



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD
ABIERTA**

**“PSICOTERAPIA VÍA INTERNET EN EL TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE Y MODERADA”**

INFORME DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Que para obtener el grado de

Licenciada en Psicología

P r e s e n t a:

Minerva Raquel Ramírez Sánchez

Directora de Informe:

Dra. Ma. Georgina Cárdenas López

Revisoras:

Mtra. Ma. Teresa Gutiérrez Alanís

Lic. Lorena Alejandra Flores Plata

México, D.F. Ciudad Universitaria, 2014

The logo consists of a stylized black silhouette of a person's head and shoulders, with a vertical line extending upwards from the top of the head. Below the silhouette, the text 'Facultad de Psicología' is written in a bold, sans-serif font.

**Facultad
de Psicología**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM. 127
2014

M-

TPe.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco:

A la vida porque en sus infinitas posibilidades me permitió conjuntar los elementos necesarios para lograr una de mis más importantes metas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser una instancia que cumple de forma excepcional su cometido, al propiciar con un una visión integral del ser humano y en especial de sus alumnos, la vigencia de México en todos los ámbitos del conocimiento.

A la Facultad de Psicología por reunir y distribuir la experiencia y conocimientos de vanguardia de esta maravillosa rama de las ciencias humanas, a través de cada uno de sus integrantes.

A la Dra. Georgina Cárdenas su apoyo en la preparación y realización de este informe, pero sobre todo le agradezco la generosidad de compartirme su experiencia y conocimientos, reunidos a lo largo de su labor académica, los cuales enriquecieron de forma contundente mi formación profesional.

A la Mtra. Patricia Paz, por su afectuosa y atenta disposición a las solicitudes de apoyo en el proceso y culminación de este informe.

A la Mtra. Teresa Gutiérrez por la revisión de este informe y su amable disposición para integrarse a este honorable jurado.

Al Dr. Manuel Oscoy por su atención, tiempo y generosidad de compartirme sus conocimientos y experiencia a lo largo de más de tres años, mismos que dieron una invaluable certeza a mi formación como alumna de SUA.

A la Lic. Lorena Flores por la revisión de este informe, ya que su atención y conocimientos dieron una invaluable certeza a la elaboración de este trabajo.

A los integrantes de LEVyC, excelentes compañeros, quienes con su experiencia, conocimientos, afecto y paciencia me apoyaron en todo momento en pos de mi crecimiento profesional.

A mis maravillosos hijos Lorena, Víctor y Rodrigo su presencia en mi vida. Han sido un maravilloso generador de energía que me llevo a superarme a mí misma, al regocijarme en innumerables momentos con el goce de cada uno de sus éxitos (al seguir la flecha amarilla). Especialmente les agradezco el apoyo, amor y respeto a la persona que es su orgullosa mamá, la que en algún momento decidió cerrar ciclos y terminar su carrera universitaria.

Agradezco a Gonzalo, mi extraordinario compañero de vida, quien con su amor, atención y respeto, además de decorar mi vida, creó la fórmula que hizo incuestionable mi caminar hacia el objetivo de obtener mi título.

Agradezco a mis padres, cuyos características personales propiciaron en mí un gran amor por la vida y con ello una incesante determinación por vivirla de la mejor forma.

A mi hermano Manuel su invaluable camaradería a lo largo de toda mi vida, la que representó para mí la seguridad y confianza más que necesarias al emprender cada camino que decidí transitar.

A mis queridos tíos su cariño y entrega, con los que me dieron fuertes raíces para creer.

A mis amigos Daniela y Said su inteligencia, cariño y apoyo a lo largo de toda la carrera, con los que más que una carrera fue una alegre y enriquecedora caminata de Otoño.

Gracias!

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
1. Depresión	15
1.1. Epidemiología	16
1.2 Sintomatología	18
1.3 Causas	21
1.4 Diagnóstico	23
1.5 Modelos de intervención	29
1.6 Terapia Cognitivo Conductual	30
2. Terapia Cognitivo Conductual Vía Internet para el tratamiento de la Depresión	34
2.1 Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión	34
2.2 Terapia cognitivo conductual vía Internet	37
2.3 Psicoterapia cognitivo conductual vía Internet para el tratamiento de la depresión	43
2.3.1 Criterios de inclusión para pacientes candidatos a psicoterapia Vía Internet	47
2.3.2 Características del terapeuta vía Internet	48
2.3.3 Tipos de comunicación	48
2.3.4 Ventajas y limitaciones de la psicoterapia vía Internet	49
2.3.5 Recomendaciones éticas para el modelo de psicoterapia vía Internet	51
2.3.6 Técnicas cognitivo conductuales vía Internet	55
2.3.6.1 Psicoeducación	55

2.3.6.2 Entrenamiento en relajación	56
2.3.6.3 Reestructuración cognitiva	57
2.3.6.4 Identificación y control de emociones	58
2.3.6.5 Entrenamiento asertivo	58
2.3.6.6 Entrenamiento en solución de problemas	59
2.3.6.7 Prevención de recaídas	60
3. Método del Programa de Intervención	61
3.1 Fases por las que discurrió el Programa de Formación en la Práctica	61
3.2 Propósitos fundamentales del programa de intervención	62
3.3 Destinatarios del programa de intervención.	62
3.4 Espacio de trabajo	62
3.5 Materiales, instrumentos y recursos que fueron necesarios para la ejecución del programa de intervención	63
3.6 Etapas del procedimiento de intervención	63
3.6.1 Evaluación	63
3.6.2 Tratamiento	64
3.6.3 Seguimiento	65
3.7 Actividades del proyecto de intervención terapéutica	65
3.8 Estrategias de evaluación	65
3.9 Resultados	73
Conclusiones	89
Referencias	92

RESUMEN

Los cambios propiciados por los avances tecnológicos, en especial los de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's), han dado lugar a nuevas formas de comunicación en la interacción social. En este marco, las diversas áreas de las relaciones humanas se han dado a la tarea de integrar las formas de comunicación que las nuevas tecnologías proponen, con el fin de continuar y aún mejorar la interacción social, y en su caso, la labor profesional.

El Laboratorio de Enseñanza Virtual de la Facultad de Psicología (LEVYC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con la dirección de la Dra. Georgina Cárdenas López, en respuesta a estos cambios, conjunta la psicoterapia basada en evidencia (terapia cognitivo conductual) y las nuevas formas de comunicación, con el objetivo de insertar tanto la labor de la psicología clínica, así como a los estudiantes de la facultad de psicología, en estas nuevas formas de interacción.

Este informe presenta los resultados de un tratamiento de depresión leve y un tratamiento de depresión moderada con psicoterapia cognitivo conductual vía internet, realizados como parte de mis prácticas profesionales en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Cibersicología.

Palabras clave.- Depresión, terapia cognitivo conductual, Internet

INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que los avances tecnológicos han transformado nuestra forma de relación con el mundo al cambiar muchos de los paradigmas establecidos. En especial, los avances de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's), propiciaron una nueva forma de comunicarnos, a partir de la cual muchas de las convenciones de comunicación con las que se tejía la dinámica social cambiaron de forma radical. De ahí la importancia de que esta nueva dinámica social encuentre formas de adaptación a estos cambios, que le permitan continuar y aún mejorar los niveles de bienestar social.

Análogamente a estos cambios, encontramos que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), se estima que para el año 2030, la depresión será la segunda causa de carga de morbilidad en los países de ingresos medios y la tercera en los países de ingresos bajos; así como una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo (Mathers y Loncar, 2006).

Bajo este contexto, el Laboratorio de Enseñanza Virtual de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la dirección de la Dra. Georgina Cárdenas López, creó el programa "Psicoterapia Vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica". Este programa tiene como objetivo, capacitar a los estudiantes de la facultad de psicología en el manejo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) proporcionada a través de internet, así como proveer esta modalidad de tratamiento a usuarios con depresión y ansiedad, con grados entre leve y moderado, que soliciten este servicio.

A partir de estos tratamientos proporcionados a través de las nuevas tecnologías de la información, los usuarios reaprenderán formas de afrontar

adecuadamente diversas situaciones, que les permitan una mayor capacidad de adaptación al medio en que se desenvuelven, y por lo tanto una mejor calidad de vida. Lo que tendrá una incidencia directa en la reducción de los niveles de depresión de los usuarios, así como en el número de casos.

Este trabajo presenta los resultados exitosos en el tratamiento de dos usuarias del programa "Psicoterapia en línea, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", con depresión leve y moderada respectivamente.

Planteamiento del problema

De acuerdo con el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México (2011), los trastornos mentales a nivel mundial constituyen un grave problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico o cultural. La salud mental representa un 12% en la carga global de enfermedades y hasta un 28% de años vividos con discapacidad. En México, de entre los trastornos mentales, el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en los hombres (IESM-OMS, 2011).

No obstante que la depresión ha sido tema constante de observación y estudio desde la época de los filósofos griegos, quienes la llamaban melancolía; en nuestro tiempo esa observación y estudio reclaman un mayor espacio, ya que la depresión ha llegado a alcanzar niveles de epidemia (Berlick, 2000; Ehrenberger, 2000; Schumacher, 2001).

Es por esta razón, que la depresión ya es un problema de salud pública y de interés general; cuya prevalencia, impacto sobre la sociedad y alternativas efectivas para su tratamiento deben ser tomadas en cuenta por los profesionales de la salud mental, las autoridades y la población en general. (Lara et al., 2010). Ya que de acuerdo con la Organización Mundial para la Salud Mental (OMS, 2012), la depresión afecta actualmente a 350 millones de personas en todas las

comunidades del mundo y contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad además de ser también una de las principales causas de discapacidad.

Aunado a estos datos, el resultado de la Encuesta Mundial de Salud Mental, realizada en 17 países, reportó que una de cada veinte personas dijo haber tenido un episodio depresivo en el año previo (OMS, 2012); resultado que puede ser pronóstico de un aumento en el número de personas con depresión, si se considera que después de un primer episodio depresivo, la posibilidad de presentar otro episodio es cada vez mayor (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios y De la Peña, 2010), razón por la que la atención oportuna tiene un efecto positivo sobre la gravedad y cronicidad de ésta (Natera y González, 2012).

Así también, encontramos los resultados de la investigación realizada en países en vías de desarrollo por Rahman, Malik, Sikander, Roberts y Creed (2008), que sustentan que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para el retraso en el crecimiento de los niños pequeños. Lo que puede significar que la salud mental materna sea una influencia importante en el crecimiento durante la niñez; afectando la depresión desde este punto de vista, no sólo a la generación actual, sino también a la siguiente.

Por otra parte, los resultados de investigaciones como la del Dr. Irvin Kirsch (2008), han puesto en duda la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión; al mismo tiempo que señala la efectividad y conveniencia de la terapia psicológica frente al uso de fármacos para su tratamiento.

La depresión es pues, uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y es considerado uno de los más incapacitantes (Paykel, Brugha y Fryers, 2005), ya que reduce el nivel en la calidad de vida del individuo y de su familia, generalmente aún más que en el caso de otras enfermedades crónicas (Zarragoitia, 2010; Ezquiaga, 2011). Estudios realizados en México,

muestran que la depresión produce mayor discapacidad que la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis (Lara, Medina-Mora y Borges, 2007). Además de ser un padecimiento recurrente que genera importantes costos a la economía y a la sociedad (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Los datos anteriores evidencian la necesidad impostergable de contener la expansión de la depresión, así como otras enfermedades mentales en el mundo. Necesidad observada y operada a partir de instancias internacionales, como la solicitud de la Asamblea de Salud Mundial, a la Organización Mundial de la Salud y sus estados miembros para que actúen en esta dirección; o la dedicación especial al tema de la depresión del Día Mundial de la Salud Mental 2012, "*Depresión : Una Crisis Mundial*"; en el que se resaltó de manera puntual la importancia de esta problemática y se abocó a estimular a los gobiernos y a la población civil a que enfrente a la depresión como una enfermedad que es tratable (OMS, 2012).

Cabe señalar, que actualmente menos del 25% de las personas que padecen depresión (en algunos países menos del 10%) reciben tratamiento. Algunas de las causas que se observan son la falta de recursos, la falta de proveedores entrenados y el estigma asociado a las enfermedades mentales (Federación Mundial de Salud Mental, WFMH, 2012).

En el caso de México, a pesar de la efectividad de las intervenciones disponibles para atenderla (Cipriani, Malvini, Furukawa, Barbui, 2007; Cuijpers, Dekker, Hollon y Andersson, 2009), la depresión continúa siendo sub-tratada (Medina-Mora, Wang, Borges y Benjet, 2007) y el acceso a la atención tiene un sensible retraso (Borges, Medina-Mora y Lara, 2007).

A este respecto es pertinente mencionar que en México de acuerdo con el Informe de Salud Mental en México, de la Secretaría de Salud de México (SSM,

2011), los recursos humanos que laboran en el área de salud mental son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría se encuentran en hospitales psiquiátricos. Esto es que por cada 100 000 habitantes se cuenta con 1.6 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 médico, 0.53 trabajadores sociales, 3 enfermeras, 0.9 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de la salud. Además, los servicios de salud están concentrados en la ciudad de México. Por lo que para el sistema de salud mexicano la atención del creciente número de casos de depresión significa un gran reto (Natera, Le, Muñoz, Clarke y Jaycox, 2002).

Las observaciones anteriores resaltan el compromiso de la psicoterapia, con la problemática que significa la depresión en nuestro momento histórico, compromiso que por supuesto, conmina a los profesionales de la salud a aportar soluciones a las dificultades que un problema de tal magnitud implica.

Una de las dificultades a resolver, la representa el incremento de la inaccesibilidad a las intervenciones psicosociales, para el que diversas instituciones de salud mental recomiendan el desarrollo de intervenciones fáciles de usar, y métodos de administración alternativos a los tradicionalmente utilizados, que incrementen las herramientas de los profesionales para llegar con sus intervenciones a un mayor número de personas (Hollon, Haman y Brown, 2002).

Específicamente en el campo de la prevención de la depresión, se propone la adaptación de intervenciones a nuevos métodos (Natera et al., 2002); a medios como internet, que posibiliten llegar a un gran número de personas, y el cual ya ha demostrado su potencial como medio para administrar, evaluar e intervenir de forma contundente en problemas de salud pública en todo el mundo.

Concretamente, se han realizado estudios en intervenciones para la depresión (Clark et al., 2005), que evidencian la posibilidad de que la utilización de este tipo de intervenciones a través de internet permite la atención de un mayor número de personas. Además, estudios como el de Barth, Gerger, Nüesch y Trelle

(2013), de la Universidad de Berna, avalan la eficacia de la psicoterapia aplicada vía Internet en el tratamiento de la depresión, al equiparar los resultados obtenidos por la TCC vía Internet, con los obtenidos en siete psicoterapias presenciales, individuales y grupales.

Por su parte Natera, González y Forteza (2012), proponen la aplicación de intervenciones breves, como forma efectiva y práctica de afrontar esta creciente problemática; ya que responden a las características del mundo actual, y pueden ayudar a los pacientes en su reincorporación social, a tener mayor confianza en sí mismos, en sus relaciones con los demás y a formar redes de apoyo. Propuesta por demás convincente, sobre todo si tomamos en cuenta que la depresión se asocia al consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos mentales graves en la vida adulta, el alcoholismo o más grave aún, con el suicidio.

En México la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de su Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, ha venido desarrollando programas de intervención psicológica apoyados en tecnología de vanguardia para el tratamiento de diversos trastornos mentales como el Programa de Servicio Social "Psicoterapia en Línea, una Alternativa para la Formación Profesional en Psicología Clínica", el cual comprende la capacitación de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, en habilidades clínicas que les permitan llevar a cabo la conducción de una terapia en la modalidad de psicoterapia en línea, y proporciona a los alumnos espacios de ambiente natural en los que pueden insertarse. Vinculando así la teoría y la práctica, respaldados por asesoría profesional calificada; lo que les provee de una preparación especializada para su futuro laboral (Cárdenas y Serrano, 2005). Ya que el ciberterapeuta además de tener tanto nociones sobre legalidad, principios éticos y aplicaciones clínicas, debe contar con experiencia previa en la práctica de las ciberterapias (Soto-Pérez, Franco, Monardes y Jiménez, 2008).

Como parte complementaria, el programa "Psicoterapia en línea, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica" provee a los solicitantes, una intervención psicológica basada en evidencia, Cognitivo Conductual, a través de internet, la cual tiene como objetivo proporcionar a los usuarios las herramientas cognitivas y conductuales adecuadas para lograr una mayor calidad de vida, a partir de la adquisición de mejores capacidades de afrontamiento a las situaciones de la vida y con ello una mayor capacidad de adaptación.

Por otra parte, esta modalidad de intervención solventa de forma eficaz y eficiente algunas de las demandas de la vida actual, como son la superación de los estigmas en la atención de las enfermedades mentales, en la solicitud de los servicios de un psicólogo; así como las dificultades de tiempo y distancia; lo que ofrece una mayor facilidad para el cuidado de la salud.

En este programa realicé mis prácticas profesionales, a través de la cuales obtuve una capacitación especializada como ciberterapeuta, al adquirir los conocimientos, destrezas y habilidades que complementaron mi formación como psicóloga clínica, con competencias en la realización de entrevista, diagnóstico, formulación de tratamiento e intervención terapéutica a través de Internet.

Así llevé a la práctica el tratamiento psicoterapéutico con enfoque cognitivo-conductual, vía internet, en pacientes con depresión leve y moderada, cuyo objetivo fue disminuir los niveles de depresión, a partir de la adquisición de herramientas y habilidades de afrontamiento que permitieran a las participantes una mayor adaptación a su medio y una mejor calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es informar de los resultados obtenidos en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en la modalidad vía Internet, en dos mujeres diagnosticadas con depresión leve y moderada, respectivamente, consignando la experiencia exitosa de los tratamientos aplicados.

Así también, aportar una evidencia más que contribuya a la disposición tanto de las instituciones, como de los profesionales de la psicología para un mayor apoyo a la investigación e implementación de esta modalidad, como una alternativa psicoterapéutica para las personas que padecen depresión. Ya que la integración de esta modalidad en la práctica clínica permitirá la atención de un mayor número de personas que presentan este trastorno y con ello, la disminución de las complicaciones individuales y sociales que conlleva.

