



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a
Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Clínica

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA EN UN CASO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO”

Reporte de práctica.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Isabel García Esquivel

Directora: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza
Dictaminadoras: Lic. María Cristina Canales Cuevas
Esp. Araceli Flores Angeles

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 04 de diciembre
de 2019.





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.

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A DISTANCIA EN UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO”

Resumen.

El propósito del presente manuscrito es exponer un caso de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en una de las usuarias del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), en el que se muestra la efectividad de la intervención psicológica, con el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) a distancia y con ello el uso de la Telepsicología mediante la Internet. Se realizaron evaluaciones a través de los instrumentos de Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II), Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI-II) y diagnóstico de acuerdo al DSM-5 (2014), así como Autorregistros semanales llevados a cabo por la usuaria durante la intervención psicológica. Finalmente se presentan los resultados favorables obtenidos como: Reducción de la Depresión y Ansiedad, recuperación en la administración del tiempo e higiene de sueño, sentir mayor confianza al salir a realizar actividades cotidianas, recuperación de actividades placenteras, entre otras; de acuerdo a la demanda de la usuaria.

Palabras Clave: Intervención psicológica, Trastorno de Estrés Postraumático, Terapia Cognitivo Conductual y Telepsicología.

Summary.

The purpose of this manuscript is to present a case of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in one of the users of the Center for Distance Psychological and Educational Support (CAPED), which shows the effectiveness of the psychological intervention, with the model Remote Behavioral Cognitive Therapy (CBT) and with it the use of Telepsychology through the Internet. Evaluations were carried out through the instruments of Inventory for Beck Depression (BDI-II), Inventory for Beck Anxiety (BAI-II) and diagnosis according to DSM-5 (2014), as well as weekly self-records taken to performed by the user during the psychological intervention. Finally, the favorable results obtained are presented as: Reduction of Depression and Anxiety, recovery in time management and sleep hygiene, feeling more confident when going out to perform daily activities, recovery of pleasant activities, among others; according to the demand of the user.

Keywords: Psychological intervention, Post-traumatic Stress Disorder, Cognitive Behavioral Therapy and Telepsychology.

ÍNDICE.

| | Pág. |
|---|------|
| I. Introducción | 1 |
| 1.1 Psicología Clínica | 2 |
| 1.2 Modelo cognitivo conductual | 2 |
| 1.3 Trastorno de estrés postraumático | 4 |
| 1.4 Intervención de la TCC en trastorno de Estrés Postraumático | 6 |
| 1.5 Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Técnicas comúnmente utilizadas. | 6 |
| 1.6 Estudios de la efectividad de la TCC en casos de TEPT | 9 |
| 1.7 Telepsicología | 11 |
| 1.8 CAPED | 13 |
| 1.8.1 Actividad que ofrece CAPED | 13 |
| 1.8.2 Requisitos para recibir consejería psicológica y apoyo educativo | 14 |
| II. Informe de práctica | |
| 2.1 Planteamiento del problema | 14 |
| 2.2 Pregunta de investigación | 15 |
| 2.3 Presentación del caso | 16 |
| 2.4 Proceso de Evaluación | 16 |
| 2.5 Análisis Funcional de la Conducta Problema | 17 |
| 2.6 Evaluación psicométrica | 21 |
| 2.7 Procedimiento del proceso de Intervención | 22 |
| 2.8 Resultados | 24 |
| 2.9 Análisis de Resultados | 27 |
| III. Conclusiones | 29 |
| IV. Bibliografía | 31 |
| V. Anexos | 33 |

I. INTRODUCCIÓN.

Considerando la historia de la psicología como disciplina científica, data de finales del siglo XIX, la cual se caracterizó por el interés hacia la persona como objeto del saber científico, es decir; cómo influye el mundo en el ser humano, constituyendo el conocimiento empírico y experimental así como de la comprensión de la génesis, formación y la consolidación de la psicología como ciencia (Aguado, Avendaño & Mondragón. 2013).

Es conveniente destacar, tan sólo algunos datos filosóficos relevantes de la psicología como ciencia de la mente y la conducta. Siendo entonces definida la *Psicología* como el estudio científico de la conducta y los procesos cognoscitivos de acuerdo a Gross (1998), tiene desde su origen algunas influencias filosóficas sobre su desarrollo como disciplina independiente, por considerar a Descartes, siendo un filósofo francés del siglo XVII, tuvo un gran impacto en el desarrollo de la psicología como ciencia, ello por su distinción entre materia y mente, denominándose como dualismo filosófico contrastándose desde el punto de vista de la existencia solamente de la materia es decir; materialismo, donde el universo consistía de dos realidades diferentes en esencia, por lo que la materia física se extendía en tiempo y espacio, y la mente por lo tanto; era no material ni extendida.

Así mismo; la objetividad se convirtió en el ideal de la ciencia donde Comte la expandió a los estudios realizados de la conducta humana así como a las instituciones sociales esto ocurrido a mediados del siglo XVIII, conociéndose para entonces como positivismo. Cabe puntualizar también que Descartes promovió el mecanicismo, donde el mundo material comprendía que los objetos se encontraban armados como una gran maquinaria operando por leyes meramente mecánicas y lo aplicó dicho punto de vista a los organismos que se encontraban vivos como el cuerpo humano. Por lo tanto; el punto de vista de Descartes estaba considerado a explicar que la mente no era material, siendo así entonces, que no era posible explicarlo de la misma forma que al mundo material, pudiéndose llevar a cabo una investigación únicamente por medio de la introspección, mediante de la observación de los pensamientos y sentimientos del ser humano (Gross, D.1998).

En los siglos XVII y XVIII Locke, Hume, y Berkeley, quienes eran empiristas británicos, consideraban que la única fuente del verdadero conocimiento del mundo era la experiencia sensorial, esto es; a partir de lo que llega por medio de los sentidos oponiéndose a los filósofos nativistas, ya que dichos filósofos creían que el conocimiento del mundo era en gran parte innato o bien de nacimiento.

Por otro lado Wilhelm Wundt fue considerado como el fundador de la nueva ciencia de la psicología experimental, ya que en 1879 convirtió su laboratorio de la Universidad de Leipzig en un instituto, el cual era privado, esto en psicología experimental ya que consideraba que los estados mentales los cuales eran conscientes podían estudiarse por medio de la manipulación sistemática de variables las cuales eran antecedente y por lo tanto analizarse por medio de técnicas de introspección debidamente controladas, para

analizar la experiencia consciente para encontrar sensaciones y sentimientos elementales, las sensaciones eran definidas en cuatro dimensiones: Modo, como visual, auditivo, etc., Calidad, como colores y formas de las sensaciones que eran visuales, la Intensidad así como la Duración (Gross, 1998).

En 1890 William James publicó "*The Principles of Psychology*" donde expone su punto de vista acerca de la psicología en capítulos sobre función cerebral, hábitos, la atención, flujo de la conciencia, la memoria, la percepción, el instinto, el libre albedrío y la emoción, causando directamente inspiración al funcionalismo el cual contribuyó a estimular el interés en las diferencias individuales. Para 1909 John Watson, consideraba que los informes introspectivos no eran confiables además de difíciles de verificar por lo que en 1913 publicó "La psicología desde el punto de vista del conductista", ya que para Watson la psicología desde el ángulo de la perspectiva del conductista, era una ciencia naturalmente objetiva y como meta teórica era la predicción y control de la conducta además de la no existencia de distinción fundamental entre la conducta animal humana y no humana (Gross, D. 1998).

1.1 Psicología clínica

La psicología clínica siendo un campo de especialización de psicología, hace aplicación de los conocimientos y técnicas de la misma, al estudio de un comportamiento anómalo o trastorno del individuo u otros, siendo así; se establece un psicodiagnóstico para la identificación del trastorno, analizando la condición psicopatológica, para con ello llevar a cabo un tratamiento para la solución del problema o bien en determinado caso prevenirlo, disponiendo de métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos (Duro, M. 2003).

Resnick (1991), definió a la psicología clínica, como un campo que comprende investigación, enseñanza además de servicios con relación a las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad o alguna incomodidad intelectual, emocional, psicológica, biológica, social y conductual, los cuales son aplicados a una amplia gama de usuarios o consultantes. Así mismo, Resnick consideró que las áreas de habilidad esenciales para el campo de la psicología clínica, incluyen desde evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento, consultoría, investigación sin omitir la aplicación de los principios éticos y profesionales. Considerando a la vez que los psicólogos clínicos son únicos en cuanto a pericia en las áreas de la personalidad y psicopatología, además de la integración en la ciencia, teoría y sin lugar a dudas la práctica (Phares, J. & Trull, J. 1999).

1.2 Modelo cognitivo conductual

La psicología clínica es una estrategia de abordaje encargada de la investigación de los factores de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Dentro de ésta se encuentra el modelo de Intervención clínico de enfoque Cognitivo-Conductual, este se orienta a la flexibilidad

psicológica que modifica y desarrolla el comportamiento humano desde el ámbito, conductual, cognitivo, social y emocional. Donde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), incide en la responsabilidad y promueve la desestimación a través de un cambio de perspectivas de la situación en la que se encuentra el sujeto; centrándose en la recuperación de los individuos en base a la información que disponemos sobre el funcionamiento de la conducta humana y del entorno en el cual se desarrolla (Ortega, 2012).

