



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA APLICADA
A PACIENTES CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA
MODALIDAD DE PSICOTERAPIA VÍA INTERNET

Informe de Prácticas Profesionales
que para obtener el grado de Licenciada en Psicología,
presenta:

MARÍA ALICIA MORENO FLORES

Directora

DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ

Revisora

LIC. ANABEL DE LA ROSA GÓMEZ

México, DF.



Enero, 2012

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



*Dedico este trabajo a mis padres por darme la vida,
por sus enseñanzas y por toda mi esencia. Papá te amo.*

*A Ramón por estar conmigo incondicionalmente,
por acompañarme en mi carrera y en mi vida.
Por entender mis ausencias y mis malos momentos.*

Gracias

*A mis hijos Michelle, Lisette, Juan Ramón
y Carlos por haber sido mudos testigos
de mi florecer, los amo.*

A mi nieto Ian, te quiero mucho bebé.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de terminar este proyecto.

Les doy las gracias a todos aquellos que me facilitaron el camino y que me apoyaron de manera directa e indirecta para que pudiera llegar a realizarme profesionalmente.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por dejarme ser parte de sus estudiantes y poder decir con orgullo que soy PUMA.

A la Dra. Georgina Cárdenas por darme la oportunidad de formar parte de este proyecto y por integrarme al Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología.

A la Lic. Lorena Flores Plata, gracias por tu interés y por cuidar mi formación.

A la Lic. Anabel De la Rosa, por compartir tu conocimiento y por ser el cimiento en mi formación como terapeuta.

A mis sinodales: el Dr. Samuel Jurado, a la Lic. Rocío Maldonado, a la Mtra. Laura Somarriba, por el tiempo dedicado a la revisión de este documento y por sus sugerencias y comentarios.

A la Lic. Lourdes Monroy Tello con infinita gratitud, sin tu apoyo no lo hubiera logrado.

Al Mtro. Jorge Molina eternamente agradecida.

Al Mtro. Manuel González Oscoy, gracias por el impulso y por haber confiado en mí.

Al Mtro. Rubén Miranda Salceda, por su afecto y disposición.

A la Mtra. Patricia Sánchez Razo y a la Dra. Ma. Elena Ortíz por estar pendiente de mi avance.

A la Mtra. Ma. del Carmen Montenegro y al Dr. Germán Álvarez Díaz de León por su interés, por su sinceridad y apoyo moral.

Al Sindicato de Trabajadores de la Universidad Autónoma de México por estimular el desarrollo y crecimiento de sus agremiados.

A mis compañeros de la Biblioteca de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología: Víctor, Gabriel, Héctor, Francis, Ernesto, Guillermina, Isabel, Guadalupe.

A mis compañeros de la URIDES: Lupita, Consuelito, Ivonne, Obed, Marcos, Erick y Mary.

A las adversidades que no han sido un obstáculo para alcanzar mis objetivos.

A todos mi más sincero agradecimiento.

Dedicatorias

Este trabajo ha sido el resultado de mucho trabajo, dedicación y esfuerzo, en el deposité ilusión y muchas expectativas es por eso que se los dedico.

A mis hermanos Virginia, José Eliseo, Sergio, Carlos Héctor y con especial cariño para Javier, recordándote siempre, te llevo en mi corazón.

A mi cuñada Isabel.

A mis sobrin@s, Claudia, Marisol, Diego, Fernanda, Nelly, Ximena, Sergio, José Carlos, Iván, Lilia, Cynthia y Alonso.

A mis primos Alejandro, Susana, Yolanda y Florencia

A mi tía Zena

A mis colegas, amigos y aliados: Jorge, Vanessa Poleth, Aline, Paola, Ana Lorena, Ana Paola, Oscar, Berenice y Gabi por compartir esta etapa en donde aprendimos uno del otro.

A mi amiga la Lic. Olga Arvizu

A mis amigos Yolanda, Silvia, Angelina, Lourdes, Jorge, Gerardo, Víctor, Araceli, Rosalba, Elizabeth,

A Teresa Islas por estar a mi lado de manera positiva, por apoyarme e impulsarme para seguir adelante.

A mis maestros del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Sur especialmente a mi maestro de álgebra y geometría analítica.

A mis maestros de la Facultad de Psicología.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
	1.1 Problemática abordada	3
	1.2 Justificación	4
	1.3 Objetivos generales	5
2	ANTECEDENTES CONTEXTUALES	6
3	ORIGEN DE PSICOTERAPIA EN LÍNEA	13
	3.1 Una alternativa. Psicoterapia en línea	13
	3.2 Origen del proyecto Psicoterapia en línea: una alternativa de tratamiento en el Laboratorio de Enseñanza virtual y Ciberpsicología	15
	3.3 Beneficios de Psicoterapia en línea	17
	3.4 Limitaciones de Psicoterapia en línea	18
4	ANTECEDENTES TEORICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL	20
	4.1 Las fases de la Terapia Cognitiva Conductual	22
5	ÉTICA	25
6	ANSIEDAD	28
7	DEPRESIÓN	35
8	METODOLOGÍA	40
9	RESULTADOS	61
10	DISCUSIÓN	79
11	CONCLUSIÓN	82
	REFERENCIAS	85

1. INTRODUCCIÓN

Hace algunos años era difícil relacionar las palabras salud-internet o salud-teléfono móvil. Actualmente los avances tecnológicos nos permiten asociar estas expresiones en un mismo contexto.

En el área de la salud mental también se han generado cambios con respecto a la forma de llevar a cabo sesiones terapéuticas.

Debido a la necesidad de ir a la par con la tecnología y considerando el ritmo de vida en que se encuentra la gente además de la poca o nula posibilidad de acercarse a algún especialista en salud mental, aún cuando la persona lo perciba como una alternativa para su bienestar emocional y físico, en el año 2004, se instauró el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México el proyecto "Psicoterapia en línea: una propuesta de formación profesional", en el cuál se atienden a pacientes con depresión y ansiedad.

Con el propósito de adquirir las habilidades terapéuticas necesarias para intervenir a pacientes con ansiedad y depresión, mediante tratamientos psicológicos basados en evidencia y que se brindan con la modalidad de Psicoterapia vía internet. Realicé prácticas profesionales en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, también mi interés por participar en este proyecto fue para conocer esta innovadora modalidad y constatar su efectividad en el tratamiento de la depresión y la ansiedad, si se considera que una lleva a la otra. De acuerdo con las investigaciones (Agudelo, Buena-Casal & Donald), los cuadros depresivos están originados por un trastorno de ansiedad previo y prolongado de la persona.

El trastorno depresivo conlleva un cuadro de ansiedad debido a las alteraciones que ocasiona en los hábitos cotidianos de quién la padece. El sentimiento de

enfermedad, el menor rendimiento en las ocupaciones diarias, la limitación en las relaciones sociales, el estancamiento de proyectos personales, una significativa incertidumbre respecto al futuro y la indefensión experimentada ante su incapacidad para controlar los aspectos más significativos de su existencia, son parte de la sintomatología de la persona, afirmando así que la depresión y la ansiedad coexisten o se encuentran correlacionadas (Yapko, 2006)

El enfoque cognitivo-conductual ha demostrado ser efectivo y eficaz en el tratamiento de la depresión y en los trastornos ansiedad. Las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado ser superiores comparadas con otras alternativas psicoterapéuticas en el tratamiento de éstos trastornos (Caballo y Mateos, 2000)

1.1 Problemática abordada.

De acuerdo con la OMS (2007), la depresión se convertirá en 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo.

Aunado a esto, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) dice que de la población de adolescentes del país que llegan a suicidarse es por falta de atención psicológica oportuna y, que los trastornos mentales son parte del panorama epidemiológico de México (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleis-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004)

En un estudio realizado por Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano (2007) la depresión se consideró como la enfermedad más discapacitante si se compara con las enfermedades crónicas que producen menos ausencias laborales.

En cuanto a los trastornos de ansiedad los resultados de este estudio mencionan que la agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático fueron los que causaron mayor ausencia laboral.

Los resultados más sobresalientes son los siguientes. En primer lugar, el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007)

Es importante considerar que la atención oportuna de estos trastornos es vital para las personas que la padecen, aunque en ocasiones debido a falsas creencias o al rechazo en cuanto a la atención en salud mental hace que la gente no reciba ningún tipo de atención.

1.2 Justificación

Bajo este contexto las prácticas profesionales que realicé en el proyecto Psicoterapia en línea son una alternativa de tratamiento, sobre todo por su accesibilidad y adaptabilidad. Esta modalidad permite integrar la psicoterapia y las nuevas tecnologías dando apoyo a las personas que lo soliciten, los resultados son cuantificables pues las personas adquieren habilidades conductuales así como la modificación de su repertorio cognitivo. Psicoterapia en línea otorga a la persona, una buena capacidad adaptativa independientemente del medio en el que la persona se desenvuelva.

Considero muy importante dar a conocer este trabajo y enfatizar en que la Psicoterapia vía internet es una modalidad innovadora y efectiva en el tratamiento a pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, además, en el caso de los terapeutas que se interesaron y que usaron esta modalidad adquirieron crecimiento profesional y bienestar emocional por parte de sus pacientes.

Finalmente, con esta modalidad no hay decremento en los beneficios para las personas solicitantes, la satisfacción de las personas después de terminado el tratamiento es evidente.

1.3 Objetivos generales

Los objetivos del presente informe son mostrar el conocimiento y desarrollo de habilidades terapéuticas adquiridas en el Programa de Prácticas Profesionales "Psicoterapia en línea: Una alternativa de tratamiento", dentro del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVyC), mediante la atención a pacientes vía internet.

Específicamente los objetivos son:

- ⇒ Detallar el trabajo que se realiza en el LEVyC desde la capacitación a alumnos de la facultad específicamente del área clínica, hasta la finalización del tratamiento con los pacientes que fueron atendidos.

- ⇒ Demostrar que la modalidad psicoterapia vía internet, es una alternativa de tratamiento efectiva para la ansiedad y depresión en sus niveles leve y moderados.

2. ANTECEDENTES CONTEXTUALES

Internet ocupa todos los ámbitos y es indiscutible que para muchos se ha convertido en una extensión cognitiva y en un medio de socialización de primera magnitud. A través de la red se ama, se discute, se juega y por supuesto se aprende. Internet es un escenario apropiado para enseñar, por su actual crecimiento y expansión se está convirtiendo en el medio de socialización "natural" y, en un medio privilegiado para el desarrollo profesional (Monereo, 2005)

Las nuevas tecnologías tienen su origen en la década de los 60's. Licklider documentó una descripción acerca de las interacciones sociales a través de internet (Patoni, 2003).

En 1981, la Fundación Nacional para la Ciencia (National Science Fundation), formó su propia red, cuyo objetivo era proveer accesos a bases de datos y otras fuentes de información académica y científica, permitiendo el uso del correo electrónico, la transferencia de archivos entre computadoras y el acceso a los bancos de información dentro de los E.U. Así esta fundación se hizo cargo de la red a la que posteriormente llamó *Internet*, la red global de redes de computadora, el objetivo inicial fue que todas las computadoras tuvieran un mismo código o lenguaje para facilitar la comunicación entre ellas sin importar el tipo de computadora generando el Protocolo de Control de Transferencia/Protocolo de Internet (transfer control protocol/internet protocol, TCP/IP) (Patoni, 2003).

La creación de tecnologías es valiosa porque hace práctico el proceso de comunicación social, se requiere el uso de Internet para superar las distancias y construir plataformas en interfaces sólidas para el acceso a la información. De la unión plena entre estos elementos depende que la dispersión geográfica entre los sectores sociales no sea un obstáculo y, por el contrario, se torne como una

posibilidad de enriquecimiento, intercambio y aportación de conocimiento para el progreso social.

Es innegable que la información y la comunicación han favorecido cambios significativos constituyendo la base de la Sociedad de la Información. (Garduño, 2004).

El término ciberespacio fue acuñado por William Gibson en 1984 (Fernández, 2001 citado en Kiesler, 1996)

La internet consta de varios servicios entre los más importantes están la World Wide Web o también conocida como la Gran Telaraña Mundial, en ésta existen servicios como son el correo electrónico, la conversación en tiempo real o I.R.C. la videoconferencia, el Protocolo de Transferencia de Archivos y los buscadores (Patoni, 2003).

Actualmente más personas integran la internet en su vida diaria, los profesionales de la salud mental pueden beneficiarse de ese hecho, es decir tomando en cuenta que hay más personas que se comunican mediante la red inclusive buscan información acerca de salud mental.

De las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías se encuentra el acceso a internet, este puede ser en cualquier lugar y momento. Los modelos educativos se benefician integrando a sus planes educativos e investigaciones búsquedas en internet sobre algún tema, facilitando así el aprendizaje.

Además se puede participar en conferencias, en grupos de autoayuda, se puede estar en contacto con amigos en lugares lejanos del planeta, realizar compras, vender algún producto e inclusive obtener información médica.

En la siguiente tabla podemos observar las ventajas y riesgos a los que nos podemos enfrentar con el uso de la red. (Cárdenas, 2007)

QUE OFRECE INTERNET	RIESGOS Y PELIGROS
NAVEGAR POR UNA ENORME CANTIDAD DE INFORMACIÓN PRESENTADA EN MÚLTIPLES FORMATOS.	FALTA DE CONTROL Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.
UN MEDIO INFORMATIVO ABIERTO, DINÁMICO Y FLEXIBLE. SENCILLO Y FÁCIL DE MANTENER.	GRAN DENSIDAD DE INFORMACIÓN. SOBREENFORMACIÓN
UNA FUENTE DE INFORMACIÓN COMPARTIDA MUNDIALMENTE	INFORMACIÓN ENMASCARADA. GRAN CANTIDAD DE PUBLICIDAD
ACCESO FÁCIL E INSTANTÁNEO A GRAN CANTIDAD DE INFORMACIÓN	ACCESO DE CONTENIDOS NO DESEADOS E INFORMACIÓN BASURA.
GRAN INTERACTIVIDAD ENTRE USUARIOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	POCA DURABILIDAD DE LA INFORMACIÓN
FACILIDAD DE PUBLICACIÓN A BAJO COSTO Y DE REUTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	DESORIENTACIÓN Y NAUFRAGIO
INFORMACIÓN SIEMPRE DISPONIBLE, ALTERABLE Y ACTUALIZABLE	FALTA DE RIGOR INFORMACIONAL
LIBERTAD DE EXPRESIÓN	PROBLEMAS DE GARANTÍA, PROCEDENCIA, AUTENTICIDAD Y CREDIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Tomando en cuenta éstos puntos podemos establecer estrategias de búsqueda considerando la finalidad de la indagación, los conocimientos previos (sobre el contenido específico y/o sobre los recursos informáticos), el interés personal, los instrumentos utilizados y el horario de conexión además es conveniente hacernos las siguientes preguntas: ¿Qué busco y para qué lo busco? ¿Dónde y cómo lo busco? ¿Qué he encontrado y cuál es?. De esta manera evitaremos el naufragio informático y conseguiremos el objetivo de búsqueda.

Actualmente el número de personas que se conectan al internet va en aumento, a medida que nos interconectemos muchos de los valores de una Nación-Estado dejarán lugar a los valores de las comunidades electrónicas en donde el espacio físico será irrelevante y el tiempo desempeñara un papel diferente. (Fernández, 2001)

Uso de la tecnología de la Información y la Comunicación. TIC

El desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) ha permitido que hoy en día se tenga acceso a grandes cantidades de información de manera inmediata. Existen distintos buscadores de información, tanto comerciales como no-comerciales. Cuando se recurre al uso de buscadores comerciales se corre el riesgo de acceder a información poco confiable publicada en medios electrónicos. De manera distinta, a través del uso de buscadores especializados se accede a bancos electrónicos de información, los cuales contienen información publicada en revistas especializadas.

Características de las TIC

Características de las TIC	
Formalismo	Para que la interacción con la máquina funcione, deben seguirse secuencias de procedimientos bien definidas
Interactividad	Alta interacción entre las acciones del usuario y la información adquirida
Dinamismo	Capacidad de transmitir información dinámica
Multimedia	Combinación de sistemas semióticos para representar la información (escritura, sonido, imágenes, ilustraciones, gráficos, etc)
Hipermedia	Presentación simultánea y radial de la información (no lineal ni secuencial)

Monereo, 2005.

Las TIC en el ámbito de la salud están proveyendo nuevos métodos para administrar el tratamiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta las

consecuencias éticas para así poder explorar las ventajas y limitaciones de su uso en terapia. Esta reflexión es pertinente en cualquier investigación o la práctica con los sujetos humanos.

Con el uso de las TIC en terapia es oportuno considerar la cuestión ética al inicio de la intervención y no perder de vista el objetivo principal, mejorar la capacidad de funcionar como seres vivos.