1. DEPRESION

Como se mencionó anteriormente, la depresión puede considerarse actualmente como el trastorno psíquico más frecuente, que provoca mayor discapacidad a nivel mundial y que puede afectar a cualquier persona (a gente joven y a adultos mayores) (OMS, 2012). Las repercusiones personales, familiares, laborales y socioeconómicas son significativas, ya que la depresión afecta la calidad de vida del individuo que la padece y la de su familia, generalmente aún más que en el caso de otras enfermedades crónicas (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013; Ezquiaga, García y Díaz, 2011).

En México, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, de la Secretaría de Salud de (SSM, 2012), describe que la depresión es la principal causa de *“daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte”* en mujeres, superando enfermedades como la diabetes mellitus, afecciones del período perinatal, anomalías congénitas y enfermedades isquémicas del corazón. En los hombres ocupa el noveno lugar, pero la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas patologías, frecuentemente vinculadas con el ánimo deprimido.

En el manejo del tema de la depresión es importante distinguir la tristeza que una persona presenta por una pérdida o duelo, de la tristeza por depresión. La primera generalmente se supera como resultado de la capacidad de equilibrio del paciente, quien en algún momento del proceso de asimilación de la pérdida, inicia la elaboración de planes para el futuro u observa la parte positiva de la situación penosa; en cambio en la segunda es persistente y no disminuye a lo largo de varias semanas (Cárdenas, Flores y De la Rosa, 2011); La depresión es un trastorno del ánimo que afecta de manera importante las funciones físicas, mentales y sociales de quien la padece, y se manifiesta con un conjunto de signos

o síntomas (síndrome) que se relacionan con alteraciones de la emoción/estado de ánimo, motoras, de motivación y cognoscitivas (Corr, 2008).

1.1. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), establece que los trastornos depresivos unipolares ocuparon el tercer lugar como causa de la carga global de enfermedad en 2004 y llegará al primer lugar en el 2030; ya que el desempleo, las deudas y la inseguridad, resultan en aumento de la depresión en la población.

En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003) uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida, encontrando a la depresión como uno de los trastornos más frecuentes. El 9% de la población adulta (18 a 65 años) presenta trastornos afectivos, de los cuales 7.8% se refieren a trastornos de depresión mayor. La depresión en mujeres es 2.5 veces mayor que en los hombres.

Puntualizando estos datos, el resultado del estudio acerca de la prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, realizado por Belló, Puestes-Rosas, Medina y Lozano (2005), expresa que la prevalencia de depresión en adultos fue de 4.5%, con sensibles diferencias al tomar en cuenta el sexo, grupos de edad, y en el caso de los hombres, lugar de residencia. El porcentaje de mujeres afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y del 9.5% entre las mayores de 60 años. En cuanto a la prevalencia de depresión entre los hombres fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores. Cabe mencionar que la educación superior (o mayor), incide en un menor porcentaje de la prevalencia de depresión.

Este estudio muestra también que la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2,500 000, de las cuales sólo el 22.7% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800 000 mayores de 18 años de edad había padecido depresión en el último año. En este caso, el porcentaje de afectados que contaban con diagnóstico médico fue de 19% y el de individuos con tratamiento de 6.1% (Belló et al., 2005).

Algunas diferencias epidemiológicas según la edad y sexo, descritas por Mc Collough (2003), enuncian la probabilidad de que el mayor porcentaje de depresión en mujeres que en hombres, es debido a que existen diferencias biológicas entre ambos sexos. Ya que los cambios hormonales, como las variaciones en los niveles de estrógeno y progesterona pueden tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Dichos cambios se producen en el proceso del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período de hijos pequeños, el mantenimiento del hogar y el empleo.

Desde otra perspectiva, actualmente la Organización Mundial de la Salud (2004), observa el impacto de las enfermedades en la sociedad, a través del concepto Años de Vida Saludable (AVISA), que se pierden debido a muertes prematuras, o que se viven con una discapacidad. Cuenta con una métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades, lo que implica una visión más integral del concepto de salud.

Así, de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (2005), de las principales causas de AVISA perdidos, es la depresión unipolar mayor, en mujeres es de 6.5% (ocupando el primer lugar de AVISA en mujeres) y en hombres es del 2.6% (sexto lugar de AVISA en hombres).

En cuanto al riesgo de muerte, una de las características más preocupantes con respecto a la depresión es su relación con el suicidio. Según datos recientes (Bernal, Haro y Bernet, 2007), la depresión se muestra como el trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas e intentos de suicidio, siendo el 28% de personas con depresión las que muestran riesgo de suicidio.

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

1.2. Sintomatología

Podemos entender la depresión como un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración con base en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 por sus siglas en inglés). El concepto de depresión contempla la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo, somático y afectivo (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, impotencia frente a las exigencias de la vida). Puede encuadrarse como una afectación global de la vida psíquica, con especial énfasis en la esfera emocional (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006).

El estado de ánimo de un episodio depresivo mayor, lo describen los sujetos como deprimido, triste, desesperanzado; aunque en algunos casos la tristeza puede ser negada al principio o expresada en forma de quejas somáticas (APA, 1994).

Ortiz-Tallo, (1997) agrupa los síntomas del síndrome depresivo en: anímicos; emocionales/conductuales; cognitivos y físicos e interpersonales.

Expresados éstos en la tristeza como queja principal de las personas con depresión, aunque en algunos casos el estado de ánimo predominante es la irritabilidad, sensación de vacío, nerviosismo o bloqueo emocional. Así también en la apatía, indiferencia y anhedonia que tornan actividades y decisiones cotidianas en tareas insalvables. De igual forma, integra como síntomas del síndrome depresivo los problemas de concentración y memoria que afectan el desempeño diario, así como el contenido alterado de las cogniciones que llevan a hacer una valoración negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. También en los síntomas físicos como insomnio o en algunos casos hipersomnia, fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y del deseo sexual o en su caso problemas de erección. Así como en el deterioro de las relaciones interpersonales como respuesta al poco interés por la gente (Cárdenas et al., 2011).

Por otra parte, la comorbilidad entre depresión y enfermedades físicas es muy frecuente y tiene un impacto importante en el deterioro de la salud, así como en la atención y tratamiento recibidos. Las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica, y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Giner, 2013), impulsaron la realización de un consenso sobre la salud física en el paciente con depresión, en el que se pone de manifiesto la elevada frecuencia de trastornos cardiovasculares y trastornos endócrino-metabólicos como la obesidad y la diabetes en estos pacientes, así como la frecuente comorbilidad entre depresión y dolor crónico. También menciona que esta relación sincrónica es bidireccional, de tal forma que la depresión puede ser causa o consecuencia de las mismas, y los posibles mediadores podrían ser desde biológicos hasta determinados estilos de vida.

Este consenso se resumió en la elaboración de un decálogo que tiene la intención de mejorar el tratamiento y la calidad asistencial de los pacientes con depresión y comorbilidad médica. Entre los puntos que enuncia este decálogo, resalta la dinámica bidireccional de la comorbilidad como una dificultad para el diagnóstico, así como la consignación del reconocimiento de la mayor eficacia de

la psicoterapia cognitivo conductual sola o en combinación con fármacos, para la atención de estos pacientes.

Siguiendo esta línea de pensamiento, de acuerdo con la revisión de investigaciones realizada por Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013), la depresión tiene una alta co-ocurrencia con trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Sin embargo a pesar del impacto de este trastorno, muchas personas no acuden a tratamiento, retrasan la búsqueda de ayuda o no reciben la asistencia adecuada. Esta última, al no tomarse en cuenta la estrecha relación entre las enfermedades mentales y físicas (Davis, Hess y Hiss, 1998).

De acuerdo con la investigación realizada por Medina-Mora et al. (2008) las personas con enfermedades físicas graves tienen mayor riesgo de padecer depresión. En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto, que para quienes no la sufren; así también para quienes padecen asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces; y para quienes sufren dolores crónicos el riesgo aumenta hasta cinco veces.

De la misma forma, las personas que padecen depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, responsables éstas de más del 60% de muertes en el mundo (World Federation for Mental Health, 2010). Así también es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009)

De acuerdo con el estudio realizado por Bittner et al., (2004), alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; esta relación es de entre 25

y 50% en los adolescentes con depresión y entre 10 y 15% en los jóvenes con ansiedad.

En México, los estudios epidemiológicos señalan que el 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo. Si se consideran únicamente a las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50% (Davis et al., 1998). En cuanto al riesgo de muerte, una de las características más preocupantes con respecto a la depresión es su relación con el suicidio. (Bernal et al., 2007).

1.3. Causas

De acuerdo con Kaplan (2000), aunque los factores causantes de la depresión pueden clasificarse en biológicos, genéticos y psicosociales, ésta es de alguna forma una división artificial dada la probable interacción entre ellos, ya que los factores psicosociales y genéticos pueden afectar los factores biológicos, por ejemplo en concentraciones de un determinado neurotransmisor; los factores biológicos y psicosociales pueden afectar la expresión genética, y los factores biológicos y genéticos pueden influir en la respuesta de una persona a factores psicosociales.

Específicamente algunos factores que se consideran como predisponentes de la depresión son:

- La herencia: Cuando en la historia familiar existe antecedente de depresión, hay un mayor riesgo de padecerla, sin embargo de acuerdo con el estudio realizado por Sullivan, Neale y Kendler (2000), la depresión mayor es un trastorno complejo, que no es el resultado de las influencias genéticas ó de las influencias ambientales por sí solas, sino de ambas influencias. Por lo que no todas las personas que tienen un antecedente familiar de depresión,

padecerán depresión, y también puede presentarse en personas que no tienen ningún antecedente familiar. El antecedente familiar representa un riesgo mayor en el caso del trastorno bipolar (Cárdenas et al., 2012).

- Factores bioquímicos: La deficiencia en los niveles de los neurotransmisores como serotonina (involucrada en la regulación del apetito y la sexualidad) y noradrenalina (relacionada con el bajo nivel de energía, el interés para realizar actividades habituales y para divertirse), se encuentra presente en algunos casos de depresión. Así también, de acuerdo con Salin-Pascual (2005), la disminución de acetilcolina incide en los patrones de sueño, síntoma característico de la depresión.
- Personalidad: Un patrón de pensamiento depresivo, que generalmente se establece desde la niñez (esquemas mentales negativos; baja autoestima; sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida; tendencia a la preocupación excesiva), el cual puede resaltar el efecto de las situaciones de estrés e interferir en la capacidad para enfrentarlas o reponerse de las mismas.
- Situaciones estresantes: Los síntomas de depresión ocasionados a partir de la muerte de un ser querido, una enfermedad crónica, problemas interpersonales o escolares, problemas financieros, divorcio, etcétera; que se sostienen durante largo tiempo, pueden desencadenar una depresión clínica.
- Estacionalidad: En los meses de invierno algunas personas desarrollan depresión, ya que la cantidad de luz incide en el equilibrio de ciertos compuestos químicos del cerebro. Dicho trastorno se presenta en su mayoría en las personas que viven en regiones altas y frías del mundo.

1.4. Diagnóstico

La depresión puede ocurrir a partir de un acontecimiento reconocible (duelo, ruptura sentimental, despido, enfermedad, etcétera), o puede ser que no se identifique una causa específica. Una de las dificultades del diagnóstico de la depresión reside en la desigualdad de los sujetos frente al tiempo de reacción ante un evento impactante. Puede observarse una visible ruptura de la dinámica cotidiana al cabo de algunas semanas o meses de malestar, de ansiedad, de cansancio, de tristeza o desánimo, y será entonces cuando la depresión pueda ser identificada por sus consecuencias en el trabajo, la familia, etcétera (Alain, 2012).

En todas sus formas la depresión tiene características específicas de manifestarse. Para realizar un diagnóstico de depresión, es necesario que éste sea realizado por un profesional, a partir de los criterios diagnósticos que se ajustan a un sistema de clasificación de enfermedades como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

El proceso de diagnóstico incluye conocer la historia del paciente, las manifestaciones clínicas que presenta, la presencia de síntomas específicos y el tiempo que lleva dicha sintomatología, como parte de la evaluación clínica, que integra: entrevista inicial, cuestionarios, autoinformes, autorregistros e instrumentos estandarizados (Cárdenas et al., 2011).

En la sección de los trastornos de ánimo consignados en el DSM-IV, se encuentran los trastornos que tienen como característica principal la alteración del humor. Los trastornos del ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias). Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por no tener un antecedente de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es experimentar un período de al menos 2 semanas un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, acompañados por al menos cuatro de los siguientes síntomas:

(1) Estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades; Además de: (3) pérdida o aumento de peso (5% de peso corporal en 1 mes); (4) insomnio o hipersomnia casi cada día; (5) agitación o enlentecimiento observable casi cada día; (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día; (7) sentimientos de inutilidad, de culpa excesivos o inapropiados; (8) disminución de la capacidad de concentrarse o pensar, o indecisión; (9) pensamientos recurrentes de muerte; ideación o planeación suicida.

Además estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y sus síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica. Tampoco se explican estos síntomas por la presencia de un duelo (DSM-IV, 1994).

De acuerdo con Alberdi (2006), en general los síndromes de depresión son claramente observables en la práctica clínica, sin embargo en algunas ocasiones resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica con respecto de otros problemas psicopatológicos, como en la comorbilidad entre el trastorno depresivo y la ansiedad; así como con el abuso de alcohol o tóxicos; o con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Por lo anterior sería importante plantear una posibilidad diagnóstica del trastorno depresivo, a partir de datos observables como: el deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansada, tono de voz bajo, expresión facial triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideas

pesimistas, quejas hipocondriacas, alteraciones del ritmo del sueño. En lugar de la tristeza, la queja principal puede ser la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia de tiempo lenta y desagradable o la falta de energía para las tareas cotidianas. (Alberdi, 2006).

En concordancia con lo anterior, según el estudio realizado por Agudelo, Buela-Casal y Spielberger (2007), las medidas de rasgo de afecto negativo se correlacionan significativamente con síntomas, tanto de la ansiedad como de la depresión, mientras que las medidas de rasgo de afecto positivo presentan mayores y más consistentes correlaciones con síntomas depresivos y menos correlación con síntomas ansiosos. Así, el afecto negativo está asociado tanto con la presencia de trastornos de la ansiedad, como con la presencia de trastornos del estado de ánimo, mientras que el afecto positivo se correlaciona mejor con los últimos. Por lo que, la ausencia de experiencias placenteras, es decir, la anhedonia, es especialmente significativa en la depresión. De tal forma que el bajo afecto positivo puede ser un factor determinante en la distinción entre la depresión y la ansiedad.

Los episodios depresivos se clasifican según el número y la severidad de los síntomas, como leve, moderado o severo. En el caso de un episodio leve la persona tiene dificultad para seguir adelante con su trabajo y actividades sociales pero no deja de funcionar completamente. En cuanto a un episodio severo, es muy poco probable que la persona pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas (Federación Mundial de Salud Mental – WFMH, 2012). Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Así, los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis de los síntomas depresivos, determinados en los criterios diagnósticos y por una capacidad de función normal que significa un esfuerzo importante e inhabitual para el que la padece. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por

la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable, como la incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos Cárdenas et al. (2011).

Por otra parte, la CIE-10 menciona diez síntomas con los que se conforman los criterios diagnósticos, para determinar el nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: la presencia de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y un mínimo de 8 síntomas o más, el nivel grave. Además, el diagnóstico requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. Además de:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
Una perspectiva sombría del futuro.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psico-motriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones de sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso.

Episodio depresivo leve: La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

En el episodio depresivo moderado: La persona probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

En el episodio depresivo grave: Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (CIE-10, 1992).

Por su parte, la Dra. Guillermina Natera (2012), enuncia que a diferencia de la depresión grave, el impacto de la sintomatología depresiva leve presenta una gravedad y una duración menos incapacitantes, pero que sin embargo, debe darse atención oportuna, si se toma en cuenta que la depresión es un proceso y que la falta de atención puede llevar a la persona que la padece a una problemática depresiva severa.

Como se indicó anteriormente, el diagnóstico de la depresión implica identificar adecuadamente sus principales síntomas. Por ejemplo, en el caso de la tristeza, resulta ser un sentimiento normal ante pérdidas afectivas, siendo transitoria y proporcional al evento sufrido. Pero cuando la tristeza persiste o aparece de forma espontánea, sin ninguna razón e interfiere con las actividades de la vida diaria, se considera depresión (Vallejo, 1990).

Así, para el diagnóstico del episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad, habitualmente se requiere de una duración de al menos dos semanas, sin embargo si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco, pueden considerarse períodos más cortos (Cárdenas et al., 2012)

En otras palabras, podemos entender la depresión en tres niveles de evaluación diferenciada: dependiendo del sintoma, síndrome o trastornos clínicos.

En el nivel sintomatológico, se hace referencia a la depresión a partir de un estado de ánimo decaído y triste; en el nivel sindrómico, la depresión implica además de un estado de ánimo determinado, algunos síntomas como: cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, inactividad, etcétera; y en el nivel nosológico refiere la existencia de un trastorno depresivo, un episodio en el que los síntomas no se deben a otro trastorno o situación. Una evaluación diagnóstica adecuada de la depresión, tendrá como base la lista de requisitos diagnósticos de inclusión y exclusión que se contemplan en el DSM-IV o el CIE-10 (Vázquez, Hernández, Hervás y Nieto-Moreno; en Caballo, 2005).

En el caso de las personas mayores, la dificultad para el diagnóstico de la depresión se encuentra en que generalmente no se quejan de cambios o disminuciones en su estado de ánimo, o no expresan tener ideas suicidas (Rothera, Jones y Gordon, 2002). Con frecuencia tanto los pacientes como los médicos consideran la depresión como normal e inevitable en la edad avanzada, por lo que no se les proporciona tratamiento. Así También porque las enfermedades crónicas comunes pueden estar presentes en combinación con la depresión, o por la dificultad de que éstos pacientes acepten que sus quejas son la expresión de un cuadro depresivo, lo cual interfiere con el reconocimiento, el apego al tratamiento y en consecuencia con la recuperación del cuadro depresivo, empeorando su salud y funcionamiento, con el resultante aumento en los costos médicos (Callahan, Hui, Nienaben, Musick y Tierney, 1994).

De acuerdo con el estudio "Consecuencias negativas de la falta de tratamiento de la depresión", la duración de la enfermedad no tratada durante un tiempo más prolongado, se asocia con una mayor cantidad de recurrencias y con una frecuencia superior de comorbilidad con trastornos del eje I. (Altamura, Dell'Óso, Mundo y Dell'Óso, 2007).