Como antecedente relevante de gran importancia del conductismo y de la modificación de la conducta, se destacan los filósofos de origen ruso, Ivan M. Sechenov, Ivan P. Pavlov y Vladimir M. B, donde sus métodos de investigación se caracterizaron por ser objetivos además del desarrollo de los procedimientos propios de la experimentación de la neurofisiología, en donde sus interpretaciones fueron meramente en estricto modo mecanicistas, en procesos subjetivos y en la conducta manifiesta, aplicando los métodos objetivos propios de la fisiología a los problemas o dificultades de la psicología (Kazdin, A. 1983).

Uno de los psicólogos americanos más importantes del siglo XX fue John Broadus Watson, ha sido el fundador de la Escuela Conductista, ya que se encontraba convencido de que los contenidos propios de la mente y de la conciencia no podían someterse a ningún análisis subjetivo, por lo que proclamó “la conducta manifiesta como el objeto único de estudio de la psicología”. Para 1913 publicó “La Psicología tal como la ve el Conductista” y para 1914 publicó “El Conductismo: Una introducción a la psicología comparativa” en el cual se postula la observación directa, ésta como único procedimiento para la identificación de conexiones que existen entre la conducta y la fisiología propiamente subyacente (Díaz, M., Ruiz, M. & Villalobos, A. 2017).

Bajo el argumento de algunos de los representantes de la TCC, ésta debe ser considerada como un conjunto de técnicas que resulten eficaces y sin obedecer a ninguno de los modelos terapéuticos. En la actualidad y desde el punto de vista fenomenológico son considerados cuatro rasgos de la misma.

1.- La TCC siendo un ámbito de intervención en cuestión salud, trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, todas de carácter aprendido, donde los sujetos no conocen el carácter aprendido de sus hábitos, los cuales consideran que tienen poco o bien ningún control sobre los mismos. Por lo que la TCC considera que el sujeto tiene una gran responsabilidad en los procesos, los cuales le afectan y que puede ejercer control sobre estos.

2.- La TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diversos problemas y trastornos, las cuales cuentan con un tiempo limitado en su aplicación, comparado con otras psicoterapias que son a largo plazo.

3. – La TCC posee una orientación educativa, que suele ser más o menos explícita, ya que la mayor parte de sus procedimientos cuentan con módulos propiamente educativos junto con la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema o situación además de la lógica del mismo tratamiento.

4.- La TCC tiene en esencia, una forma que es auto-evaluador a lo largo del proceso de la intervención, con una constante referencia a la metodología experimental con énfasis a la validación empírica de los tratamientos (Díaz, M., Ruiz, M. & Villalobos, A. 2017).

1.3 Trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Los modelos cognitivos-conductuales consideran el Trastorno de estrés postraumático, como un trastorno de ansiedad relacionados con los síntomas de no ansiedad, siendo así y de acuerdo con dichos modelos, la ansiedad y el miedo poseen características cognitivas (pensamientos temerosos), conductuales (conductas evasivas) y fisiológicas (aumento del latido cardiaco, temblores, respiración acelerada), donde cada uno de los factores influye en los otros. Ahora bien, los modelos condicionantes exponen características centrales del Trastorno de estrés postraumático como una amplia variedad de estímulos los cuales desencadenan recuerdos traumáticos así como la excitación fisiológica generada por los mismos (Zayfert, C. & Black, C. 2008).

Para el año de 1980, el Trastorno de estrés postraumático, fue presentado como diagnóstico de forma oficial, siendo dicho trastorno una descripción de síntomas que se pueden desarrollar en sujetos que han padecido estímulos estresantes traumáticos. Este diagnóstico surgió en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1980), cabe señalar que muchos de los síntomas propios del TEPT habían sido reconocidos con anterioridad. Siendo los criterios procedentes de los estudios en ex combatientes de guerra, aplicándose desde entonces también a grandes grupos de personas con traumas, incluidas personas víctimas de violaciones, abuso sexual infantil, abuso físico (incluidos golpes), víctimas de delitos y personas que hayan sufrido desastres ya sean de índole natural o desastres provocados por el mismo hombre (Caballo, E.2007).

Para considerar el diagnóstico de un TEPT de acuerdo al DSM-5 (2014) el sujeto debe cumplir con algunos de los criterios siguientes, donde dichos criterios son aplicados tanto a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años:

- A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea de forma real o bien amenaza, como: Experiencia directa del suceso (s) traumático (s), presencia directa del suceso (s) ocurrido (s) a otros, conocimiento de que el los sucesos traumáticos (violento o accidental) han ocurrido a un familiar cercano o amigo íntimo, exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático (s).

- B) Presencia de uno o más de síntomas de intrusión asociados al suceso (s) traumático(s) que inician después del suceso (s) traumático (s) como; Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático (s), sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso (s) traumático (s), reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático (s), malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o bien externos que simbolizan o parecidos al suceso (s) traumático (s) y reacciones fisiológicas intensas a factores internos o bien externos los cuales simbolizan o tienen parecido a un aspecto del suceso (s) traumático (s).
- C) Evitación persistente de estímulos que se asocian al suceso (s) traumático (s) que inician tras el suceso (s) traumático (s) ya sea manifestándose por una o ambas características siguientes: Evitación o esfuerzos para la evitación de los recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso (s) traumático (s), y /o evitación de recordatorios externos como personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones, entre otros los cuales despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos que causen angustia acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
- D) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso (s) traumático (s) que inician o bien empeoran después del suceso (s) traumático (s) manifestándose por dos o más de las siguientes características: Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (s) traumático debido a una amnesia disociativa y no con referente a una lesión cerebral, alcohol o uso de drogas, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre sí mismo, los demás o el mundo como por ejemplo: estoy mal, no puedo confiar en nadie, el mundo es muy peligroso, etc., percepción distorsionada persistente de la causa o consecuencias del suceso (s) traumático (s) que logran que el sujeto se acuse así mismo o bien a los demás, estado emocional negativo persistente como miedo, terror, culpa, enfado, etc., una disminución importante del interés o participación en actividades significativas, sentimiento de desapego o bien extrañamiento de los demás, una incapacidad persistente de experimentar emociones positivas como la felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos.
- E) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático (s) que inicia o empeora después del suceso (s) traumático (s) poniéndose de manifiesto por dos o más de las siguientes características: Comportamiento irritable y arrebatos de furia expresadas típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos, Comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problema de concentración, alteración del sueño como dificultar para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto.

- F) La duración de la alteración de los criterios B, C, D y E, es o son superiores a un mes.
- G) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el aspecto social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H) La alteración no es posible atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia como: medicamentos, alcohol, etc., o a otra afección o enfermedad médica.

Es preciso especificar si:

- Con síntomas disociativos: Si los síntomas cumplen con los criterios para el trastorno de estrés postraumático y además, en respuesta al factor estrés, el sujeto experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:
 1. Despersonalización. Experiencia recurrente de un sentimiento de desapego y como si la misma persona fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal.
 2. Desrealización: Es una experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno.

Nota: Para la utilización del anterior subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica *DSM-5* (2014) (5ª. Ed).

1.4 Intervención de la TCC en Trastorno de Estrés Postraumático.

Siendo la TCC un modelo de intervención clínica, es posible trabajar en el ámbito específico con casos de Trastornos de estrés postraumático, considerando que se entiende por *Trastorno de estrés postraumático* de acuerdo a Bobes, Bousoño, Calcedo y González (2000), por “Intensas emociones o impresiones somatosensoriales que aparecen cuando la víctima se encuentra en estado de alerta o está expuesta a situaciones que le recuerdan el trauma” donde suelen ser manifestados de distintas maneras como lo son las emociones intensas ya sean de pánico o cólera, diversas sensaciones corporales, pesadillas frecuentes, propensa a cambios de carácter, entre otras; por lo tanto se puede afirmar que son mecanismos intrusos manifestados como *flashbacks*.

1.5 Tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y técnicas comúnmente utilizadas.

Una primera opción de intervención de acuerdo a Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) en general para el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) es La “Terapia prolongada de Exposición” ya que ha recibido la mayor evidencia empírica de su efectividad, además de su eficacia, ésta unida o no a otras técnicas conductivas y conductuales, demostrándose en diversas poblaciones como en accidentes de tráfico, víctimas de violación, abuso sexual infantil,

tortura, combate, entre otros. El tratamiento mediante la exposición prolongada es derivada de la tradición terapéutica de aplicación de dicha exposición, para el tratamiento de trastornos como la ansiedad, donde los usuarios son confrontados con circunstancias ansiógenas pero que son seguras, con la finalidad u objetivos de superar el excesivo miedo y ansiedad. El programa de tratamiento individual está estructurado para realizarse en 10 sesiones con una frecuencia semanal. El programa es considerado en EE.UU. como un programa modelo de diseminación nacional.

La terapia de EP para TEPT se encuentra conformado con los siguientes elementos:

- Psicoeducación sobre las respuestas comunes al trauma.
- Entrenamiento de respiración, con dirección para lograr conseguir una manera de respirar que induzca a la calma.
- Exposición en vivo repetida a situaciones y objetos que el usuario evita debido a la ansiedad que le provoca el trauma.
- Exposición prolongada en imaginación a los recuerdos traumáticos, reviviendo y revisando el recuerdo de la experiencia que fue traumática solo en la imaginación.