Actualmente se ha intensificado el acceso a la información y se ha podido detectar que la mayoría de las personas buscan información relacionada con la salud. Mediante las TIC es posible tener comunicación con otros especialistas que se encuentren en línea y realizar tele consultas.

Internet en México

En México el uso de internet estuvo en manos de la UNAM a través del Instituto de Astronomía que establece un convenio de enlace a la red de la N.S.F. (National Science Foundation) en E.U., la cual se realizó utilizando el satélite mexicano Morelos II utilizando enlaces de fibra óptica (Patoni, 2003).

En 1992, se crea MEXNET.A.C. una organización de instituciones académicas que buscaba, promover el desarrollo de la Internet Mexicana. Fue hasta 1994, con la formación de la Red Tecnológica Nacional (RTN), integrada por MEXnet y CONACyT que el enlace creció a 2Mbps. Es en este año que el Internet se abre a nivel comercial en nuestro país mediante PIXELnet, ya que hasta entonces, solamente instituciones educativas y de investigación lograron realizar su enlace a Internet. Los avances científicos y tecnológicos siempre han influido en la sociedad de manera que modifican o alteran sus relaciones sociales.

En la actualidad, la Internet ocupa un lugar importante dentro de la vida académica, social, laboral y de la salud, convirtiéndose cada vez más en una necesidad primaria dentro de la vida cotidiana ya que mediante el Internet se pueden realizar una infinidad de actividades que evitan hacer grandes filas o el

trasladarse de un lugar a otro. El internet junto con las nuevas tecnologías se ha integrado de manera considerable a nuestras actividades cotidianas, cuenta con infinidad de recursos de comunicación y conexión además el manejo de los programas es sencillo y cómodo, permitiendo la comunicación con cualquier persona en cualquier parte del mundo. Estos avances tecnológicos y el abanico de posibilidades que ofrecen han sido aprovechados por diversas áreas, entre ellas se encuentra el área de la Salud Mental (Durán, 2009).

En el campo de la salud mental este rápido avance tecnológico ha impactado de manera significativa lo que ha motivado al uso de las Tecnologías de la Información y la comunicación (TIC), teniendo como consecuencia el aumento en el número de usuarios y ampliando de manera considerable las posibilidades de uso en los servicios de Salud Mental.

Hace algunos años era imposible imaginar que, palabras como salud e internet, salud y teléfono celular, salud y televisión tuvieran alguna relación. El avance tecnológico ha hecho posible esta unión que nos permite relacionar la tecnología y la salud (Sainz, Puga, García, Burón, Coronado & Castro, 2011).

La Tele salud es una modalidad en la que se aproxima al paciente a los servicios de salud, éste puede solicitar citas a través de la red, hacer consultas médicas mediante el correo electrónico o enviar su historia clínica. Por otro lado el paciente se mantendrá informado en todo momento y más cerca de su médico desde un punto de vista perceptual y no físico.

La Tele salud se aplica en todos los campos de la medicina como: cirugías, teleradiología, consultas, tele sonografía, diagnóstico remoto por imagenología digital térmica, prevención, pronóstico de enfermedades, etc. Esto es un gran avance no solo tecnológico sino social (Sainz, et al, 2011).

La Tele salud, es un término amplio que incluye varias disciplinas relacionadas, como telemedicina, telepsiquiatría y telepsicología. Todos estos sistemas tienen en común la distancia geográfica entre la persona que presta el servicio y el usuario, y el uso de tecnologías de telecomunicaciones para facilitar la interacción.

La Tele salud en México

En México en el año 1995, las primeras transferencias de información sobre salud se realizaron entre el Centro Médico Nacional "20 de noviembre" y un hospital de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, este piloteo tuvo una duración de 4 meses, permitió verificar si los periféricos como audio, video y otros contaban con la calidad y fidelidad requerida para la transmisión. Asimismo permitió verificar el costo-beneficio de la inversión pues existieron otros factores que dificultaron la utilidad como el que los pacientes viajaran a la Ciudad de México sin las pruebas de laboratorio necesarias o sin la cita con el médico o acudían para una cirugía no programada por lo tanto su atención era imposible (De la Rosa, 2007).

El Instituto de Seguridad Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha sido punta de lanza en la modalidad Medicina a Distancia o Tele salud, ha estructurado el Programa Nacional de Tele-salud, enlazando unidades médicas del interior de la República Mexicana con hospitales regionales que funcionan como Centros de Control Maestro del país, entre éstos se encuentran el de Mérida, Monterrey, Culiacán, Zapopan y el Centro Médico "20 de noviembre" en el Distrito Federal.

3. ORIGEN DE PSICOTERAPIA EN LÍNEA

De acuerdo con Jafek & Murrow (2006, p.479) *“la telemedicina es el uso de tecnologías avanzadas de telecomunicación para intercambiar información sanitaria y proporcionar servicios de atención sanitaria a través de barreras geográficas, cronológicas, sociales y culturales. La telemedicina proporciona oportunidades únicas tanto para los pacientes como para los clínicos cuando se implementa en respuesta directa a las necesidades clínicas”*.

Cuando la distancia separa a paciente y terapeuta el uso las TIC favorecen la atención médica y los cuidados de salud necesarios utilizando los recursos como: la videoconferencia, el teléfono, fax, radio, televisión, Internet y la telefonía celular (De la Rosa, 2007).

Las TIC proporcionan información básica para el paciente en lo que se refiere a su enfermedad así como el concertar citas con su médico por medio de internet y solicitar diagnósticos a distancia.

Sainz, et al., (2011) dicen que la base de la medicina es el diagnóstico, sin el cual no es posible intervenir adecuadamente, y es en el diagnóstico precisamente donde resulta más eficiente aplicar las TIC, pues permite decidir de inmediato la conducta a seguir. Como usuarios debemos aceptar que la tele salud no es la alternativa o el complemento de la atención, sino una posibilidad de prestación del servicio gracias al gran potencial que ofrecen las TIC en la mejora del acceso, la reducción de los tiempos de respuesta, la efectividad y contraste de los diagnósticos, y en definitiva, la mejora del servicio al paciente. Podemos decir que la tele salud proporciona apoyo de manera inmediata si se considera que el tiempo es un factor importante que separa a un paciente de la vida a la muerte.

3.1 Una alternativa: Psicoterapia en línea.

Desde sus inicios la Psicoterapia en línea ha sido definida de diferentes maneras una de ellas es la de Berlín (1995) que dice: *“la psicoterapia en línea es la terapia de llegar a la gente, la mitad de la terapia es la educación, esta terapia nos permite educar a la gente”*.

Frías (2010, p. 6) dice:

“la psicociberterapia es la aplicación de los principios y métodos, científicamente validados de evaluación psicológica y psicoterapia, adaptados para su utilización mediante las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) y bajo la supervisión de especialista, la psicoterapia es por tanto, una atención especializada que se realiza a través de las TIC (internet, telefonía móvil, PDA)”

Landa y Peñalosa (2008) reportan que el uso de las nuevas tecnologías en la terapia psicológica abarca 4 áreas:

- 1) La evaluación clínica, en donde la recolección y procesamiento de datos es más eficiente.
- 2) La realidad virtual, en donde a través de herramientas computacionales se simulan escenarios controlados para facilitar la adquisición de habilidades y destrezas, tanto en la psicoterapia como en la educación.
- 3) La ciberterapia, o terapia en línea, que se concibe como una nueva manera de ayudar a la gente a resolver sus problemas interpersonales.
- 4) La formación de profesionales de la salud mental que implica tanto el desarrollo de materiales didácticos multimediales y el aprovechamiento del internet.

De acuerdo con Frías (2010) la psicociberterapia tiene las siguientes características:

- El contacto sin límite espacial. El terapeuta y el paciente establecen una relación independientemente de su ubicación física y la distancia existente entre ambos.

- El contacto sin límite temporal. El terapeuta puede estar siempre disponible en forma sincrónica (tiempo real) o asincrónica.

Por otro lado el efecto de internet sobre la salud mental depende de las actividades que la tecnología permite, los atributos del usuario, y cómo interactúan los dos.

3.2 Origen del proyecto Psicoterapia en línea: una alternativa de tratamiento en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología.

En el año 2004, da inicio el proyecto *Psicoterapia Via Internet: una Alternativa de Tratamiento*, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los objetivos de este proyecto son: propiciar que los estudiantes pongan en práctica los conocimientos adquiridos en el área clínica, formar estudiantes de los tres últimos semestres de la Licenciatura en Psicología como terapeutas en línea y propiciar el acercamiento de esta modalidad a la población en general (Cárdenas, Vite & Villanueva, 2007).

Los pacientes son canalizados del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología o bien solicitan el tratamiento vía internet.

Entre los trastornos que se atienden se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión (sin llegar a ser graves) y el modelo terapéutico utilizado es el cognitivo-conductual.

Los primeros pasos para darles atención son: enviar un correo electrónico o hacer una llamada telefónica al paciente con el fin de quedar de común acuerdo y llevar a cabo una entrevista cara a cara o por videoconferencia dependiendo del lugar en dónde radique la persona solicitante. En la primera entrevista se aborda el motivo de consulta, se explica la modalidad de tratamiento y la forma en que se va a trabajar durante el tratamiento. Si el paciente acepta se acuerda el día y la hora

de la sesión con esto se dará inicio al tratamiento además el paciente firma su consentimiento informado.

El tratamiento psicológico puede llevarse con *éxito* si al paciente no le es posible acudir a un consultorio en su localidad o por que tenga limitaciones en el tiempo; si el paciente presenta algún trastorno que le impida acudir al consultorio del psicólogo como es el caso de los pacientes agorafóbicos o con fobia social. El cambio de residencia o un trabajo inestable, que el paciente presente algún trastorno que le incapacite para seguir instrucciones en línea, en cuanto a la aplicación de técnicas o estrategias que influyen en el cambio cognitivo y conductual o si aún pudiendo acudir al consultorio del terapeuta considera que dispone de los recursos necesarios y está familiarizado con el uso del ordenador y el software utilizado y decide iniciar el tratamiento psicológico en línea. Además es posible mantener el anonimato si es el deseo del paciente además por este medio existe la facilidad de comunicarse y de especificar a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problemas.

Montiel (2009) refiere que hay otros factores que influyen para el éxito de la terapia como son:

- La ausencia de comunicación no verbal, siendo indispensable ésta para establecer un diagnóstico o para desarrollar habilidades en personas carentes de ellas.
- Complicación (no imposibilidad) en el establecimiento de una buena relación terapéutica.
- Ausencia de espontaneidad y/o naturalidad si se considera que esta es difícil de transmitir vía chat.
- La asincronía en la terapia, mediante el intercambio de correos electrónicos.
- Complicación en la evaluación del paciente. No contando con información verbal o no verbal del paciente restará fiabilidad y validez del diagnóstico.

- Alargamiento en el número de sesiones de la terapia. El audio restaría de manera significativa el número de sesiones
- El problema de la seguridad y la confidencialidad, siempre presente en internet.
- Dificultad en la implementación del paciente.
- Una terapia vía internet que se enfoca exclusivamente al uso del texto mediante chat o correo electrónico puede perder potencia desde el punto de vista sensorial, al no incluir la inmensa gama de matices como ocurre en una sesión presencial, se puede tomar en cuenta que en una sesión presencial se utilicen uno o más sentidos corporales como el oído, la vista, olfato, tacto, etc. (De la Rosa, 2007)
- La incapacidad para poder discriminar entre un paciente real y un impostor.

3.3 Beneficios de la Psicoterapia en línea.

- a) Se pueden hacer consultas sencillas fuera del horario de sesión, no es preciso que se limite a citas predeterminadas ya que se puede establecer comunicación por medio del correo electrónico motivando con esto la adherencia terapéutica y elevando el proceso terapéutico. (Bermejo, 1999)
- b) Facilita la aclaración de dudas, asesoramiento y consejo psicológico mediante el correo electrónico.
- c) La no visibilidad del terapeuta favorece la confiabilidad y la autorrevelación del paciente. El paciente puede sentirse menos avergonzado y exponer su problemática con mayor facilidad. (Durán, 2009)

Otra ventaja es que puede llegar a personas que no pueden asistir a un consultorio como son las personas discapacitadas o aquellas personas que viven en lugares remotos (Berlín, 1995)

Bermejo (1999) menciona que:

- 1) Los terapeutas pueden expresar sus emociones y sentimientos con mayor libertad, sin que el paciente pueda percibirlo así como tomar posturas físicas que serían imposibles en una sesión de terapia cara a cara.
- 2) Se eliminan gastos de infraestructura y logística repercutiendo esto en el bajo costo de la psicoterapia en línea.
- 3) Se cuenta con la posibilidad de canalizar al paciente a otra consulta en línea evitando así el traslado físico de un lugar a otro.

3.4 Limitaciones de la Psicoterapia en línea:

- Ausencia de comunicación cara a cara
- Ausencia de espontaneidad
- La invisibilidad del terapeuta puede ser generadora de ansiedad o confusión por parte del paciente no adaptado al uso de las nuevas tecnologías en la comunicación terapéutica.
- La utilización de tratamientos vía internet no es aplicable para todos los trastornos psicológicos como la depresión mayor o la esquizofrenia (Durán, 2009)

La pérdida de contacto en sesión puede estar dada por problemas técnicos de conexión, sin opción, en algunos casos, en contactar al paciente vía telefónica.

Para Berlín (2005) las limitantes de la Psicoterapia en línea son:

- Que el paciente cuente con habilidades de lectura limitada.
- Que el paciente trabaje con la computadora durante todo el día.

De los medios o herramientas para comunicarse en Psicoterapia en línea, se encuentran el correo electrónico, el chat, la videoconferencia y el audio.

En lo que se refiere al correo electrónico puede suceder que el paciente envíe correos continuamente, atrasando el tiempo de respuesta del terapeuta siendo esto una desventaja en el uso de este medio, asimismo el paciente puede sentirse abandonado. (Durán, 2009)

En cuanto al chat éste nos permite la interacción con una o más personas al mismo tiempo, esto se puede aprovechar y formar grupos de auto ayuda formando grupos y siendo dirigidos por un terapeuta. Los beneficios de ésta herramienta son:

- Dar un sentido de presencia a diferencia de la comunicación asincrónica
- Se tiene la oportunidad de interactuar, dando lugar a declaraciones que no son censuradas por el paciente
- Estar a la hora acordada con el paciente denota compromiso y dedicación
- Llegar tarde, no presentarse o hacer demasiadas pausas en la conversación, se puede inferir que hay algún problema o puede ser que el paciente este distraído con algún objeto o con otra persona.

Las limitaciones del chat son:

- La diferencia de horarios si es que el paciente tiene como lugar de residencia un estado o país que no coincida con el lugar de residencia del terapeuta haciendo difícil la coincidencia de hora en las citas.
- Hay menos posibilidad de reflexionar y analizar lo que se escribe como sucede en la comunicación asincrónica exceptuando el tiempo de reflexión y análisis entre escribir y pensar el mensaje.
- Hacer demasiadas pausas en la conversación da lugar a inferir algún problema.

La Videoconferencia, este medio nos permite escuchar la entonación de voz del paciente, así como visualizar sus expresiones faciales.

4. ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual (TCC) goza en el presente de una gran aceptación para el tratamiento de diferentes desordenes psicológicos debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante sus procedimientos clínicos. Un factor vinculado con esta aceptación ha sido el que la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado su empleo.

Los orígenes de la TCC se remontan hacia varias fuentes: a) *el Análisis de la Conducta* (tanto el condicionamiento clásico como el operante), b) la *Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social* (el aprendizaje observacional, el contexto social, así como el papel de los procesos cognitivos en la determinación de la conducta), c) la *Teoría Cognitiva* (pensamientos irracionales que influyen los sentimientos y median la vinculación entre los eventos activadores y la conducta), y d) la *Entrevista Motivacional* (orientada a motivar a la persona al cambio mediante el ingreso al tratamiento).

Es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos. Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo.

En sus inicios los terapeutas de conducta ponían más énfasis en procedimientos específicos dirigidos hacia el individuo pues era mucho más fácil trabajar con recompensas específicas que con procedimientos más vagos.

Algunos consideraron a la terapia de conducta cognitiva como un nuevo enfoque de intervención, enfoque que ya no se clasificaría como parte de la terapia de conducta. Sin embargo para Caballo (1995) toda la Terapia de Conducta emplea la cognición en menor o mayor grado.

La terapia cognitiva conductual tiene su fundamento en el condicionamiento clásico, en el condicionamiento operante, en el aprendizaje social de Bandura y en los modelos cognitivos como la terapia cognitiva y la terapia racional emotiva. El factor común entre ellas es el interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente, y el trabajo y utilización de los procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio. (Reynoso & Seligson, 2005)

Las aproximaciones cognitivo-conductuales incluyen los procedimientos de la terapia conductual. De acuerdo con la terapia racional emotiva, Albert Ellis (1961) asume que la gente aprende a reaccionar ante las creencias irracionales desarrolladas durante su vida, que el aprendizaje y cambio cognitivo se presenta antes de las reacciones emocionales, y que los pensamientos irracionales pueden ser cambiados mediante confrontar las ideas y creencias de la persona. Ellis y Beck señalan que los problemas del paciente se derivan de distorsiones cognitivas. La meta de la terapia cognitiva consiste en reemplazar los esquemas maladaptativos o, al menos tener un mayor control sobre estos esquemas.