Desde otra perspectiva, según el estudio publicado por la revista *Archives of General Psychiatry*, la depresión grave crónica, puede producir una pérdida en

la materia gris en varias regiones del cerebro. En este estudio de imágenes de resonancia magnética, al inicio del estudio, y pasados tres años, los resultados muestran la reducción significativa en la densidad de la materia gris (DMG), en diversas áreas del cerebro (hipocampo, cíngulo anterior, amígdala izquierda y corteza prefrontal), no así en los pacientes que mostraron una remisión estable en este período, quienes mostraron una menor reducción en la DMG (Frodl et al., 2008).

1.5. Modelos de intervención

La depresión ha sido objeto de conocimiento desde la época de los filósofos griegos, y más recientemente, de las diversas ramas, campos y enfoques de la psicología con el objetivo de dar una explicación de sus causas y consecuencias, así como de proponer tratamientos efectivos, a partir de su propia concepción del ser humano.

Los modelos psicológicos requieren de una conceptualización del hombre para poder intervenir sobre él como objeto materia de la psicología; sin esta conceptualización que determine las actitudes y conducta del hombre, carecerían de un anclaje teórico y estarían destinados al fracaso como paradigma. Esta misma delimitación en la concepción del hombre, también le permite al psicólogo saber sus límites frente a su objeto-sujeto; proporcionándole una directriz para su quehacer.

Desde esta perspectiva, un caso de depresión puede entonces ser visto desde diferentes ángulos, ya sea como un trastorno, un tipo de personalidad, una secuencia de acciones reforzadas, una manera de interpretar el mundo o como resultado de un sistema de fuerzas que se integran. De igual forma, el paciente tiene también múltiples opciones para abordar su padecimiento.

Por su parte, la TCC como modelo de intervención psicológica, propone para el abordaje del tratamiento de la depresión, desde su conceptualización, que más que la realidad en sí, son las percepciones de ésta las que determinan al sujeto. Por lo que un mismo problema puede ser visto de forma diferente según el significado del que lo dota el sujeto.

1.6. Terapia Cognitivo conductual

La TCC es un modelo de tratamiento para diversos trastornos mentales, cuyo objetivo es ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas que le permitan integrarse adecuadamente a su entorno. Surge de la unión de dos grandes modelos de intervención terapéutica psicológica: la terapia cognitiva de Aaron Beck y la terapia racional emotiva de Albert Ellis (Puerta y Padilla, 2011), cuyos fundamentos se encuentran en las teorías del aprendizaje clásico de I. Pavlov, el conductismo de John B. Watson, el aprendizaje operante de F. B. Skinner, e integra también el aprendizaje social de A. Bandura (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2006).

De acuerdo con el modelo planteado por Albert Ellis, (1962), el error en las ideas del paciente tienen un lugar central en la presencia del trastorno depresivo. En su Teoría Racional-Emotiva (TREC) a finales del siglo XX, propuso que la depresión se debe a ideas irracionales, o errores en el razonamiento de la persona, los cuales desencadenan el estrés, así como el resto de la sintomatología de la depresión.

En cuanto a la perspectiva de la teoría cognoscitiva Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), también proponen que las cogniciones disfuncionales son la causa de la depresión, sin embargo, en la búsqueda de estructuras más profundas, responsables de este fenómeno, Beck enuncia tres conceptos para explicar la depresión: la triada cognitiva (una visión negativa del paciente acerca de sí mismo,

del mundo y del futuro); la organización estructural del pensamiento depresivo (tendencia consistente en sus juicios "esquemas") y los errores en el procesamiento de la información (resultado de la necesidad del paciente de hacer que su mundo esté de acuerdo con su depresión).

El aporte de estos autores fue la visión del determinismo bidireccional entre el individuo y su medio; así como la elaboración de probadas técnicas de intervención clínica que dieron lugar a un modelo de psicoterapia estructurado, activo y centrado en el problema (Mahoney, 1998), que integra procedimientos tanto conductuales como cognitivos (Lega, Caballo y Ellis, 2002), así como delimitar y poner a prueba los supuestos des-adaptativos y las creencias falsas, e integrando el principio de aprendizaje, al considerar que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, que es des-adaptativa en este momento, y enseña al sujeto a aprender nuevas formas de respuesta más adaptativas como: (Beck et al. 1979).

- Control de pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar creencias falsas.

Así entonces, el propósito de la TCC es modificar los procesos mediadores o cognitivos y la conducta observable, a través de procedimientos conductuales y un proceso de cambio cognitivo (Vallejo y Gastó, 2000). La TCC plantea que las cogniciones afectan las emociones y la conducta, por lo que se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, y las técnicas y estrategias utilizadas son tanto cognitivas como conductuales.

Así desde este enfoque, el terapeuta realiza una labor de evaluación y diagnóstico de los procesos desadaptativos; organizando las experiencias de aprendizaje que modifican las cogniciones, así como los patrones de conducta que se correlacionan con éstas. Cumpliendo con el objetivo fundamental de la terapia cognitivo-conductual de identificar, evaluar y modificar los procesos mediadores o cognitivos, y la conducta que covaría con ellos (Vallejo y Gastó, 2000).

De acuerdo con Vallejo y Gastó (2000), algunas de las características de la terapia cognitivo-conductual son:

1. Se hace un análisis de la sintomatología en sus aspectos orgánico, afectivo, cognitivo y conductual, y la comprobación de que la alteración del sistema cognitivo es un factor predominante.
2. Se realiza una evaluación de la intensidad, duración y frecuencia de la conducta o síntoma mediante escalas específicas.
3. Se orienta explicando al paciente en qué va a consistir la terapia, el papel del paciente como colaborador y los supuestos teóricos en los que va a basarse la terapia.
4. También se realiza la definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales, una especificación de los objetivos terapéuticos y del cambio propuesto dentro de este marco.
5. Así mismo se realiza un análisis funcional de la conducta, analizando el tipo de cogniciones y pensamientos automáticos que se evocan dentro de las situaciones concretas y que el paciente expresa mediante un auto-registro diario.

Una de las metas más importantes de la TCC es facilitar en los pacientes la comprensión de los determinantes psicosociales que afectan y moldean sus vidas y ayudarles a desarrollar más control sobre esas fuerzas (Bandura, 1989- la conducta humana es en su mayoría aprendida y no innata-; Beck, 1976 –teoría cognitiva: interpretación errónea de los acontecimientos y las situaciones-;

D'Zurilla y Nezu, 1999 –solución de problemas-). En consecuencia, las intervenciones psicológicas buscan identificar y modificar en el paciente los factores que interfieren con el desarrollo de mayor control (real y/o percibido) en sus vidas. Específicamente, la modificación de un inadecuado control percibido (exceso o defecto) y de un defectuoso control real son dos de los mecanismos de acción a través de los cuales opera la terapia-cognitiva-conductual para producir resultados.

Por otra parte la terapia cognitivo conductual requiere que el paciente ponga en práctica lo revisado en terapia, logrando así adquirir nuevas habilidades que le permitan una mayor adaptabilidad en su medio.

De acuerdo con Yapko (2006) la TCC es un modelo terapéutico que tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales del paciente, a través de la intervención de cogniciones para poder modificar los comportamientos.

2. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL VÍA INTERNET PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

2.1. Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión

Como se mencionó anteriormente, la manifestación clínica de la depresión es multidimensional y se compone de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos, lo que hace necesaria una exploración cuidadosa que permita una intervención terapéutica acertada. En la terapia cognitivo-conductual (TCC) existe una importante vinculación entre evaluación y tratamiento, que se instrumenta a partir de un análisis funcional de la conducta. Éste, es un modelo de evaluación secuencial e integrativo que se centra en antecedentes y consecuentes de la conducta depresiva, externos e internos, así como variables orgánicas, motoras, fisiológicas y cognitivas. Se utilizan medidas de observación externa de la conducta depresiva y de auto-observación del nivel de actividad motora y/o cognitiva a partir de entrevistas, auto-registro de actividades y Pruebas de auto-informe estructuradas.

El enfoque de la TCC para el tratamiento de la depresión fue estudiado por la División de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana (APA), a partir de un grupo de trabajo para evaluar la eficacia de terapias específicas en el tratamiento de problemas concretos (Chambless et al., 1996, 1998). La conclusión principal de esta evaluación fue que para muchos problemas y para la mayoría de los trastornos emocionales, la TCC es el método a elegir, siendo especialmente eficaz en el tratamiento de la depresión, trastornos de ansiedad, ira y violencia compulsiva, problemas de salud, trastornos del sueño y problemas de conducta en la infancia y en la adolescencia.

También una revisión sistemática de pacientes con ansiedad y depresión realizada por Coventry y Gellatly (2008), mostró resultados favorables a la

intervención cognitivo conductual, demostrando una mayor eficacia de ésta ante otros tratamientos.

Por su parte, recientes guías de práctica clínica para depresión y ansiedad, recomiendan la TCC como un equivalente, y en algunos casos un tratamiento más efectivo que la medicación y otro tipo de terapias. Estas guías reconocen los resultados de los estudios realizados, controlados aleatoriamente, que demuestran consistentemente la efectividad de la TCC para la depresión y la ansiedad (Macrodimitris et al., 2010).

Así también, de acuerdo con investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE por sus siglas en inglés), diversos estudios evidencian que la TCC es eficaz a corto plazo y más eficaz a largo plazo en el tratamiento de la depresión leve y moderada, en comparación con la ingesta de antidepresivos. Además de que reduce los síntomas de la enfermedad y previene recaídas (Consejo General de la Psicología en España, 2008).

Por otra parte, cabe señalar que en los años noventa, las investigaciones realizadas mostraron que los antidepresivos, que incrementaban los niveles de serotonina, en realidad motivaban el crecimiento de células cerebrales en el hipocampo, la parte del cerebro relacionada con la regulación del estado de ánimo. Al encontrar que el cerebro adulto es capaz de producir nuevas neuronas (neurogénesis), ha evolucionado el tratamiento de la depresión, pero sobre todo, ha llevado a la conclusión trascendental de que el cerebro puede desarrollar nuevas vías nerviosas al cambiar la forma de pensar (Orchard, 2009).

Así también, los avances en las investigaciones del cerebro humano reafirman el enfoque de la TCC, al observar que las técnicas que ayudan a las personas deprimidas a cambiar su forma de pensar, ayudan de hecho a formar nuevas células y vías nerviosas alternas que propician la recuperación, y por lo

tanto, estas nuevas vías nerviosas funcionan como una prevención para las recaídas.

Coincidiendo con esta perspectiva, el Dr. Richard O'Connor (Orchard, 2009), considera que las personas pueden hacer cambios medulares en su forma de vivir las emociones, en su personalidad e incluso en la química de su cerebro, a través de cambios en su conducta. Opina que algunos cambios en el estilo de vida son fundamentales para tratar la depresión, ya que el pensamiento depresivo desarrolla una serie de hábitos y comportamientos que deben ser reemplazados, especialmente los relacionados con el ejercicio, la dieta, la estructura de pensamiento y el sueño.

Aunado a esto, encontramos que diversos estudios establecen que la TCC para el tratamiento de la depresión, es significativamente superior frente a otros tipos de psicoterapia y farmacoterapia. Entre éstos, el metaanálisis realizado por Jaret y Rush (1994), que analizó la eficacia de diferentes tipos de psicoterapia para el tratamiento de la depresión a partir de estudios realizados entre 1967 y 1993, cuyos resultados concluyen que la TCC y la terapia interpersonal son superiores significativamente frente a otros tipos de psicoterapia.

Así también, el estudio de revisión "psicoterapia versus medicación para la depresión" (Antonuccio, Danton y Denelsky, 1995), obtuvo como resultado que la TCC demostró mayor eficacia incluso en casos de depresión grave. Además, los resultados del meta análisis realizado por Craighead, Craighead y Iardi (1998), señalaron que la TCC muestra superioridad frente a la terapia interpersonal en general en el 70% de los pacientes, quienes mejoran significativamente los síntomas, además de encontrar en la mayoría de los estudios un decremento en el índice de recaídas.

2.2. Terapia Cognitivo Conductual Vía Internet

Los avances en la tecnología de la información han dado lugar a grandes cambios en todas las áreas de la vida, propiciando que muchas de nuestras actividades cotidianas estén estrechamente relacionadas con el campo de la tecnología.

Especialmente significativa ha sido su influencia en el área de la salud; por ejemplo en el caso de la medicina, hace no mucho tiempo se pensaba que la única forma de poder llegar a conocer a un paciente era teniendo una entrevista directa (cara a cara), pero ahora en las diferentes áreas de la salud, podemos observar el gran apoyo que puede significar la tecnología aplicada a ésta, ampliando y mejorando su potencial de atención.

De acuerdo con el Centro Nacional para la Excelencia Tecnológica en Salud, de la Secretaría de Salud de México (2012), con base en la definición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, la Telemedicina es “El uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar y apoyar los servicios de atención a la salud cuando la distancia separa a los participantes”.

La Asociación Médica Mundial (2009), define telesalud/telemedicina como los servicios de atención médica e información a grandes y pequeñas distancias que con actividades como prevención, promoción, diagnósticos, auto atención y tratamiento, ayudan al paciente y al público a estar sano. Indica también que aunque la práctica de la telesalud desafía la percepción convencional de la relación médico-paciente, existe un “deber de atención”, el cual se establece en todos los contactos de telesalud entre el médico y el paciente, como en cualquier consulta de atención médica.

La mayoría de los avances de la telesalud se han realizado los últimos 30 años, aunque sus inicios se remontan a la segunda década del siglo XX (Cuenca,

2011). A lo largo de su desarrollo, la telemedicina ha transitado por la telegrafía, el teléfono, radio y las comunicaciones digitales. Se han llevado a cabo transmisiones de radiografías por telegrafía, de teleestetoscopio, de ayuda médica a marineros por radio desde tierra, de circuito cerrado para la consulta entre los especialistas y médicos, congresos, procedimientos quirúrgicos, electroencefalogramas a través de la telefonía móvil, teleeducación y telepsiquiatría, cuidados sanitarios en zonas remotas con apoyo de paramédicos, rayos X y electrocardiogramas conectados por satélite, sistema unidireccional de video, voz y fax; telerradiología, telepatología y teledermatología; telecirugía con robots, etcétera.

En el área de la psicoterapia, en 1976 Joseph Weizenbaum, profesor emérito de informática en el Instituto Tecnológico de Massachussets, publicó el programa informático ELIZA, que utilizaba el procesamiento del lenguaje natural, y en uno de sus módulos imitaba a un terapeuta de orientación rogeriana, de forma muy real. Otro programa fue Parry, el cual simulaba un esquizofrénico paranoico, con el que era posible mantener una conversación. Parry fue creado en 1972 por el psiquiatra Kenneth Colby de la Universidad de Stanford. Parry y Eliza conversaron varias veces entre sí (Soto-Pérez et al., 2010).

En 1998 Mc Minn señaló que las innovaciones tecnológicas en la práctica clínica tenían tres momentos: El primero con la primera generación de avances tecnológicos contribuyó a mejorar las tareas administrativas en despachos profesionales, con un escaso impacto en los servicios clínicos (contestador automático, fax, software específico). En un segundo momento hubo un mayor impacto en la atención y cuidado de los pacientes (programas de evaluación mediante ordenador, correo electrónico, bases de datos). Y en el tercer momento ya se contó con innovaciones que incidieron de forma significativa en la práctica terapéutica (programas de tratamiento asistido por computadora, tratamiento por internet), los cuales continuaban un camino de perfeccionamiento cada vez más rápido (Miró, 2007).

Actualmente el concepto de telemedicina, comprende el uso de información electrónica y la tecnología de comunicación para proporcionar cuidados en la salud cuando la distancia separa a los participantes; utiliza herramientas como videoconferencia, teléfono, fax, radio, TV, internet, telefonía celular, chat, correo electrónico, etc. (Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores, 2005)

Por otra parte, de acuerdo con la investigación de Norcross, Hedges y Prochaska (2002), entre las técnicas terapéuticas que experimentarían un mayor crecimiento se encuentran: los métodos caracterizados por el uso de nuevas tecnologías (realidad virtual, Internet y terapia asistida por computadora), técnicas para facilitar el automanejo de los problemas (procedimientos de autocontrol y de autoayuda) y procedimientos didácticos dirigidos por el terapeuta (actividades entre sesiones, técnicas de resolución de problemas y reestructuración cognitiva). Este informe también realizó predicciones sobre las orientaciones terapéuticas de los profesionales de la salud mental, señalando que las intervenciones terapéuticas que aumentarían en presencia serían por una parte, aquellas que se pudieran utilizar en casa y por otra parte, las que contribuirían al desarrollo y aplicación de tratamientos breves. Así también, aquellas terapias que están más implicadas en la investigación y en la búsqueda de evidencias respecto de su eficacia.

Actualmente la telemedicina en todo el mundo abarca un sinnúmero de aplicaciones en el área de la medicina: por ejemplo el uso cada vez más frecuente de la historia clínica electrónica así como de otras herramientas que acercan la información y servicios a los pacientes allí donde se encuentren, con nuevas formas de organización basadas en las potencialidades de la red, los espacios inteligentes y las comunicaciones móviles; lo que plantea nuevos entornos de trabajo.

Así, las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) ya son una realidad y un gran apoyo en el campo de la salud, y por supuesto para la

psicoterapia no es la excepción. La psicoterapia vía Internet ha ido tomando auge a nivel mundial como modalidad de tratamiento para diversos trastornos mentales.

La accesibilidad a internet en los años noventa y un proceso psicoterapéutico estandarizado por parte de los servicios de salud mental propiciaron la creación de Psicoterapia vía Internet, optimizando los servicios y logrando un mayor alcance de atención (Segall, 2000). Específicamente con respecto a la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) través de Internet, esta modalidad representa una nueva forma de proporcionar los tratamientos (Anderson y Cuijpers, 2008), la cual ha mostrado ser una intervención eficaz y de bajo costo para los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Cuijpers y Schuurmans, 2007; Botella, 2010).