La psicoeducación inicia en la primera sesión con la presentación del esquema en general del tratamiento, así como el modelo que sustenta el programa de intervención. Se trabaja con la idea de que la evitación de las señales que hacen que recuerden el trauma, sirven para el mantenimiento de los síntomas del TEPT y el malestar que éste ocasiona. Se plantea que la exposición prolongada contrarresta esta evitación produciendo mejoría. Así mismo se presentan también los elementos nucleares de la intervención con EP es decir; la exposición en vivo y la exposición en imaginación. Continuando la psicoeducación en la segunda sesión con una presentación – discusión de las reacciones que son normales ante una experiencia propiamente traumática.

El entrenamiento en respiración inicia desde la primera sesión. Se considera dotar al usuario de una herramienta útil y sencilla, la cual le permita mitigar la tensión general y la ansiedad que pudiera existir en el funcionamiento diario. Se debe indicar a los usuarios que no utilicen los ejercicios de respiración durante las tareas de exposición ya que deben experimentar y confrontar con su propia habilidad para abordar el recuerdo del trauma así como las situaciones asociadas sin estrategias de apoyo externas. Es preciso señalar que el entrenamiento de respiración se conceptualiza como un elemento paliativo útil pero no así un elemento esencial del tratamiento.

Otro elemento de la terapia que se introduce en la segunda sesión es la Exposición en vivo a situaciones que resulten seguras, actividades, lugares u objetos que el paciente evita esto a causa de la ansiedad y el estrés que le ocasiona el trauma. En las sesiones sucesivas el terapeuta y el usuario deberán elegir cuáles ejercicios de exposición deberá de afrontar el usuario durante los días próximos, considerando el nivel de ansiedad y habilidad para perfeccionar y que sea de manera exitosa.

Para la tercera sesión se utiliza la Exposición en imaginación, esto reviviendo los recuerdos traumáticos solo en imaginación. El usuario visualiza y analiza en voz alta el hecho traumático, dicha exposición suele durar entre 45 y 60 minutos, estos seguidos de una discusión sobre el proceso de entre 15 a 20 minutos de duración. La narración del suceso es grabada para ser escuchada como tarea entre sesiones.

La Exposición en vivo e imaginación constituyen los elementos terapéuticos que son esenciales para el tratamiento del usuario. Esto porque la exposición permite optimizar el procesamiento emocional, y con ello el afrontamiento de recuerdos y situaciones asociadas al trauma.

Ahora bien, la Exposición en imaginación es un procedimiento en el cual el usuario debe visualizar y conectar de forma emocional con el trauma mientras dice la experiencia en voz alta y tiempo presente se pretende:

- El incremento de la habilidad del usuario para acceder a los aspectos más relevantes del recuerdo del trauma como lo son los hechos, pensamientos, experiencias sensoriales, emociones, etc.
- Promover la conexión emocional con la memoria de dicho trauma.
- Invitar a la descripción a través de la narración del recuerdo del trauma con las propias palabras del usuario, esto con una mínima dirección del terapeuta.

El terapeuta no debe ser muy directivo con la descripción que el usuario realice en la primera vez que el mismo se enfrente en la revisión del recuerdo con respecto a la imaginación. En un inicio debería ser el propio usuario quien establezca el nivel del detalle con el que revisará el material traumático, en exposiciones posteriores el terapeuta irá alentando al usuario a enfrentarse a un mayor nivel de pormenores.

Los usuarios que se han encontrado sometidos a uno o varios traumas prolongados, como tortura, secuestro, violencia doméstica o bien a traumas múltiples como asaltos, abusos repetidos incidentes en combate, entre otros; es necesario establecer previamente cuál sería el foco de la exposición en imaginación, por lo que a grandes rasgos, se seleccionarán aquellos recuerdos que resulten más molestos e intrusivos para el usuario en el momento actual. Esperando que la exposición a los recuerdos que resultan más traumáticos, tengan un efecto de generalización sobre los menos impactantes. En caso de que el usuario se muestre inseguro acerca de qué recuerdo le resulta más traumático entonces se le indica que considere el que le sea más sencillo manejar para posteriormente abordar los más traumáticos.

Durante el avance del tratamiento el terapeuta debe tratar de aumentar el nivel de detalle de la descripción. Es útil realizar preguntas cada vez más concretas sobre los pensamientos sensaciones, emociones así como las respuestas fisiológicas durante el suceso traumático.

En el transcurso del relato del usuario, se harán preguntas muy breves encausadas a promover la confrontación con señales evocadoras de ansiedad durante la exposición en imaginación, por ejemplo:

- ¿Qué está sintiendo?
- ¿Qué está pensando?
- ¿Qué es lo que puede oler?
- ¿Qué le es posible ver en ese momento?
- ¿A quién o quiénes puede ver en la escena?
- ¿Cuál es la sensación en su cuerpo?

Durante el progreso del tratamiento el terapeuta deberá anotar qué partes de la narración resultan más estresantes. Es de suma importancia detectar estos puntos del relato ya que dichas porciones de la narración deben ser revisadas de manera repetitiva, esto es entre 6 y 12 veces en una sola sesión. Durante el avance del tratamiento el procedimiento de la exposición en imaginación se varía para centrar la descripción en las secciones del relato cuyo proceso le resulta más complejo o difícil. La valoración del adecuado procesamiento es realizado a partir de la información subjetiva del usuario y de las señales externas de malestar como movimiento corporal, de las expresiones faciales, temblores, el llanto, entre otros (Díaz, Ruiz & Villalobos. 2017).

1.6 Estudios de la efectividad de la TCC en casos de TEPT.

En la Revista de Psicología, en su Vol. XVIII, No. 1, (2009), se publicó un artículo titulado *“Tratamiento Cognitivo – Conductual del Estrés Postraumático en un caso de Violación Infantil”*, donde el tratamiento estuvo integrado por la desensibilización sistemática, relajación, control del pensamiento y psicoeducación. Los resultados del tratamiento demuestran que la paciente de 11 años, en un inicio del tratamiento mostraba altos índices de Ansiedad, durante las 4 sesiones de línea base la niña registraba la máxima ponderación posible (10 puntos), en la primera fase del tratamiento fueron combinadas las siguientes técnicas: psicoeducación, cambio de pensamiento, relajación y DS (con exposición a fotos) la niña consiguió la adquisición de un dominio gradual de sus pensamientos intrusivos, de acuerdo a lo reportado por la niña aumentó la confianza en sí misma, permitiéndole enfrentar los estímulos (fotos) asociados al trauma. En sus primeras sesiones la niña se mostraba insegura ante la exposición, a partir de la sesión 4 mostró mayor entusiasmo y confianza ante el afrontamiento. Se observó un decremento gradual y significativo de la ansiedad que experimentaba la niña a la exposición de las fotografías de los estímulos aversivos, en la última sesión de dicha fase la niña señaló no sentir ansiedad ante ninguna de las nueve fotografías que integraron parte de la exposición. Logró controlar gradualmente los pensamientos intrusivos y enfrentar la exposición a los estímulos reales. La ansiedad de la niña bajó hasta estabilizarse y mantenerse en torno al valor de 2 de las

SUDS durante las mediciones de seguimiento. En conclusión el tratamiento fue exitoso ya que disminuyeron los síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación. La ansiedad se redujo de 10 a 2 puntos, no siguió presentando crisis de llanto e impulsividad asociados a los estímulos vinculados a la violación, no recibió ningún tratamiento farmacológico, mediante el reporte verbal la niña, dio cuenta de un mayor nivel de satisfacción y felicidad donde recuperó el funcionamiento previo en su ambiente social y académico (Guerra, C. & Plaza, H. 2009).

La Revista Redalyc.org en su Vol.4, núm. 2, julio-septiembre (2005) publicó un artículo titulado: "Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos" donde manifiesta que los resultados de dicha intervención fueron satisfactorios considerando lo siguiente: Fueron un total de 42 individuos con diagnóstico de Estrés Postraumático, siendo excombatientes miembros de las fuerzas armadas que se encontraban en proceso de rehabilitación física por enfermedad o bien por lesiones en la ciudad de Bogotá. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrés Postraumático (PDS) de Foa (1995) para la determinación de la presencia y grado de severidad bien de la o ausencia del TEPT, Inventario de Depresión de Beck (1978), Entrevista Estructurada y la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar. El proyecto de investigación fue llevado a cabo durante dos años y medio, siendo la intervención de tipo grupal de acuerdo a estudios foráneos los cuales comprobaban "la efectividad del tratamiento Cognitivo Conductual "el cual estaba basado en la exposición prolongada además del entrenamiento en inoculación de estrés. Los resultados fueron, como se menciona en el inicio, satisfactorios, ya que se evidenció una disminución de la sintomatología total y por categorías en la mayor parte de los individuos durante el proceso, en las áreas de re experimentación y evitación se observaron cambios relevantes a comparación de la categoría de activación, la mayoría de los sujetos en los resultados de la escala de Depresión de Beck, se observó una disminución de la sintomatología aunque en la mayoría de los individuos, el puntaje final del proceso no fue clínicamente significativo. "Fueron evidenciadas diferencias significativas en la sintomatología así como en la severidad del TEPT entre la evaluación pre y post en la escala PDS de Foa (1995) y en el inventario de Depresión de Beck (1978)". De acuerdo a los resultados la intervención grupal cognitivo comportamental la cual estuvo basada en la exposición prolongada al recuerdo traumático así como en el entrenamiento en inoculación de estrés, fue efectiva en cuanto a la reducción de los síntomas, el grado de severidad del estrés postraumático propio del combate y el grado de severidad de la depresión (Botero, C. 2005).

