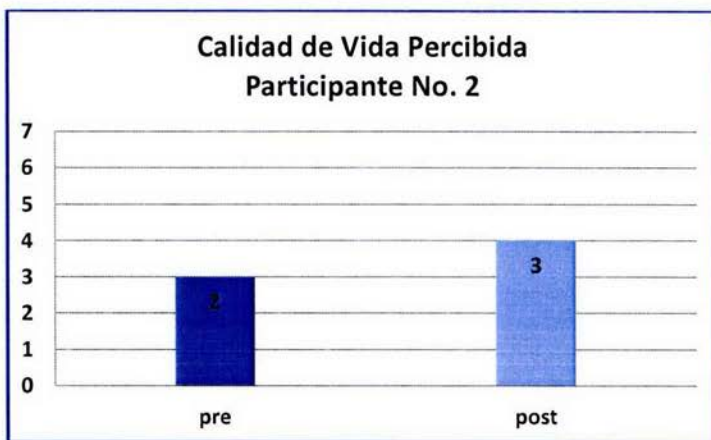
El área de Desempeño físico pre muestra que la paciente tiene una capacidad deteriorada para realizar actividad física, muestra umbrales bajos al dolor, pues somatiza aquellas situaciones estresantes impidiéndole realizar sus actividades diarias (esto se percibió en las anotaciones del autorregistro diario). Como podemos observar al término de las sesiones terapéuticas en línea, la puntuación de este rubro aumento de manera importante. Esto nos indica que el tratamiento influyó en que actualmente la paciente subraya la importancia de la actividad física en su vida cotidiana.

En el rubro de Vida Cotidiana, la paciente mostró un puntaje bajo en la evaluación pre, indicándonos que su motivo de consulta representa una situación importante que afecta en su salud y estilo de vida, experimentando continuamente sentimientos de tristeza, enojo y desesperanza. En la evaluación post expone una puntuación alta (comparado con la evaluación pre) esto nos muestra que la paciente a adquirido la habilidad para que las situaciones estresante no represente "cargas" o pérdida del bienestar.

Por otra parte en el apartado de tiempo libre pre nos describe que el padecimiento de la paciente lo percibe como una limitación para disfrutar el tiempo libre al que estaba acostumbrado, implicando sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo. En la evaluación post se nota un puntaje elevado indicándonos que al término del servicio psicológico Vía Internet la paciente percibe que sus padecimientos no obstaculizan sus actividades recreativas, mostrando habilidades sociales y redes de apoyo funcionales.

Tomando en cuenta el resto de las áreas podemos observar que hubo un incremento en las áreas de familia, dependencia terapéutica y percepción corporal. Estos puntajes hacen referencia a que la paciente se considera un miembro importante de la familia representando apoyo y afecto significativo, respecto al apartado de dependencia terapéutica la paciente muestra un desinterés general hacia la comprensión de lo que ocurre al respecto de su padecimiento, y por último, en percepción corporal la paciente posee un auto concepto que le permite ser una persona "normal".

En la gráfica 8 se exhibe la percepción de calidad de vida en general del sujeto, donde cero indica "la peor calidad de vida" y la 5 "la mejor calidad de vida".

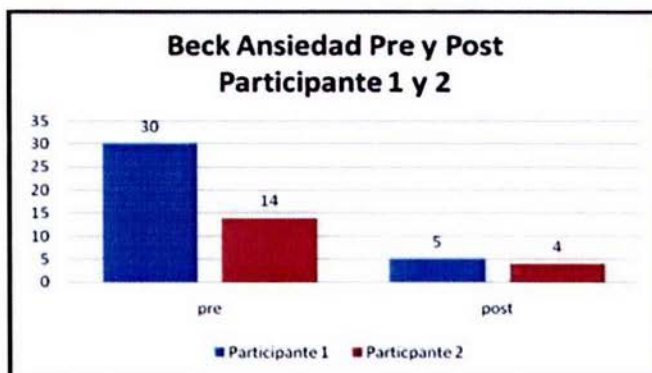


Grafica 8. Percepción de calidad de vida en general para el participante 2.