La TCC se encuentra entre las terapias recomendadas por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), y refiere que en el caso de la TCC computarizada, la diferencia radica en que las sesiones se realizan a través de un soporte informático en lugar de la sesión cara a cara con un terapeuta y es recomendada por este instituto para la atención de trastornos de depresión y ansiedad. Así entonces, la Psicoterapia vía Internet es la aplicación de los principios de los servicios de salud mental, psicológicos y de desarrollo humano a través de lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, con estrategias sistemáticas de intervención, dirigidas al bienestar y al crecimiento personal, mediante las TIC's.

Por otra parte, el uso de Internet en psicoterapia ha integrado una serie de conceptos provenientes de la informática, que no se utilizan en la terapia tradicional (Anderson 2009). El concepto de ciberterapia contempla las TIC's y específicamente Internet para proveer información, evaluación, diagnóstico, intervención, supervisión y seguimiento online en el ámbito asistencial (Ramírez-Moreno et al., 2007).

Así, el surgimiento de la ciberterapia como una modalidad de ayuda a personas que buscan resolver asuntos relacionales y de la vida, utilizando como medio de comunicación Internet (Ramírez-Moreno et al., 2007); tiene como características principales que la comunicación, se produce sin proximidad o contacto físico pero con un gran potencial de interactividad y retroalimentación (Andersson, 2009); también suele denominarse como e-terapia, consulta online, cyber-terapia, terapia virtual, terapia online, consejo web, tele-salud conductual, tele-psiquiatría, consejería a distancia, o e-terapia conductual (Carlbring y Andersson, 2006). Las diferentes definiciones responden a los pequeños matices que expresan su divergencia conceptual. Sin embargo el concepto de ciberterapias comprende de manera contextual tanto su ámbito de desarrollo en el ciber-espacio, así como a la variedad de tratamientos existentes.

Desde el punto de vista del grado de contacto con el terapeuta las ciberterapias van desde intervenciones guiadas por ordenador, en donde el terapeuta se encarga principalmente de su diseño; pasando por intervenciones del tipo autoayuda o mínimo contacto con el terapeuta, en donde se diseña material y se supervisa la interacción como en una página web o foro, incluyendo intervenciones asincrónicas con retroalimentación; hasta terapias con un alto grado de contacto que simulan una intervención tradicional (Carlbring y Andersson, 2006; Clarke et al. 2005); estas últimas consideran el uso de una relación sincrónica como puede ser el chat o la videoconferencia.

Actualmente la incorporación de las TIC's al trabajo del terapeuta en psicología clínica, es uno de los campos que más se abre camino. Esta incorporación implica desde disponer de información online hasta desarrollar tratamientos en la web; es por ello que algunos sostienen que estamos presenciando el nacimiento de una nueva forma de tratamiento: la intervención mediante internet (Andersson, 2009).

Algunos ejemplos en diferentes latitudes:

El Wihelmina Children's Hospital desarrolló un programa para el tratamiento del síndrome de fatiga crónica en adolescentes a través de Internet con un grado de éxito muy superior al grupo de control que siguió la terapia presencial. El 85% dejó de sufrir fatiga grave (frente al 27% de la presencial), el 78% tenía una función motora normal (frente al 20% del grupo de control) y el 75% logró asistir al colegio con asiduidad (frente al 16% que siguieron la terapia presencial) (De Martos, 2012).

Así también, en relación a la capacidad de esta modalidad para dar respuesta a situaciones críticas, existen múltiples programas de ayuda en Internet para dar soporte a personas en situación crítica de suicidio como Samaritans (www.samaritans.org) que en el año 2000 recibió más de 37.000 e-mails solicitando apoyo emocional en situación de crisis vital, o el Servicio Israelí de Crisis Online , SAHAR (www.sahar.org.il), entre otros (Soto-Pérez et al., 2010).

En España, los resultados obtenidos por Emperador Herrero, (2002), en relación a la terapia on-line basada únicamente en e-mail y realizada a través del portal www.psycoconsulta.com durante más de un año y medio. En los que el 81% de las intervenciones se finalizaron exitosamente, tanto en una única consulta (32%), por decisión propia del cliente (29%) o por acuerdo entre cliente y terapeuta (19% de los casos), con tan sólo un 10% de recaídas en el seguimiento realizado a los 6 meses de finalizar la terapia online.

En México, el tratamiento cognitivo conductual vía Internet para la atención de déficit en habilidades sociales (Moreno, 2009), reportó resultados favorables en la evaluación post-tratamiento, con una adquisición de habilidades sociales por parte de los pacientes a través del programa de entrenamiento vía Internet, así como una disminución de la incidencia de pensamientos negativos y una disminución en los niveles de ansiedad.

Es entonces, que como resultado de las complicaciones de traslado, financieras, culturales y personales, la psicoterapia asistida por computadora tiene características que desde una perspectiva de salud pública, la hacen más accesible, rentable y atractiva (Marks, 2007).

2.3. Psicoterapia cognitivo Conductual Vía Internet para el tratamiento de la depresión

De acuerdo con el estudio del Pew Internet & American Life Project, 83% de los usuarios de Internet ha buscado en línea información sobre salud. Y en las búsquedas de los internautas sobre salud, según los buscadores yahoo y google, la depresión ocupa el tercer lugar en la lista de los temas más buscados en salud, sólo después de los temas de embarazo y herpes. (Cohen, 2010).

El estudio "Hábitos de los Usuarios de Internet en México 2013", de la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI, 2013), reporta que el número de usuarios de Internet actualmente asciende a 45.1 millones, con un tiempo promedio uso, de 5 horas diarias (67 minutos más que en 2012), y el 84% de este tiempo lo ocupa en la búsqueda de información.

Los datos anteriores nos permiten observar claramente, la penetración que Internet tiene en la dinámica de nuestra sociedad, lo que hace inminente y urgente, una mayor atención a la integración adecuada de la psicoterapia en este escenario de aplicación.

El uso de Internet da cuenta de un área cada vez más amplia del actuar de la sociedad, y en una amalgama afortunada, el Laboratorio de Enseñanza Virtual de la Facultad de Psicología de la UNAM, integra la terapia cognitivo-conductual e Internet, colocándose a la vanguardia de la atención en salud mental.

Esta situación se hace posible gracias a que la TCC es un modelo de intervención psicológica basado en evidencia, clasificación que le otorga un nivel dentro de la ciencia, pero también el compromiso de integrar la labor clínica de la psicología a los cambios que exige el devenir de la humanidad.

Algunos ejemplos más que dan cuenta de los éxitos logrados por esa integración son:

Los trabajos realizados por Clarke et al., (2002); y Christensen, Griffiths y Jorm (2004), con TCC vía Internet para el tratamiento de la depresión.

Otros avances en este nuevo entorno de trabajo de la salud mental, los encontramos en desarrollos con respecto a los trastornos afectivos y suicidio. Clarke et al. (2005) desarrollaron el programa para adultos ODIN (Overcoming depression on the internet), el cual utiliza un formato de autoayuda.

Por su parte, el National Institute of Clinical Excellence (2001) planeo el sitio interactivo Beating the Blues que ofrece TCC orientada al tratamiento de la depresión leve a moderada. Otro ejemplo son los programas Bluepages (<http://www.bluepages.anu.edu.au/>) y moodGYM (<http://moodgym.anu.edu.au/>), que buscan reducir los síntomas depresivos a partir de proporcionar herramientas para un mejor manejo de la depresión.

Hay también programas que afrontan el duelo patológico (Hoffmann, 2006), o tratamientos para la depresión post-parto (<http://www.bringinghealthhome.com/>).

Por su parte Jacmon, Malouff y Taylor (2009), proporcionaron tratamiento de depresión vía Internet y encontraron que las personas que concluyeron el tratamiento mostraron un gran decremento en los niveles de depresión y un mantenimiento al menos de 3 meses posteriores a la finalización del tratamiento.

Proudfoot et al., (2003), llevaron a cabo un programa de tratamiento computarizado de ocho sesiones para la depresión y la ansiedad, en el cual se observó una reducción en los síntomas de dichos trastornos mentales y los usuarios informaron que el programa les fue útil.

También a partir de estudios aleatorios controlados, se ha demostrado que "la terapia cognitivo conductual breve a través de Internet, puede ser muy efectiva en la reducción de la depresión" (Mackinnon et al., 2008).

En pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, en la investigación realizada por Titov, Andrews, Kemp, y Robinson (2010), se demostró que la efectividad del tratamiento cognitivo conductual basado en Internet es equivalente al tratamiento cara a cara, además de que es una modalidad que a pesar de que utiliza tecnología no necesariamente es sólo para gente joven.

Otra forma de continuar con certeza el crecimiento y desarrollo de la psicoterapia vía internet en el tratamiento de la depresión y otros trastornos, es comparándola con diferentes tratamientos, como en el estudio realizado por Wagner, Cuerno, y Maercker (2014), del Departamento de Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Universidad de Leipzig, Alemania; en el que reporta no haber encontrado diferencias significativas en la comparación de los resultados de la intervención psicoterapéutica, basada en Internet, con una intervención cara a cara, en un ensayo aleatorizado, en el que participaron 62 personas. Las intervenciones fueron realizadas con terapia cognitivo conductual durante 8 semanas, con los mismos módulos de tratamiento y en el mismo orden cronológico. Además a los 3 meses de seguimiento, los resultados en el grupo de línea se mantuvieron estables, más que en los participantes del grupo cara a cara. El estudio muestra que ambas modalidades de intervención obtienen resultados positivos pero con eficacia a más largo plazo en la intervención basada en

Internet. Aunque debido al tamaño de la muestra consideraron que será importante evaluar estos resultados.

Por su parte Barth, Munder, Gerger Nüesch y Trelle (2013), realizaron una revisión de estudios publicados de siete tipos de intervención psicoterapéutica. Los autores compararon cada una de las terapias con las demás y con un grupo control de pacientes en lista de espera y combinaron los resultados. Encontraron que todas las terapias tuvieron resultados de moderados a muy buenos comparados con lista de espera/cuidado normal con su médico; y no encontraron diferencias importantes al comparar psicoterapia individual y de grupo; tampoco encontraron diferencias en los resultados, de buenos a muy buenos, al comparar las terapias cara a cara con las intervenciones basadas en Internet con interacción entre terapeuta y paciente.

Así también, la investigación realizada por Kessler et al. (2009), en la que 297 individuos con una puntuación de 14 o más en el inventario de Beck, fueron asignados al azar en dos grupos: 1) recibir terapia cognitivo conductual en línea además de la atención habitual con su médico de cabecera y 2) en lista de espera para recibir TCC en línea y la atención habitual de su médico de cabecera. Los resultados demostraron la eficacia de la TCC administrada en línea en tiempo real con un terapeuta, además de que los beneficios se sostenían a lo largo de 8 meses, de acuerdo al seguimiento realizado.

De forma similar, Luarte (2011), Carreño (2011) y Ubaldo (2013) reportaron una disminución en los niveles de depresión, como resultado de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual vía Internet en pacientes con depresión.

También, Durán (2009) reporta intervenciones satisfactorias en el uso de la psicoterapia vía Internet para usuarios con trastorno de ansiedad y depresión, haciendo además una aportación importante para terapeutas de esta modalidad al

proponer un manual de estrategias para el tratamiento de duelo o pérdida, mediante la modalidad vía Internet.

2.3.1. Criterios de inclusión para pacientes candidatos a Psicoterapia vía Internet

De acuerdo con las pautas desarrolladas por la Sociedad Internacional para la Salud Mental, una gran parte del beneficio que la terapia vía Internet aporte, estará determinado por los conocimientos básicos que tenga el paciente con respecto al manejo de la computadora e Internet. Así también, si se siente motivado para experimentar nuevos ambientes y técnicas de comunicación como un medio terapéutico, además de contar con el acceso a internet en un lugar expreso para su terapia.

De acuerdo con Bermejo (1999) y Oravec (2000), existen mayores posibilidades de que el paciente sea candidato a recibir la terapia en esta modalidad y recibir los beneficios de los procedimientos terapéuticos, si prefiere esta modalidad en lugar de la terapia presencial; o si ésta le brinda la oportunidad de recibir un tratamiento que de otra forma no le sería posible recibir, al tener algún tipo de discapacidad física o emocional que le impide desplazarse al consultorio del psicólogo.

También será importante tomar en cuenta la capacidad de concreción por parte del paciente, en el intercambio de información con el terapeuta. En el caso de que las sesiones se realicen vía chat, será conveniente considerar también algunas características en el paciente, para realizar de forma más fluida la terapia basada en texto, tales como: facilidad del usuario para mecanografiar, las capacidades visuales, o su disposición para comunicarse por esta vía.

2.3.2. Características del terapeuta vía Internet

Es importante que la preparación académica de los terapeutas en general, se complemente con capacidades de: análisis, empatía, organización, control, eficacia profesional, toma de decisiones, comunicación interpersonal, trabajo multidisciplinario, negociación, liderazgo, autodesarrollo, autoconfianza, credibilidad y flexibilidad; y en el caso del terapeuta vía internet, además, el conocimiento y manejo de tecnologías de la información y comunicación, así como un nivel adecuado de redacción. Habilidades éstas, necesarias para el éxito profesional del terapeuta en la práctica clínica vía internet.

2.3.3 Tipos de comunicación

En esta modalidad de psicoterapia, el uso de las TIC's nos permite llevar a cabo la comunicación con los usuarios de forma sincrónica (en tiempo real) y asincrónica (en diferente tiempo); a través de la utilización de los servicios de mensajería como el e-mail, mensajería instantánea como el chat, conferencias de audio, videoconferencias y dispositivos móviles. De acuerdo con cada caso y momento de la terapia, el terapeuta opta por las herramientas adecuadas para utilizar con cada paciente.

La intervención psicoterapéutica vía Internet, está dirigida a pacientes mayores de edad; con padecimientos de ansiedad o depresión en niveles de gravedad entre leve y moderado y que no requieran la utilización de psicofármacos. Por otra parte es también requisito que cuenten con los conocimientos correspondientes al manejo de las diferentes herramientas que proporciona internet.

2.3.4 Ventajas y limitaciones de la psicoterapia vía Internet

Las nuevas tecnologías no son una forma diferente de intervención, sino una nueva plataforma, una forma alternativa para ayudar a las personas que solicitan tratamiento psicológico. Sin embargo, la incorporación de estas nuevas tecnologías a la labor clínica del psicólogo conforma ventajas y desventajas. Entre las ventajas Caspar (2004) y Newman (2004), señalan:

1. Aumentan la accesibilidad a tratamientos.
2. Reducen costos.
3. Realizan intervenciones que de otra forma no sería posible realizar (como en los casos en los que el paciente no puede salir de su casa debido a una imposibilidad física o emocional).
4. Favorecen y garantizan la aplicación sistematizada e íntegra de los programas en tratamiento.
5. Mejora la aceptación del tratamiento.
6. Facilita, promueve y refuerza un papel más activo de los ciudadanos en el mantenimiento de la salud.
7. Mejora el proceso de búsqueda, al permitir la réplica exacta, el control de factores inespecíficos y estudios de desmantelamiento-construcción del tratamiento.
8. Contribuye a intervenciones más breves.
9. Aporta información fiable sobre el proceso de intervención y contribuye en el seguimiento.

Además el efecto denominado, efecto des-inhibidor online, puede llevar a que las personas en entornos web, expresen con mayor facilidad sus emociones y/o se movilicen solidaria y generosamente; así como que se vuelvan rudos, críticos y hasta amenazadores con mayor facilidad que en entornos cara a cara (Suler, 2005).

En cuanto a las limitaciones de esta modalidad (Cárdenas et al., 2011), es posible que en algunas circunstancias la psicoterapia vía Internet se encuentre con situaciones como:

- Alargamiento de la terapia, al utilizar el medio escrito el intercambio de información es más lento que en audio.
- La "invisibilidad" del terapeuta puede generar ansiedad o confusión en el paciente.
- La seguridad y confidencialidad en Internet puede vulnerarse ante el trabajo de hacker.
- La aplicación de tratamientos vía Internet no es adecuada para todos los trastornos psicológicos.
- Los problemas técnicos de conexión son probables, ya que dependen de las herramientas tecnológicas.

También es posible que algunos terapeutas puedan sentirse extraños al utilizar esta tecnología o pensar que puede interferir en el desarrollo de una adecuada relación terapéutica; pero los datos indican que no es así. Por otra parte, los usuarios pueden preferir este tipo de intervenciones. Por ejemplo: algunos estudios muestran que se ha llegado a rechazar con más frecuencia un programa de tratamiento por trastorno de pánico en el formato tradicional (presencial), que un tratamiento administrado por computadora (Ghosh, Marks y Carr, 1988).

Es importante mencionar que la evolución de las tecnologías sigue en marcha, y en algún momento permitirá llegar a más sectores, a un menor costo; mejorar la calidad de las transmisiones y conexiones de Internet, así como a una regulación legal apropiada para los servicios psicológicos vía Internet en México.

2.3.5 Recomendaciones Éticas para el modelo de Psicoterapia Vía Internet

La ética en la labor del psicólogo, garantiza la protección de los usuarios de sus servicios, así como la obtención de un buen tratamiento. Una premisa importante en la actividad profesional del psicólogo es tener la voluntad de ayuda a los demás, lo que puede reflejarse en confianza y seguridad (Bureau of Labor Statistics, 2011).

La psicoterapia Vía Internet tiene fundamentos éticos que rigen para su aplicación; son parecidos y de hecho se basan en los principios éticos de la psicoterapia tradicional (Cárdenas et al., 2011). A partir de éstos, muchas son las instituciones que se han pronunciado acerca de las cuestiones éticas y legales del uso de Internet como medio para la psicoterapia, asentando códigos o estándares de ética para la práctica profesional, con la finalidad de que quienes trabajan en este campo tengan el compromiso de mantener dichos estándares (Barrientos, 2001).

La "Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogo", consigna cuatro principios éticos: 1) Respeto por la dignidad de las personas y de los pueblos; 2) Cuidado competente del bienestar de los otros; 3) Integridad; y 4) Responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad. Es de los últimos documentos elaborados a nivel internacional sobre este tema, y sus autores coinciden en que más que un código de ética es una serie de principios alcanzados por consenso, con la participación de diversas culturas, como fundamentos de la conducta ética de la profesión; mismos que deberán encontrar su continuidad coherente en los códigos éticos nacionales (Ardilla, 2011).