Existen diversos hallazgos obtenidos en las intervenciones para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), de acuerdo a la publicación en la Revista Electrónica de Psicología Iztacala, en su Vol.8, No.3 titulada: "Intervenciones Psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno por estrés postraumático".

De acuerdo a un estudio de Fao, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, y Street (1999) mencionado por Guzmán, Padrós, Laca y García (2015), de acuerdo a un estudio aleatorizado es comparado el efecto de la TEP con la TEP con Restructuración Cognitiva TEPRC y la Lista de espera (LE), se halló que las dos intervenciones generaban mayores resultados con comparación a dicha lista, ya que la TEPRC no era superior que la TEP y que la eficacia de la TEP subsistía después de un año en el 80% de los usuarios y en un 12% se encontraban mejorías posterior a ese tiempo y el 8% evidenciaba recaídas en los síntomas de dicho trastorno.

Con respecto a la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) en un estudio de acuerdo a Resick (2002) mencionado por Guzmán, Padrós, Laca y García (2015), con una N de 171 mujeres, las cuales fueron víctimas de violación, se comprobó la efectividad de la TPC ésta frente a la TEP y la atención mínima (A). Se llevaron a cabo mediciones pre y post, así como a tres y nueve meses posteriores al tratamiento realizado. Al concluir el tratamiento únicamente el 19% de las pacientes cumplían con los criterios característicos para el TEPT. Notándose que ambos tratamientos fueron igual de efectivos y superiores que la Atención Mínima. Cabe señalar que la TPC, evidenció mejores resultados en 2 de 4 subescalas vinculadas con el sentido de culpa además mostrando un mejor estado de funcionamiento en el post tratamiento, esto a los tres meses, pero ya no a los nueve meses donde el estado de funcionamiento fue de la misma forma para los dos grupos.

Ahora bien, otro de los hallazgos que se obtuvo con la Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO) en uno de los ensayos que fue llevado a cabo por Wilson, Becker, y Tinker (1995), mencionado por Guzmán, Padrós, Laca y García (2015), el cual fue ensayo clínico aleatorizado N de 80, los cuales fueron adultos que experimentarían memorias traumáticas asignándoles aleatoriamente una de dos condiciones: Por lo tanto, fueron tres sesiones con una duración de 90 minutos de DRMO o bien un retraso de seis semanas en el tratamiento como control éste seguido de DRMO, encontrando que los participantes con DRMO tuvieron mayores disminuciones de pensamientos intrusivos, síntomas de evitación así como síntomas somáticos con relación a los participantes del grupo control. Siendo así que, dichas diferencias entre ambos grupos, se asocian a tamaños medios y grandes en cuanto al efecto (Guzmán, M., Padrós, F., Laca, F. & García, T. 2015).

1.7 Telepsicología

Algunos tratamientos psicológicos, pueden ser llevados a cabo mediante la *Telepsicología* a través del uso de internet, siendo las tareas principales como componentes de la misma: La evaluación, psicoeducación, programas de entrenamiento y el mismo tratamiento psicológico, de acuerdo a Peñate, Roca, & Del Pino., (2014). Considerando que hoy en día la psicología forma parte de los avances de la tecnología donde es posible realizar intervenciones en diferentes problemas y trastornos, como es también en los casos de trastornos de estrés postraumático.

De acuerdo a Peñate, Roca y Del pino (2014), en los últimos años se han llevado a cabo revisiones y meta – análisis sobre la eficacia y eficiencia de programas, los cuales son validados empíricamente, aunque no es razón suficiente para garantizar su validez, sin embargo; el análisis de dichas revisiones considera que la eficacia es mayor en: Los programas más extensos, niveles leves a moderados de trastornos, en pacientes con mayor motivación, en función del contacto que se tenga con el terapeuta, en los casos en que el paciente o usuario puede tener algún tipo de contacto con el terapeuta y además pueda recibir retroalimentación y del seguimiento del programa y finalmente en los programas diseñados para el tratamiento de la ansiedad, fobias y depresión.

Por otro lado de acuerdo a las revisiones sistemáticas y meta – análisis de Andersson, & Cuijpers, 2009; Andrews, et al., 2010; Newman et al., (2011) citado por Peñate, Roca y Del pino (2014), son consideradas las ventajas y desventajas de los tratamientos que son llevados a cabo vía internet:

Ventajas.

- Libera al consultante de la estigmatización, dándole oportunidad de mantener en privado el proceso de su tratamiento.
- Movilidad: Los sujetos con movilidad reducida o bien alejados geográficamente, tienen la posibilidad de encontrar en los tratamientos vía internet una buena alternativa.
- Dificultades inherentes a los síntomas de una enfermedad o bien de un trastorno como la agorafobia, la cual lleva al paciente a la permanencia dentro de su casa o lugar donde habite.
- Flexibilidad de acceso y del tiempo: Permite el acceso a cualquier hora en función de la disponibilidad de cada uno.
- Economía: El costo de dichos programas, suelen ser más bajos que los programas tradicionales.

Desventajas:

- No todos los programas tienen un procedimiento riguroso además de empíricamente validado.
- El acceso que tienen los pacientes al programa, no siempre se encuentra controlado y no posee control sobre la fiabilidad de las respuestas que proporcionan los consultantes.
- No hay control siempre sobre el trabajo propio de la terapia (algunas tareas, autorregistros), por lo que no existe un control real sobre la adhesión al tratamiento.
- Algunos programas no cuentan con mecanismos para que el consultante pueda ponerse en contacto con el terapeuta y aclarar alguna duda que tuviese.
- Muy pocos estudios incluyen una evaluación post para dar garantía de seguridad de la información obtenida.

1.8 CAPED

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), es un proyecto dentro de la UNAM en línea, el cual brinda apoyo psicológico o educativo, a todos los estudiantes de la comunidad de Iztacala, en caso de tener algún problema emocional o dificultad en hábitos de estudio o estrategias de aprendizaje, esto mediante una plataforma virtual encriptada, donde se guarda la confidencialidad tanto de la intervención como de los datos del usuario o usuaria.

El *Objetivo* de CAPED es brindar asesoría psicológica y educativa en línea a toda la comunidad estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Estrategia CAPED: La atención psicológica y/o educativa está mediada por tecnología, con la oportunidad de franquear las barreras físicas o en relación a la distancia que se brinda, para lograr la igualdad de acceso a los servicios de salud mental y asesoría educativa a estudiantes que no tuvieran la oportunidad de asistir a los servicios de atención presenciales o que por sus actividades cotidianas encuentran práctica esta modalidad de atención.

1.8.1 Actividades que ofrece CAPED.

- *Apoyo Psicológico:* Centrado en la asesoría psicológica basada en un modelo de terapia breve cognitivo conductual, para aquellos alumnos que presenten malestar emocional que afecten algunos ámbitos de vida. La asesoría de apoyo es a corto plazo de dos a ocho sesiones, de acuerdo al caso y al tipo de intervención requerida. En caso de requerir mayor seguimiento se canaliza al estudiante a instituciones especializadas.
- *Asesoría Educativa:* Atiende las necesidades educativas de los estudiantes en cuanto a habilidades de aprendizaje y estrategias de estudio para facilitar el estudio de sus asignaturas, se brinda información sobre hábitos de estudio para la planeación y organización del trabajo académico.
- *Práctica Supervisada:* El equipo de asesores del CAPED se encuentra en constante capacitación y supervisión por parte de los docentes del SUAyED psicología, apegados a los lineamientos del código ético del ejercicio profesional psicológico, cuidando la confidencialidad y protección de datos.

1.8.2 Requisitos para recibir consejería psicológica y apoyo educativo:

- Ser alumno del SUAYED Psicología (1ro. a 9no. semestre).
- Llevar a cabo el llenado y envío de solicitud de atención vía portal de CAPED en línea (Tovar, J. 2015).

II. INFORME DE PRÁCTICA

2.1 Planteamiento del problema.

El ser humano a lo largo de la historia ha tenido contacto con eventos o situaciones traumáticas, las cuales han impactado en planos psicológicos, biológicos y sociales, siendo inevitable la existencia de situaciones traumáticas, es por ello que se admiten los criterios de diagnóstico a dichas situaciones traumáticas como un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en el DSM-5 en el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición de uno o más eventos traumáticos.

Ahora bien, como es sabido, la Psicología hoy en día forma parte en los avances tecnológicos encontrándose a la vanguardia, por lo que gracias a la Telepsicología es posible llevar a cabo en algunos de los casos, intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo conductual a personas como el caso presentado de una de las usuarias en el CAPED con diagnóstico de un TEPT, mostrando a su vez la efectividad de dicha intervención.