La gráfica 8 nos expone que al inicio del tratamiento de Psicoterapia Vía Internet al cual se sometió la paciente obtuvo un puntaje de 2 indicando que no se encontraba a gusto con la manera en la cual se desempeñaba dentro de su vida en general, sin embargo al concluir el tratamiento su puntaje aumento un nivel lo

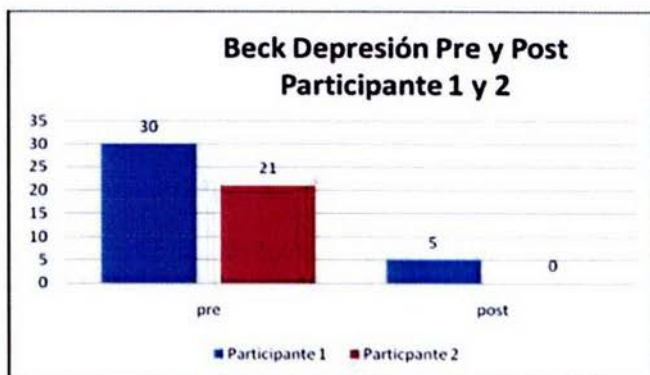
cual nos muestra que adquirió las habilidades necesarias para lograr que las situaciones que la afligen no las perciba como un obstáculo para su bienestar.

A continuación en la gráfica 9 se muestra la comparación de los puntajes pre y post de ambas participantes en el Inventario de Ansiedad de Beck, en la cual se percibe de manera clara que en ambos casos existió una disminución en los puntajes antes de recibir el tratamiento de Psicoterapia Vía Internet y después de tomarlo.



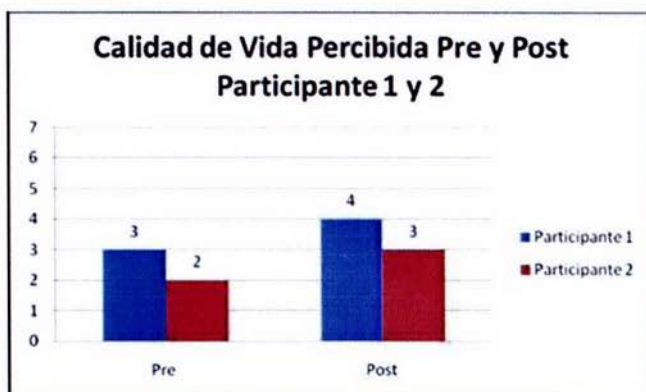
Grafica 9. Comparación de puntajes pre y post de ambas participantes en Inventario de Ansiedad de Beck.

En la gráfica número 10 se observa la comparación de los puntajes pre y post de las dos participantes en el Inventario de Depresión de Beck, donde se ve que existe una disminución significativa en los puntajes antes de recibir el tratamiento de Psicoterapia Vía Internet y después de tomarlo.



Grafica 10. Comparación de puntajes pre y post de ambas participantes en Inventario de Depresión de Beck.

En la gráfica número 11, se observa la calidad de Vida percibida por los participantes obtenidos en las aplicaciones pre y post. Podemos prestar atención en que antes de iniciar el tratamiento los pacientes expresaron puntajes bajos y al finalizar el tratamiento estos puntajes ascendieron. Esto nos indica que existieron cambios positivos dentro del tratamiento aumentado así en los puntajes post una mejor calidad de vida.



Grafica 11. Comparación de puntajes pre y post de ambas participantes en Calidad de Vida Percibida.

8. DISCUSIONES

Uno de los puntos más importantes al hablar de Psicoterapia Vía Internet, es la intención de brindar atención psicológica a una mayor cantidad de población que por diversas circunstancias incluso ajenas a sus necesidades, no tiene acceso a una terapia psicológica cara a cara. Es por esta razón que se ha tomado la atención psicológica en línea como una alternativa de tratamiento.

Es así como basados en la Telesalud y en la telemedicina tal como Nickelson (1998), Stand (1998) y Newbold (2006) emplearon el uso de las telecomunicaciones y la información electrónica como una forma para proporcionar atención clínica a distancia. Sin embargo a partir de la popularización de las TIC's en especial del Internet es como Psicoterapia Vía Internet juega un papel trascendental dentro del ámbito de la salud mental.

Tal como se plateó en un inicio, se pretendió mostrar que Psicoterapia Vía Internet es una alternativa cómoda, eficaz y novedosa para los profesionales en Psicología Clínica y los pacientes atendidos bajo esta modalidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el tratamiento bajo esta modalidad resultó ser una manera eficaz de recibir tratamiento psicológico. Las dos pacientes atendidas bajo el programa de intervención cognitivo conductual para trastornos de ansiedad y depresión leve y/o moderado, mejoraron de manera significativa en sus motivos de consulta reportados al inicio del tratamiento, mostrando una disminución importante de síntomas depresivos y ansiosos cotejados en los instrumentos de evaluación pre y post favoreciendo así una mejor calidad de vida.

Estos efectos, confirman los hallazgos encontrados que se derivan en gran parte del trabajo cognitivo conductual realizado a lo largo de las sesiones vía internet comprobando su efectividad tal como se ha llevado a cabo en las

diversas investigaciones realizadas que han empleado este enfoque, como en los de Schneider (1999), Marks y Cols. (1998), Hollín, Stewar y Strunk (2006).

El uso del modelo cognitivo-conductual favorece esta modalidad terapéutica ya que se emplearon diversas tareas, cuestionarios y materiales de apoyo, promoviendo que el paciente tuviera un papel activo y autosuficiente y logre generalizar y aplicar estas herramientas en futuras situaciones que le generen conflicto.

El uso de las diferentes herramientas del Internet tal como el chat y el e-mail, a la vez permitió que se llevara a cabo este tipo de comunicación sincrónica y asincrónica entre paciente-terapeuta, fomentando así la adherencia terapéutica y sobre todo en uno de los casos (participante 1) la paciente se vio tan impactada con los cambios positivos obtenidos al someterse a Psicoterapia Vía Internet que se tomó la libertad de manifestar a través del e-mail lo satisfecha y cómoda que se sintió, agradeciendo el trato profesional que recibió a través de esta modalidad.

En principio, a partir de los resultados obtenidos en las mediciones aplicadas pre y post tratamiento, se puede concluir que la intervención cognitivo-conductual en la modalidad vía Internet, fue eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión de las dos participantes reportadas en este informe

Por otro lado en cuanto a las puntuaciones con respecto a la evaluación de calidad de vida para cada participante, se observa un aumento en la puntuación general con lo que se deduce que a partir de la reducción de los niveles de depresión y ansiedad, se logró un mayor ajuste en las áreas en que se desarrollan, con lo que se obtiene una mayor adaptabilidad a las situaciones adversas frecuentes en el día a día.

Una restricción a la cual nos enfrentamos dentro de esta modalidad fueron las fallas técnicas que no estuvieron dentro del alcance del paciente y del

terapeuta, provocadas por la red a la que tenían acceso e incluso al equipo de cómputo del participante. Sin embargo no fueron un impedimento para la efectividad de la terapia. Debido a esto, se observa la conveniencia de señalar Al inicio de la terapia a los pacientes que esta contrariedad no incide en el proceso terapéutico ya que se tomarán las medidas necesarias como: reprogramación de la sesión, reposición de sesiones o bien restituir el tiempo para subsanar este tipo de contrariedades.

9. CONCLUSIONES

Es así como podemos concluir que Psicoterapia Vía Internet cumple con el objetivo de alcanzar poblaciones que difícilmente tienen la oportunidad de acercarse a un tratamiento psicológico presencial, por lo que PVI es un tratamiento que ha logrado ajustarse a las exigencias de la sociedad mexicana actual.

Por lo tanto es una prometedora alternativa de tratamiento para brindar servicios psicoterapéuticos de calidad a población con trastorno de ansiedad y depresión leve y/o modera, reflejándose en un aumento en su calidad de vida. Así mismo es una forma de intervenir clínicamente de una manera relativamente sencilla, económica y accesible en donde el paciente juega un papel activo y participativo, no solo receptivo. De la misma manera, fomenta la confidencialidad y privacidad del paciente, y de la integridad de la información.

Respecto a la experiencia que obtuve a través de este programa de intervención fue de gran ayuda para mi crecimiento profesional, ya que me brindó la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la licenciatura y principalmente desarrolle habilidades clínicas esto a partir de las capacitaciones y supervisiones clínicas que recibí a lo largo de mi estancia en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología. Al mismo tiempo me fue muy satisfactorio haber podido atender a personas que realmente requerían el servicio y principalmente observar lo satisfechos y contentos que se veían al concluir el tratamiento psicológico bajo esta modalidad.

El haber trabajado como terapeuta en Psicoterapia Vía Internet y al ver las excelentes ventajas que proporciona esta modalidad tanto al paciente como al terapeuta, me di la oportunidad de visualizar el impacto que jugaría este tipo de intervención en otro tipo de trastornos y que al igual que la depresión y la ansiedad

son un problema de salud en la sociedad mexicana tales como el abuso de sustancias (alcohol, tabaco y estupefacientes) y problemas de sexualidad.

10. REFERENCIAS

American Psychiatric Association, (APA), (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (F. Tomás, et al., Trad.). (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Barak, Azy , Gallina , Liat , Boniel - Nissim, Meyran y Shapira , Na'ama . 2008." Un Examen Exhaustivo y Un Meta-análisis de la Eficacia de las Intervenciones Psicoterapéuticas basados en Internet". *Revista de Tecnología de Servicios Humanos*, 26:2, 109-160.

Beck, A., (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47:1,1-11.

Bermejo, M. A. (2001). Eficacia y Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual Vía Internet. Recuperado el 2 de mayo del 2009 de:
<http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>

Caballo, V. (2001). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, R., Flores, L. (2005). *Psicoterapia en línea, manual del terapeuta*. Facultad de Psicología. México.

Cárdenas, G. & Moreira, L. (2005). Tutorial Multimedia: Trastorno de Estrés Postraumático. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México

Cárdenas, G., Ramírez, A. & Moreira, L. (2005). Tutorial Multimedia: Fobia Específica. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México

Cárdenas, G. & Villafuerte, M. (2005). Tutorial Multimedia: Fobia Social. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México

Cárdenas, G. & Richards, C. (2005). Tutorial Multimedia: Agorafobia y Pánico. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México

Cárdenas, G. & Serrano, B. (2005). Tutorial Multimedia: Trastorno de Ansiedad Generalizada . Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México

Cárdenas, G. & Ramírez, A. (2005). Tutorial Multimedia: Trastorno Obsesivo Compulsivo. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología: México

Cárdenas, G., Serrano, B., Flores, L. y De La Rosa, A. (2008). E-therapy: A training program for Development of clinical skills in distance psychotherapy. *Journal of Technology in Human Services (JTHS)*, Toronto, Canada, 26:2-4, 470-488. ISSN:15228835.

Cárdenas, G., Flores, L. & De la Rosa, A. (2011). Una Alternativa a Distancia: Psicoterapia Vía Internet. DGAPA-UNAM: México.

Cavanagh, K., & Shapiro, D. (2004). *Computer Treatment for Common Mental Health Problems*. *Journal of Clinical Psychology*, 60:3, 239–251.

Cavanagh, K., Shapiro, D. A., van Den Berg, S., Swain, S., Barkman, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioral Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 235-246.

Cook, JE and Doyle, C. (2002). The working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Behavior and cyberpsychology*, 5, 95-105

Cutter, F. (1996). Virtual psychotherapy?. *Psynews Internationa*. Recuperado el 15 de agosto 2010, de <http://netpsych.com/virtual.htm>.

De La Rosa, A. (2007). Resultados de la intervención psicoterapéutica vía Internet para pacientes con trastornos de ansiedad. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Durán, X. (2009). Manual de estrategias para el tratamiento del duelo y pérdida, vía Internet. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Fingeld-Connett, D. (2006). Web-based treatment for problema drinking. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44:9, 20-27.

Frías, A. (2010). Manual de intervención en crisis de ansiedad, Vía Internet. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Giles, M. (2001). Internet & Psicoterapia: desarrollos de las aplicaciones clínicas de la Telesalud. Recuperado el 20 de junio de 2010, de HYPERLINK <http://www.psiquiatria.com/articulos/internet/2114/>

Gilson, M., Freeman, A., Yates, M. & Freeman, S. (2009). Overcoming depression. A cognitive therapy approach. Therapist guide. *Second edition*. Oxford University Press: New York.

Garay, O. (2012). Analisis del proceso terapéutico utilizando el chat y la videoconferencia con pacientes canalizados y de ingreso directo a la modalidad en línea. México. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gómez, A. y Martínez, C. (2001). Recuperado el 20 de Octubre de 2010 de: http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/ciberhabitat/hospital/textos/texto_telesalud.htm

Graham, C., Franses, A., Kenwright, M. & Marks, I. (2000). Psychotherapy by computer - A postal survey responders to teletext article. *Psychiatric Bulletin*, 25, 12-14.

Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Parkin, J. R., Manzo, P. A., Mantle, J. M., Wenzel, K. W., Spings, C. J., Kobak, K. A., Dottl, S. L., Bailey, T. M. & Forman, L. (1998). Self-treatment for obsessive-compulsive disorder using a manual and a computerized telephone interview: a US-UK study. *MD Computing*, 15:3, 149- 57.

International Society for Mental Health Online. Suggested Principles for the Online Provision of Mental Health Services (2000). Recuperado el 14 de febrero de 2010, de HYPERLINK "<http://www.ismho.org/casestudy/ccsgas.htm>"

Lange, A., Schrieken, B., Van, J-P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P., Van der Kolk, J., Lydsdottir, L., Massaro, M. y Reuvers, A. (2000). Intherapy the effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioral and Cognitive Pshychotherapy*. 28:2, 175-192.

López, B & Rodríguez, E. (2005) Programa de Intervención Cognitivo Conductual para el manejo del enojo en población adulta. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Marcks, I., Mataix, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirssch, S. & Gega, L. (2003). *Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression*.

Marks, I. M., Cavanagh, K. & Gega, L. (2007). *Hands-On Help: Computer-Aided Psychotherapy*. Psychology Press: New York, 296.

Martínez, N. & López, A- (2009). "La ciberpsicología. Influencia de las Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Psicología" Facultad de Ciencias Médicas. Las Tunas. Cuba.

McNair, R.R., & Corazzini, J.G. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 352-362.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26:4.

Meichenbaum D. (1997). *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy*. Chichester: Wiley.

Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1990). Anxiety manifestations in normal and psychophysiologicaly disordered subjects. *11th. International Conference of S.T.A.R.* Berlin, 5-7.

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E., (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno: México.*

Nickelson, W. (1998). Telehealth and the Evolving Health Care System: Strategic Opportunities for professional Psychology. *Professional Psychology Research and Practice*, 29:6, 527-535.

Newbold-Coco, R. (2006). *On line Counseling: Integrating Group Dynamics and Technology*. Recuperado el 28 de marzo de 2008, de: <http://www.quazen.com/Science/SocialSciences/OnlinecounselingIntegratingGroupDynamics-and-Technology-7109/4>

Organización mundial de la salud (1992). *CIE-10 Clasificación de desordenes mentales y conductuales*. Ginebra.

Ortiz-Tallo, M. (1997). *Trastornos psicológicos*. Aljibe: México, 151-152.

Osgood-Hynes, D., Greist, J., Marks, I., Baer, L., Heneman, S., Wenzel, K., Manzo, P., Parkin, J., Spierings, C., Dottl, S. & Vitse, H. (1998) Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: an open US-UK study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 358-365.

Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I. & Gray, J. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185: 46-54.

Rebolledo S, Lobato MJ. (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.

Richards, D. (2009). Features and benefits of online counselling: Trinity College online mental health community. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37:3, 231 - 242.

Rochlen, A., Zack, J. & Speyer, C., (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology*, 60:3, 269–283.

Sabtibañez, F., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, G., Irribarra, C. y Müller, V., (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Ter Psicol*, Santiago, v. 26, n. 1, 2008. Recuperado el 12 de abril de 2009 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082008000100008&lng=es&nrm=iso

Segall, R. (2000). On line Shrinks. *Psychology Today*. 33, 3, p38.

Schneider, S. J., Schwartz, M. D. & Fast, J. (1995). Computerized, telephone based health promotion: Smoking cessation program. *Computers in Human Behavior*, 11:1, 135- 148.

Stamm, B. (1998). Clinical Applications of telehealth in mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29:6.

Suler, J. (2000). Psychoterpy in Cyberspac. A 5 Dimension Model Online Computer-mediated Psychoterpy. *Cyberpsychology and Behavior*.

Titov, N., Andrews, G., Kemp, A., & Robinson, E. (2010). Characteristics of Adults with Anxiety or Depression Treated at an Internet Clinic: Comparison with a National Survey and an Outpatient Clinic. *PLoS ONE* 5. e10885.doi:10.1371/journal.pone.0010885.

Toro, R. & Yepes, L., (1997). Fundamentos de medicina. *Psiquiatría*. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín.

Vallejo, J. (1990). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª ed. Barcelona: Masson.

Vallejo, J. y Gastó, C., (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.

Virgen, M., Lara, Z., Morales, B. (2005) Los trastornos de Ansiedad. Coordinación de Publicaciones Digitales DGSCA-UNAM Revista Digital Universitaria. 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