Específicamente, algunas normas desarrolladas por Reed, McLaughlin y Miholland (2000) para la práctica profesional de la telesalud, y de forma especialmente dirigidas a la psicoterapia a través de Internet son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte la Sociedad Nacional para la Salud Mental en Línea (ISMHO, 2013) publicó la "*Guía para servicios de salud mental on-line*", en la cual consigna principios como:

- Informar al usuario de la posibilidad de malos entendidos en los textos; el tiempo de respuesta en videoconferencias; el tiempo de respuesta de sus correos; así como del cuidado que se tendrá en la confidencialidad de su información, durante el proceso de la terapia.
- El paciente debe conocer el nombre completo del terapeuta y sus grados académicos. Así también conocerá de su derecho a no establecer una relación terapéutica si considera que el rapport con éste no es adecuado.

- Deberá informarse al paciente acerca de los beneficios potenciales que le proporciona la utilización de algunos de los servicios en línea.
- El paciente será informado acerca de los riesgos potenciales de la comunicación vía e-mail, por ejemplo: enviarlos a una dirección equivocada; con el fin de que se tomen las precauciones necesarias.
- Se precisará al paciente algunas medidas de seguridad, que resguardarán la información manejada en su computadora, tales como como contar con una contraseña para acceder a su computadora o encriptar la información.
- El paciente recibirá información acerca de las opciones de tratamiento alternativas.
- Se deberá contar con la identificación plena de las personas que figuren como tutores.
- El terapeuta proporcionará los servicios en línea con los mismos lineamientos de la terapia presencial, tales como: permanecer dentro de los límites de su competencia; determinar la frecuencia, forma de comunicación, cuota y forma de pago; realizar la evaluación correspondiente antes de proporcionar el tratamiento; asegurar la confidencialidad de la información del paciente, o excepcionalmente compartirla con su autorización previa; informar al paciente si existiera alguna copia de la información de su expediente; el terapeuta deberá cumplir puntualmente las normas de operación y procedimiento de la institución a la que pertenece.
- Deben discutirse los procedimientos a seguir en una emergencia, y contar con los datos necesarios para recibir apoyo local.

En la modalidad de psicoterapia vía Internet, se proporciona al usuario un formato de consentimiento que deberá firmar antes de iniciar el tratamiento. Este documento tiene la información necesaria, misma que revisa conjuntamente con el terapeuta, para que el usuario pueda decidir si desea participar en esta modalidad psicoterapéutica.

2.3.6 Técnicas cognitivo-conductuales vía Internet

2.3.6.1. Psicoeducación

Es la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, con el objetivo de que conozcan sobre el proceso de su problemática, para que lo entiendan y de esta forma, y cuenten con más elementos que les permitan manejarla (Rebolledo y Lobato, 1997).

Tiene como objetivo reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, posibilitando así evitar las recaídas.

Consiste propiamente en informar y explicar al usuario acerca de su diagnóstico y las características que lo conforman, su desarrollo, las variables que lo mantienen, las consecuencias a corto y largo plazo, así como aclarar las dudas que el usuario tenga al respecto.

Algunos de sus objetivos son:

- Fomentar la consciencia de enfermedad o trastorno mental.
- Fomentar el reconocimiento precoz de los síntomas
- Mejorar la adherencia terapéutica.
- Prevenir complicaciones del trastorno.

2.3.6.2. Entrenamiento en relajación

Esta técnica abarca una variedad de estrategias de manejo de estrés conductual, como: relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno y visualización; los cuales se dirigen a reducir de manera específica los síntomas de activación fisiológica. Reducen los niveles de tensión muscular, logran una respiración, tranquila, profunda y rítmica; incrementan la concentración y mejoran la percepción, proporcionando mayor energía y productividad. (Amutio, 1998).

La práctica de estas estrategias logra sustituir con una nueva respuesta condicionada (relajación), la respuesta condicionada anterior (ansiedad y temor). Ya que le permite al usuario, conocer el estado de tensión de cada parte de su cuerpo y contar con los recursos necesarios para relajar las zonas en tensión. Cada individuo logra darse cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante la experiencia ansiógena.

En psicoterapia vía internet el entrenamiento en relajación se realiza en tiempo real, dedicando el tiempo adecuado durante las sesiones, para la práctica correcta por parte del usuario, además de enviarle la información detallada para su realización.

El manejo adecuado de la relajación fortalece la efectividad del tratamiento, pues auspicia el trabajo que se realiza con otras técnicas. Lo anterior en virtud de que un estado de tensión dificulta afrontar los factores estresantes, los cuales minimizan su autoeficacia y su capacidad de hacer una evaluación racional de las situaciones.

La relajación constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo psicológico y lo fisiológico interactúan siendo partes integrantes del proceso.

2.3.6.3. Reestructuración cognitiva

La meta de esta técnica es identificar las cogniciones desadaptativas y transformarlas en pensamientos más adaptativos. Esto es, reestructurar las creencias irracionales (pensamientos negativos), las cuales afectan la autoestima y ponen en duda la capacidad y valía personal.

Es frecuente que las personas no seamos conscientes de los pensamientos que tenemos respecto de algunas personas, situaciones o de nosotros mismos, porque son pensamientos o creencias que hemos tenido toda nuestra vida, aprendidas en nuestro núcleo familiar y nuestro entorno cultural. Estos pensamientos a su vez permean nuestra percepción de los hechos.

De acuerdo con Beck (1976), las personas con trastornos emocionales padecen un exceso de pensamientos disfuncionales (irracionales, falaces o incongruentes) que causan y/o agudizan sus problemas. La reestructuración cognitiva parte del supuesto de que la forma en que percibimos los hechos interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conducta (Ellis, 1979).

Algunas formas de distorsiones cognitivas son: Abstracción selectiva; Razonamiento emocional; Pensamiento absolutista dicotómico; Inferencia arbitraria; Magnificación/minimización; Generalización; Visión catastrófica; Adivinación; Personalización; Deberías; Etiquetado incorrecto. Todos ellos tipos de pensamiento deformado que facilitan o generan ideas irracionales Matthew (1988).

La reestructuración cognitiva consiste en desarrollar con el usuario, perspectivas opcionales de interpretación de los hechos, con el objetivo de minimizar o descartar la interpretación negativa unilateral. De esta forma se les ayuda a alterar el procesamiento distorsionado de información, enseñándoles a hacer una evaluación racional de las probabilidades reales, en comparación con la posibilidad de que ocurra el suceso temido (Nezu et al., 2006). Lo que permite al

paciente percatarse de la causa de su ansiedad o depresión, en la que observan que es la interpretación de circunstancias amenazadoras de ciertas circunstancias, y no las circunstancias mismas.

2.3.6.4. Identificación y control de emociones

Mediante la aplicación de esta técnica se pretende que el usuario identifique la emoción que genera cada pensamiento, en especial los pensamientos irracionales.

Durante las sesiones, se muestra al paciente la forma en que los pensamientos que una persona tiene ante diversas situaciones, generan emociones (mismas que en muchas ocasiones le son desconocidas), y al mismo tiempo sensaciones, las cuales generalmente son desagradables.

Esto permite que el paciente pueda darse cuenta de la conexión de pensamiento, emoción, sensación; facilitando su comprensión de que ante un cambio en el pensamiento, la emoción también cambia.

Es importante señalar al paciente que las emociones no son buenas, ni malas pero en beneficio de su salud emocional es necesario expresarlas de forma controlada con el fin de no dañar a otros, ni a sí mismo.

2.3.6.5. Entrenamiento asertivo

Tiene como objetivo principal lograr una comunicación directa, honesta y expresiva, a partir de la adquisición de la habilidad asertiva, la cual permitirá al usuario expresar sus sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de forma adecuada y considerando los derechos de los demás (Kubli, 1987).

A partir de estrategias que ayudan al usuario a tener un mayor éxito en sus relaciones interpersonales y a sentirse bien consigo mismo, así como a modificar conductas problemáticas o conductas pasivas. Esta técnica apoya el mejoramiento de las habilidades sociales del paciente mejorando su nivel de autoestima.

La falta de asertividad puede observarse en una forma débil de expresar los sentimientos, creencias u opiniones, lo que propicia que se violen los derechos de la persona, dando como resultado baja autoestima, frustración, sentimientos de soledad y depresión (Kubli, 1987).

También hay falta de asertividad en la conducta agresiva de quienes defienden con exceso sus derechos e intereses personales por encima de los demás (Castanyer, 1997). Como resultado de una falta de control emocional, inseguridad, irritabilidad, errores en la forma de expresión de las emociones, poca tolerancia a la frustración, baja autoestima y no reconocimiento a los derechos propios y de los demás.

La conducta asertiva de un individuo está basada en la capacidad de elegir libremente su actuación. Es una característica del comportamiento social eficaz, no dañino; el cual implica la aceptación de los derechos humanos básicos, para los que todos somos iguales en sentido moral y nos tenemos que tratar como tales (Lega et al., 1997).

2.3.6.6. Entrenamiento en Solución de Problemas

El éxito del paciente en la solución de sus problemas favorece la percepción de su autoeficacia ante los retos de la vida y por lo tanto favorece su autoestima (Cárdenas et. al., 2011). Con el entrenamiento en solución de problemas el usuario obtiene una comprensión de los problemas vitales, de los intentos que hace para resolverlos (Caballo, 1991), así como una visión más completa que le

permitirá delimitar el problema y elegir una solución personal, a partir de un contexto más amplio.

Esta técnica ayuda al usuario a implementar decisiones efectivas, que además de solucionar el problema, aumentan y/o propician otras consecuencias positivas y minimizan efectos negativos. En cambio, la no resolución de los problemas o dificultad para resolverlos, afecta las relaciones interpersonales y la auto percepción de competencia ante los retos de la vida.

Esta técnica se aborda en psicoterapia vía Internet de acuerdo con el modelo de Nezu y D´Zurilla (2003), el cual consiste en 5 pasos básicos: La orientación hacia el problema; Definición y formulación del problema; Generación de alternativas; Toma de decisiones y Puesta en práctica de la solución y verificación.

Utilizando razonamientos lógicos para solucionar satisfactoriamente problemas personales, el usuario define con mayor puntualidad los problemas y genera soluciones alternativas; con lo que desarrolla una mejor capacidad de respuestas de afrontamiento más adaptativas (Nezu et al., 2006).

2.3.6.7. Prevención de recaídas

Para evitar que el paciente se desmotive o devalúe los logros de la intervención, es importante informar al paciente que la posibilidad de una recaída es algo normal y puede ocurrir durante o después del tratamiento (Marlatt, 1985).

Con el objetivo de que pueda superarla, además de reforzar el trabajo desarrollado durante la terapia, se dedica un tiempo especial para reflexionar acerca de las habilidades y estrategias adquiridas durante la terapia (Cárdenas et al., 2011).

3. MÉTODO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

3.1. Fases del Programa de Formación en la Práctica

Como parte del Programa de Formación en la Práctica me integré al Programa "Psicoterapia Vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica", con el objetivo de sumar a mi formación profesional, conocimientos y habilidades que me permitieran por una parte, insertarme en la práctica clínica, y por otra, en una modalidad de vanguardia al lado de los expertos en nuestro país.

El programa de Formación en la Práctica se llevó a cabo en tres semestres, durante los cuales se conformó el proyecto de Informe de Prácticas Profesionales y Servicio Social, integrado por actividades de capacitación, intervención psicoterapéutica con supervisión, revisión de resultados y elaboración de Informe.

- Durante el primer semestre recibí capacitación que me mostró el universo de trabajo de la psicoterapia vía Internet con temas como: Intervención terapéutica vía Internet; trastorno de depresión; trastorno de ansiedad; duelo y pérdida, y trastornos adaptativos; con las evaluaciones diagnósticas y tratamientos respectivos. Así también, problemas de pareja, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas cognitivo-conductuales; habilidades terapéuticas; intervención en crisis, y un curso de búsqueda bibliográfica en base de datos.
- En el segundo semestre inicié la práctica del primer contacto de la atención psicoterapéutica a la par de la intervención terapéutica bajo supervisión, conjuntamente con la familiarización y manejo de los formatos que integran los expedientes de los pacientes. Al mismo tiempo que realizaba la elaboración del anteproyecto del Informe de Prácticas Profesionales.

- El tercer semestre, con el apoyo de las supervisoras del laboratorio, llevé a cabo la revisión y análisis de los resultados obtenidos en la intervención terapéutica de cada usuario, y finalmente la elaboración del presente Informe.

3.2. Propósitos fundamentales del programa de intervención

Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos tanto en la etapa de capacitación del Programa de Formación en la Práctica, como en las materias que conforman el plan de estudios de la licenciatura en psicología. Así también, adquirir las destrezas y habilidades que me permitieran la adecuada aplicación de estos conocimientos, en situaciones reales, con la guía de supervisores capacitados.

Por otra parte, a partir de la aplicación de los conocimientos adquiridos, llevar a cabo los tratamientos psicoterapéuticos adecuados para reducir el nivel de depresión en dos mujeres diagnosticadas con depresión leve y moderada.

3.3. Destinatarios del programa de intervención

En el presente informe reporto el trabajo que realicé en la aplicación de la psicoterapia cognitivo-conductual vía Internet, a dos pacientes de sexo femenino, de 34 y 39 años de edad respectivamente, quienes solicitaron apoyo psicológico al programa: "Psicoterapia Vía Internet, una alternativa para la formación profesional en psicología clínica".

3.4. Espacio de trabajo

La capacitación, así como las prácticas de psicoterapia vía Internet, las lleve a cabo en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología que se encuentra ubicado en el primer piso del edificio B de la Facultad de Psicología de la UNAM.

3.5. Materiales, instrumentos y recursos que fueron necesarios para la ejecución del programa de intervención

Los materiales que utilicé en la implementación de los tratamientos fueron:

- Computadora con conexión a Internet (con cámara y micrófono)
- Audífonos
- Teléfono
- Software (Microsoft Office)
- Programas de mensajería instantánea: Chat, correo electrónico, videoconferencia
- Inventarios y cuestionarios de evaluación
- Formato de consentimiento

3.6. Etapas del procedimiento de intervención.

3.6.1. Evaluación:

La primera sesión se llevó a cabo a través de videoconferencia (formato que nos permite obtener información no verbal de la usuaria, su manejo de internet y el equipo de cómputo del que dispone para llevar a cabo sus sesiones terapéuticas; así como proporcionarle una explicación puntual del encuadre terapéutico), en la que las pacientes expusieron el motivo por el cual solicitaron la atención psicoterapéutica. El terapeuta a su vez, recabó algunos datos de la problemática expuesta. Al final de la sesión, se acuerda con la usuaria, enviarle por correo electrónico dos evaluaciones (ansiedad y depresión), con el acuerdo de que fueran respondidos y enviados a la brevedad. Las sesiones subsecuentes se llevaron a cabo a través de chat.

Las primeras sesiones tuvieron la finalidad de evaluar a las pacientes tanto en el diagnóstico de la problemática que las trajo a terapia, su adecuación a la modalidad vía internet y sus expectativas en cuanto a la terapia.

Se recabó información acerca del inicio de su depresión, ansiedad y su calidad de vida para elaborar hipótesis que nos permitieron saber que las pacientes eran candidatas a esta modalidad; al descartar un cuadro depresivo severo que posibilitara intenciones suicidas.

Así como valorar su familiaridad, conocimiento y manejo de las herramientas informáticas que se utilizarían en el transcurso de la terapia.

3.6.2. Tratamiento

Con base en la evaluación se elaboró un plan de tratamiento de acuerdo con la problemática y complejidad de cada paciente, lo cual implicó la organización de las técnicas cognitivo-conductuales, su orden de aplicación, duración, etcétera.

Cada una de las sesiones tuvo una duración de noventa minutos, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: Se inició con 5 a 10 minutos destinados para establecer rapport con el paciente, los 20 minutos posteriores se realizó la revisión de tareas y actividades asignadas en la sesión anterior como el uso del auto-registro y la escala de autoevaluación de mejoría, en los siguientes 35 minutos se explica la siguiente técnica planeada, iniciando su implementación. Se continúa con 15 minutos para la asignación y explicación de las actividades que deberá realizar entre sesiones y después se dedican los últimos 10 minutos para hacer el cierre de la sesión, que incluyó revisar el estado en el que se encuentra la paciente.

Después de cada sesión se llevó a cabo la supervisión, en la que se hizo una puntual revisión de cada sesión, autorregistros diarios, autorregistros de

mejoría, la continuación del tratamiento, así como de las dudas por parte del terapeuta, contextualizados por las observaciones de la supervisora. La supervisión es una constante que acompaña cada momento del desarrollo del tratamiento.

3.6.3. Seguimiento

Al finalizar el tratamiento se planearon comunicaciones con la paciente (a los 3 y 6 meses después de terminar el tratamiento), con el fin de aplicar nuevamente las evaluaciones de Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck e Inventario de calidad de Vida. Esto con la intención de observar la continuación de bienestar de las pacientes, a partir de su tratamiento; así como la comprobación de la efectividad de éste.

3.7 Actividades del proyecto de intervención terapéutica

Con base en los componentes que utiliza la Terapia Cognitivo-Conductual en la modalidad vía Internet (Psicoeducación; Respiración; Relajación; Asertividad; Identificación y control de emociones; Solución de problemas; Ejercicio; Reconstrucción cognitiva y Prevención de recaídas), se elaboró el plan de tratamiento para cada una de las usuarias.

Lo anterior tomando en cuenta el diagnóstico, problemática y complejidad de cada uno de los casos y tomando en cuenta los objetivos de la paciente al solicitar la terapia.

3.8. Estrategias de evaluación

En la etapa de evaluación se aplicaron: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Calidad de Vida y Salud, Cuestionario de Creencias Personales, Inventario de Exploración Clínica, Inventario de Autoestima, Entrevista, Autobiografía, y Consentimiento Informado.

Además se realizaron mediciones continuas para evaluar la evolución de la intervención, con el Auto-registro semanal y la Escala de Auto-mejoría semanal. Al finalizar la intervención clínica se aplicaron evaluaciones post para medir los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, lo que permite comparar el cambio en el usuario, antes y después del tratamiento.

Entrevista:

Su objetivo es obtener información que nos permita entender la problemática de las usuarias y apoyar con ésta la determinación del diagnóstico, así como la elaboración del plan de tratamiento.

En ésta se obtienen los datos personales de las usuarias (nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, etcétera), los que nos aportan una visión general del momento actual de la paciente.