Objetivo General:

Evaluar el proceso de intervención a distancia en un caso de Estrés Postraumático.

Objetivo Específicos:

- Otorgar apoyo psicológico mediante terapia cognitivo conductual.
- Disminuir estrés postraumático con las técnicas de intervención como: Técnica de Respiración Diafragmática, Técnica de Exposición y Reestructuración Cognitiva, Resolución de problemas, Higiene de Sueño y Técnica de Exposición de logros.
- Otorgar herramientas para el desarrollo de habilidades de afrontamiento en diversas áreas de su desarrollo personal, académico y profesional.

2.2 Pregunta de Investigación

¿La intervención psicológica con un enfoque cognitivo conductual a distancia, es efectiva en un caso de estrés postraumático?

Población

Estudiantes del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de la carrera de Psicología, Generación 2019-1, de segundo semestre con solicitud de atención psicológica en el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED).

Muestra

Será una muestra no aleatoria. El tipo de muestreo será no probabilístico; “El procedimiento no se basa en fórmulas de probabilidad, sino depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores” (Cantoni, N. 2009, p.3), “La elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación o de quién establece la muestra” (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991, p.213).

Tipo de estudio

Caso único N=1.

Diseño

ABA: A (Línea base), B (Intervención) y A (Línea base), con medias de evaluación pre evaluación y post evaluación.

Escenario de Intervención

Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), dentro de la FES Iztacala.

Materiales

Computadora y acceso a la Internet con servicio de Skype, audífonos con micrófono, escritorio, silla, cuaderno para notas, bolígrafo, imágenes impresas, formato de Autorregistros como material de apoyo en Word.

2.3 Presentación del caso.

Consultante

Sexo femenino, 39 años de edad, divorciada, estudiante universitaria y docente a nivel bachillerato, actualmente vive con sus padres y con su sobrina.

Motivo de Consulta

La consultante solicita apoyo psicológico en CAPED, ya que manifiesta haber tenido algunas situaciones difíciles como no poder salir y entrar de su casa sin miedo, bajo interés en sus actividades académicas y laborales, duerme pocas horas, así como desinterés por realizar diversas actividades que acostumbraba llevar a cabo, esto como consecuencia del intento de suicidio por parte de su expareja durante el año actual y considera le es complicado superar por sí misma.

2.4 Proceso de evaluación:

Evaluación inicial

-Entrevista clínica semiestructurada de CAPED con Screening donde se delimita el motivo de consulta y sus características elementales tanto fisiológicas, cognitivas, biológicas, entre otras.

Descripción de la problemática.

- La consultante informa solicitar apoyo psicológico porque a últimas fechas no ha podido sentirse cómoda al salir y llegar a su casa, tiene miedo de que aparezca su expareja la cual tuvo un intento de suicidio terminando en un hospital además de que la señalaba como principal culpable por el rompimiento de su relación sentimental, ya que la presionaba para contraer matrimonio además de que le controlaba hasta sus aspectos personales.

- Se ha sentido intranquila, su desempeño escolar y laboral ha disminuido ya que no tiene el interés en preparar sus clases o materiales de trabajo como anteriormente lo hacía, así como de realizar sus tareas y proyectos escolares a pesar del tiempo extra otorgado por sus asesores, además presenta problemas de sueño ya que duerme últimamente de 4 a 5 horas, su apetito ha aumentado ella ya no quiere seguir en esas condiciones porque comienza a afectarle en varias de sus áreas de desarrollo.

- Intenta llevar su vida normal como antes del intento de suicidio de su ex pareja pero no cree poder hacerlo por sí misma como en otras situaciones o experiencias que considera también le fueron difíciles.

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-5 (2014) la usuaria cumple con los siguientes criterios:

Presencia de los síntomas de intrusión asociados al suceso traumático que inician después de dicho suceso.

- 1.- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
- 2.- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
- 3.- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Alteración importante de alerta y reactividad asociada al suceso traumático.

- 1.- Hipervigilancia
- 2.- Alteración del sueño

2.5 Análisis Funcional de la Conducta Problema.

Determinantes

Variables de Vulnerabilidad

U. expresa no saber cómo escoger pareja, ya que de acuerdo a sus experiencias pasadas, menciona que no han sido como ella hubiera esperado, al grado de que la última relación que tuvo le trajo consecuencias desagradables, donde teme ser atacada o vigilada en un determinado momento por su expareja, con la finalidad de que regrese con él e insista en continuar la relación, a pesar de que él intentó suicidarse cuando ella decide terminar con el noviazgo por sentir que él iba muy rápido además de tener control en todos los aspectos de su vida e incluso dentro de sus redes sociales.

U. considera que es muy confiada en sus relaciones, ya que permite que sus parejas conozcan prácticamente todo sobre ella, además de ser flexible a las demandas de las parejas como en días para citarse u horarios.

Variables Desencadenantes

Remotas

Una primera relación de la cual hubo un divorcio, esto cuatro años atrás antes de comenzar una nueva relación donde al sentirse recuperada para tener una nueva pareja y por confiar en ella, permite el acceso a sus correos y redes sociales donde a pesar de bloquear sus correos y cuentas de redes sociales, aún teme que la persona que tuvo como nueva pareja pueda por algún medio para perjudicarla.

Inmediatas

Al terminar U. la relación, hay un intento de suicidio por parte de la expareja e insistencia por comunicarse de nuevo por diversos medios para querer continuar con la relación, ya que no hay aceptación de la ruptura de la relación, esto por querer obligar a U. a casarse con él.

Conductas Problema

Motoras o manifiestas

Debido al temor en gran parte del tiempo, llega el momento en que U. decide usar armas de descarga eléctrica para defensa personal, sobre todo cuando sale a correr o a hacer ejercicio, revisa varias veces su automóvil, la cochera antes de salir de su casa y cuando llega, por temor a que esté en algún lado escondido, cuando va de compras al centro comercial voltea todo el tiempo hacia varios puntos para lograr identificar a algún policía o recursos dónde pueda pedir ayuda, en caso de que su expareja la llegara a encontrar e intentar acercarse a ella.

Cognitivas o encubiertas

U. Se siente insegura, ansiosa la mayor parte del tiempo al abrir o cerrar la cochera de su casa ya que piensa que tarde que temprano su expareja regresará e intentará atacarla o abordarla o incluso les pueda hacer daño a sus papás. Menciona que ha tenido sueños donde se encuentra encerrada en un elevador y teme estar atrapada, dentro del sueño se esfuerza por despertar mencionando que es solo un sueño y automáticamente despierta, últimamente siente temor de que haya un desastre natural como algún sismo y quedar atrapada en escombros.

Cree no poder salir adelante como en otras relaciones por sí sola, esto por la forma que terminó la relación y por el intento de suicidio de su expareja aunque no se siente culpable por la decisión, pero sí un gran temor por su integridad y la de sus padres.

Ha llegado a pensar que no sabe escoger bien a una pareja sentimental, además de que cree que siempre va a seguir con el mismo patrón al conocer y dar una nueva oportunidad a otra persona, repitiendo siempre lo mismo.

Fisiológicas

U. dice sentir dolor de estómago gran parte del tiempo, acentuándose en las últimas fechas, además de tener considerada su gastritis, así mismo tiene problemas para dormir por lo que su sueño es intermitente durante el tiempo que considera para dormir el cual es de 4 a 5 horas. U. menciona que su apetito ha aumentado, llevándola a ganar peso, siente mucho cansancio éste más de lo normal, con un agotamiento que lo atribuye al exceso de trabajo y tareas escolares. Por las noches dice sentir ahogo mientras duerme y sueña que está encerrada en un elevador, se despierta y logra respirar bien.

Consecuentes

Consecuentes a corto plazo

Debido a su actual situación después del intento de suicidio por parte de su expareja a consecuencia de la ruptura de la relación, U. menciona que ya no prepara las clases que imparte a sus alumnos con el mismo esmero que antes, además de que ya no enriquece su trabajo como solía hacerlo, su rendimiento escolar ha sido bajo ya que no entrega sus tareas a pesar de que sus tutores le dan prórroga de tiempo aún así no las hace. U. dice sentirse agotada, su sueño es intermitente y siente dolor estomacal gran parte del tiempo.

Consecuentes a medio-largo plazo

U. ha perdido el interés por algunas de las actividades que antes le llamaban la atención como viajar frecuentemente a la ciudad de México para realizar compras, puede haber sanciones laborales debido a su baja calidad en la enseñanza a sus alumnos y hasta disminuir su carga horaria frente a grupo, no acreditar sus módulos de su carrera, sus temores pueden ir en aumento y con mayor intensidad además de que aumenten sus sentimientos de soledad e incapacidad para sostener una relación sentimental.

Otros aspectos de interés

Variables de protección y recursos de afrontamiento

U. Reconoce que tiene varias alternativas para recibir ayuda en el caso de que su expareja la aborde, tiene a la mano números telefónicos para solicitar ayuda, un teléfono móvil, puede solicitar apoyo con sus familiares y vecinos. Considera llevar a cabo las recomendaciones de acuerdo a la intervención psicológica.