Por otro lado de acuerdo con las investigaciones de Bandura (1969) los procedimientos de intervención conductuales resultan en cambios cognitivos tanto en mediciones objetivas como subjetivas del funcionamiento psicológico. Los procedimientos en sí son conductuales pero el proceso en sí es visto como cognitivo (Reynoso & Seligson, 2005).

Para la terapia cognitivo conductual la relación entre la conducta y el ambiente son variables significativas ya que como consecuencia de éstas intervienen los "procesos cognitivos" que actúan como mediadores o modificadores de ésta conducta.

En cuanto a los procesos cognitivos que son las conductas no observables éstos pueden ser de dos tipos:

- reacciones fisiológicas (*por ejemplo: latidos cardíacos, frecuencia respiratoria, tensión muscular, visión borrosa, la digestión, fatiga no explicable por el nivel de actividad,*)
- pensamientos: las decisiones más o menos deliberadas que toma la persona sobre qué valor o significado dar a un estímulo (*por ejemplo: mirar el reloj para ver la hora y expresar: ¡se me hizo tarde!; empieza a llover y decimos: ¡me voy a mojar!, alguna cosa nos sale mal y decimos: ¡todo me sale mal!*)

4.1 Las fases de la Terapia Cognitivo-Conductual son las siguientes:

- 1) **EVALUACIÓN:** Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registros, auto registros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento
- 2) **INTERVENCIÓN:** Se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados
- 3) **SEGUIMIENTO:** Se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.

En definitiva, los tratamientos en los que se aplica la Terapia Cognitivo-conductual, a diferencia de otras terapias derivadas de otros modelos teóricos, disponen de amplio soporte empírico y se ha demostrado su eficacia y efectividad para un amplio número de trastornos, entre otros trastornos para Ansiedad y Fobias Específicas, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastornos Depresivos, algunas manifestaciones del Trastorno Bipolar y de los Trastornos Psicóticos, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Disfunciones Sexuales, algunos Trastornos de la Personalidad y adicciones.

La psicoterapia cognitiva conductual se empleó en sus inicios para el tratamiento de los trastornos afectivos y ha probado ser eficaz para disminuir los síntomas de ellos involucra la cognición es decir el pensamiento, la imaginación y los sentimientos y, en general, a las actividades encubiertas, la fisiológica que se refiere a las emociones, los sentimientos y en general a la activación nerviosa y por último a la motora que alude a la acción observable que implica movimiento corporal, generalmente, con cambios espaciales o logros (Caballo, 1995)

La primera aplicación del modelo cognitivo-conductual para el análisis y tratamiento de las psicosis la hizo Beck en 1952, a un paciente con delirio, resistente al tratamiento farmacológico, que consistía en la certeza de ser espiado por el FBI. "El tratamiento terapéutico consistió en 30 sesiones en las que el paciente adquirió la capacidad de cuestionarse y razonar sobre lo absurdo de sus creencias erróneas cuando empezaba a sospechar que estaba siendo observado" (Muñoz & Ruiz, 2007).

En 1979 Beck junto con Hole y Rush, reportan sobre la intervención cognitiva en 8 pacientes con ideas delirantes, posterior al tratamiento, Beck, Hole y Rush asumieron sus delirios como *hipótesis sobre el significado de ciertos eventos* en lugar de ser verdades rígidas y absolutas (Muñoz & Ruiz, 2007).

La terapia cognitiva conductual es una forma de tratamiento basada en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, generalmente de corta duración, se encuentra basada en hallazgos de investigación y procura que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas. Las personas pueden aprender nuevas formas de actuar, aprenden a expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y afrontamiento (Reynoso & Seligson, 2005).

Los terapeutas cognitivo conductuales se enfocan habitualmente en el estado actual más que en el pasado, y se concentran en la visión y la percepción del paciente respecto de su vida más que en rasgos de la personalidad. Estos

terapeutas también intentan entrenar a los pacientes para que tengan más control sobre su vida ayudándoles a cambiar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que funcionen mejor.

5. ÉTICA

La ética juega un papel importante en el desempeño del terapeuta. Garzón (1999) dice que la ética envuelve nuestro comportamiento a lo largo de toda una vida, se ocupa del comportamiento de cada persona dentro de la sociedad, analiza y critica a la moral, entendiendo por ésta última al sistema de normas, reglas o deberes que regula las acciones de los individuos entre sí.

Ética, es la ciencia práctica y normativa del comportamiento del hombre. Moral, es la ciencia del buen gobierno de la vida. Ley natural, es la ordenación inscrita en la naturaleza del hombre y hace que éste sea capaz de gobernarse así mismo y tender hacia los bienes que son necesarios para su perfeccionamiento integral como persona (Garzón, 1999).

Según Chamarro et al., (2007) intervenir profesionalmente mediante el uso de internet cambia las reglas de la relación psicólogo-cliente; ahora la comunicación es escrita no hay observación directa entre el psicólogo-cliente además no se observa como interpreta los mensajes el cliente por lo que sugiere dirigirse al código ético de la APA (American Psychological Association (APA) que menciona entre otras cosas:

- a) Relación profesional y científica. Cuando un psicólogo actúa como tal, lo tiene que hacer de manera profesional, con conciencia de sus obligaciones profesionales y éticas. Se debe tener muy claro cuando se actúa como psicólogo y cuando no se hace, marcar muy bien la diferencia entre su vida privada y la profesional. El código ético afecta únicamente el quehacer profesional. (Naggy, 2005 citado en Chamarro et al. 2007)

b) Limitaciones de la competencia.

Cuando un psicólogo trabaja en un área nueva tiene que asegurar la calidad de su trabajo y sobre todo proteger a los pacientes y no dañarlos ya sea de manera emocional, financiera o legal.

c) Describiendo la naturaleza y los resultados de los servicios psicológicos.

Los clientes tienen que estar bien informados de lo que se puede esperar de la intervención del psicólogo antes de empezar la relación, teniendo una idea clara del servicio que ofrece el psicólogo así como de los posibles resultados. Se tiene que explicar con sencillez.

d) Evitar daños. Nunca se debe causar daño a un cliente o a cualquier

persona con la que se trabaja. Si el psicólogo cree que el paciente se puede sentir mal por lo que hace o deja de hacer, tiene que evitarlo. Algunas de éstas pueden ser: emocionales, de manera cognitiva, física, sexual, profesional, financiera o legalmente.

e) Honorarios. Estos se le tienen que informar al cliente lo más pronto posible,

pueden usarse documentos impresos o consentimiento informado.

f) Evaluación, diagnóstico e intervención en contextos profesionales.

Los psicólogos pueden ofrecer sus servicios únicamente en una relación profesional clara y definida. Cuando se evalúa a una persona, no se debe asumir nada sino se tienen bases sólidas para hacerlo es decir, el psicólogo no debe fiarse de informes no verificados o comentarios, etc. El psicólogo necesita información verificada, entrevistas personales, resultados de tests y documentos relevantes.

g) Consentimiento informado.

El paciente debe saber que lo que el psicólogo le ofrece es una psicoterapia. El paciente puede dar su consentimiento sin ningún tipo de presiones. (Chamarro et al., 2005)

h) Privacidad y confidencialidad

Si es que hay necesidad el psicólogo debe pedir el consentimiento firmado para efectuar cualquier tipo de grabación y debe tomar precaución para que no se pueda identificar al paciente sin su consentimiento.

Chamarro (2005) menciona que el principio es que los psicólogos que hagan intervención por internet tienen que evitar que el daño sea superior al beneficio que se espera de la intervención. El principal riesgo en la intervención psicológica en línea son las posibles contraindicaciones de las terapias por internet en donde cabe la posibilidad de que aumente el aislamiento del paciente o la adicción a internet. Para garantizar el respeto a este principio, se recomienda lo siguiente: Controlar a menudo si el paciente entiende bien el contenido de los mensajes de correo electrónico.

- Utilizar técnicas ya evaluadas y que la eficacia este garantizada
- Tener cuidado cuando se hacen diagnósticos o se expresan opiniones diagnósticas
- En algunos trastornos hay una clara contraindicación de la intervención en línea: suicidio, agresiones sexuales, amenazas, trastornos de la alimentación y trastornos que cursan con alteraciones de la realidad. Si algún paciente se encuentra en estos casos, se tiene que informar al paciente de la contraindicación y canalizar a otro medio de intervención.
- Las emergencias y las intervenciones en crisis no se tienen que tratar en línea. El psicólogo debe estar preparado para estas situaciones y derivar a recursos de ayuda o movilizarlos (policía, urgencias, etc)
- La intervención en línea tiene limitaciones y contraindicaciones. El psicólogo tiene que ser previsor y garantizar que no producirá daños con su intervención.

6. ANSIEDAD

Esta palabra se deriva del latín *angor*, la raíz griega quiere decir estrangular, cualquiera de los dos casos hacen referencia a la *opresión*.

De acuerdo con el diccionario Larousse, la palabra ansiedad significa “estado de ansia; preocupación o impaciencia por algo que ha de ocurrir. La ansiedad, es una experiencia de temor ante algo difuso, vago, indefinido. En la ansiedad hay una sensación de miedo, de indefensión y de zozobra.

La diferencia entre el miedo y la ansiedad consiste en que el miedo es un temor con objeto, mientras que en la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior (Rojas, 2001).

La ansiedad, es la más común de las emociones básicas del ser humano. Su función elemental es activar el organismo para afrontar, física y mentalmente, potenciales amenazas. Las manifestaciones de la ansiedad son complejas e incluyen respuestas autonómicas, como las respuestas orientativas y defensivas, aumento de alerta y focalización de la atención, respuestas musculares, endocrinas y respuestas afectivas que fluctúan desde una simple incomodidad hasta llegar al pánico (Cascardo, 2005).

En realidad, cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas (De la Rosa, 2007)

Es apropiado y razonable reaccionar con ansiedad, cuando nos enfrentamos a diversas situaciones en la vida cotidiana, sin embargo ante situaciones adversas en algunas personas vulnerables, la ansiedad se vuelve patológica y se manifiesta por síntomas o como síndrome afectando severamente la vida del individuo. La ansiedad es un proceso adaptativo, el individuo aprende a identificar peligros potenciales, a nivel cerebral analiza las situaciones amenazantes y desarrolla estrategias de afrontamiento. (Cascardo, 2005).

La ansiedad puede percibirse en diferentes niveles: cognoscitivo, afectivo, físico y conductual. A nivel cognoscitivo, la ansiedad implica aprehensión vigilancia excesiva y un enfoque pesimista de las circunstancias. A nivel afectivo, corresponde a un estado disfórico y con frecuencia se presentan conductas escapatorias. A nivel físico hay una serie de síntomas propios de aparatos y sistemas: cardíaco, respiratorio, neurológico y gastrointestinales. A nivel conductual se desarrollan conductas de evitación.

La ansiedad varía desde una leve molestia hasta los extremos del terror y el pánico. También varía en su duración desde un breve instante hasta ser constante y cotidiana cuando eso sucede podemos hablar de una patología.

En las tres últimas décadas, el campo de la psicología ha sido testigo de una revolución cognitiva (Beck, 1991 citado en Stein 2004) ésta revolución más bien dicho cognitivo-conductual, ha llevado a la implementación de estrategias y técnicas cognitivo-conductuales para una intervención efectiva en la ansiedad que no es un trastorno único sino que forma parte de un espectro de trastornos de ansiedad cuya repercusión se acompaña de malestar (síntomas dolorosos) o discapacidad (alteración de una o más áreas funcionales importantes) o de un riesgo elevado de muerte, dolor, incapacidad o pérdida importante de la libertad.

Causas de la ansiedad.

De acuerdo con el modelo cognitivo de ansiedad (Beck et.al. 1985) son cinco los factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad y a los trastornos relacionados:

- a) herencia genética
- b) enfermedades somáticas
- c) traumas psicológicos
- d) ausencia de mecanismos de afrontamiento

e) pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado. (Stein & Hollander, 2004)

Genética. La herencia manifiesta su influencia a través de la existencia de un sistema nervioso vegetativo fácil de activar o lábil. En otras palabras, los antecedentes familiares del trastorno podrían explicar que, bajo las condiciones oportunas, un paciente manifestará síntomas de ansiedad. Así pues, la importancia de la vulnerabilidad genética no se puede valorar del todo sin considerar el rol interactivo de los factores ambientales, psicológicos y sociales. (Stein & Hollander, 2004)

Enfermedades somáticas. Son dos los elementos que deben examinarse. En primer lugar, al estudiar los trastornos de ansiedad hay que descartar posibles causas somáticas que imiten la ansiedad. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y, en ocasiones, ambos requieren tratamiento.

Trauma psicológico. Los traumas mentales durante la época de desarrollo aumentan la vulnerabilidad individual frente a la ansiedad ante situaciones parecidas a la del trauma original. Puede tratarse de un trauma único o, más a menudo, de una serie de experiencias traumáticas. Los traumas del desarrollo que suceden en el contexto de una elevada activación emocional pueden culminar en la elaboración de esquemas individuales específicos sobre la amenaza (*esa situación es peligrosa*) o *en situaciones más amplias de la amenaza*. Esto último se refiere a una serie de esquemas que cumplen dos condiciones: a) ocurren con una secuencia determinada b) son previsibles.

Ausencia de mecanismos de afrontamiento. No son las percepciones primarias de las situaciones que conducen a la ansiedad sino las secundarias, de su incapacidad para afrontar las amenazas con sus propios recursos. Puede que el paciente no haya aprendido estrategias adecuadas de afrontamiento o puede que

la respuesta que dé sea de evitación, el resultado será que ellos mismos se sienten vulnerables. Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado. El modelo cognitivo-conductual pone énfasis en los procesos cognitivos que predisponen a los sujetos a los trastornos de ansiedad. Las creencias de amenaza o de peligro que tiene el sujeto con trastorno de ansiedad son activadas puesto que en opinión del sujeto contienen elementos semejantes a los de las situaciones en que se aprendieron esos esquemas. Cuando se activan estos esquemas, impulsan el pensamiento, la conducta y la emoción de los pacientes. Otros factores precipitantes son: enfermedades somáticas o sustancias tóxicas, factores estresantes externos e intensos, estrés de larga duración, factores estresantes que afectan a la vulnerabilidad y el umbral de exigencias, alteraciones repentinas de la salud (Stein & Hollander, 2004).

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales con más prevalencia hasta el día de hoy, incluyen una serie de cuadros clínicos, su rasgo característico es la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta con alteraciones en el funcionamiento de algún órgano o sistema, además de desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Esta diferencia, al igual que en otros trastornos de ansiedad y del humor a favor del género femenino es atribuible a razones de índole neurobiológica, endocrinológica y psicosocial. (Cascardo, 2005)

De la Rosa (2007) dice que el trastorno se presenta en mayor medida en mujeres debido a que se preocupan más y también por que reprimen sus pensamientos aunque tienen la tendencia a expresar más sentimientos de tristeza y miedo. La razón de éstas diferencias es porque los hombres ven las preocupaciones como una herramienta para resolver problemas, además del rol que tienen en la sociedad mexicana.

Con respecto al nivel socioeconómico, la correlación con el nivel bajo es importante pues una persona cuyas condiciones socioeconómicas sean desfavorables experimentará mayores problemas vitales como los laborales, económicos y afectivos que lo lleven a mantener una cantidad importante de ansiedad en forma crónica.

La edad de inicio se encuentra entre los 20 y 30 años de edad. Esto podría deberse a que en edades más tempranas los síntomas se consideran como un rasgo de personalidad más que como una enfermedad a tratar. Además si el motivo de consulta es por otro trastorno esto seguramente motivará una consulta más rápida y por ende un tratamiento más temprano (Cascardo, 2005)

Comorbilidad

La ansiedad es una entidad habitualmente comórbida, con otros trastornos como fobias o trastornos de pánico, en menor grado trastorno obsesivo compulsivo, drogas y alcohol (Cía, 2001).

Sintomatología

La sintomatología es, habitualmente heterogénea. Si bien la mayoría de los pacientes tiende a quejarse de incapacidad de concentración, irritabilidad, contracturas musculares, trastorno del sueño y fatiga, el cuadro clínico puede variar mucho de acuerdo con el tipo de preocupaciones predominantes. Estas suelen referirse a enfermedad física, al desempeño personal y social, a las relaciones interpersonales o a la seguridad personal y de allegados (Cascardo, 2005).