Por otra parte, con el fin de obtener información del curso y evolución del problema, en la entrevista se solicita a la usuaria, a través de preguntas, que explique su motivo de consulta.

Así también, se obtiene la historia clínica, en la que se conjunta información sobre el desarrollo y la situación actual de las diferentes áreas de la vida de la usuaria, como: familia, su relación con ésta, condiciones económicas, salud; área afectiva, laboral, académica, social, de entretenimiento, etcétera. Así como información de hábitos de alimentación, sueño, limpieza, así como la percepción de sí mismo.

Consentimiento informado

Es un documento informativo, esencialmente ético, que se fundamenta en el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud. En este

formato se informa al usuario los derechos y obligaciones que adquiere al aceptar el tratamiento. Algunos de éstos son: El manejo confidencial de sus datos; su compromiso de asistir a las sesiones terapéuticas o en su caso, dar aviso de inasistencia; la importancia de su participación puntual en la realización de tareas, evaluaciones y actividades asignadas entre sesiones, o su derecho a dar por terminado el tratamiento en el momento que considere necesario, con el aviso pertinente. Así como, que salvaguardando siempre su derecho a la intimidad y al anonimato, acepta que los datos que se deriven del tratamiento puedan ser utilizados para la divulgación científica.

Autobiografía

Es la narración de su vida, escrita por el paciente, la cual nos permite corroborar o en su caso conocer ciertos aspectos de la vida del paciente que pudo haber omitido u olvidado durante la entrevista y puede ser importante para el desarrollo de algunos puntos del tratamiento.

Auto-registro semanal

Se entrega al paciente a partir de las primeras sesiones, con el fin de que consigne en este formato las situaciones que le causan malestar (relacionadas con el motivo de consulta); complementando esta información con el pensamiento que tiene ante esa situación, las emociones que le genera, las sensaciones físicas que le produce, lo que hizo ante esa situación y la propuesta del paciente con respecto a una alternativa de conducta.

Este formato será entregado un día antes de cada sesión con el fin de utilizar esta información, que corresponde a la vida real del paciente, en el aprendizaje de las técnicas que se revisarán durante su tratamiento.

Escala de auto-evaluación semanal

En este registro el paciente determina semanalmente, a partir de una escala del 0 al 7 (donde 0 es muy mal y 7 muy bien), el nivel de bienestar en el que se encuentra. Esto nos permite establecer una comparación del inicio del tratamiento con el final, así como detectar alguna problemática durante la semana y entre sesiones.

Establecimiento de metas de tratamiento

Al terminar las sesiones de evaluación se pide al usuario que determine las metas que quiere lograr con el tratamiento. Esto le permite enfocar su atención en los aspectos que quiere y/o necesita modificar de acuerdo con la importancia que tienen para su bienestar. Tomando en cuenta la importancia que tienen para él, pero también la posibilidad de realizarlos a corto plazo.

La revisión mensual de este formato permite observar avances en el tratamiento y la importancia de lograr paulatinamente las metas más importantes.

Inventario de exploración clínica

Este cuestionario permite la comparación de la información proporcionada por el usuario en la entrevista, al explorar datos como: motivo de consulta, datos clínicos, la problemática que presenta, síntomas físicos, así como las áreas laboral, social, de pareja y de ocio; en el devenir de su desarrollo y en el momento actual. Es un cuestionario de tipo cualitativo, descriptivo (Caballo y Salazar 2005).

Cuestionario de creencias personales

Esta es una escala de auto-reporte del pensamiento irracional. El cuestionario original consta de 60 ítems y contenía reactivos acerca de subescalas

como: principios básicos, catastrofizar, deberías auto-dirigidos, deberías directos, baja tolerancia a la frustración y auto-valía (Berger y Kassinove, 1981). Fue modificado, reduciéndolo a 50 ítems, eliminando la subescala de principios básicos y con una escala de calificación de seis puntos. (Berger, Cirillo y Kassinove, 1982).

Psicoterapia Vía Internet utiliza la adaptación de 25 ítems con una escala de calificación de seis puntos. (Adaptado por Psicoterapia Vía Internet, 2007). Las mismas respuestas de creencias irracionales serán utilizadas para la parte de trabajo de reestructuración cognitiva, cambiando afirmaciones irracionales por afirmaciones realistas y funcionales para el paciente.

Inventario de Ansiedad de Beck

Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el síndrome de ansiedad. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Beck, 1988). Consta de 21 ítems que consignan síntomas de ansiedad, evaluando la severidad de cada síntoma en una escala de 0 a 3. La versión adaptada y validada para México fue elaborada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), con un índice de consistencia interna de 0,83 en adultos.

Inventario de Depresión de Beck

El inventario consta de 21 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala del 0 al 3. Evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de Beck. Este inventario es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. La validación de la versión en español del BDI para población mexicana, la llevó a

cabo Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998).

Cuestionario de Autoestima

Esta escala fue diseñada con la intención de valorar el nivel de autoestima, identificando la autoevaluación del usuario, que a la vez influye en sus pensamientos, cogniciones y emociones. El inventario consta de 17 ítems cuya severidad es valorada por una escala del 4 al 1. El puntaje mínimo de autoestima negativa es de 8 y de autoestima positiva de 9. El puntaje máximo de autoestima negativa es de 32 y de autoestima positiva de 36 (Reidl, 2006).

Cuestionario de Calidad de vida y Salud

Evalúa fundamentalmente la calidad de vida y de salud de los pacientes, fue diseñado para población mexicana y posee una consistencia interna total de 0,90 (alfa de Cronbach) para pacientes crónicos. En psicología permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto ante diversos aspectos de su vida cotidiana.

El inventario consta de 57 ítems o síntomas cuya severidad es valorada por una escala de 6 opciones (0 a 100%) Adaptado por Cárdenas, (2007).

La evaluación de la prueba es en función de los cambios otorgados por el tratamiento, evaluados por aplicación pre y post. A menos puntaje menor calidad de vida y viceversa. Puntaje mínimo en cada reactivo 0%, en general 0. Puntaje máximo en cada reactivo 100%, en general 240.

Las áreas que evalúa son:

Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de la enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con

otros, como "Me preocupa que alguien se sienta incómodo (a) cuando está conmigo, por mi enfermedad".

Desempeño físico: se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como "Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos".

Aislamiento: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo "Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes".

Percepción corporal: Se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente como "Me da pena mi cuerpo".

Funciones cognitivas: Revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como "Se me olvida en donde puse las cosas".

Actitud ante el tratamiento: Revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo "Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad".

Tiempo libre: Explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como "Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos".

Vida cotidiana: Revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo "Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida".

Familia: Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como "Mi familia cuida mis sentimientos".

Redes sociales: Explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas "Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar".

Dependencia médica: Se refiere al grado en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante "No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure".

Relación con el médico: Se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante "Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad".

RESULTADOS

Paciente No. 1

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Motivo de consulta: *“Tengo depresión y ansiedad. Me siento temerosa, insegura y cansada; no puedo hacer cosas que antes me gustaban. Me siento molesta con mi esposo”.*

Diagnóstico formal: F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado.

Diagnóstico informal: Ansiedad moderada, baja autoestima, déficit de asertividad, déficit en habilidades de afrontamiento.

No. De sesiones planeadas: 16

Instrumentos aplicados:

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Ansiedad de Beck

Inventario de Exploración Clínica

Inventario de Auto-Estima

Inventario de Creencias Irracionales

Inventario de Calidad de Vida

Auto-registro de Mejoría

Metas: Auto-controlar sus emociones y sentirse segura de sí misma de nuevo.

Plan de tratamiento

Sesiones	Actividad	Objetivo
4	<p>Evaluación: Entrevista (videoconferencia), aplicación de escalas, registros e inventarios. Recopilación y análisis de toda la información. Establecer metas de tratamiento que incluyan logros a corto, mediano y largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir la problemática y elaborar el plan de tratamiento.
4	<ul style="list-style-type: none"> Relajación. Disminuir las reacciones fisiológicas que se desencadenan ante la ansiedad que causan ciertas situaciones asociadas a su problemática. Reestructuración cognitiva. (Simultánea a la realización de actividades placenteras). Alterar las metacogniciones desadaptativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmar con la paciente los resultados obtenidos y cambiar o complementar las actividades necesarias. Creencias irracionales y autoafirmaciones. A partir de cuestionamientos se desarticulan las creencias disfuncionales de la paciente reemplazándolas por autoafirmaciones funcionales.
4	<ul style="list-style-type: none"> Identificación y expresión de emociones. Que la paciente reconozca sus estados emocionales para que pueda expresarlos y decidir los que acepta y los que rechaza. Ejercicio. Reconciliación con su imagen corporal y por lo tanto una mayor autoestima que apoye su trabajo de asertividad, así como la realización de actividades que no requieren la aceptación de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> La paciente podrá distinguir los estados emocionales que presenta en diversas situaciones y optar por su cambio. Hacer con la paciente un enlace entre el trabajo con las emociones y sus cambios con la realización del ejercicio.
4	<ul style="list-style-type: none"> Asertividad. Con base en aproximaciones y en la identificación y expresión de emociones, la paciente determinará las acciones en las que quiere participar y la forma más adecuada de expresar su decisión para lograr armonía con ella y con su medio. Solución de problemas. Enlistar y determinar las posibles soluciones de un problema, priorizando su manejo o elección de acuerdo con su importancia para el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar los comportamientos asertivos que le permitan una mayor satisfacción personal. Sobre todo en cuanto a la expresión de sus deseos, emociones y sentimientos. La paciente tomará las decisiones más adecuadas a su gusto y satisfacción

Tabla 1. Tratamiento proporcionado a la usuaria No. 1

Resultados de las evaluaciones:

Inventario de Depresión de Beck: 23

Inventario de Ansiedad de Beck: 23

Inventario de Exploración Clínica: Dolores de cabeza, palpitations, ataques de ira, preocupaciones constantes.

Inventario de Auto-estima: Auto-estima negativa = 21; Auto-estima positiva = 20

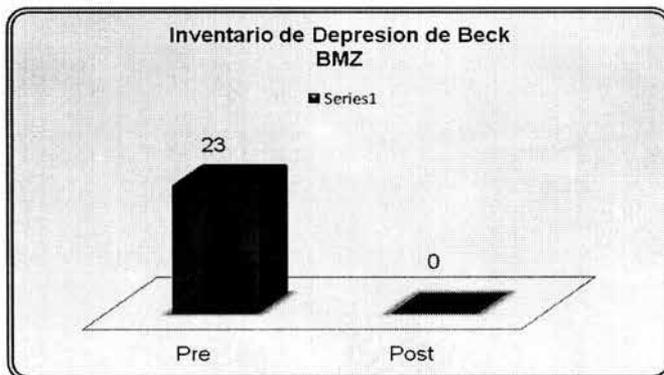
Inventario de Creencias Irracionales: Catastrofizar 28, Deberías auto-dirigidos 13, otros deberías 25, Baja tolerancia a la frustración 20 y auto-valía 26.

Inventario de Calidad de Vida: Pre-151; Post-213

Auto-registro de Mejoría: 0, 0, 6, 6, 6, 6, 6, 5, 7, 7, 6, 6, 6, 7, 7, 7.

Inventario de Depresión de Beck

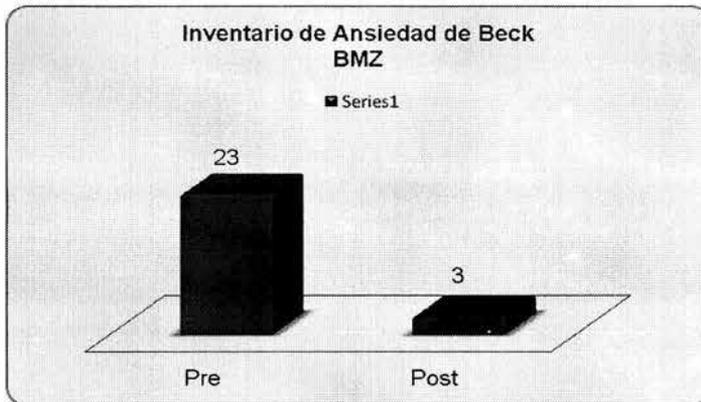
De acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación pre-tratamiento del inventario (23 puntos), la evaluación del nivel de depresión de la paciente corresponde a Depresión Moderada. La puntuación obtenida en la aplicación post del inventario (0 puntos), de acuerdo con las normas de clasificación = No depresión.



Gráfica 1. Puntuaciones pre y post de depresión de la usuaria No. 1.

Inventario de Ansiedad de Beck

De acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación pre del inventario (23 puntos), la evaluación del nivel de ansiedad de la paciente corresponde a Ansiedad Moderada. La puntuación obtenida en la aplicación post-tratamiento del inventario (3 puntos), corresponde a un nivel de Ansiedad Mínima (De acuerdo con las normas de clasificación = No ansiedad).



Gráfica 2. Puntuaciones pre y post de ansiedad de la usuaria No. 1.

Inventario de Exploración Clínica

La paciente expresa que desde niña “ha tenido problemas con los nervios”. Durante su infancia y adolescencia y hasta hace unos años pasaba semanas con insomnio o dolores de cabeza. Ahora la molestia constante es la colitis y dolores musculares.

Síntomas que presenta:

Dolores de cabeza, palpitaciones, incapaz de mantener la atención, mareos, problemas de evacuación, temblores, depresión, ideas de suicidio, dificultad para relajarse, agitada, incapaz de sentir placer, preocupaciones

constantes, problemas para concentrarse, temores absurdos, ambición en exceso, ataques de ira, incapaz de mantener un trabajo, clima hogareño negativo.

Inventario de Autoestima

La gráfica muestra disminución en el nivel de autoestima negativa y aumento en el nivel de autoestima positiva, en las evaluaciones post-tratamiento, lo que representa una mejora en la eficacia personal al tomar decisiones, tomando el control sobre su propia vida y produciendo resultados deseados; flexibilidad para adaptarse a los cambios oportuna y funcionalmente; mayor congruencia entre lo que dice y hace; orgullo por los propios logros; ausencia de culpa y vergüenza sobre sí misma; mayor capacidad de posponer la inmediata satisfacción de sus impulsos; independencia de la opinión de otros; establecimiento de expectativas y metas alcanzables y mayor confianza y seguridad en sí misma.

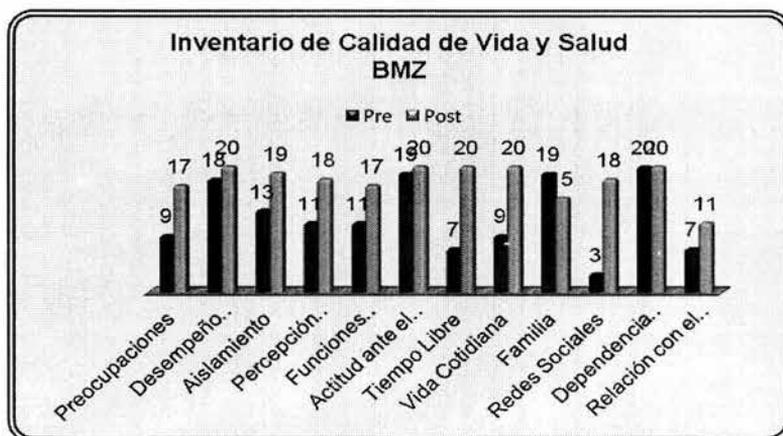
Por otra parte la disminución de la autoestima negativa muestra una reducción en la depreciación de sí misma al tomar decisiones; en la devaluación de las propias virtudes y los resultados alcanzados; disminución del desánimo, la tristeza profunda, en la falsa creencia de ser inferior; y del sentimiento de culpa y autocasitgo.



Gráfica 3. Puntuaciones pre y post de autoestima de la usuaria No. 1.

Inventario de Calidad de Vida

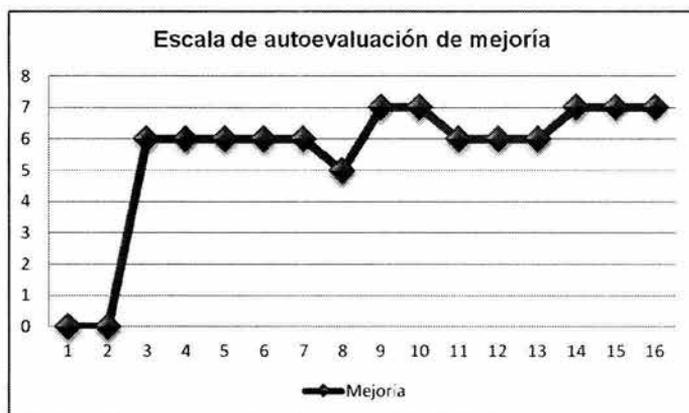
En la evaluación de la percepción de satisfacción de la paciente ante diversos aspectos de su vida cotidiana, se observa un incremento global en la puntuación de la aplicación pre-tratamiento y post-tratamiento de 152 y 213 respectivamente. En las aplicaciones del Inventario de Calidad de Vida Pre y Post tratamiento, también encontramos, a partir del Índice del Cambio Clínicamente Significativo para la evaluación de Calidad de Vida, cambios clínicamente significativos en las áreas de percepciones, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, tiempo libre, vida cotidiana y redes sociales. Estos cambios representan mejoras en la percepción de la interacción con otros; en los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual; en el grado de satisfacción que tiene sobre su aspecto físico; en sus funciones de memoria y concentración; en la percepción sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; en el grado de satisfacción percibida por los cambios en las rutinas a partir de su enfermedad; así como la mejoría en los recursos con que cuenta paciente para resolver problemas.



Gráfica 4. Puntuaciones pre y post de calidad de vida de la usuaria No. 1.

Escala de autoevaluación de mejoría:

Los reportes que hizo la paciente muestran un aumento en el grado de mejoría en su estado de ánimo semanal, durante quince, de las 16 semanas de duración del tratamiento. Cabe señalar, que las diferentes auto-evaluaciones coincidían con el estado reportado durante la semana en el auto-registro semanal, que enviaba la usuaria un día antes de cada sesión terapéutica. Por otra parte, la evaluación de mejoría por parte de la usuaria en las últimas sesiones terapéuticas fué coincidente con su actitud de iniciativa y realización de proyectos.



Gráfica 5. Puntuación de mejoría semanal de la usuaria No. 1.