Autocontrol

U. Considera que con apoyo psicológico puede continuar con su vida como antes lo hacía para poder afrontar su situación, además de que se considera una persona con entusiasmo por salir adelante.

Aspectos motivaciones

U. tiene plena conciencia de su situación actual, la impulsa a seguir adelante su segunda carrera, su empleo además interactuar con sus alumnos y darles un ejemplo a seguir en el aspecto profesional, cree poder cambiar el patrón al elegir una nueva pareja, cree poder ya no ser tan confiada en sus próximas relaciones sentimentales y de amistad. Le gusta viajar a otros países y en un futuro quiere formar una familia.

Apoyo social

U. tiene un apoyo familiar regular debido a que ella no platica mucho de sus sentimientos con sus padres, aunque sus amigos y compañeros de trabajo la han apoyado ante tal

situación. Tiene amigos con quienes hoy en día sale aunque ella no descarta la posibilidad de dar oportunidad a una nueva relación.

Situación vital y estilo de vida

La situación de U. es de estar bajo un estrés la mayor parte del tiempo, debido a la ansiedad de sentirse insegura y en cualquier momento ser atacada por su expareja, no tener una higiene del sueño, no platicar sobre cómo se siente actualmente con sus padres o amigos, comer más de lo acostumbrado y ganar peso, poco interés en preparar sus clases para sus alumnos, no cumplir con las tareas escolares en tiempo y forma, después de haber dejado de ejercitarse ahora logra hacerlo de nuevo (Labrador, F., Estupiña, F. & Durán, A. 2011).

| ANTECEDENTES | CONDUCTAS | CONSECUENTES |
|---|---|---|
| <p>Variables de vulnerabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Percepción normalizada de seleccionar el mismo patrón de personas conflictivas para relaciones sentimentales. -Episodios de miedo a un posible ataque por parte de su expareja. <p>Variables desencadenantes</p> <p>Remotas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Secuelas de un primer Divorcio -Exporeja suicida con acceso a sus correos y redes sociales para perjudicarla. <p>Inmediatas</p> <p>Externas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ruptura e intento de suicidio de ex pareja. -Amenazas por parte de expareja de buscarla nuevamente. -No aceptación de la ruptura de la relación sentimental por parte de su ex pareja ya que la | <p>Nivel Motor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Porta armas de descarga eléctrica para defensa personal. <p>Nivel Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inseguridad al abrir o cerrar la cochera de su casa. -Creencia de que puede aparecer su expareja en cualquier momento especialmente en su casa y hacer daño a ella o sus padres. -Creencia de no poder salir adelante esta vez a diferencia de otras veces. -Pensamientos irracionales de no saber escoger bien una pareja sentimental. <p>Nivel Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de estómago. -Gastritis -Problemas para dormir con sueño intermitente durante las 4 o 5 horas que usa para dormir. | <p>A corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -No preparar las clases para sus alumnos con antelación. -Bajo rendimiento escolar debido a la no entrega de tareas a pesar de la prórroga de tiempo. -Malestares físicos como cansancio, sueño intermitente y dolor estomacal. <p>A medio-largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de interés en actividades que anteriormente le llamaban la atención. -Temor intenso y frecuente. -Sanciones laborales o pérdida de las horas como docente. -Sentimientos de soledad e incapacidad para sostener una relación sentimental. |

| | | |
|---|---|--|
| obligaba a casarse con él sin que ella deseara lo mismo. | -Aumento de apetito. | |
| Internas | -Cansancio físico más de lo normal. | |
| -Sentimiento de soledad al no encontrar la pareja adecuada. | - Agotamiento por exceso de trabajo y tareas escolares. | |
| Estímulos delta | | |
| - Padres, amigos y alumnos. | | |
| -Apoyo de CAPED | | |

2.6 Evaluación psicométrica.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II): Escala elaborada por Beck, Steer & Brown (1996) (Ver Anexo1) validada en población mexicana, es un instrumento de auto informe para la evaluación de la intensidad de la sintomatología depresiva mediante 21 ítems politómicos con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad de los síntomas. La valoración de los ítems se realiza a partir del estado de ánimo de los últimos 15 días, incluyendo el día que se responde. El rango de edad de su aplicación es de 13 a 65 años. La puntuación total en la escala oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). Dicha escala evalúa una dimensión general integrada por todos los ítems y contiene dos dimensiones altamente correlacionadas: (a) Dimensión cognitiva –afectiva de 12 ítems (1,2,3,5,6,7,8,9,10,11, 13 y 17) y (b) dimensión somático-motivacional de 7 ítems (4,12, 15,16,18, 20 y 21) mencionado por Estrada, B., Delgado, C., Landero, R. & González, M., (2014).
- Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI-II): Escala elaborada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001) (Ver Anexo 2) estandarizada para población mexicana, es un instrumento de auto informe que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales, con alta consistencia interna, validez convergente moderada y adecuada, proporciona un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos sugeridos para interpretar el resultado, consiste en: 0 a 21 corresponde a una ansiedad baja, 22 a 35 corresponde a una ansiedad moderada y más de 36 puntos corresponde a una ansiedad severa.
- Autorregistros: Situaciones causantes de estrés: Fecha, hora, pensamiento automático, emoción y respuesta fisiológica.

2.7 Procedimiento del proceso de Intervención.

Cada sesión se llevará a cabo en 50 minutos.

Fase I. Pre evaluación:

Esta fase comprende la primera sesión, en la cual se hace el encuadre y aplicación del Screening.

Fase II. Intervención:

Esta fase se realizará en cuatro sesiones de intervención (de la sesión 2 a la 5). S-2: Relajación diafragmática (Enseñanza de la técnica de respiración diafragmática), Exposición de emociones en automático, Autorregistros semanales con datos de: Fecha/hora, situación, pensamiento automático, emoción e intensidad del 0 al 100 y respuesta fisiológica con intensidad del 0 al 100. Administración del tiempo y su recuperación, Higiene del sueño. S-3: Enseñanza de la Técnica de Exposición hablada, Establecimiento de horario para dormir sin estímulos y revisión de Autorregistros. S-4: Investigación acerca de las situaciones causantes del estrés postraumático así como realización de sentido de Alerta y verificación de redes de apoyo en caso de algún ataque. S-5: Considerar ejercicio físico, mantenimiento de higiene de sueño, revisión de Autorregistros, Aprender a poner límites, Técnica de exposición donde se hable de la situación y recuperación de actividades placenteras.

Fase III. Post evaluación:

Esta fase se realizará en dos sesiones (Sesión 5 y 6). S-5: Se hará la aplicación de los instrumentos de evaluación: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck. S-6: Se realizará la sesión de cierre así como revisión de Autorregistros.

El Autorregistro de las emociones será como sigue:

-Línea base (A): Se llevará a cabo en la primera semana registrando las emociones, donde se considerará la intensidad del 0 al 100.

-Intervención (B): En esta etapa se continúa con el registro de la intensidad de la emoción; durante las siguientes cuatro semanas.

-Línea base (A): En esta etapa se continúa con el registro de la intensidad de la emoción; sin intervención durante dos semanas con el post test del Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI-II 2001) e Inventario para la Depresión de Beck (BDI II-1996).

| PROCESO DE INTERVENCIÓN | | | | |
|-------------------------|---|--|--|---|
| SESIÓN | OBJETIVO DE LA SESIÓN | TÉCNICAS UTILIZADAS | ACTIVIDADES REALIZADAS | INSTRUMENTOS UTILIZADOS |
| 1 | Entrevista inicial con Screening y encuadre. | | Exploración del motivo de conducta. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II) ▪ Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI-II) ▪ Autorregistros semanales |
| 2 | Disminución de Ansiedad | Respiración Diafragmática | Entrenamiento en la técnica para lograr disminuir la activación fisiológica. | Autorregistros semanales |
| 3 | Disminución de pensamientos irracionales a causa del estrés postraumático. | Técnica de Exposición y Reestructuración Cognitiva | Ejercicios con tres imágenes y pensamientos automáticos. | Autorregistros semanales |
| 4 | Planteamiento sobre la iniciación de una nueva relación sentimental. | Resolución de problemas | Lista de Ventajas y Desventajas para iniciar una nueva relación sentimental | Autorregistros semanales |
| 5 | Sugerir horario fijo para dormir sin distractores. | Higiene de Sueño | Enumeración de posibles distractores de sueño | Autorregistros semanales |
| 6 | Sesión de Cierre: Reconocimiento de avances a partir de las sesiones tomadas y post evaluación. | Técnica de Exposición de logros | Resumen de logros obtenidos a partir de la intervención psicológica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II) ▪ Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI-II) ▪ Autorregistros semanales |

2.8 Resultados.

De acuerdo a las demandas de la usuaria, la misma reconociendo necesitar apoyo psicológico para continuar su vida escolar, laboral y recuperar el equilibrio de su vida cotidiana además de evitar confiar plenamente en una próxima relación de pareja, esto después de la experiencia vivida la cual y de acuerdo al DSM-5 presentaba Estrés Postraumático.