La ansiedad y la preocupación son las características principales del trastorno. La persona se encuentra incapacitada para controlar ese estado de constantes preocupaciones. La ansiedad y la preocupación van acompañadas de tres

síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

De la Rosa (2007) dice que los síntomas asociados a la ansiedad se pueden concentrar en 3 grupos.

○ **Cognitivos o del pensamiento**

- a) preocupación
- b) inseguridad
- c) miedo
- d) aprensión
- e) pensamientos negativos, (inferioridad, incapacidad)
- f) anticipación de peligro o amenaza
- g) dificultad de concentración
- h) dificultad para la toma de decisiones
- i) sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente

○ **Síntomas motores**

- a) hiperactividad
- b) paralización motora
- c) movimientos torpes y desorganizados
- d) tartamudeo y otras dificultades de expresión oral
- e) conductas de evitación

○ **Síntomas fisiológicos**

- a) síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- b) síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- c) síntomas gastrointestinales; náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

- d) síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- e) Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- f) Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

7. DEPRESIÓN

Una depresión es en sentido literal, una hondonada del terreno o una disminución de la presión atmosférica; al referirse al ser humano, el término indica la ruptura del equilibrio y la consiguiente caída hacia abajo del estado de ánimo. (Muriana, Pettenu, & Verbitz 2007).

En la depresión la solución inmediata esta en *la renuncia*, ésta puede presentar diferentes matices. El término *renuncia* se refiere a una forma generalizada: comportamental, ideativa y relacional; podemos imaginar a una persona paralizada por el rechazo a hacer cualquier cosa. El comportamiento está ralentizado, desmotivado, la ideación es negativa "no hay nada que hacer"; el placer en cualquiera de sus formas está ausente; el humor se halla caracterizado por una ausencia de esperanza. Al parecer la depresión se construye a partir de una creencia, de un pensamiento estructurado, por el que la persona se siente víctima de algo que no puede enfrentar o superar, esto hace que la persona se resigne y no haga nada más (Muriana, etal. 2007)

Existen variables individuales que se relacionan con la depresión tales como:

- Antecedentes familiares y personales de depresión
- Dificultades académicas
- Inestabilidad económica
- Diagnóstico de una enfermedad grave
- Muerte de un ser querido
- Separación de los padres
- Consumo de alcohol
- Planeación y/o intento de suicidio

La depresión es más frecuente entre las mujeres debido a variables fisiológicas (hormonales), psicosociales (género), y ambientales (discriminación). En la mujer los cambios hormonales son un factor de predisposición en la mayor parte de su

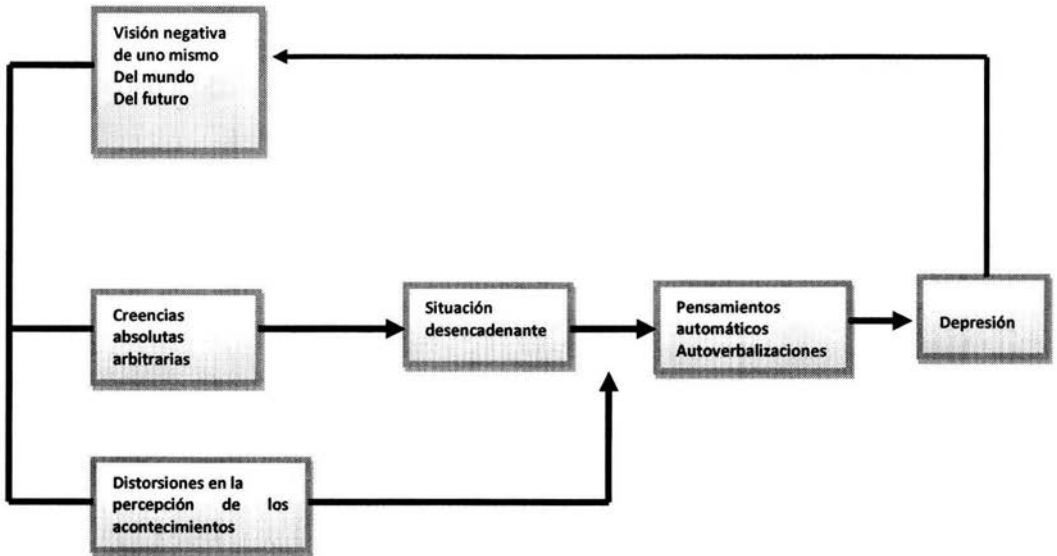
vida, inicialmente con la menarca y posteriormente con el síndrome premenstrual, el embarazo, el puerperio y la menopausia (Luarte, 2011)

Las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otras enfermedades crónicas, a pesar de que la depresión no es causa justificada de ausencia laboral. (Medina-Mora, Borge, Benjet & Lara, 2011)

La depresión *"es un trastorno complejo, no existe un factor único así como no hay una solución única: hay varias. Decir que se trata de autocompasión es una afirmación tanto hiriente como equivocada, puesto que a nadie le gusta sentirse deprimido y dejar que su vida se desperdicie, lenta y dolorosamente"* Yapko (2006 pag. 3).

Beck (1979) denominó a la depresión como un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general.

Las áreas afectadas por la depresión son: **afectiva** (pesimismo, ánimo abatido, tristeza, indiferencia, irritabilidad, entre otras), **intelectual** (falta de concentración, falta de atención, problemas de memoria, etc.) **conductual** (disminución de la actividad física, poca energía, baja productividad, aislamiento, conductas de autodestrucción como drogarse, ponerse en situaciones de riesgo, entre otras) y **corporal o somática** (falta de sueño, hipersomnia, trastornos de alimentación, falta de deseo sexual, insensibilidad física, etc. (Luarte, 2011)



Este modelo se basa en el modelo cognitivo de la depresión de Beck en donde la **triada cognitiva**, consiste en tres patrones cognitivos que son: la visión negativa que tiene el paciente sobre sí mismo, sobre el mundo y el futuro. La persona piensa que el mundo le presenta obstáculos insuperables e interpreta sus interacciones en términos de derrota o frustración. Los **esquemas negativos** son patrones cognitivos relativamente estables, que determinan la base de las interpretaciones sobre distintas situaciones. Los esquemas se construyen en la infancia y constituyen la matriz de significados y valores personales. Las **distorsiones cognitivas**. Son errores en el procesamiento de la información que producen una reacción emocional exagerada y conductas desadaptativas. (Vallejo, 2006)

Otros autores han realizado investigación acerca de la depresión como es el caso de Martin Seligman (1967) que propone la teoría del desamparo aprendido como modelo explicativo de la depresión, que sostiene en su formulación original que la

creencia de la persona, su expectativa acerca de su propia ejecución en alguna tarea va a influir en su conducta y en su estado de ánimo.

Este modelo se inspira en la teoría del locus de control, que diferencia un tipo de pensamiento que considera los acontecimientos como imprevisibles con lo que escapan al control del sujeto (locus de control externo) y una forma de pensamiento que percibe los acontecimientos como consecuencia del comportamiento del propio individuo (locus de control interno).

La tesis propuesta por Seligman es que una persona deprimida ha aprendido a considerar que los acontecimientos son independientes de sus propias acciones (Buendía, 2010).

Se considera que un individuo cuando percibe que se encuentra en una situación de desamparo, se suele preguntar a qué se debe esa falta de control. La naturaleza de la causa encontrada determina en qué nuevas situaciones y a través de qué espacio de tiempo es probable que tienda a repetirse la expectativa de futuro desamparo.

Semejanzas de los síntomas del desamparo aprendido y la depresión (Schultz, D. & Schultz, S. 2002)

Desamparo aprendido	Depresión
Pasividad	Pasividad
Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio	Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio
Falta de agresión	Hostilidad introyectada
Pérdida de peso y anorexia	Pérdida de libido
Disminución de la norepinefrina	Disminución de la norepinefrina+
Úlceras y estrés	Úlceras y estrés: sentimientos de desesperanza

+ La norepinefrina actúa como neurotransmisor, la depresión severa se asocia con deficiencia de la norepinefrina.
Fuente: adaptado de Learned Helplessness and Depression in Animals and Men, de M.E.P. Seligman.

Diagnóstico

En cuanto el diagnóstico, existe un fenómeno llamado comorbilidad el cuál es importante tomar en cuenta pues la relación con otras enfermedades tanto físicas como psicológicas podría hacer complejo el tratamiento y emitir un diagnóstico acertado.

El diagnóstico debe cumplir con 5 criterios de los 9 establecidos en el DSM-IV TR

- Estado depresivo la mayor parte del día
- Pérdida marcada del interés o del bienestar por todas, o casi todas las actividades del día.
- Pérdida significativa o aumentos de peso corporal sin llevar una dieta (cambio de más de 5% del peso total por espacio de un mes o incremento o pérdida del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi a diario.
- Fatiga o pérdida de energía casi a diario
- Sentimientos de poca valía o culpa excesiva o inadecuada (que puede ser por alucinación), casi a diario (no solamente recriminarse a sí mismo o sentir culpa por estar enfermo)
- Habilidad reducida para pensar o concentrarse, o indecisión casi a diario (por testimonio subjetivo o la observación hecha por otros).
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte (no solo miedo a morir), pensamiento suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

Una de las particularidades de la depresión es que no hay un atributo único que la defina, hablar de la depresión como si ésta se manifestara con un único síntoma confirmaría una mala interpretación, el aspecto de la depresión es tan único como distinto en cada individuo que la sufre.

Comorbilidad

De acuerdo con los estudios recientes se ha encontrado que los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica muestran una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos (Ayuso, 1997). Esto dificulta la diferenciación de los síntomas entre depresión y la ansiedad así como la intervención, además debido a esta fuerte comorbilidad se complica definir cual trastorno antecede o predispone al otro o si se trata de una confusión entre ambos dada la presencia de síntomas comunes.

Uno de los síntomas de la depresión es la ansiedad, es la condición de comorbilidad más común en la depresión. La ansiedad deteriora la habilidad para centrarse y pensar con claridad. Físicamente es tan incómoda que las personas quisieran salirse de su cuerpo, a menudo los deprimidos recurren a las drogas y al alcohol sin saber que esto es totalmente erróneo. Más de una de cuatro personas (27%) sufren depresión, es común que la persona pida ayuda para remediar su adicción pero la depresión subyacente no es atendida, siendo este el camino a la reincidencia. La ansiedad adquiere diversas formas lo mismo que la depresión. Una de las particularidades de la depresión comparada con otros trastornos es que no hay un atributo único que la defina, por lo tanto la depresión es única como distinto es cada individuo que la sufre. (Yapko, 2006)

7. Metodología

Como parte del proyecto Psicoterapia en línea se capacitó a estudiantes del 7° semestre de la Licenciatura en Psicología. La capacitación tuvo el propósito principal de formar terapeutas en línea, desarrollando habilidades clínicas para conducir una terapia en la modalidad psicoterapia vía internet. El curso se centró en los aspectos básicos que conforman la Psicoterapia a distancia bajo un enfoque cognitivo-conductual, así como antecedentes, aplicaciones, tipos de comunicación y herramientas empleadas en esta modalidad, de igual forma se aborda la estructura de la intervención terapéutica en línea, tests e instrumentos adaptados para la aplicación en línea. Para finalizar se revisaron los principios y recomendaciones éticas.

La parte final del curso se dedicó a la práctica simulada de los participantes, a fin de evaluar sus habilidades clínicas adquiridas durante el curso, en donde se pretende que incorporen los conocimientos teóricos en una práctica supervisada.

MÓDULOS QUE CONFORMARON LA CAPACITACIÓN

Módulo 1
<ul style="list-style-type: none">• Introducción Psicoterapia vía internet
<ul style="list-style-type: none">• Trastorno de ansiedad
<ul style="list-style-type: none">• Depresión
<ul style="list-style-type: none">• Duelo y pérdida
<ul style="list-style-type: none">• Autoestima
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad de pareja
<ul style="list-style-type: none">• Habilidades sociales
<ul style="list-style-type: none">• Sexualidad
<ul style="list-style-type: none">• Búsqueda de Información en bases de datos
Módulo 2
<ul style="list-style-type: none">• Técnicas cognitivo-conductuales
Módulo 3
<ul style="list-style-type: none">• Programas de intervención y de evaluación vía internet
Módulo 4
<ul style="list-style-type: none">• Habilidades terapéuticas
Módulo 5
<ul style="list-style-type: none">• Plataforma de servicios psicológicos vía internet

Supervisión. La intervención psicológica estuvo supervisada durante todo el proceso terapéutico.

Participantes: Para este estudio se contó con la participación de 4 personas, sus edades fluctúan entre los 22 y 37 años, de sexo femenino, que solicitaron apoyo psicológico de forma voluntaria mediante el envío de un correo electrónico dirigido al programa Psicoterapia en línea. Las participantes cumplieron con los criterios de inclusión-exclusión para ser atendidos en ésta modalidad.

Criterios de inclusión: que la persona tenga entre 18 y 45 años, que en sus niveles de ansiedad y depresión se encuentren en el nivel moderado como máximo, haber solicitado el servicio por vía correo electrónico, tener conocimientos sobre el uso del equipo de cómputo así como de sus accesorios.

Criterios de exclusión: que reciban atención psiquiátrica; que sean menores de edad; que se encuentren en niveles de ansiedad y depresión con una puntuación mayor a 30 de acuerdo con los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck.

Escenarios: La enseñanza y adquisición de habilidades terapéuticas para Psicoterapia en línea se llevó a cabo en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, ubicado en el primer piso del edificio "A" de la Facultad de Psicología.

La intervención psicológica se llevó a cabo en el Cubículo 18, que se encuentra ubicado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El escenario de las participantes fue en un espacio privado con computadora y con acceso a internet, pudiendo ser éste su hogar, café internet o en la oficina ocupando la hora de sus alimentos o después de su jornada laboral.

Materiales

- Computadora personal con conexión a internet: CPU, monitor, teclado, mouse.
- Software: (Microsoft Office, programas de mensajería con acceso libre, mensajero de Hotmail, skype, yahoo.
- Software del servicio (Plataforma para Psicoterapia en línea)
- Útiles: cámara, diadema con audífonos, teléfono

Instrumentos

Ficha de identificación. Es un instrumento que sirve para conocer los datos sociodemográficos de la persona (nombre, edad, sexo) así como su motivo de consulta.

Entrevista presencial (screening). Es una entrevista semi-estructurada. Se dispone de un guión de entrevista, en el que la secuencia de las preguntas puede variar dependiendo de la persona a entrevistar. El entrevistador realiza una serie de preguntas abiertas al inicio de la entrevista definiendo lo que se va a investigar, teniendo la libertad de profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, haciendo nuevas preguntas.

Es una técnica que permite hacer inferencias acerca de la dotación y utilización de los recursos intelectuales. Los datos obtenidos con ésta actúan como criterios externos para fundamentarlos y compararlos con lo que proporcionan las pruebas psicológicas, también es posible identificar si la persona sobreelabora, o si es capaz de ofrecer soluciones adecuadas a los problemas que enfrenta.

En esta sesión obtuvimos la siguiente información:

- Como se presenta la persona
- Relación con el psicólogo

- Orientación en tiempo, lugar y persona
- Lenguaje (monótono, perseverante, mutista, etc)
- Curso del pensamiento (congruente e incongruente)
- Contenido del pensamiento (ideas delirantes)
- Alteraciones senso perceptuales
- Funciones cognitivas globales (atención, concentración, etc)
- Estado afectivo
- Conducta manifiesta

Esta primera entrevista es fundamental pues nos permite preparar al paciente para la intervención, conocer sus expectativas con respecto al tratamiento y lo más importante, la adhesión del paciente con el terapeuta.

Formato de consentimiento. Es un documento que informa al paciente el propósito de la intervención psicológica en línea y se solicita el consentimiento del participante.

Describe algunos puntos que la persona debe conocer como parte de su tratamiento, como son: la retroalimentación que puede recibir de parte de su terapeuta aún después de terminado el tratamiento; la forma de trabajo (chat, correo electrónico); el enfoque que se usará; la realización de tareas como parte de la terapia; el intervalo de los seguimientos y su propósito así como otras condiciones que están en armonía con la intervención psicológica.

Inventario de Exploración Clínica. (Caballo & Salazar, 2005). Es un registro en el que se exploran todas las áreas en las que interactúa la persona. El inventario consta de 7 apartados, los cuales son respondidos por el paciente y cubren: a) datos clínicos, b) datos familiares, c) áreas de ocio, d) áreas sociales, e) datos laborales, f) relación de pareja, g) problemas y obsesiones, h) otras cuestiones. A través de este cuestionario estructurado se le pide al paciente que lo conteste con la finalidad de plantear hipótesis e información relacionada con el paciente.