Recomendaciones:

La usuaria fue muy cumplida con sus tareas, sus asistencias y con la puesta en práctica de las técnicas trabajadas en las sesiones terapéuticas. Considero que el cumplimiento del encuadre tanto por parte de la usuaria como por parte de la terapeuta fue un elemento importante en el establecimiento de la adherencia terapéutica y por supuesto en el éxito de la terapia como apoyo para la disminución de los niveles de depresión y ansiedad de la paciente.

Por otra parte la adaptación de las técnicas a sus actividades y problemáticas cotidianas, así como la combinación de las técnicas en los diferentes momentos de sus problemáticas, representó una motivación adecuada y suficiente para esta paciente, además de un manejo más práctico y cercano de la integración de las técnicas en su diario acontecer.

Participante No. 2

Sexo: Femenino

Edad: 39 años

Motivo de consulta: "Aprender a manejar mi estrés, ansiedad y cambios de ánimo. Necesito mejorar la comunicación con mi pareja, actualmente pasamos por un periodo difícil." La paciente delimita su problemática como: Manipulación.

Diagnóstico formal: F32.0Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve

Diagnóstico informal: Falta de asertividad, poca habilidad en la resolución de problemas, inadecuado manejo de habilidades sociales.

Aun cuando el nivel de depresión de la paciente es leve, de acuerdo con los resultados de la evaluación del Inventario de Depresión de A. Beck, se consideró que el diagnóstico de depresión se complementa y sustenta como tal, con el contenido de su discurso durante las primeras entrevistas de la terapia, en las que se observó un grado considerable de desesperanza, cambios en el peso corporal, irritabilidad, y pensamientos negativos

No. De sesiones planeadas: 16

Instrumentos aplicados:

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Ansiedad de Beck

Inventario de Exploración Clínica

Inventario de Auto-estima

Inventario de Creencias Irracionales

Inventario de Calidad de Vida

Auto-registro de Mejoría

Metas de tratamiento: Tomar decisiones correctas y ser independiente.**Plan de tratamiento**

No. de sesiones	Actividad	Objetivo
4	<p>Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista: (videoconferencia), aplicación de escalas, registros e inventarios. Sesiones. Esclarecer los pensamientos y conductas que pueden trabajarse para cambiar la situación de la paciente a la forma que ella desea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir la problemática y definir el plan de tratamiento.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva. Alterar la meta cogniciones des adaptativas. Creencias irracionales, autoafirmación. A partir de cuestionamientos se desarticularán las creencias disfuncionales de la paciente reemplazándolas por autoafirmaciones funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se logrará esclarecer ideas irracionales que subyacen a las conductas actuales.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y expresión de emociones. Identificación y expresión de emociones. A partir de diversas preguntas la paciente identificará las sensaciones que experimenta en presencia de diversas emociones positivas y negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que la paciente reconozca sus estados emocionales para que pueda decidir los que acepta y los que rechaza. La paciente podrá distinguir los estados emocionales que presenta en diversas situaciones.

4	<ul style="list-style-type: none"> • Asertividad: Asertividad. Con base en aproximaciones y en la identificación y expresión de emociones la paciente determinará las acciones en las que quiere participar y la forma más adecuada de expresarlas para lograr una armonía con ella y su medio. • Solución de problemas. Enlistar y determinar las posibles soluciones de un problema, priorizando su manejo o elección de acuerdo con su importancia para la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente tendrá la capacidad de decidir las situaciones que quiere experimentar y las que no. Incrementar los comportamientos asertivos que le permitan una mayor satisfacción personal. • La paciente tomará las decisiones más adecuadas a su gusto y satisfacción
---	---	--

Tabla 2. Tratamiento proporcionado a la usuaria No. 2.

Resultados de las evaluaciones:

Inventario de Depresión de Beck: Pre-10; Post-0

Inventario de Ansiedad de Beck: Pre-5; Post-0

Inventario de Exploración Clínica: Tensión, dificultad para relajarse, preocupaciones constantes, ataques de ira, problemas económicos y clima hogareño negativo.

Inventario de Auto-Estima: Pre Auto-estima negativa = 11; Pre Auto-estima positiva = 35 y Post Auto-estima negativa = 8; Post Auto-estima positiva = 36

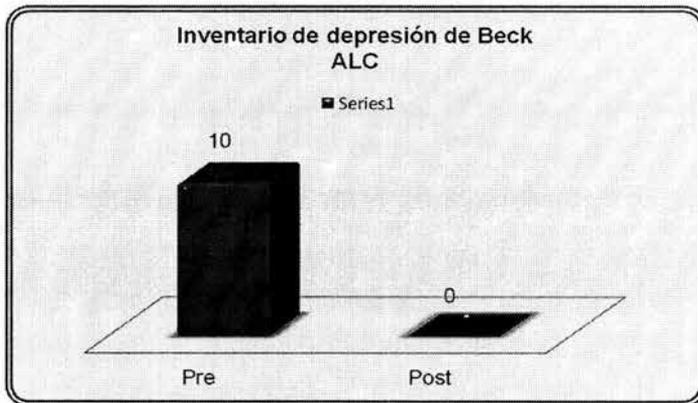
Inventario de Creencias Irracionales: Catastrofizar 38, Deberías auto-dirigidos 20, otros deberías autodirigidos 36, Baja tolerancia a la frustración 40 y auto-valía 38.

Inventario de Calidad de Vida: Pre-197; Post-211

Auto-registro de Mejoría: 0, 0, 5, 5, 5, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 6, 6, 4, 6, 6, 7.

Inventario de Depresión de A. Beck:

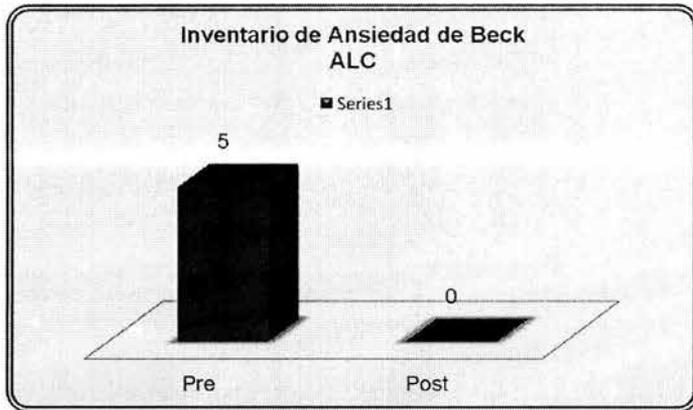
De acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación pre del inventario (10 puntos), la evaluación del nivel de depresión de la paciente corresponde a Depresión Leve. La puntuación obtenida en la aplicación post del inventario (0 puntos), corresponde de acuerdo con las normas de clasificación = No depresión.



Gráfica 6. Puntuaciones pre y post de depresión de la usuaria No. 2

Inventario de Ansiedad de Beck:

De acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación pre del inventario (5 puntos), la evaluación del nivel de ansiedad de la paciente corresponde a Ansiedad Leve. La puntuación obtenida en la aplicación post-tratamiento del inventario (0 puntos), corresponde de acuerdo con las normas de clasificación = No ansiedad.



Gráfica 7. Puntuaciones pre y post de ansiedad de la usuaria No. 2.

Inventario de Exploración Clínica:

La paciente expresa incomodidad por la falta de compromiso por parte de su esposo en cualquier situación que implique responsabilidad, sobre todo en sus planes como pareja y en la actividad laboral que comparten.

Síntomas que presenta:

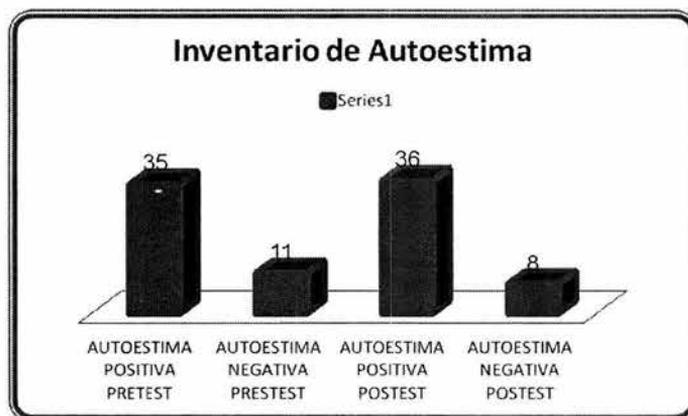
Tensión; dificultad para relajarse; preocupaciones constantes; problemas económicos; ataques de ira y clima hogareño negativo.

Inventario de Autoestima

En la evaluación pre-test se observa que la usuaria cuenta con capacidad para la toma de decisiones y del control de algunas áreas de su vida, logrando producir los resultados deseados, que causan un orgullo de sí misma. En sus actividades laborales se desempeña sin culpa y con seguridad en sí misma, pues establece sus expectativas y metas en niveles alcanzables. Es consciente de sus acciones, propósitos y valores.

Así también, reacciona con rigidez ante los cambios no esperados. Tiene una actitud orgullosa y poca tolerancia a la frustración. Inciden en su estado de ánimo la opinión y aceptación externas, sobre todo en situaciones de interacción personal, con una resultante de incongruencia entre lo que dice y lo que hace, sustrayéndose de la realidad propia en cuanto a acciones y resultados. Estas últimas características pueden incidir directamente en un manejo inadecuado de sus habilidades sociales y éstas a su vez en un estado de ánimo deprimido, como defensa ante el fracaso de sus expectativas respecto de sus interacciones sociales.

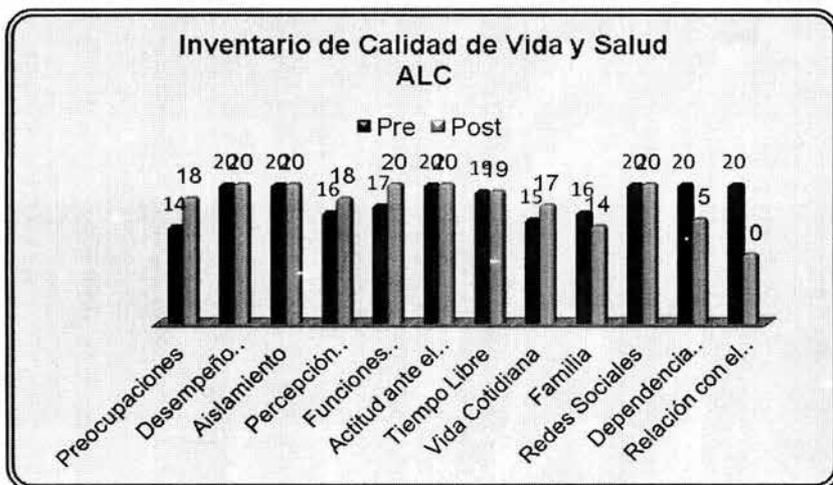
La evaluación post-test no refleja cambios significativos en los resultados comparados con la evaluación pre-test, sin embargo en el discurso y acciones de la paciente se observó un incremento en el pensamiento positivo con respecto a su capacidad de lograr los cambios deseados, mismos que de hecho puso en marcha.



Gráfica 8. Puntuaciones pre y post de autoestima de la usuaria No. 2.

Inventario de Calidad de Vida y Salud

En la evaluación de la percepción de satisfacción de la paciente ante diversos aspectos de su vida cotidiana, se observa un incremento global en la puntuación de la aplicación pre-tratamiento y post-tratamiento de 197 y 211 respectivamente. En las aplicaciones del Inventario de Calidad de Vida Pre y Post tratamiento, también encontramos, a partir del *Índice del Cambio Clínicamente Significativo para la evaluación de Calidad de Vida*, cambios clínicamente significativos en las áreas de percepciones, funciones cognitivas y vida cotidiana. Estos cambios representan mejoras en la percepción de la interacción con otros; en los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual; en sus funciones de memoria y concentración; en el grado de satisfacción percibida por los cambios en las rutinas a partir de su enfermedad; así como la mejoría en los recursos con que cuenta la paciente para resolver problemas.



Gráfica 9. Puntuaciones pre y post de calidad de vida de la usuaria No. 2.

Escala de autoevaluación de mejoría



Gráfica 10. Puntuación de mejoría semanal de la usuaria No. 2.

Los reportes que hizo la paciente muestran un aumento en el grado de mejoría en su estado de ánimo semanal, durante quince, de las 17 semanas de duración del tratamiento. Cabe señalar que se observó una coincidencia significativa entre la evaluación recibida un día antes de cada sesión y el estado de ánimo de la paciente al iniciar las sesiones. Por otra parte me permito resaltar el grado de satisfacción de la paciente, por el manejo de sus emociones y la armonía de sus interacciones, como resultado de las técnicas trabajadas en la terapia durante las últimas sesiones terapéuticas.

Recomendaciones:

Cabe señalar que la paciente mostró un nivel muy aceptable de cooperación, integración y acomodamiento del trabajo a lo largo de toda la terapia, sin embargo generalmente estuvo presente en sus respuestas iniciales a los cambios de perspectiva y/o conductas, una actitud defensiva, muy determinante con tintes de perfección, justicia y lindura. Sin embargo, las técnicas aplicadas a los ejemplos de su vida cotidiana permitieron encontrar la fisura para inducir un cambio de perspectiva en la paciente, así como la acomodación de la técnica.

Por otra parte, es importante mencionar que aún y cuando el nivel de depresión, de acuerdo con los resultados del Inventario de Depresión de A. Beck, se ubica en un nivel leve y de acuerdo con los resultados del Inventario de Autoestima la paciente cuenta con las características y habilidades suficientes y necesarias para la realización eficiente de su vida cotidiana, se consideró como diagnóstico Depresión leve, para el diseño del tratamiento.

Además se tomó en cuenta que el manejo inadecuado de las habilidades sociales de la usuaria, dificultaba de forma evidente su intención de ser tratada como adulto, lo que frustraba sus planes de independencia, propiciando los síntomas depresivos, observados durante las sesiones de evaluación. Cabe señalar que su forma de relación e interacción social (protegida por los demás), fue la dinámica de relaciones sociales habitual para la paciente desde la infancia, reafirmada probablemente por su problemática física congénita (pie equino varo).

CONCLUSIONES

Una visión más asequible de la depresión y su tratamiento, sobre todo en los niveles leve y moderado posibilitará una mayor disposición para su atención. Esta disposición puede generalizarse, a medida que tanto los profesionales de la salud como la sociedad civil, cuenten con más información acerca de la detección y diagnóstico de la depresión, así como de los tratamientos disponibles, entre los que existen tratamientos breves que han probado su efectividad reduciendo los niveles de ansiedad y depresión pero sobre todo, mejorando el nivel de calidad de vida de los pacientes.

Los tratamientos de depresión leve y moderada tratados con psicoterapia cognitivo conductual en la modalidad vía Internet, presentados en este informe, muestran un resultado positivo en cuanto a la disminución de los niveles de depresión y ansiedad de las usuarias, así como cambios positivos de acuerdo a la evaluación de calidad de vida, comparados en las aplicaciones pre y post tratamiento.

Los resultados antes mencionados, se observaron en: la percepción más adaptativa de las usuarias, de su interacción con los otros; la disminución de los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual; la mayor satisfacción sobre su aspecto físico; la mejoría de sus funciones de memoria y concentración; el disfrute de actividades recreativas; el grado de satisfacción personal percibida; así como una mejor percepción de los recursos que tenían para resolver problemas. Todos estos índices se vieron reflejados de forma global, en la elaboración de planes realistas y optimistas para su futuro.

En razón de los resultados y los cambios observados, se concluye que la psicoterapia vía Internet en el tratamiento de depresión leve y moderada fue eficaz para las usuarias cuyos casos se presentaron en este informe y cuyos resultados, coinciden con los obtenidos por: Durán (2009); Carreño (2011); Luarte (2011) y

Ubaldo (2013), en la aplicación de psicoterapia vía Internet en el tratamiento de la depresión, en población mexicana.

Se considera conveniente hacer notar que en los dos casos presentados, las usuarias contaban con algunas variables similares, tales como: sexo femenino, edad entre 34 y 39 años (jóvenes), con estudios a nivel licenciatura, con trayectoria laboral profesional y con familiaridad en el manejo de computadora e internet.

También cabe mencionar, que el cumplimiento del encuadre por parte de las usuarias, en cuanto a asistencia, puntualidad y participación en la realización de ejercicios y tareas fue muy aceptable, lo cual permitió llevar a término el plan de tratamiento, obteniendo una reducción en los niveles de ansiedad y depresión, así como un aumento en los niveles de su calidad de vida.

Las características descritas en los párrafos anteriores, me sirven de base para proponer la investigación en estudios posteriores, de elementos que pudieron propiciar y/o reforzar la obtención de resultados positivos en la TCC aplicada vía Internet, tales como la adherencia terapéutica y sus características específicas en esta modalidad.

Lo anterior, dada la importancia que la adherencia terapéutica representa para el éxito de la psicoterapia, en sus diversas expresiones como: cantidad y tipo de apoyo que los usuarios requieren por parte del terapeuta; la consideración de la psicoterapia como un sistema abierto en la que consultante y terapeuta aportan sus características para dar lugar a la adecuada relación terapéutica.; el monitoreo constante de la relación terapéutica que permite reparar rupturas de la alianza, mejorar la relación, modificar estrategias técnicas y evitar la terminación prematura; las cualidades y comportamientos del terapeuta que promuevan la relación terapéutica, etcétera.

La psicoterapia cognitivo conductual, de acuerdo con los estudios realizados por la APA, encabeza la lista de las psicoterapias que han probado su efectividad en el tratamiento de la depresión. En cuanto a la modalidad de psicoterapia en línea, simultánea de paciente-terapeuta, comienza a demostrar su efectividad al nivel de la terapia tradicional en diversas partes del mundo, como lo demuestra, el estudio realizado por Barth et al. (2013), en el que siete diferentes formas de terapia, mostraron iguales resultados (de buenos a muy buenos) y ninguna diferencia con la aplicación a través de internet; por lo que ampliar nuestro conocimiento con respecto a las diversas características de esta modalidad, le posibilitarán una mayor eficacia.

Finalmente se considera oportuno mencionar la necesaria y urgente apertura a las nuevas formas de comunicación por parte de las autoridades y los profesionales de la salud mental, para reconocer a la psicoterapia cognitivo conductual vía Internet, como modelo psicoterapéutico que cuenta con las características necesarias para participar de forma significativa en el abordaje de la problemática que representa la depresión en nuestro tiempo. Una apertura que posibilite mayor investigación, que la reafirme como una opción válida, conveniente y oportuna, sobre todo si se toma en cuenta que la mayor incidencia de depresión se presenta en jóvenes, cuya familiaridad con el manejo de la computadora e internet puede ser un aliado tanto para un mayor acceso a la psicoterapia, como un mejor resultado de su aplicación.

La falta de atención a la depresión no tiene ninguna razón de ser, pues como lo consignan diversas instituciones nacionales e internacionales, la depresión debe considerarse como un problema de enormes magnitudes, pero también un problema que se puede afrontar de forma efectiva, facilitando a la población mundial el acceso a las psicoterapias.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., y Spielberger, Ch. (marzo-abril 2007). Ansiedad y Depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Medigraphic. Salud Mental*, Vol. 30, No. 2.
- Alain, G. (2012). *Depresión. La Enfermedad del siglo*. España: Mensajero
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., Vázquez, C. (2006). *Depresión* (Guías Clínicas 2006). Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". España. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra>.
- Altamura, C., Dell'Osso, B., Mundo, E., y Dell'Osso, L. (2007). Duration of Untreated Illness in Major Depressive Disorder: A Naturalistic Study. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10): 1697-1700.
- American Psychiatric Association (2001). Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *PsychiatryOnline*, 158:1-52. doi: 10.1176/appi.books.9780890423363.148718
- American Psychiatric Association, (1994). DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andersson, G. (mar, 2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *PubLMed*; 47(3):175-80. doi:10.1016/J.brat.2009.10.010.
- Andersson, G. y Cuyjpers, P. (Oct, 2008). Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 193: 270-271 doi:10.1192/bjp.bp.108.054080.
- Antonuccio, D., Danton, W. y Denelsky, G. (1999). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-85.
- Aragones, E., Piñol, J. y Labad, A. (Oct, 2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Open Access*. 41 (10).
- Ardila, R. (2011). "Una declaración de principios éticos en psicología para toda la humanidad". Colombia. Recuperado de <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-8-1-11-9.pdf>
- Asociación Médica Mundial (2009). Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre principios directivos para el uso de la Telesalud en la Prestación de Atención Médica. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/t5/>
- Asociación Mexicana de Internet. (2013). Hábitos de los usuarios de internet en México. Recuperado de <http://www.amipci.org.mx/?P=editomultimediafile&Multimedia=348&Type=1>.

- Bandura A. (1989). *Social Cognitive Theory*. IN: Annals of Child Development. Greenwich, CT: Jai Press LTD.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Publication.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, N., Nüesch, E. y Trelle, S. (2013). Eficacia comparativa de siete intervenciones psicoterapéuticas para pacientes con depresión. *PLoS Med*; 10 (5)
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. y Lozano, R. (2005). Prevalence and diagnosis of depression in México. *Salud Pública de México*, 47 suppl. 1: S4-S11.
- Berenzon, S., Lara, Ma., Robles, R., Medina-Mora, ME. (2013). Depresión estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1).
- Berlinck, M. (2000). *Psicopatología fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Bermejo, A. (1999). *Eficacia y aplicación de la terapia cognitivo conductual vía Internet*. IV Congreso Internacional de Psicología Cognitivo/Conductual (1999). Valencia.
- Bernal, M., Haro, JM., Bernet, S. marzo, 2007). Risk factors for suicidality in Europe. *BioMed Central*, 13, 80. doi: [10.1186/1471-244X-13-80](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-80)
- Bittner, A., Goodwin, R., Wittchen, H., Beesdo, H., Höfle, M. y Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder?. *J Clin Psychiat*, 65.
- Blanco, A., y Villalvilla, D. (enero, 2012). Plan de cuidados estandarizados del paciente con trastornos depresivos en el ámbito de atención primaria. *Nursing*, 22(01).
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C et al. (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in México. *Am J Public Health*, 97.
- Botella, C., Gallego, M., García-Palacios, A., Guillén, V., Baños, R., Quero, S. y Alcañiz, M. (Agosto, 2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 13(4) doi: 10.1089/cyber.2009.0224.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. España: Psicología Pirámide.

- Callahan, C., Hui, S., Nienaben, N. y Musick, B. (1994) Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *Journal American Geriatrics Society*, 42(8).
- Cano, A., Salguero, J., Mae, C., Dongil, E., y Latorre, J. (2012). La Depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1).
- Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guías/trastornos_afectivos.pdf
- Cárdenas G., Flores L. y De la Rosa A. (2011). *Psicoterapia Vía Internet*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cárdenas, G. y Serrano, B. (2005). *Tutorial Multimedia: Trastorno de Ansiedad Generalizada*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, R. y Flores, L. (2005). *Psicoterapia en línea, manual del terapeuta*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Carlbring, P. y Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well cant they be combined?. *Computers in Human Behavior*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2004.10.009>
- Carreño, V. (2011). *"Resultados de la intervención terapéutica cognitivo-conductual vía Internet en pacientes con depresión y/o ansiedad"*. México: Informe de prácticas profesionales para obtener el grado de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud de México, 2012. www.cenetec.salud.gob.mx
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1).
- Chamorro García L. (2004). *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria*. España: Ars Médica.
- Christensen, H., Griffiths, M. y Jorm, A. (2004). Primary care. Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trial. doi:10.1136/bmj.37945.566632.EE.p.1.

- Cipriani A, Malvini L, Furukawa TA, Barbui C. (2007). Relationship between quality of reports of antidepressant randomized controlled trials and treatment estimates: systematic review, meta-analysis, an meta-regression analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 07(27), 352-356.
- Clapier-Vallardon, S. (1987). *Las teorías de la Personalidad*. España:Pidotribo.
- Clarke,G. Eubanks,D. Reid,E. Kelleher,C. O'Connor,E. y DeBar,L. et al.(2005). Overcoming depression on the Internet: A randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research* 7(16).
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cohen, E. (2010). La gente hace más preguntas médicas a Google que a sus doctores. *CNN*. <http://mexico.cnn.com/salud/2010/10/26/la-gente-hace-mas-preguntas-medicas-a-google-que-a-sus-doctores>
- Consejo General de la Psicología en España (2008). Los beneficios de los tratamientos psicológicos, ¿Qué dicen los expertos?. ISSN1886-1385 *Infocop Online*.
- Corr P. (2008). *Psicología Biológica*. México: Mc Graw Hill. México.
- Covertly, P. y Gellatly, J. (sep, 2008). Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy. *PubLMed*, 13(Pt 3):381-400.
- Craighead, W.E, Craighead, W.L. y Ilardi, S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. A guide to treatments that work, (226-239). Nueva York: *Oxford University Press*, Inc.
- Cuenca, P. (2011). Curso de formación para el personal de atención primaria en salud en: "Telesalud Rural". Recuperado de <http://www.utpl.edu.ec/tutupaly/>
- Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. y Adding (2009). Psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* y 70:1219–1229.
- Cuijppers, P. y Schuurmans, J. (Ago,2007). Self-help interventions for anxiety disorders: an overview. *PubLMed*, 9(4):284-90.
- D´Zurilla, T y Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Davis, W., Hess, G. y Hiss R. (1998). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care* 11:538-545.
- De Martos, C. (marzo, 2012). Curar por Internet. *El Mundo*.

- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet, (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health, *Organization World Mental Health Surveys*. 291:2581–2590.
- Durán, X. (2009). *Manual de estrategias para el tratamiento del duelo y pérdida, vía Internet*. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ehrenberger, A. (2000). *La fatigues d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secausus, NJ: Carol.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. (2nd ed). Secausus, NJ: Carol Publishing Group.
- Ellis, A. (1996). *Better, deeper and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. New York.
- Emperador Herrero, L. (2002). Psicoconsulta: Una terapi@ on-line. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/10/index.html>
- Ezquiaga, E., García, A., y Díaz de Neira, M., et al. (2011). "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Asoc Esp Neuropsiq*, 31(111): 457-475.
- Federación Mundial de la Salud Mental, (Oct., 2012). *Proclama del día Mundial de la Salud Mental 2012, "La depresión: Una crisis global"*. Washington, DC, Recuperado de <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20%20Spanish%20Translation%202.pdf>
- Frodl, T., Koutsouleris, N., Bottlender, R., Born, Ch., Jäger, M., Scupin, I., Reiser, M., Möller, H. y Meisenzahl, M. (2008). Depression-Related Variation in Brain Morphology Over 3 Years. *Arch Gen Psychiatry*, 65(10):1156-1165. doi:101001/archpsyc.65.10.1156
- Giner, J. (2013). *Consenso español de salud física del paciente con depresión*, España Universidad de Oviedo. Recuperado de http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2014/2014_Giner_Consenso.pdf
- Hernández, N., y Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros en Red*. Recuperado de <http://www.librosenred.com/libros/manualdepsicoterapiacognitivoconductualparatrstornosdelasalud.html>
- Hoffmann, W. (2006). Telematic technologies in mental health caring: A web-based psychoeducational program for adolescent suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 461-474.
- Hollon, S., Haman, K., y Brown, L. (2002). *Cognitive-behavioral treatment of depression. In Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.

- Hollon, S., DeRubens, R., Shelton R., Amsterdam, J., Salomon, R., O'Reardon, J., Lovett, M., Young, P., Haman, K., Freeman, B. y Gallop, R. (2002). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch. Gen Psychiatry*.
- Hollon, S., Muñoz, R., Barlow, D., Beardslee, W., Bell, C. y Bernal, G. et al. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment depression: Promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52, 610-630.
- Instituto Nacional de Salud Pública de México, (2005). Lozano, R., Franco, M. y Solis, P. *El Peso de la Enfermedad Crónica en México. Salud pública de México*, 49(1):283-287.
- International Journal of Clinical Practice. (2007) 61(10):1697-1700. Recuperado de <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb554.htm>
- Jacmon, J., Malouff, J. y Taylor, N., (2009). Treatment of Major Depression: Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy with an Internet Course as a Central Component. *Electronic Journal of Applied Psychology*. 5(2): 1-8.
- Jarret, R. y Rush, A. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. *Psychiatry*, 57, 115-33.
- Kaplan, H. y Sadock, B., (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. España: Panamericana.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, DJ., Araya, R., Hollinghurst, S. & Peters TJ. (2009). Psicoterapia vía Internet para la depresión en atención primaria: un ensayo controlado. *Revista Lancet*.
- Kirsch, I., Deacon, J., Huedo, T., Scoboria, A., Moore, T., Johnson, B. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits; A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLOS Medicine* doi: 10.1371/journal.pmed.0050045.
- Lara MC, Medina-Mora ME. y Borges G. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*; 30:4-11.
- Lara-Muñoz M. C., Robles García R., Orozco R., Real T., Chislom D. y Medina-Mora Ma. E. (julio-agosto, 2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33(4): 301-308.
- Lega, I., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual* (2ª ed.). España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Lozano R., Franco M., y Solis P. (2007). El peso de la enfermedad crónica en México. *Redalyc, Salud pública de México*, 49 (número especial). issn (versión en línea) 1606-7916, 283-287.

- Luarte, L. (2011). *Psicoterapia vía Internet para trastornos de depresión*. México: Informe de prácticas profesionales para obtener el grado de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mackinnon, A., Griffiths, K. y Christensen, H. (2008). Comparative randomized trial of line cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 14-30.
- Macrodimitis, S., Wershler, J., Hatfield, M., Hamilton, K., Backs-Dermott, B., Mothersill, K., Baxter, C. y Wiebe, S. (Junio, 2011). Group cognitive-behavioral therapy for patients with epilepsy and comorbid depression and anxiety. *ELSEVIER Epilepsy & Behavior*. 20(1);83-88.
- Mahoney, M. (1988). *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Marcus, M., Yasamy, T., Ommeren, M., Chisholm, D. y Saxena, S. (2012). La Depresión-una preocupación de la salud pública global., 2012. Comunicado de prensa. 20 aniversario del Día de la Salud Mental. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es
- Marks, I. M., Cavanagh, K. y Gega, L. (2007). *Hands-On Help: Computer-Aided Psychotherapy*. New York: Psychology Press.
- Marsiglia, I. (2009). La psicoimmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad. *Gaceta medica Carácas*, 117(3):183-195.
- Mathers, C., y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to2030. *PLoS Medicine*, e442, 3.
- Mc Collough, J. (2003). *Tratamiento para la depresión crónica: Sistema de Psicoterapia de Análisis Cognitivo Conductual*. México: Manual Moderno.
- McMinn MR. (1998). *Technology in Practice*. En A. S. Bellack y M. Versen (Eds.) *Comprehensive Clinical Psychology* (2). Professional Issues, pp363-375. Ámsterdam: Pergamon. Citado por Jordi Miró en Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Editorial Médica, (81),15-19 (2007). http://in3.uoc.edu/opencms_in3/export/sites/in3/webs/grups_de_recerca/psinet/re_sources/documents/Miro.pdf
- Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C. (2007). Psychiatric disorders in México: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British J Psychiatry*, 190:521-528.
- Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, 26(4).

- Medina-Mora, ME., Rojas, E., Borges, G., Vázquez, L., Fleiz, C. y Real, T. (2008). *Comorbidity: Depression and Substance Abuse*. México. Recuperado de http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-78512-7_4#page-2
- Medrano, J. (mzo., 2011). Reseña de "The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth". de Irving Kirsch. *Redalyc*, 31(109), 168-169, España.
- Minici, A., Ribadeneira, C. y Dahab, J. (2006). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? *Centro de terapia cognitivo conductual y ciencias del comportamiento*. <http://www.cognitivoconductual.or/content.php?a=7>
- Mira, A., Molinari, G., García, A., Navarro, M., Rivera, A., Pérez, M., Agustí, A. y Botella C. (2012). La utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de los tratamientos psicológicos. Recuperado de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/ifi16/psicopat/13.pdf>
- Moreno, F. (2009). *Evaluación de una intervención en el entrenamiento en habilidades sociales Vía Internet*. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., y Ustun, B. (Sep., 2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 8; 370: 851–8.
- Muñoz, R.F., Le, H.N., Clarke, G. y Jaycox, L. (2002). Preventing the onset of major depression. En I.H. Gotlib y C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*; 343-359, Nueva York: Guilford.
- Natera, G., González-Forteza, C. (ene-feb, 2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Redalyc, Salud Mental*, 35(1),1-2.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). <http://www.infocoonline.es/pdf/120808tablaNICE.pdf>
- Navas Orozco, W., Vargas Baldares M. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en crisis. *Cúpula* 26(2):19-35.
- Norcross, J., Hedges, M. y Prochaska, J. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2002; 33: 316-322.
- Oesterheld, J., Travers, H. Kofoed, L., y Hacking, D. (1999). An introductory curriculum on telepsychiatry for psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 23, 165-167.
- Oravec, J. (2000). Online counseling and the Internet: Perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental Health*, 9 (2). Pp. 121-135.
- Orchard, B. (2009). Depresión. Visión, análisis y nuevos horizontes. *Recuperado de* <http://www.visionjournal.es/visionmedia/article.aspx?id=13056&rdr=true&LangType=1034>

- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado*. Centro de investigaciones de Prevención. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2012). "La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento". 20 aniversario del Día de la Salud Mental. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud, (2010). La OMS insta a los programas de desarrollo a incluir a las personas con discapacidades mentales y psicosociales. Comunicado de prensa. Nueva York / Ginebra.
- Ortiz-Tallo, M. (1997). *Trastornos Psicológicos*. México: Aljibe.
- Paykel, E.S., Brugha, T. y Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 5.
- Proudfoot, J., Swain, S., Widmer, S., Watkins, E., Goldberg, D., Marks, I., Mann, A. y Gray, J. A. (2003). The development and beta-test of a computer-therapy program for anxiety and depression: hurdles and preliminary outcomes. *Computers in Human Behavior*, 19, 277-289.
- Puerta, J. y Padilla, D. (dic., 2011). Terapia cognitiva-conductual como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Dialnet*. Duazary, 8(2); 251-257.
- Rahman, A. Malik, A, Sikander, S., Roberts, C. y Creed, F. (2008). "Cognitive behavior therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: A cluster randomized controlled trial". *The Lancet*, 372, 902-909.
- Ramírez-Moreno, J., Giménez, J., Álvarez, A., Saúl, M., Bermudo, E. y Caballinas, A., et al. (2007). Programa piloto de atención a pacientes con migraña a través de un sistema de telemedicina-teleconsulta en la práctica clínica diaria. *Revista de Neurología*, 45.
- Rizzo, A., Strickland, D., y Bouchard, S. (2004). *The Challenge of Using Virtual Reality in Telerehabilitation*. *Telemedicine Journal and e Health*, 10, 184-195.
- Reidl, L. (2006). *Escala de Autoestima "Yo como persona"*. Facultad de Psicología, México: *Universidad Nacional Autónoma de México*.
- Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: *Organización Panamericana de la Salud*.
- Rothera, I., Jones, R. y Gordon, C. (2002). An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4). DOI: 10.1002/gps.603
- Sallin-Pascuale, R. (2005). Neurobioquímica y farmacología de los antipsicóticos atípicos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 6(6).

- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: Construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud e México/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Schumaker, J. y Ward, T. (2001). *Cultural cognition and psychopathology*. Westport: Praeger.
- Soto-Pérez, F. (2008). *Hacia una aplicación mediante nuevas tecnologías del tratamiento psicoeducativo familiar en esquizofrenia*. Tesis no publicada de Grado de Salamanca, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciberterapias. *Psicopatología y psicología clínica*, 15(1). ISSN 1136-5420/10
- Sullivan, P., Neale, M. y Kendler, G. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 57(10):1552-62.
- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A. y Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an Internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, 5. e 10885. doi:10.1371/journal.pone.0010885.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., y Duffy, R. (sep-dic., 2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-280.
- Ubaldo, C. (2013). *"Informe de intervención psicológica cognitivo-conductual aplicada a pacientes con depresión y ansiedad vía Internet"*. México: Informe de prácticas profesionales para obtener el grado de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C et al. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 184:386–392.
- Vallejo, J. (1990). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vallejo, J., y Gastó, C., (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Wagner, B., Horn, AB y Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23886401>

World Federation for Mental Health. (2010). Mental health and chronic physical illnesses. The need for continued and integrated care. *USA: World Federation for Mental Health*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018954/>

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

Zaragoitia I. (2010). La estigmatización de la depresión. *Alcemon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(3).