- a) Se logró la recuperación de su administración del tiempo así como la higiene de sueño con establecimiento de horarios fijos para dormir así como la cantidad de horas de entre 7 y 9 horas de sueño sin ser intermitente.
- b) Con la práctica de la respiración diafragmática, la usuaria logró controlar su respiración y disminuir la sensación de ansiedad sobre todo en situaciones o pensamientos causantes de la misma.
- c) Llevando a cabo la técnica de exposición, la usuaria logró salir con mayor confianza a realizar sus actividades cotidianas así mismo con el apoyo de reestructuración cognitiva, logró identificar sus redes de apoyo en caso de ser o sentirse insegura o atacada además de afrontamiento en caso de ser necesario en caso de nuevas situaciones causantes de malestar.
- d) La usuaria recuperó sus actividades placenteras, ya que dejó de llevarlas a cabo a partir de la situación a la cual se le atribuye el estrés postraumático que presentaba así como resolución de posibles problemas en relación con parejas a futuro.

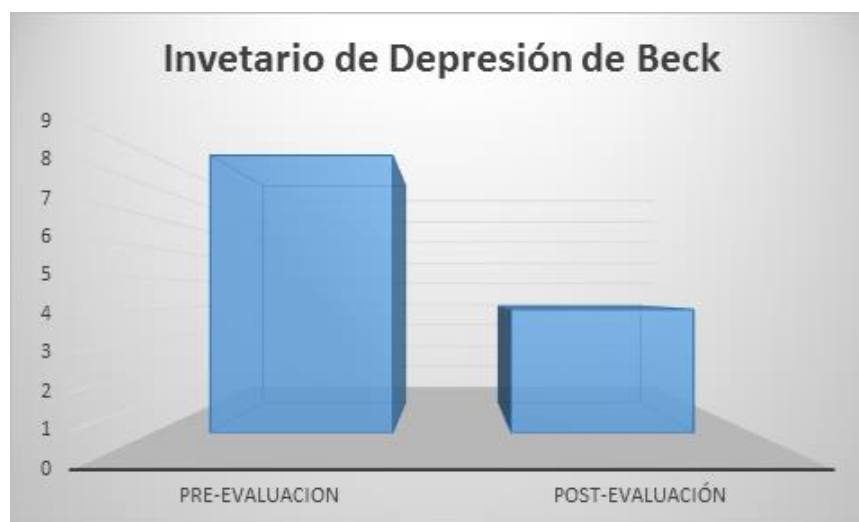


Fig.1. Fuente. Elaboración propia (2019). Evolución de acuerdo a la puntuación en BDI.

Representación gráfica de los resultados obtenidos, de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck en una Pre-evaluación y una Post-evaluación, identificando el cambio obtenido en la disminución de Depresión dentro del rango normal al final del proceso de la intervención.



Fig.2. Fuente. Elaboración propia (2019) Evolución de acuerdo a la puntuación en BAI.

Representación gráfica de los resultados obtenidos, de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck en una Pre-evaluación y una Post-evaluación, identificando el cambio obtenido en la disminución de Ansiedad dentro del rango mínimo al final del proceso de la intervención.

| AUTORREGISTROS | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------------------|--|---|
| FECHA /HORA | SITUACIÓN | PENSAMIENTO AUTOMÁTICO ¿QUÉ PENSÉ? | EMOCIÓN ¿QUÉ SENTÍ? ¿QUÉ HICE? (INTENSIDAD DEL 0 AL 100) | RESPUESTA FISIOLÓGICA (EJEMPLO: SUDORACIÓN, DOLOR ESTOMACAL, ACELERACIÓN DEL RITMO CARDIACO) % DEL 0 AL 100 |
| 22 marzo 19 11 a.m. | Salir de mi casa | Me lo puedo topar | Alerta 80 | 30% |
| 23 marzo 19 9 p.m. | Conocer a Nathan | El me protege | Paz 90 | 0% |
| 28 de Marzo 19 7 p.m. | Llegar a mi casa sola | Y si está adentro | Alerta 40 | 5% |

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|---|---|-----|
| 1 de abril 19 10 a.m. | Salir de mi casa | Papa está solo en casa | Cerré la puerta con llave 60 | 10% |
| 7 de abril 19 4 p.m. | Llamada de Elizabeth mi compañera | Otra vez está buscando hacerme daño | Ansiedad y decepción 80 | 80% |
| 8 de abril 19 5 p.m. | Hablar con Elizabeth de frente | Enfrentar la situación | Decepción 60 | 80% |
| 17 de abril 19 10 a.m. | Ir a correr | Estoy segura no estoy sola y hay botón de auxilio | Ansiedad 20 | 5% |
| 1 de junio 19 10 a.m. | Andrés ya no me busca | Tengo varios días sin hablar bien con él y algo no está bien. | Tristeza, soledad 30 | 90% |
| 2 p.m. | Me duermo un momento | Tuve un sueño muy real | Tristeza de saber que solo es un sueño. 40 | |

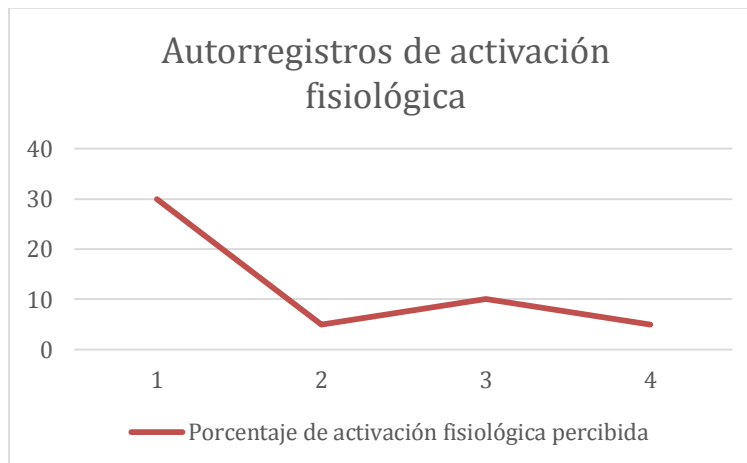


Fig.3. Fuente. Elaboración propia (2019). Evolución de acuerdo al porcentaje de activación fisiológica percibida

Representación gráfica de los resultados obtenidos, de acuerdo a los Autorregistros llevados a cabo durante el proceso de intervención psicológica, identificando el cambio obtenido en la disminución del porcentaje de la activación fisiológica percibida al término del proceso.

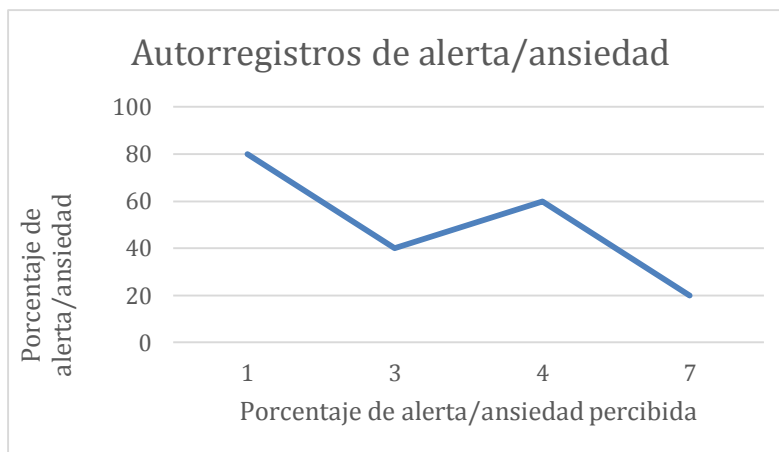


Fig.4. Fuente. Elaboración propia (2019). Evolución de acuerdo al porcentaje de alerta/ansiedad percibida.

Representación gráfica de los resultados obtenidos, de acuerdo a los Autorregistros llevados a cabo durante el proceso de intervención psicológica, identificando el cambio obtenido en la disminución del porcentaje de alerta / ansiedad percibida al termino del proceso.

2.9 Análisis de Resultados.

Considerando los resultados obtenidos mediante las evaluaciones Pre y Post a la intervención psicológica, de acuerdo a las demandas de la usuaria se tiene lo siguiente, en la aplicación de los instrumentos: Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II, 1996) e Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI-II, 2001).

De acuerdo al inventario para la Depresión de Beck-II, la usuaria obtuvo en su Pre-evaluación una puntuación de 9 con respecto al rango del 1 al 10 considerado en dicha escala como Normal, terminada la intervención en la Post-Evaluación la usuaria se encontraba con una puntuación de 4 con respecto al rango del 1 al 10 considerado en la escala como Normal, indicando un resultado favorable mediante la intervención psicológica, con respecto a los resultados finales obtenidos en dicho inventario (Fig.1).

De acuerdo al inventario para la Ansiedad de Beck-II, la usuaria obtuvo en su Pre-evaluación una puntuación de 6 con respecto al rango del 0 al 7 considerado en dicha escala como Mínimo, terminada la intervención en la Post-Evaluación la usuaria se encontraba con una puntuación de 1 con respecto al rango del 0 al 7 considerado en la escala como Mínimo, indicando un resultado favorable mediante la intervención psicológica, con respecto a los resultados finales obtenidos en dicho inventario (Fig.2).

En los Autorregistros llevados a cabo por la usuaria se pueden observar algunas variantes de las emociones percibidas durante el proceso, como situaciones con respecto al motivo de consulta y correlacionados como otras relaciones interpersonales (Fig.3 y Fig.4).