Autobiografía. La autobiografía proporciona libertad de seleccionar, entre las experiencias de vida, aquellas que para el sujeto son más significativas. La claridad de las ideas expuestas y la forma en que las organiza, dan idea de la utilización de los recursos intelectuales. Incluso, se puede observar la calidad de la escritura (cuando es hecha a mano) y del lenguaje escrito (ortografía, puntuación, redacción). La autobiografía permite constatar cómo vive el sujeto; la extensión del relato nos permite inferir la riqueza tanto de la utilización del lenguaje como de las experiencias de vida.

En general se puede considerar que la autobiografía permite conocer las diversas emociones asociadas a distintas experiencias de la vida además del tono afectivo presente (Rivera, Fayne & Lucio, 1987)

Autorregistro semanal:

Descripción: El autorregistro es una ficha que posee distintas cuadrículas (7 columnas y 7 filas) de forma que los días de la semana se encuentran del lado izquierdo de la ficha en sentido vertical y en sentido horizontal cada columna señala: a) Día; b) Situación; c) Pensamiento; d) Sensación; e) Emoción; f) Comportamiento y g) Alternativa. De esta manera es posible anotar cualquier parámetro conductual (frecuencia, intensidad, duración o magnitud), localizando la coordenada de cada día y hora. Posteriormente durante la sesión se revisa el registro diario.

El autorregistro se utiliza para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el afecto y, como es la relación que existe entre las variables.

Test: Inventario de Ansiedad de Beck. (Beck, 1986)

Este instrumento fue validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado, y Páez, (2001).

El inventario cuenta con 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el síndrome de ansiedad. Es la más usada para la medición de la ansiedad. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Evalúa las diferentes manifestaciones de la ansiedad: **1. Psíquicas:** 6 ítems que exploran humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales y humor depresivo (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14). **2. Somáticas:** 7 ítems que evalúan síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y autonómicos (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) **3. Comportamentales:** 1 ítem, para evaluar el comportamiento del paciente durante la entrevista.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación como sigue:

0 "en absoluto"

1 "levemente, no me molesta mucho",

2 "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo"

3 "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Todos los ítems deben ser puntuados.

El puntaje final se obtiene con la suma de los ítems marcados y se podrá establecer el nivel de ansiedad en que se encuentra la persona a evaluar bajo la siguiente regla:

- Mínima 0-5
- Leve 6-15
- Moderada 16-30
- Severa 31-63

Test: Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1986). El BDI-I es un instrumento construido por Beck y sus colaboradores. La validación de la versión en español de BDI para población mexicana la realizaron Jurado, S., Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, (1998)

Este instrumento consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3; cada respuesta tiene asignado el valor de nivel ordinal que va desde la nulidad (0) hasta la severidad (3). Se califica sumando los números que aparecen al costado de cada respuesta.

El puntaje final se obtiene con la suma de los ítems marcados y se podrá establecer el nivel de depresión en que se encuentra la persona a evaluar, bajo la siguiente regla:

- Mínima 0-5
- Leve 6-15
- Moderada 16-30
- Severa 31-63

BDI, evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de Beck. Los síntomas en esta esfera representan el 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. (Alvarado & Vera, 2008)

Test: Inventario de Calidad de Vida. Es un instrumento desarrollado por Sánchez Sosa (2010). El inventario consta de 57 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 6 opciones (0 a 100%).

Evalúa fundamentalmente la calidad de vida y de salud de las personas. Entre las áreas que son valoradas se encuentran:

- ↳ Preocupaciones, esta se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
- ↳ Desempeño físico, se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
- ↳ Aislamiento, examina los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
- ↳ Percepción corporal, se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
- ↳ Funciones cognitivas, revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
- ↳ Actitud ante el tratamiento, examina el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.
- ↳ Tiempo libre, indaga la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas,
- ↳ Vida cotidiana, analiza el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.
- ↳ Familia, indaga el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
- ↳ Redes sociales, investiga los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
- ↳ Dependencia médica, se refiere al nivel en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante
- ↳ Relación con el médico, se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.

Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre” y c) visual, al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos. (Riveros, et al., 2009)

Inventario de Autoestima. (Reidl, 2002). Compuesto por 17 reactivos tipo likert, con cuatro opciones de respuesta, las cuales van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Mide factores de autoestima positiva (9) y factores de autoestima negativa (8). Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el nivel de autoestima.

Evalúa las diferentes manifestaciones de autoestima:

1. *Autoestima Negativa*: 8 ítems que exploran problemas de personalidad, autoconcepto e inseguridades. (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 16).
2. *Autoestima Positiva*: 9 ítems que evalúan una autoestima alta, seguridad, autoconcepto, (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 15 y 17).

Este instrumento puede ser autoaplicado, se selecciona para cada ítem la puntuación que corresponda según su experiencia, marcando en el casillero situado a la derecha, la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

7. 1 Intervención psicológica

Procedimiento

Para ser atendidos en la modalidad psicoterapia en línea, los interesados hacen llegar un correo electrónico o una llamada telefónica al Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, en donde son atendidos, previo a esto se dio difusión mediante carteles que contienen el número telefónico del laboratorio así como el correo electrónico, facilitando el acercamiento a aquellas personas que requieren apoyo psicológico.

Psicoeducación

La psicoeducación se entiende como un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo del proceso o trastorno que se padece.

Yudofsky y Hales (2005) dicen que uno de los principales objetivos del tratamiento es enseñar al paciente una nueva forma de pensar que pueden aplicar para resolver tanto sus síntomas actuales como los problemas futuros.

La psicoeducación inicia con la socialización del paciente a la terapia y se mencionan tanto las expectativas del paciente como las del terapeuta, se facilita mediante lecturas asignadas que profundizan el aprendizaje y la comprensión del paciente acerca del enfoque cognitivo-conductual.

Fase I

1. El paciente ingresa al portal de Psicoterapia en línea, envía un correo electrónico a la dirección que se encuentra en el mismo, solicitando apoyo psicológico. Después de llenar con sus datos personales y su motivo de consulta la mencionada solicitud, el paciente la envía por correo electrónico

a la persona indicada en la hoja. Posterior a esto se le envían al paciente los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Evaluación de Calidad de Vida e Inventario de Autoestima que después de contestarlos los devolverá.

2. La persona responsable de incluir-excluir a los candidatos para su atención en Psicoterapia en línea, recibe los instrumentos de evaluación que le envió el paciente junto con su solicitud y con éstos determina si es candidato o no.
3. El paciente es asignado al terapeuta que lo dirigirá en el tratamiento. El terapeuta recibe los instrumentos y la solicitud que incluye el motivo de consulta del paciente así como la afirmación de conocimiento o no del equipo de cómputo y del software que se usará para el tratamiento.
4. Se establece el primer contacto con el paciente enviándole un correo electrónico en el que se le da la bienvenida y se le informa acerca del día y la hora en que puede llevarse a cabo la primera y única sesión presencial, cuando el paciente radica en el Distrito Federal; si es el caso en que el paciente radica en el interior de la República la primera sesión se realizará mediante audio y video (videoconferencia).

Fase II

1. Se lleva a cabo la primera sesión presencial o por videoconferencia, según sea el caso, Después de establecer el rapport el terapeuta se presenta dando su nombre y su Institución de procedencia.
2. La entrevista que se realiza en esta sesión es de tipo semi-estructurada (screening) se hacen preguntas alternas o complementarias con el propósito de obtener mayor información y delimitar la problemática del paciente.

3. Después se hará el encuadre en el que se le informará al paciente el costo del tratamiento, la duración de las sesiones, el número de ellas, se le explicará detalladamente acerca de las sesiones sincrónicas y asincrónicas y como y cuando se llevarán a cabo. Se dará una explicación de la modalidad en línea, así como el enfoque que se usará.

Se leerá el formato de consentimiento junto con el paciente quién lo firmará y lo devolverá.

5. Se le muestra al paciente la hoja de auto registro se le explica con detalle el formato y su contenido y lo que se registrará en ella.
6. Sesiones de evaluación. Son las dos sesiones siguientes a la sesión presencial, en las que se obtienen antecedentes de la problemática del paciente así como de su estado actual.

7. Se elabora además la "Formulación de casos de Nezu", el cuál ayuda a analizar las variables contextuales que determinan el motivo de consulta. Este formato se divide en 7 apartados:

- a) orientación del problema
- b) evaluación de variables personales y medioambientales
- c) determinación de factores dístales y proximales,
- d) determinación de los instrumentos de evaluación,
- e) identificación de los problemas a intervenir,
- f) generando alternativas
- g) evaluación de resultados.

Fase III

Programa de tratamiento

Las técnicas usadas fueron:

a) Entrenamiento en respiración

El control de la respiración es una de las habilidades más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la actividad fisiológica producidos por éstas. El objetivo de la técnica de respiración es facilitar su control de manera voluntaria y automatizarlo para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Esta técnica es de fácil aprendizaje y se puede utilizar en cualquier situación para controlar la activación fisiológica (Olivares, 2005)

Antes de iniciar el entrenamiento es conveniente generar las mismas condiciones que en el entrenamiento de relajación, es decir que haya un ambiente sin distractores y en silencio, posterior a esto se le pide a la persona que adopte una posición cómoda y con los ojos cerrados. Es elemental identificar las sensaciones corporales antes de iniciar el ejercicio (Olivares, 2005)

La duración de cada ejercicio es de dos a cuatro minutos, seguidos del mismo periodo de descanso. En Psicoterapia en línea el ejercicio más usado es el siguiente:

Inspiración abdominal

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para ello, se le indica que cierre los ojos y se concentre solamente en la respiración.

Después se le dice que coloque su mano izquierda sobre el pecho y la derecha sobre su abdomen, Inspire y espire lentamente. Si la respiración es abdominal, sentirá que la mano derecha sube y baja lentamente, pero si por el contrario, es su

mano izquierda la que se mueve, el ejercicio no se está realizando adecuadamente.

b) Entrenamiento en relajación

Para Olivares (2005) las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo primordial es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de modificar las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. Esta técnica debido a su eficacia recibe el nombre de “aspirina conductual”.

El ser humano responde con un incremento importante de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo ante estímulos que constituyen un peligro ante su integridad. Las técnicas de relajación tienden a aumentar la actividad parasimpática y a disminuir la actividad del sistema simpático; los efectos más notables que produce son el enlentecimiento de la respiración y la disminución del tono muscular. La relajación se puede considerar como un estado de hipoactivación que puede ser facilitado por diversos procedimientos o técnicas. Las respuestas fisiológicas de la relajación van acompañadas de cambios en las respuestas motoras (estado de reposo) y en las respuestas cognitivas (percepción de tranquilidad).

Entre las técnicas de relajación se encuentran:

- La relajación progresiva de Jacobson
- La relajación autógena de Schultz

Según Olivares (2005), la técnica progresiva es de las más usadas en la terapia de conducta. Su fin es conseguir niveles profundos de relajación muscular, esta técnica se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el sujeto. Esta técnica se recomienda cuando el sujeto responde a las demandas ambientales con respuestas que implican altos niveles de tensión, además de dolores de cabeza e insomnio.

Se enseña al sujeto a identificar las diferentes partes de su cuerpo con ejercicios de tensión y relajación.

Para llevar a cabo el entrenamiento es necesario que la persona se encuentre en una habitación silenciosa y en penumbra con temperatura agradable; se debe llevar ropa cómoda. La persona utilizará un sillón para poder apoyarse completamente en él, es muy importante evitar interrupciones una vez que dio inicio la técnica de relajación. El entrenamiento en relajación progresiva consiste básicamente en aprender a tensar y luego relajar secuencialmente varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo mientras la atención se centra en las sensaciones asociadas con la tensión y la relajación (Olivares, 2005)

c) Reestructuración cognitiva.

El objetivo de esta técnica es identificar, modificar y controlar los pensamientos automáticos y distorsionados del paciente mediante las evidencias contrarias que brinda la propia experiencia.

Caballo (2005), dice que los objetivos de la terapia cognitiva son ayudar al paciente a identificar y corregir pensamientos desadaptativos y entrenarlo a pensar de manera más lógica y realista.

Olivares (2005) dice que las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar así como a modificar las cogniciones desadaptativas del paciente, poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Estos objetivos se logran por medio de la aplicación de diversos procedimientos como la terapia racional-emotiva de Ellis (1980) la terapia cognitiva de Beck (1976); la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987) o el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977).

Entendemos por pensamientos automáticos aquellas cogniciones negativas que tienen las características siguientes:

- 1) Aparecen como si fuesen reflejas, sin ningún proceso de razonamiento previo
- 2) Son irracionales e inadecuadas
- 3) Al paciente le parecen totalmente plausibles y las acepta como válidas
- 4) Son involuntarias al paciente le cuesta detenerlas

Distorsiones cognitivas, son errores sistemáticos en el procesamiento de la información, entre las que se encuentran:

- 1) La inferencia arbitraria
- 2) La personalización
- 3) La abstracción selectiva
- 4) La sobregeneralización
- 5) La magnificación/ minimización
- 6) El pensamiento dicotómico
- 7) El razonamiento emocional
- 8) La descalificación de lo positivo
- 9) Las afirmaciones “debería” o la externalización de la propia valía.

Estos errores suponen la aplicación rígida de esquemas preexistentes, dando lugar a respuestas desadaptativas.

d) Identificación y expresión de emociones

Greenberg y Paivio (2009) dicen que un aspecto decisivo del desarrollo humano así como del trabajo terapéutico, tiene que ver con promover la integración de las emociones y de las prácticas afectivas básicas de la persona dentro de las estructuras que existen en su experiencia.

Las emociones proporcionan información a los demás acerca de nuestras intenciones y de nuestra disponibilidad para actuar. Las emociones como sistema de señales primario, promueven la supervivencia en términos evolutivos. (Greenberg y Paivio, 2009).

En la interacción con otras personas la emisión y lectura de los estados emocionales especialmente a través de la expresión facial informa y regula las relaciones interpersonales (Greenberg y Paivio, 2009)

En terapia el paciente entiende que si cambia emocionalmente en su interior, esto se manifestará en el exterior y los demás lo tratarán de manera diferente, se introduce al paciente en la técnica "Identificación de emociones", que consiste en identificar las emociones a través de diferentes ejercicios, para tal fin se cuenta con una lista de emociones positivas y otra de emociones negativas, el paciente puede discriminar e identificar lo que está sintiendo y el terapeuta lo guía usando las siguientes preguntas:

¿Qué estoy sintiendo en este momento?

¿En qué parte de mi cuerpo esta esa emoción?

¿Qué forma tendría esa emoción si se pudiera materializar?

¿Cuál es el tamaño de esta emoción?

¿Si esta emoción tuviera color, cuál sería?

El objetivo es que el paciente identifique esas emociones perturbadoras y poco funcionales difíciles de comprender y explicar sobre todo si esto sucede cuando el paciente vuelve a tener esas emociones que fueron las causantes del problema.

e) Entrenamiento en Asertividad

Ser asertivo implica tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias y opiniones propias o de los demás de una manera

honesto, oportuno, y respetuoso, facilitando la comunicación y el desarrollo de habilidades sociales. Ser asertivo es parte de las habilidades sociales. (Güell,2006)

La asertividad es una conducta y se puede aprender, el método para adquirir esta conducta tiene tres fases.

- a) Primera: reconocer si la conducta que realizamos es asertiva, pasiva o agresiva.
- b) Segunda: si la conducta es agresiva o pasiva, decidir que es conveniente cambiarla
- c) Tercera: aplicar y practicar una de las técnicas asertivas para modificar la conducta agresiva o pasiva y convertirla en asertiva.

La conducta asertiva es contraria a las de lucha y huida. En la relación social las personas pueden utilizar su capacidad intelectual, el lenguaje, el pensamiento, la razón y la negociación.

En esta técnica es necesario hacerle llegar al paciente la lista de derechos (Caballo, 2008)

Dentro de esta técnica es parte fundamental para un buen aprendizaje el ensayo conductual pero sobre todo que el paciente lo lleve al exterior.

- a) **Ensayo conductual.** Caballo (2008), menciona que es el procedimiento más usado en las habilidades sociales, es una manera de afrontar las situaciones problemáticas que se le presentan al paciente.

El objetivo del ensayo conductual o "juego de roles" es aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos por nuevas respuestas. En el ensayo de conducta el paciente representa cortas escenas en donde él es el actor principal,

para esto se le pide al paciente que describa la situación-problema. El actor del otro papel llevará el nombre de la persona significativa del paciente.

- b) **Tareas para casa.** (Caballo 2008), el éxito de la práctica clínica depende de las actividades del paciente cuando no está con el terapeuta, las actividades externas son bien importantes en la práctica conductual.

Shelton y Levi (1981, citado en Caballo 2008) enfatizan los beneficios derivados del empleo sistemático de las tareas para casa:

- 1) Acceso a conductas privadas. Esto hace que la terapia continúe, es útil para las conductas que no puede observar el terapeuta.
- 2) Eficacia del tratamiento. Los nuevos patrones de conducta necesitan ser practicados en ambientes diferentes
- 3) Un mayor autocontrol. Involucrar a los pacientes en su propio tratamiento, puede ayudarles a que se vean a sí mismos como los principales agentes de cambio y motivarles a que actúen en su propio beneficio.
- 4) Transferencia del entrenamiento. Una de las tareas principales con que se enfrenta el terapeuta consiste en trasladar lo que ha aprendido al mundo exterior.

f) Entrenamiento en Solución de problemas

Esta técnica se basa en el enfoque cognitivo conductual y explica como los individuos deben resolver los problemas para aumentar su efectividad (Olivares, 2005).

D'Zurilla y Golfried (citado en Olivares 2005) definen la solución de problemas como un proceso que:

- a) Hace que estén disponibles una variedad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentarse a situaciones problema y que
- b) Aumenta la probabilidad de escoger la respuesta más eficaz entre las distintas alternativas.

Las fases para la solución de problemas son las siguientes:

1. Orientación del problema
2. Formulación y definición del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados.

El procedimiento para entrenar al paciente es como sigue:

Para iniciar se le dará una explicación al paciente indicando las fases y las consecuencias positivas. El paciente debe darse cuenta que a diario resolvemos problemas y que podemos llevar un método que nos ayude a tomar las decisiones más acertadas. (Olivares, 2005)

Se le debe aclarar al paciente que con este método no se puede solucionar todo, pero siguiendo este método podrá encontrar alternativas validas y eficaces

El paciente aprende y practica las tareas de cada fase con la ayuda del terapeuta y ambos discuten y resuelven problemas simulados o reales.

Diagnóstico

Dentro de la revisión de los resultados de los instrumentos aplicados como el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Autoestima , el Inventario de Calidad de Vida , la entrevista semi-estructurada (screening), el reporte verbal del paciente, y el Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu y Nezu, 2006) -que es una descripción gráfica de las posibles variables que contribuyen a la existencia y mantenimiento de las dificultades del paciente- así

como la existencia de alguna enfermedad médica que influye en el estado actual del paciente (comorbilidad) y de acuerdo con el DSM-IV, se obtiene el diagnóstico, se elabora el plan de tratamiento. Aunado a esto el MCP (Mapa clínico de patogénesis) proporciona las bases significativas para el diseño del plan de tratamiento único para cada paciente.

Terminado el proceso de evaluación, se informa el diagnóstico. Se proporciona información acerca de la forma de trabajo y las técnicas que se usarán. En ésta misma sesión se elabora junto con el paciente las metas de tratamiento.

8. Resultados

A continuación se presentan los resultados de la intervención psicológica brindada a pacientes atendidos durante las prácticas profesionales realizadas en el LEVyC.

Para este estudio se contó con la participación de 4 personas del sexo femenino, sus edades oscilan entre los 22 y 37 años, dos de ellas radican en la Ciudad de México y las dos más en el Estado de México. Las participantes solicitaron apoyo psicológico en la modalidad Psicoterapia en línea cubriendo los requisitos para ser incluidas como candidatas en ésta modalidad

Se describen los resultados obtenidos antes y después del tratamiento en relación a los índices de depresión, ansiedad, autoestima, índices de mejoría autoinformados, calidad de vida.

Participante 1

Sexo: femenino

Edad: 32 años

Motivo de consulta: *La paciente refiere que necesita saber por qué no termina las cosas, aún cuando tiene muchas ganas de hacerlo, actualmente se encuentra cursando el tercer semestre de la carrera de Psicología en el Sistema Abierto, algunas tareas no las alcanza a entregar, lo que la lleva a frustrarse y pensar que, si de verdad hace lo correcto al estudiar o si debería dedicar tiempo a su familia; no sabe si lo que le pasa tiene que ver con su vida, con sus padres divorciados o solo es ella que no sabe dar prioridades a su vida. La paciente refiere que no le gusta su aspecto físico.*

Dx: Depresión leve y déficit en solución de problemas

Número de sesiones: 20

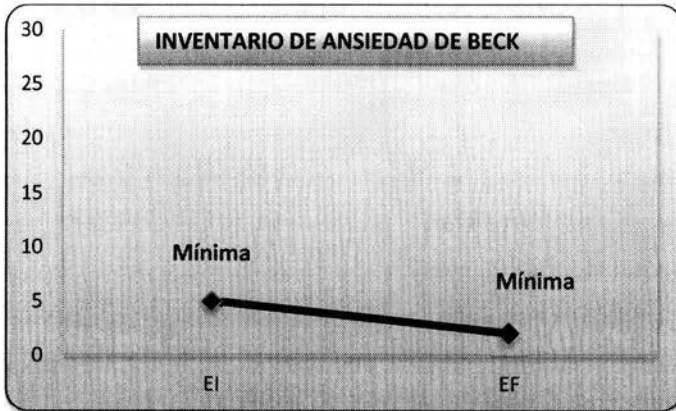


Tabla 1

BECK DE ANSIEDAD	
Evaluación inicial	5
Evaluación final	2

Gráfica 1. En la gráfica, se observa que al inicio del tratamiento la participante presenta ansiedad mínima. Terminado el tratamiento la participante reportó tres niveles de ansiedad por debajo de su nivel inicial.

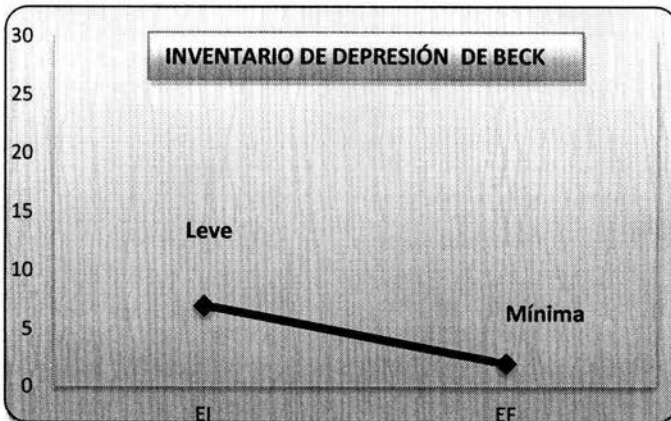


Tabla 2

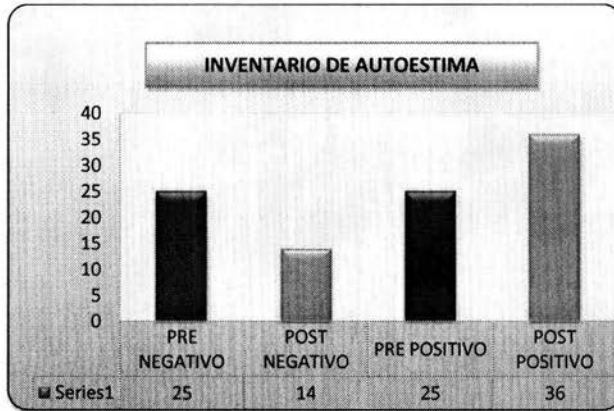
BECK DE DEPRESIÓN	
Evaluación inicial	7
Evaluación final	2

Gráfica 2. Se observa que la participante se encuentra levemente deprimida al inicio del proceso terapéutico y al final del tratamiento la paciente reporta depresión mínima.



Gráfica 3. En la figura se observa que la paciente mejoró en su percepción corporal, en su relación familiar, redes sociales y funciones cognitivas, en aislamiento hubo un ligero incremento indicando depresión mínima.

Tabla 3	PRE	POST
Preocupaciones	19	19
desempeño físico	18	18
aislamiento	18	20
percepción corporal	13	20
funciones cognitivas	12	17
actitud ante el tratamiento	20	20
tiempo libre	20	19
vida cotidiana	16	16
familia	17	20
redes sociales	17	19
dependencia terapéutica	20	20
relación con el terapeuta	16	16



Gráfica 4. indica mayor puntaje en autoestima negativa antes del tratamiento y en el reporte post test su nivel de autoestima se eleva y puntúa en 36.



Tabla 5

PUNTAJE	
1	MUCHISIMO PEOR
2	BASTANTE PEOR
3	UN POCO PEOR
4	SIN CAMBIOS
5	UN POCO MEJOR
6	BASTANTE MEJOR
7	MUCHISIMO MEJOR

Gráfica 5. Se observa mejoría después de las sesiones de evaluación, la puntuación más baja la reporta en la sesión 5, de la sesión 6 a la 12 se mantiene constante. Al finalizar el tratamiento el puntaje se encuentra en el

TÉCNICA	No. SESIONES	OBJETIVO
Entrenamiento en respiración Entrenamiento en relajación	3	Adquirir las estrategias para respirar adecuadamente. Disminuir los niveles de ansiedad Disminuir la tensión muscular Disminuir los latidos cardiacos Mejorar la concentración y la memoria
Identificación y expresión de emociones	4	El paciente aprende a reconocer los cambios fisiológicos en su cuerpo causados por las emociones reprimidas Adquirir herramientas para identificar y expresar las emociones.
Creencias irracionales	4	Identificar las creencias irracionales del paciente Aprender a confrontar los pensamientos distorsionados Mostrar al paciente como reestructurar el pensamiento con afirmaciones positivas Modificar el repertorio cognitivo del paciente
Asertividad	6	El paciente desarrollará autoconocimiento de sus emociones y deseos. Mostrar respeto hacia los derechos de las personas así como del paciente mismo Desarrollará habilidades conductuales y comunicativas
Solución de problemas	5	Adquirir estrategias para determinar que es un problema. Identificar los recursos con que se cuenta para la solución de problemas Solucionar problemas con base en la experiencia de vida Toma de decisiones Analizar las consecuencias de la decisión tomada

Tabla 6. Esta imagen representa el plan de trabajo que se llevo a cabo con la participante 1.

Participante 2

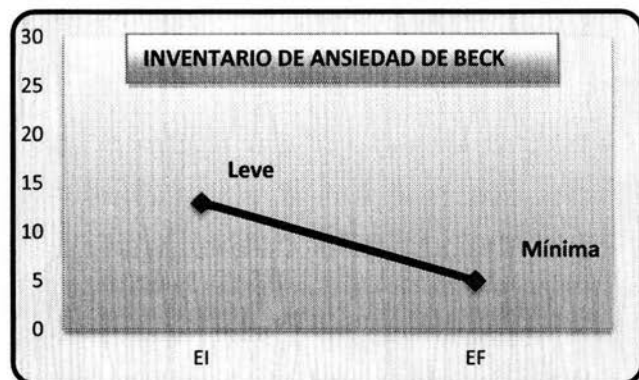
Edad: 31 años

Sexo: femenino

Motivo de consulta: *Depresión, baja autoestima, ansiedad*

Dx: **Depresión con síntomas ansiosos**

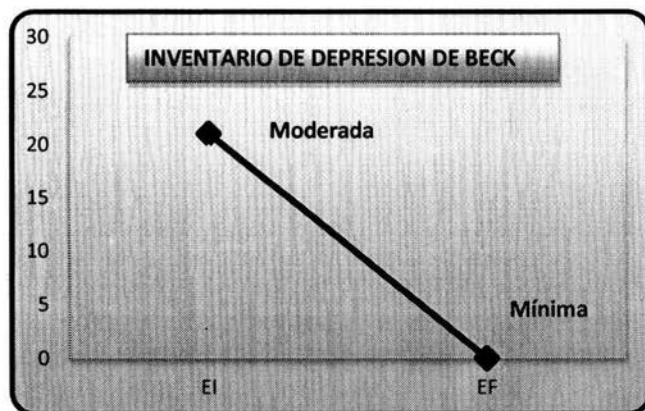
Número de sesiones: 18



Gráfica 6. La paciente reporta ansiedad leve al inicio del tratamiento y al término del tratamiento reporta ansiedad mínima

Tabla 7

BECK DE ANSIEDAD	
Evaluación inicial	13
Evaluación final	5



Gráfica 7. En la evaluación inicial la participante se encontró en el nivel de depresión moderada, en la evaluación final la paciente reportó encontrarse sin síntomas depresivos.

Tabla 8

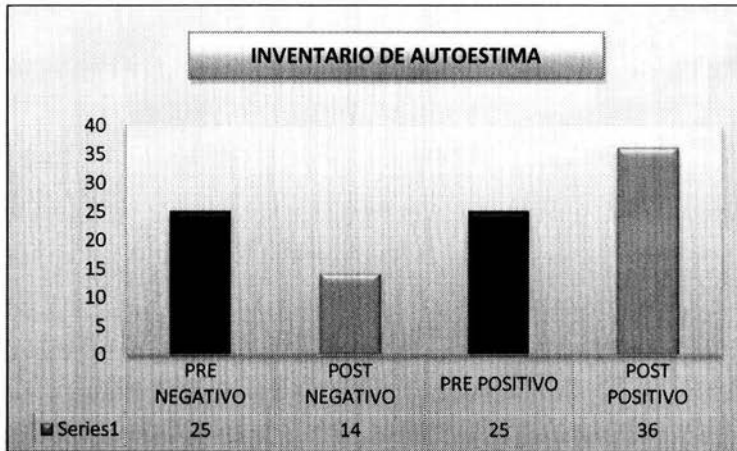
BECK DE DEPRESIÓN	
Evaluación inicial	21
Evaluación final	0



Grafica 8. La paciente reporta mejoría en casi todas las áreas después del tratamiento en Psicoterapia en línea como lo indica la gráfica 8.

Tabla 9

	PRE	POST
preocupaciones	12	16
desempeño físico	17	18
aislamiento	16	12
percepción corporal	16	16
funciones cognitivas	11	16
actitud ante el tratamiento	17	16
tiempo libre	4	16
vida cotidiana	6	16
familia	14	18
redes sociales	16	20
dependencia terapéutica	0	11
relación con el terapeuta	0	18



En esta **gráfica 9.** de acuerdo con los resultados de la evaluación Inicia se puede observar que la paciente se encontraba con autoestima baja. La gráfica representa el nivel de autoestima que reportó la paciente después el tratamiento.



Tabla 10

PUNTAJE	
1	MUCHISIMO PEOR
2	BASTANTE PEOR
3	UN POCO PEOR
4	SIN CAMBIOS
5	UN POCO MEJOR
6	BASTANTE MEJOR
7	MUCHISIMO MEJOR

Gráfica 10. Como se puede observar la paciente reportó bienestar a partir de la 5ta. sesión, manteniéndose estable hacia el final de tratamiento.

No. Sesiones	Técnica	Objetivo
4	Entrenamiento en respiración y relajación	<p>Adquirir las estrategias para respirar adecuadamente.</p> <p>Disminuir los niveles de ansiedad</p> <p>Disminuir la tensión muscular</p> <p>Disminuir los latidos cardiacos</p> <p>Mejorar la concentración y la memoria</p> <p>Incrementa la confianza en uno mismo y disminuye la culpa</p>
4	Identificación y expresión de emociones	<p>El paciente aprende a reconocer los cambios fisiológicos en su cuerpo causados por las emociones reprimidas</p> <p>Adquirir herramientas para identificar y expresar las emociones.</p>
2	Creencias irracionales	<p>Identificar las creencias irracionales del paciente</p> <p>Aprender a confrontar los pensamientos distorsionados</p> <p>Mostrar al paciente como reestructurar el pensamiento con afirmaciones positivas</p> <p>Modificar el repertorio cognitivo del paciente</p>
5	Asertividad	<p>El paciente desarrollará autoconocimiento de sus emociones y deseos.</p> <p>Mostrar respeto hacia los derechos de las personas así como de él mismo</p> <p>Desarrollará habilidades conductuales y comunicativas</p>
3	Solución de problemas	<p>Adquirir estrategias para determinar que es un problema.</p> <p>Identificar los recursos con que se cuenta para la solución de problemas</p> <p>Solucionar problemas con base en la experiencia de vida</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Analizar las consecuencias de la decisión tomada</p>

Tabla 11. Esta tabla representa el número de sesiones y el protocolo de tratamiento que se utilizó con la participante 2.

Participante 3
Edad: 22 años
Sexo: femenino

Motivo de consulta: *La paciente refiere tener conflictos internos, sentirse triste y considera que no disfruta de su vida como ella hubiera querido ya que tuvo a su hijo a los 20 años, sigue tratando de terminar la licenciatura y reporta que es difícil dividirse entre la escuela, la casa, su hijo, el esposo, la familia, menciona que es desgastante y que en ocasiones ha pensado en hacerse daño para evitar pensar en todos esos conflictos.*

Dx: Depresión, baja autoestima
Número de sesiones: 22

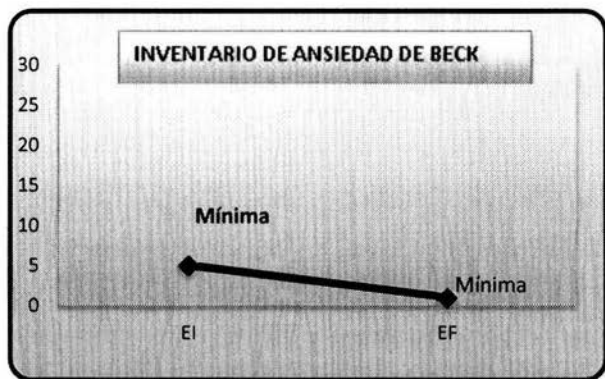


Tabla 12

BECK DE ANSIEDAD	
Evaluación inicial	5
Evaluación final	1

Gráfica 11. La figura representa que al inicio del tratamiento la paciente se encontró en un nivel de ansiedad mínima y al término de la terapia su nivel de ansiedad se encontró 4 niveles abajo ubicándose en el nivel mínimo.

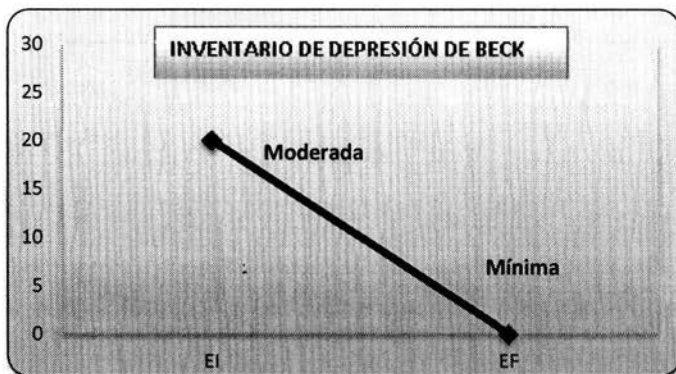
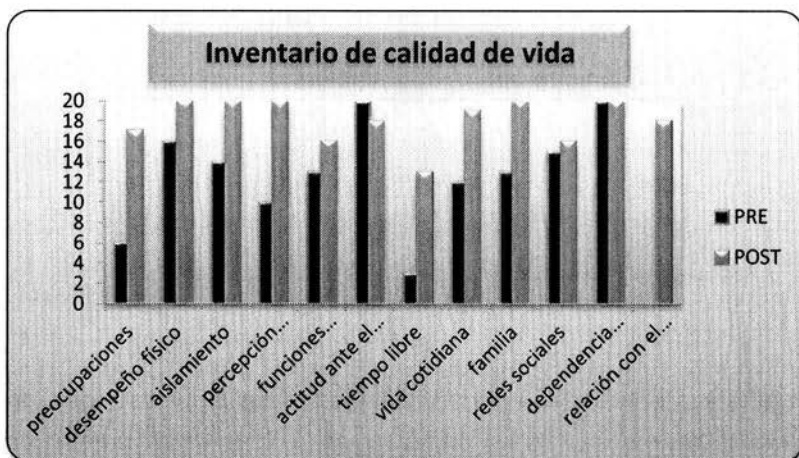


Tabla 13

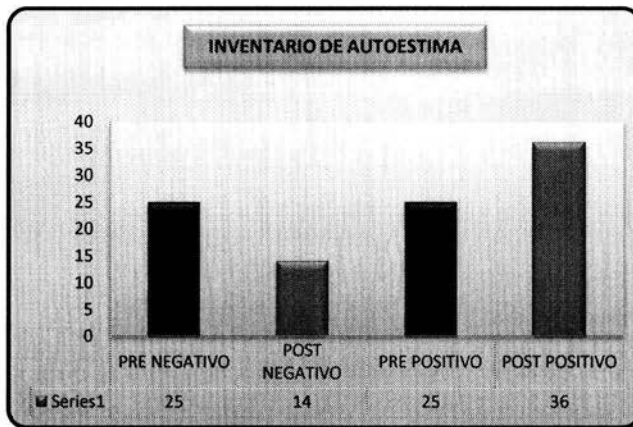
BECK DE DEPRESIÓN	
Evaluación inicial	20
Evaluación final	0

La **gráfica 12** representa claramente el nivel de depresión en que se encontró a la paciente antes de la terapia y al finalizar reportó encontrarse sin síntomas depresivos.



Gráfica 13. La paciente reporta mejoría en la mayoría de las áreas del Inventario al finalizar el tratamiento mejorando con esto su calidad de vida.

Tabla 14	PRE	POST
preocupaciones	6	17
desempeño físico	16	20
aislamiento	14	20
percepción corporal	10	20
funciones cognitivas	13	16
actitud ante el tratamiento	20	18
tiempo libre	3	13
vida cotidiana	12	19
familia	13	20
redes sociales	15	16
dependencia terapéutica	20	20
relación con el terapeuta	0	18



En la **gráfica 14**, se observa que la paciente al inicio del tratamiento se encontraba con baja autoestima, al término de la terapia la paciente reporta mejoría en su auto concepto.

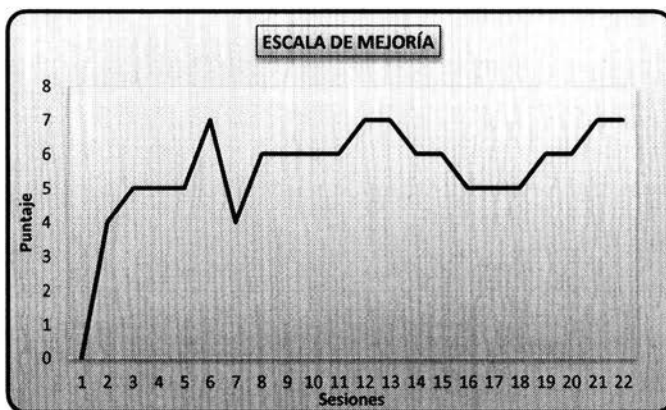


Tabla 15

PUNTAJE	DESCRIPCIÓN
1	MUCHISIMO PEOR
2	BASTANTE PEOR
3	UN POCO PEOR
4	SIN CAMBIOS
5	UN POCO MEJOR
6	BASTANTE MEJOR
7	MUCHISIMO MEJOR

Gráfica 15. En esta gráfica se observa los esfuerzos de la paciente por adaptarse a los cambios realizados, finalmente consigue estabilidad emocional y conductual

Tabla 16

Técnica	No. Sesiones	Objetivo
Entrenamiento en respiración y relajación	4	Mejorar la concentración y la memoria Adquirir las estrategias para respirar adecuadamente. Disminuir los niveles de ansiedad Disminuir la tensión muscular Disminuir los latidos cardiacos
Creencias irracionales	4	Identificar los pensamientos distorsionados Aprender a confrontar los pensamientos negativos Mostrar al paciente como reestructurar el pensamiento con afirmaciones positivas Modificar el repertorio cognitivo del paciente
Identificación y expresión de emociones	4	El paciente aprende a reconocer los cambios fisiológicos en su cuerpo causados por las emociones reprimidas Adquirir herramientas para identificar y expresar las emociones.
Asertividad	6	El paciente desarrollará autoconocimiento de sus emociones y deseos. Mostrar respeto hacia los derechos de las personas así como de sus propios derechos Desarrollará habilidades conductuales y comunicativas
Solución de problemas	4	Adquirir estrategias para determinar que es un problema. Identificar los recursos con que cuenta para la solución de problemas Solucionar problemas con base en la experiencia de vida Toma de decisiones Analizar las consecuencias de la decisión tomada

Esta imagen representa las el número de sesiones y la técnica usada en el proceso Terapéutico de la paciente.

PARTICIPANTE 4

Edad: 37 años

Sexo: femenino

Motivo de consulta: La paciente refiere sentirse cansada, sin deseos de hacer sus actividades, con ganas de llorar, tiene problemas con su esposo ya que él es intolerante e iracundo. Reporta comer de manera compulsiva lo que la ha llevado a tener sobrepeso.

Dx: Depresión moderada

Número de sesiones: 20

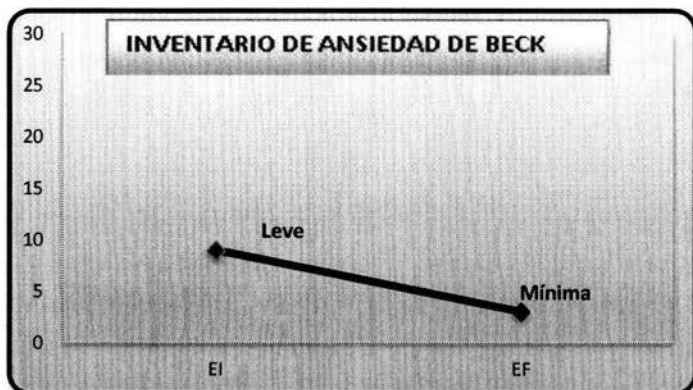


Tabla 17

BECK DE ANSIEDAD	
Evaluación inicial	9
Evaluación final	3

Gráfica 16. En esta figura se observa que al inicio del tratamiento la paciente reporta un nivel de ansiedad leve, al finalizar el proceso terapéutico reporta sentirse menos ansiosa de acuerdo con el Inventario de Ansiedad de Beck

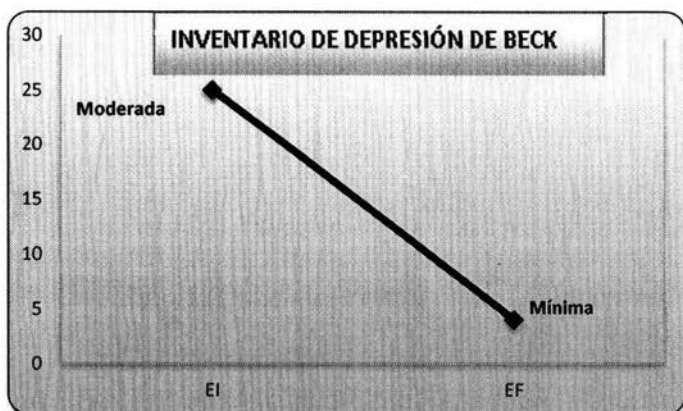


Tabla 18

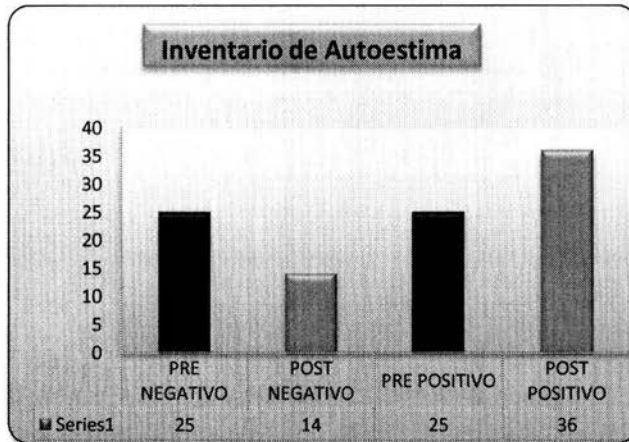
BECK DE DEPRESIÓN	
Evaluación inicial	25
Evaluación final	4

Gráfica 17. La paciente se encontró con una depresión moderada al inicio del tratamiento y al finalizar con depresión mínima.



Gráfica 18. De acuerdo con el Inventario de Calidad de vida, la paciente, al finalizar el tratamiento mediante la modalidad Psicoterapia en Línea mejora significativamente en su calidad de vida.

Tabla 19	PRE	POST
preocupaciones	13	19
desempeño físico	13	19
aislamiento	18	20
percepción corporal	1	19
funciones cognitivas	6	16
actitud ante el tratamiento	18	20
tiempo libre	17	20
vida cotidiana	9	20
familia	13	17
redes sociales	11	20
dependencia terapéutica	16	20
relación con el terapeuta	17	16



Gráfica 19. Se puede observar que la paciente reporta un buen nivel de autoestima al finalizar el tratamiento mediante Psicoterapia en línea

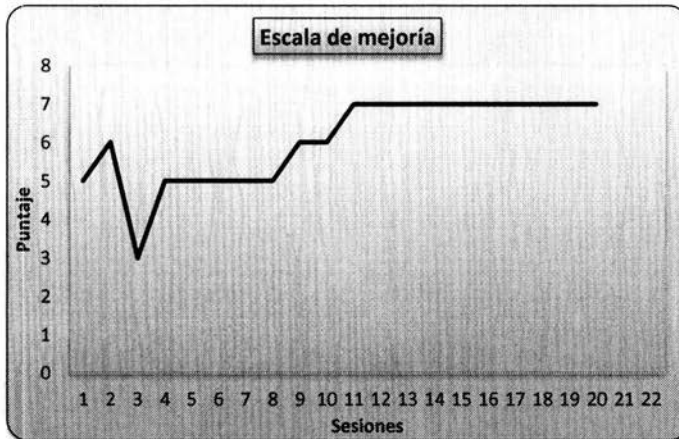


Tabla 20

PUNTAJE	
1	MUCHISIMO PEOR
2	BASTANTE PEOR
3	UN POCO PEOR
4	SIN CAMBIOS
5	UN POCO MEJOR
6	BASTANTE MEJOR
7	MUCHISIMO MEJOR

Gráfica 20. En la figura se observa que la paciente reporta mejoría en la sesión 11 y manteniéndose estable hasta finalizar la terapia

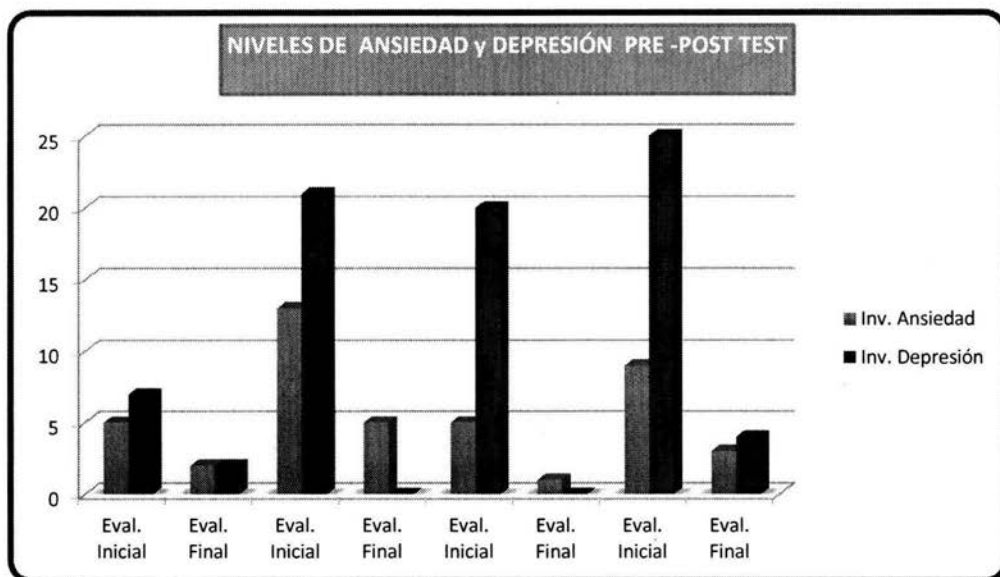
Tabla 21

Técnica	No. Sesiones	Objetivo
Entrenamiento en respiración y relajación	4	Adquirir las estrategias para respirar adecuadamente. Disminuir los niveles de ansiedad Disminuir la tensión muscular Disminuir los latidos cardiacos Mejorar la concentración y la memoria Incrementa la confianza en uno mismo y disminuye la culpa
Creencias irracionales	4	Identificar las creencias irracionales del paciente Aprender a confrontar los pensamientos distorsionados Mostrar al paciente como reestructurar el pensamiento con afirmaciones positivas Modificar el repertorio cognitivo del paciente Mejorar en su autopercepción
Identificación y expresión de emociones	2	El paciente aprende a reconocer los cambios fisiológicos en su cuerpo causados por las emociones reprimidas Adquirir herramientas para identificar y expresar las emociones.
Asertividad	5	El paciente desarrollará autoconocimiento de sus emociones y deseos. Mostrar respeto hacia los derechos de las personas así como de él mismo Desarrollará habilidades conductuales y comunicativas
Solución de problemas	3	Adquirir estrategias para determinar que es un problema. Identificar los recursos con que se cuenta para la solución de problemas Solucionar problemas con base en la experiencia de vida Toma de decisiones Analizar las consecuencias de la decisión tomada

La tabla, representa el protocolo de tratamiento que se usó con ésta paciente.

Gráfica que representa a las pacientes con Depresión y ansiedad

Gráfica 21



En esta gráfica se observan los niveles de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento. Las participantes presentan más síntomas depresivos que ansiosos.

De acuerdo con los resultados obtenidos puedo decir que la intervención psicológica mediante la modalidad Psicoterapia en línea no es menos ventajosa que la terapia cara a cara.

Los adelantos tecnológicos le dan a esta modalidad la oportunidad de adquirir nuevos elementos que serán utilizados con el mismo fin, apoyar psicológicamente a las personas y mejorar su calidad de vida.

9. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos de las evaluaciones pre y post de los diferentes inventarios utilizados en la intervención psicológica, se puede decir que Psicoterapia en línea es una alternativa eficaz en el de tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión en los niveles leve y moderada.

Es de suma importancia hacer notar que el número de personas con este tipo de trastornos va en aumento y que las necesidades de atención también han aumentado de acuerdo con lo que dicen Borges, Medina-Mora, López (2004) en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

El enfoque cognitivo-conductual utilizado en esta modalidad es eficaz para este tipo de desórdenes psicológicos debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante los procedimientos clínicos, así lo refieren autores como Caballo (1995), Reynoso & Seligson (2005), y Beck (1987).

El uso de estrategias y técnicas propias del enfoque cognitivo-conductual hicieron posible lograr el cumplimiento de las metas establecidas desde el inicio del tratamiento, como la psi coeducación, las tareas para casa, los auto registros; de los autor egistros Caballo (1995) menciona que, es una técnica básica de autocontrol. El que el paciente observe y registre sistemáticamente su propia conducta, está en concordancia con la colaboración y agente de cambio que representa el paciente. El autorregistro también da la posibilidad de observar directamente los problemas de interés.

La psicoeducación es fundamental en el tratamiento pues el paciente debe aprender acerca de lo que le sucede en esos momentos e identificar los problemas futuros y con las herramientas obtenidas en el tratamiento darles solución (Yudofsky y Hales 2005)

Es pertinente considerar que la ejecución de las tareas para casa favorece una comunicación constante con el paciente haciendo extensiva la sesión de terapia y propiciando la adherencia terapéutica.



Esta es esencial para que el tratamiento sea exitoso y sobre todo para que el paciente perciba de manera inmediata los beneficios de la terapia, colaborando activamente con el paciente, demostrando empatía, interés y comprensión, adaptando el estilo terapéutico y aliviando el dolor, el paciente asistirá puntualmente a su cita manteniéndose en el proceso terapéutico, hará los cambios apropiados en su estilo de vida y evitará conductas contraindicadas. Beck (2007) y Rodríguez (1999)

Los resultados obtenidos a través de la intervención fueron exitosos y están en armonía con lo que reportan Botella, Baños, García-Palacios, Quero, Guillén, José (2007). Luarte (2011), De la Rosa (2007), Moreno (2009), Montiel (2009), Durán (2009), Berlín (2005)

Aunado a las condiciones descritas, la ética juega un papel importante, el terapeuta debe tener plena conciencia de sus obligaciones profesionales y éticas. Utilizando técnicas evaluadas y con eficacia garantizada, tener presente que el tratamiento en línea tiene sus contraindicaciones como en los casos de suicidio, agresiones sexuales y en trastornos de ansiedad y depresión en los niveles graves (Chamarro, 2005)

Asimismo Chamarro (2005) refiere que las emergencias no se tienen que tratar en línea sin embargo no estoy de acuerdo con esta postura pues con base en mi experiencia hubo ocasiones en que las pacientes necesitaban apoyo urgente, haciendo uso del correo electrónico se comunicaron y expusieron la problemática, mi respuesta fue inmediata pues la tecnología acorta tiempos y distancias y al mantenerme atenta al correo electrónico les pude apoyar con prontitud.

Por otra lado es importante hacerle saber al paciente que toda la información que proporcione será resguardada enfatizando que la confiabilidad es uno de los principios de la modalidad.

Durante mis prácticas profesionales pude apoyar a pacientes que tenían como lugar de residencia el Estado de Puebla, Villahermosa, Los Mochis, Estado de México y Distrito Federal, para éstos pacientes los resultados de la intervención

fueron tangibles e hicieron notar lo ventajoso de ésta modalidad de tratamiento pues de no haber sido así hubiera sido imposible para ellos asistir a terapia psicológica.

Con los resultados obtenidos y con la satisfacción y mejora en la calidad de vida de las participantes puedo decir que Psicoterapia en Línea es una alternativa de tratamiento tan eficaz como la terapia cara a cara.

En cuanto a las limitaciones de Psicoterapia en línea se encuentra, el alargamiento del tratamiento cuando se hace por chat pues esto hace más lenta la transmisión de la información en ambos sentidos, también la ausencia de espontaneidad ésta es difícil de transmitir en una intervención escrita. En algunos casos las cuestiones técnicas impiden que se lleve a cabo la sesión o puede ser que factores externos hagan imposible el proceso terapéutico (se va la luz). Estas condiciones hacen que la psicoterapia vía internet dependa totalmente de la tecnología.

Finalmente no puedo dejar de mencionar que es prioritario dar atención a las necesidades en salud mental en México sin descartar la posibilidad de acercar la terapia psicológica en línea, por un lado se reduciría la espera entre cita y cita y por otro se combatiría el desánimo que conlleva a las personas cuando consideran que su problemática requiere atención inmediata y no son atendidas, pues las alternativas que tiene es asistir a clínicas comunitarias o asistir al sistema de salud de México en donde los lapsos entre citas son largos, teniendo como consecuencia la permanencia del malestar o si no es que antes ocurra una situación grave que lamentar.

10. CONCLUSIÓN

Actualmente la Psicoterapia en línea no tiene la misma aceptación que la terapia cara a cara esto puede suceder por desconocimiento acerca de ésta forma innovadora de intervención psicológica. Sin embargo la integración de la tecnología al área de la salud en este caso al ámbito psicológico es una realidad. Las TIC están proporcionando el acercamiento de la terapia psicológica a toda persona que lo solicite.

Considero que es necesario mencionar que hay personas que desean ser atendidas en esta modalidad pero debido a sus limitaciones en cuanto al manejo del equipo de cómputo así como de sus accesorios y dispositivos se retraen y prefieren la terapia cara a cara.

De acuerdo con lo reportado anteriormente y con los objetivos del presente trabajo, se puede afirmar que la modalidad de intervención psicológica Psicoterapia en línea: una alternativa de tratamiento, es eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión.

En el laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología se desarrolló, instrumentó y evaluó el programa de entrenamiento profesional basado en un modelo de competencias profesionales dirigido a estudiantes de la Facultad de Psicología.

Durante mi estancia en el Laboratorio, tuve la oportunidad de recibir capacitación y vincular la teoría con la práctica además recibí supervisión en la que fui llevada de la mano por una persona experta y responsable. Algo muy importante es que aún siendo estudiante, tuve la oportunidad de intervenir a pacientes reales en escenarios reales, esto me llevó a desarrollar empatía, tolerancia, paciencia, a respetar la individualidad y las diferencias personales, a ser buen escucha, a desarrollar la capacidad de análisis, pero sobre todo estar consciente de que ser psicóloga clínica es una enorme responsabilidad puesta en mis manos. Además

desarrollé habilidades en la entrevista, en la evaluación psicológica, en la determinación del diagnóstico, en la formulación del tratamiento bajo el enfoque cognitivo-conductual todo esto aplicado en la modalidad a distancia.

El enfoque cognitivo-conductual usado en esta modalidad proporcionó las herramientas necesarias para una mejor adaptación al medio ambiente además de dotar de recursos suficientes a las personas para hacer uso de ellos en las situaciones que consideren pertinentes, aún después de terminado el tratamiento.

Esto se logró pues las participantes mostraron una buena adherencia desde las primeras sesiones, lo que permitió llegar a las metas propuestas y conseguir los objetivos terapéuticos. Las participantes reportaron haber quedado satisfechas con el tratamiento pues contribuyó a mejorar su calidad de vida.

Es de esperar que la psicología clínica siga haciendo uso de la tecnología y vaya a la par con los avances tecnológicos, esto no es fácil es un arduo trabajo en el que están vinculadas la investigación y la empatía.

Por otro lado se pudiera pensar que por que el tratamiento es mediante la computadora se pierde el aspecto sensible y empático, quiero mencionar que a pesar de que tuve poca oportunidad de ver en forma presencial a las participantes no se perdió el lado humano pude inferir sus estados de ánimo y sus deseos de salir adelante.

La psicoterapia en línea no pretende sustituir el tratamiento presencial, sin embargo es una buena alternativa siempre y cuando el terapeuta este bien capacitado en las TIC y en su formación académica.

Es de suma importancia hacer notar que Psicoterapia en línea es una alternativa de tratamiento tan eficaz como la intervención cara a cara. Además se pudo demostrar con éstos resultados que esta modalidad de tratamiento es eficaz en la atención a personas con depresión y ansiedad leve y moderada.

En cuanto a mi formación adquirí habilidades terapéuticas como la entrevista, la identificación de variables contextuales que me permitieron ver la problemática real del paciente, la elaboración del diagnóstico mediante el DSM-IV, elaborar el plan de trabajo mediante las técnicas cognitivo conductuales. Me apegue de manera responsable a la supervisión consiguiendo con esto vincular la teoría con la práctica, he de decir también que cada paciente es diferente por lo tanto, recurrí a información complementaria propia de la psicología y de otras áreas afines con el fin de contar con los recursos suficientes y apoyar eficazmente a mis pacientes.

Desarrollé además capacidades como la observación y el análisis. También aprendí a respetar y a aceptar las diferencias personales y a ser tolerante. Además desarrolle la sensibilidad propia del psicólogo así como poner en práctica la ética y la confidencialidad.

Para finalizar, la psicoterapia en línea está siendo utilizada no solo en México sino en diferentes partes del mundo como una buena herramienta de tratamiento, con resultados favorables para el usuario otorgándole habilidades tangibles para la vida.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, S. y Vera, K. (2008) Perfil de rasgos de personalidad en personas que consumen tabaco. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Agudelo, D. Buéla-Casal, G., Spielberg, D.(2007) Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas salud mental, vol. 30, no. 2, marzo-abril 2007 base de datos artemisa en línea.
- Ayuso, J. (1997) Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. Psiquiatría.com. Vol. 01, núm. 1
- Balluerka, N. y Vergara, I. (2002) *Diseños de investigación experimental en Psicología*. Ed. Prentice Hall, Barcelona, España
- Beck, J. (2005) *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Ed. Gedisa, Barcelona España.
- Beck, A. (1986). Beck Anxiety. España. La validación de la versión en español. BAI para población mexicana fue realizada por Robles, R. Varela, R. Jurado, S. y Páez F. (2001)
- Beck Depression inventory, España. La validación de la versión en español del BDI para población mexicana fue realizada por Jurado, S. Villegas, M., Méndez, L. Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998)
- Bell, Vaughan (2007). Review. Online information, extreme communities and internet therapy. Is the internet good for our mental health. Institute Psychiatry, Kings College London, De Crespigny Park, London, UK, Journal Mental Health, august 2007; 16(4):445-457, recuperado 26 de Julio 2010
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora M. y Lozano, R., (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Recuperado el 8 de julio de 2011
- Bermejo, M. (2001). Eficacia y aplicación de la terapia cognitivo-conductual vía
- Borges, G., Medina-Mora, M.-E., López S (2004) El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales (The role of epidemiology in mental disorders research) Salud Publica de México, 46(5), 451-463.
- Berlín, L. (1995). *¿Cybertherapy?*, ASAP 10/9/95, vol. 156, Número 8. Recuperado 15 de julio de 2010

- Botella, C., García-Palacios, A., RM Baños, y Quero, S. (2009). *Cybertherapy: ventajas, limitaciones, y cuestiones éticas*. Diario PsychNology, 7 (1), 77 - 100. Recuperado 23 de junio de 2010
- Buendía, J. (2010) El impacto psicológico del desempleo Ed. Editum, Barcelona España
- Caballo, V. (1995). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Ed. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caballo (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Ed. Siglo XXI, España.
- Chamarro, A. Albet, L., Romero, J., Valiente, L.(2007) La ética del psicólogo. Ed. UOC. Barcelona, España
- Caballo, V. y Salazar, I. (2005). Inventario de exploración clínica, Ed. Siglo XXI.
- Cárdenas, L. Vite, A. Villanueva, L. (2007). Ambientes virtuales para la educación y la rehabilitación psicológica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cascardo, E. & Resnik, P. (2005) Trastorno de Ansiedad Generalizada: bases para el diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva Ed. Polemos, Buenos Aires, Argentina. pp13-29
- Cía, A. (2007). La ansiedad y sus trastornos : manual diagnóstico y terapéutico . Ed. Polemos, Buenos Aires, Argentina.
- De la Rosa, A. (2007). Resultados de la intervención psicoterapéutica vía internet para pacientes con trastornos de ansiedad. Reporte de servicio social. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Durán, X. (2009). Manual de Estrategias para el tratamiento del duelo y pérdida vía internet. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Diccionario Larousse Ilustrado. Ed. Planeta.
- Fernández, C. (2001). La comunicación humana en el mundo contemporáneo. Ed. McGraw Hill, México D.F.
- Flores, P. (2007). Internet: un análisis descriptivo de la productividad científica en psicología durante su primera década (1993-2003). Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Frías, A. (2010). Manual de Intervención en crisis de ansiedad vía internet. Informe de prácticas profesionales, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Garduño, R. (2011) La sociedad de la información en México frente al uso de Internet. *Revista Digital Universitaria* [en línea]. 10 de septiembre de 2004, Vol. 5, No. 8. <http://www.revista.unam.mx/vol.5/num8/art50/art50.htm>. Recuperado 18 de enero de 2011.
- Garzón, M. (1999). *La ética*. Consejo Nacional para la cultura y las artes, México.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2009) *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ed. Paidós, Barcelona, España
- Güell, B. (2006) *¿Por qué he dicho blanco si quería ser negro?. Técnicas asertivas para el profesorado y formadores*. Ed. Graó, Barcelona, España
- Jasek, B. y Murrow, B. (2006). *Otorrinolaringología*, Ed. Elsevier, Madrid, España.
- Landa y Peñalosa, (2009). Enseñanza de la Psicología clínica conductual, presencial vs en línea: la importancia del diseño instruccional. *Acta Colombiana de Psicología* (12)1:109-123
- Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G, Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. results from the mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Luarte, L. (2011) *Psicoterapia vía internet para trastornos de depresión. Informe de prácticas profesionales*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Marrero, M. (2011). *Uso de la computación en las especialidades médicas en Cuba*. *Revista e-salud. Com*, Vol 7, No 25 (2011) Recuperado 21 enero 2011
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. (2011) *La depresión en México*. Cuarto Congreso de Investigación en Salud Pública. Recuperado 18 agosto de 2011.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al.* (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
- Monereo, C. et al (2005) *Internet y competencias básicas. Aprender a colaborar, a comunicarse, a participar, a aprender*. Ed. Graó, Barcelona, España.
- Montiel, M. (2009) *Manual de terapeutas: Psicoterapia en línea. Aplicada a pacientes con ansiedad de pareja*. Informe de Prácticas Profesionales, Facultad de Psicología, UNAM.

- Muñoz Molina, Francisco Javier, Ruiz Cala, Silvia Liliana. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI, 98-110.
- Muriana, E., Petteño, L. Verbitz, T. Las caras de la depresión. Abandonar el rol de víctima: curarse con la psicoterapia en tiempo breve. Ed. Herder. Barcelona, España.
- Nezu, Nezu (2006). Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Ed. El Manual Moderno. México
- Patoni, Psicoterapia via Internet, su practica, regulación e investigación : el caso del tabaquismo. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM
- Reidl, L. (2002). Inventario de Autoestima. México
- Reynoso E. y Seligson I. (2005). Psicología clínica de la salud. *Un enfoque conductual*. Ed. El Manual Moderno. México.
- Riveros, et.al. (2009) Inventario de Calidad de Vida y salud (Incavisa) Ed. El Manual Moderno
- Rojas, E. (2001) *La Ansiedad*. Ed. Planeta Mexicana, pp 27-30.
- Sainz de Abajo, B. Puga, J. García, E. Burón, F., López, C., Castro, C. (2011) M-Health y T-Health. La Evolución Natural del E-Health. *Revistaesalud.com*, vol.7, No. 25, 2011. Recuperado 21 de enero de 2011
- Stein, D., y Hollander, E. (2004) Tratado de los transtornos de ansiedad. Ed Stein Eric, Barcelona, España.
- Schultz, D. & Schulrtz, S. (2004) Teorías de la personalidad, Ed. Thomson Editores, México D.F.
- Vallejo, J. (2005) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier, Barcelona España
- Yudofsky, S. y Hales, R. (2005) Tratado de psiquiatría clínica, Ed. Masson, S.A. México D.F.
- <http://web.udl.es/Biomath/Bioestadistica/Dossiers/Temas%20especiales/ANOVA/Ensayo%20cl%EDnico.pdf> recuperado 1 de julio 2011.
- <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1998/sm2103/sm210326cxZ.pdf>, recuperado 9 agosto 2011

<http://www.rad.unam.mx/ojs/index.php/rep/rep/article/viewFile/17707/16882>
recuperado 10 agosto 2011

http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf, recuperado 21 de noviembre de 2011

<http://www.inprf.org.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
recuperado 20 de noviembre 2011.