Es preciso señalar que hubo una disminución observada con respecto a los criterios del trastorno de estrés postraumático por ejemplo: Disminución en recuerdos angustiosos recurrentes, no existencia de sueños angustiosos al final del proceso de intervención, disminución en malestar psicológico a la exposición de factores internos o externos que simbolizaban un aspecto del suceso traumático, disminución en su hipervigilancia y en alteraciones de sueño

III. CONCLUSIONES

Uno de los modelos de intervención clínica es la Terapia Conductivo Conductual (TCC) de acuerdo a Ortega (2012), siendo posible el utilizarla en casos donde se presente un Trastorno de Estrés Postraumático, como lo fue el caso de una de las usuarias del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) donde en un inicio y de acuerdo al DSM-5 (2014) la usuaria presentaba algunos de los criterios considerados para dicho trastorno. Durante la intervención fueron estimados varios aspectos, partiendo de las demandas que presentaba la usuaria, donde la misma necesitaba retomar el equilibrio de su vida, considerando necesitar apoyo psicológico, principalmente para continuar su vida escolar y laboral, así como evitar confiar plenamente en una próxima relación sentimental, asistiendo a las sesiones llevadas a cabo una vez por semana, durante 8 sesiones donde se le instruyó con la técnica de respiración diafragmática, técnicas de exposición y reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento así como reestructuración cognitiva mediante aprendizaje de límites en relaciones interpersonales, técnica de exposición de logros reconocidos a partir de la intervención y resolución de problemas. Con el uso de las técnicas durante las sesiones además de la elaboración de Autorregistros semanales como parte de las tareas de la usuaria, se vieron resultados favorables de acuerdo a los instrumentos de evaluación aplicados por CAPED como lo fue en el Inventario de Depresión de Beck-II donde al final de la intervención hubo una disminución de depresión dentro del rango normal, así mismo en el Inventario de Ansiedad de Beck-II, hubo una disminución en ansiedad por parte de la usuaria dentro del rango normal.

Es posible señalar que la usuaria mejoró en el aspecto académico y laboral, sintiendo seguridad al salir o entrar a un determinado lugar, así como el continuar con sus actividades cotidianas, lo anterior con apoyo de las herramientas brindadas durante la intervención, reconociendo las ventajas y desventajas de que aún no le era posible iniciar una nueva relación sentimental.

Dicha intervención psicológica fue llevada a cabo mediante el uso de la Telepsicología a través de la internet donde se realizó: La evaluación, psicoeducación, programas de entrenamiento y el mismo tratamiento psicológico, como lo señalan Peñate, Roca, & Del Pino, (2014) como parte de los avances de la tecnología y con ello se responde a la pregunta de Investigación:

¿La intervención psicológica con un enfoque cognitivo conductual a distancia, es efectiva en un caso de estrés postraumático?

Se puede decir que dicha intervención fue efectiva de acuerdo a los resultados finales de disminución de Depresión y Ansiedad presentados. Como lo fue en este caso “No hay control siempre sobre el trabajo propio de la terapia (algunas tareas, autorregistros), por lo que no existe un control real sobre la adhesión al tratamiento”. Por último, la usuaria obtuvo herramientas que le pueden apoyar en un futuro en su desarrollo académico, laboral y relaciones interpersonales.

Hoy en día es posible llevar a cabo intervenciones psicológicas partiendo de que la Psicología Clínica, se encuentra a la vanguardia, con el uso de los recursos que brindan las nuevas tecnologías, en ciertos casos que presenten algún trastorno. En CAPED se brinda acompañamiento y apoyo a los estudiantes de las diversas carreras en la UNAM FES-Iztacala, mediante la solicitud de dicho servicio, resultando un éxito en la mayoría de los casos.

Así mismo la TCC como modelo de intervención clínica resultó benéfica, para el caso de la usuaria con diagnóstico de Estrés Postraumático anteriormente presentado, ya que mediante el uso de algunas de las técnicas se logró una mejora en sus actividades escolares y laborales, dando de alta el caso de acuerdo a lo establecido en CAPED. Quedando abierta una posible evaluación, para verificar la efectividad del mantenimiento de dicha intervención psicológica.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Aguado, I. Avendaño, C. & Mondragón, C. (2013). *Historia, psicología y subjetividad*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores Iztacala. p. p. 49-51.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª. ed) p.p.271-272.

Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. & González, M. (2000). *Trastorno de Estrés Postraumático*. España. Masson. p.11

Botero, C. (2005). *Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos*. Revista Redalyc.org Vol.4, núm. 2, julio-septiembre (2005), p.p. 209, 210, 216 y 217.

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España. Siglo XXI. p.171.

Cantoni, N. (2009). *Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa*. Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales. p.3 Recuperado 20/09/19 de: file:///C:/Users/hp/Downloads/Cantoni-Rabolini%20N%20M%20_2009_%20T%C3%A9cnicas%20de%20muestreo%20y%20determinaci%C3%B3n%20del%20tama%C3%B1o%20de%20la%20muestra.pdf

Díaz, M., Ruiz, M. & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*. Basauri. UNED. p.p. 32, 234-237.

Duro, M. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. Redalyc.org. Vol. 24 (núm. 85) mayo-agosto, 2003, p.p. 1-10. Recuperado 22/08/2019 de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

Estrada, B., Delgado, C., Landero, R. & González, M. (2014). *Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios*. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Universitas Psychologica, Vol.14, núm1. p. p. 18-19. Recuperado 15/01/19 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64739086026>

Gross, D. (1998). *Psicología, la ciencia de la mente y la conducta*. Manual Moderno. Naturaleza Científica de la Psicología. p. p. 3-6

Guerra, C. & Plaza, H. (2009). *Tratamiento Cognitivo - Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil*. Revista de Psicología, Vol. XVIII, (núm.1) p.p. 103, 122-124. Recuperado 18/09/19 de: file:///C:/Users/ISABEL/Downloads/17130-1-50141-1-10-20111106.pdf

Guzmán, M., Padrós, F., Laca, F. & García, T. (2015). *Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno por estrés postraumático*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Vol 18. No.3 septiembre. p. p. 1183-1186. Recuperado 19/09/19 de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num3/Vol18No3Art15.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill. P.p. 1-19, 75-106, 210-215.

Kazdin, A. (1983). *Historia de la Modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. p.2.

Labrador, F., Estupiñá, F. & Durán, A. (2011). *Técnicas de modificación de la conducta*. España. Pirámide. p.p. 180-185.

Ortega. (2012). *Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para adolescentes y adultos con TDAH*. Neuropsicóloga de Fundación CADAH. Recuperado 23/08/2019 de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/desarrollo-personal-del-adolescente-y-el-adulto-con-tdah.html>

Phares, J. & Trull, J. (1999). *Psicología Clínica: conceptos, métodos y práctica*. México, D.F. Manual Moderno. p.2

Peñate, W., Roca, M. & Del Pino, T. (2014). *Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico*. Redalyc.org. Vol. 17. (núm.2) marzo-junio, 2014. p. p. 91-101. Recuperado 28/08/19 de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79832492010.pdf>

Robles, R., Varela, R., Jurado, R. & Páez, F (2001). *Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas*. Revista mexicana de Psicología, Vol. 18. p.p. 211-217.

Tovar, J. (2015). *Solicitud de atención Psicológica y Educativa CAPED*. Licenciatura de Psicología en línea de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado 20/09/19 de: <https://suayed.iztacala.unam.mx/2015/11/solicitud-de-atencion-psicologica-y-educativa/>

Zayfert, C & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático*. México. Manual Moderno. p.p. 12-14.

V. ANEXOS

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY.** Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0 Yo no me siento triste

1 Me siento triste

2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo

3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

0 En general no me siento desanimado por el futuro

1 Me siento desanimado por mi futuro

2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro

3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

0 Yo no me siento como un fracasado

1 Siento que he fracasado más que las personas en general

2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos

3 Siento que soy un completo fracaso como persona

0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo

1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo

2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada

3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

0 En realidad yo no me siento culpable

1 Me siento culpable una gran parte del tiempo

2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo

3 Me siento culpable todo el tiempo

0 Yo no me siento que esté siendo castigado

1 Siento que podría ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que he sido castigado

0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo

1 Estoy desilusionado de mí mismo

2 Estoy disgustado conmigo mismo

3 Me odio

0 Yo no me siento que sea peor que otras personas

1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores

2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas

3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enoja o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

0 Yo no siento que me vea peor de como me vela

1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)

2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)

3 Creo que me veo feo(a)

0 Puedo trabajar tan bien como antes

1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo

2 Tengo que obligarme para hacer algo

3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

0 Puedo dormir tan bien como antes

1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo

2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir

3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

0 Yo no me canso más de lo habitual

1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo

2 Con cualquier cosa que haga me canso

3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

0 Mi apetito no es peor de lo habitual

1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo

2 Mi apetito está muy mal ahora

3 No tengo apetito de nada

0 Yo no he perdido mucho peso últimamente

1 He perdido más de dos kilogramos

2 He perdido más de cinco kilogramos

3 He perdido más de ocho kilogramos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos

SI_____ NO_____

0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación

2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

3 He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO 2

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

| Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |