



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de caso: Intervención psicoterapéutica
integrativa en un servidor policial con trastorno mixto
ansioso-depresivo.**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Quevedo Aviles, Ramiro Aaron

Directora: Hurtado Armijos, Arianna Denisse

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 03 de octubre de 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso: Intervención psicoterapéutica integrativa en un servidor policial con trastorno mixto ansioso-depresivo. Realizado por Ramiro Aaron Quevedo Aviles del autor, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Arianna Denisse Hurtado Armijos

C.I.: 1104183643

Correo electrónico: adhurtado3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Ramiro Aaron Quevedo Aviles, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado Intervención psicoterapéutica integrativa en un servidor policial con trastorno mixto ansioso-depresivo. De la carrera de, Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco teórico. Capítulo 2. Metodología. Capítulo 3. Resultados siendo, Arianna Denisse Hurtado Armijos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Ramiro Aaron Quevedo Aviles
C.I.: 1104345408
Correo electrónico: raquevedo1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación está dedicado primeramente a Dios ya que gracias a Él he logrado concluir mi carrera, el cual no fue un camino fácil, estuvo lleno de retos pero sé que no me dejó desmayar durante este proceso tanto en ámbito de estudio como vida mismo, dedico este logro a mis padres porque ellos fueron un apoyo fundamental durante este proceso por su amor incondicional, por creer en mí desde el primer momento y por inculcarme valores de perseverancia y disciplina, que han sido la guía en este arduo proceso. Gracias por ser mi fuente de inspiración y por enseñarme que los sueños se pueden alcanzar con trabajo y constancia., de igual manera a mi hija por ser ese ser que llegó a mi vida a dar luz durante un proceso muy pesado y por ser la que ilumina mi camino y llenarme de inspiración, por último, a mi novia a mi compañera de vida gracias por tu comprensión y por estar a mi lado animándome en momentos difíciles eres parte de este logro y te agradezco infinitamente por esto

Agradecimiento

En primer lugar, quisiera agradecer a mi tutora Arianna Hurtado por su inigualable guía, paciencia y sobre todo ayuda durante todo este proceso de sistematización gracias a sus valiosos consejos y sugerencias ya que estos fueron fundamentales para el desarrollo y la mejora de esta tesis. Agradezco también su confianza en mí y por creer en mi potencial. De igual manera, quiero agradecer a mis padres por ayudarme y darme consejos sobre la vida y sobre como debo seguir adelante, agradezco a mi hija Abigail, A ti dedico cada hora de estudio, cada sacrificio y cada logro. A mi novia Jaeline animándome en los momentos difíciles y celebrando mis triunfos con la misma emoción que yo. finalmente, quiero agradecer a todas las personas que, de una u otra manera, han contribuido a mi formación personal y profesional. Agradezco a mis profesores, mentores y a todos aquellos que han dejado una huella positiva en mi vida. Sus enseñanzas, consejos y apoyo han sido pilares fundamentales en mi camino hacia el conocimiento y la realización personal.

Índice de contenido

Caratula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento.....	V
Resumen	1
Abstract	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	6
Marco teórico.....	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	6
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	7
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	8
1.2 Proceso de evaluación	9
1.3 Proceso diagnóstico.....	14
1.4 Diagnóstico presuntivo	15
1.5 Diagnóstico diferencial	15
1.6 Diagnóstico definitivo.....	17

Metodología	18
2.1 Tratamiento/Intervención	18
2.1.1 Objetivos terapéuticos	18
Capítulo tres.....	31
Resultados	31
3.1 Análisis de resultados cuantitativos	31
3.2 Análisis de resultados cuantitativos	32
Recomendaciones	42
Referencias	43

Índice de tablas

Tabla 1 Cuestionario de personalidad de Salamanca.....	12
Tabla 2 Inventario de depresión de Beck.....	13
Tabla 3 Escala de Ansiedad.....	14
Tabla 4 Plan de tratamiento	18
Tabla 5 Análisis cuantitativos.....	33

Índice de figuras

Figura 1 Genograma familiar	6
Figura 2 Inventario de depresión de Beck.....	31
Figura 3 Test de Ansiedad de Hamilton.....	32

Resumen

En el presente trabajo de sistematización se describe la intervención psicoterapéutica en un caso clínico de un paciente de 33 años con trastorno mixto ansioso-depresivo, desencadenado por un evento ocurrido durante su labor como servidor policial en un centro de rehabilitación social. En primer lugar, se realizó un proceso de evaluación mediante técnicas de observación, entrevista y la aplicación de instrumentos psicológicos como: el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Test de Personalidad de Salamanca. Posteriormente, se determinó el diagnóstico y se estructuró un plan de intervención bajo el enfoque integrativo, ajustado a las necesidades del paciente. Las técnicas utilizadas incluyeron psicoeducación, ejercicios de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, la técnica ABCDE, entrenamiento en resolución de problemas y comunicación asertiva, entre otras. Los resultados presentados en el pre y post tratamiento fueron positivos, lo cual demuestra la efectividad de este enfoque para la reducción de sintomatología ansiosa-depresiva.

Palabras clave: Modelo integrativo, trastorno mixto ansioso-depresivo, reestructuración cognitiva

Abstract

This systematization work describes the psychotherapeutic intervention in a clinical case of a 33 years old patient with mixed anxiety-depressive disorder, triggered by an event that occurred during his work as a police officer in a social rehabilitation center. First, an evaluation process was carried out by means of observation and interview techniques and the application of psychological instruments such as: Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Scale and Salamanca Personality Test. Subsequently, the diagnosis was determined and an intervention plan was structured under the integrative approach, adjusted to the patient's needs. The techniques used included psychoeducation, breathing and relaxation exercises, cognitive restructuring, the ABCDE technique, training in problem solving and assertive communication, among others. The results presented in the pre- and post-treatment were positive, which demonstrates the effectiveness of this approach for the reduction of anxious-depressive symptomatology.

Keywords: Integrative model, mixed anxiety-depressive disorder, cognitive restructuring.

Introducción

La salud mental de los policías es un aspecto crucial que a menudo se pasa por alto, según Allison et al. (2019) los policías enfrentan desafíos únicos debido a la naturaleza exigente y a menudo traumática de su trabajo. Entre los trastornos mentales que afectan a este grupo se destaca el trastorno mixto ansioso-depresivo (TMAD), el cual es cada vez más preocupante, con importantes implicaciones para la salud y el desempeño laboral de los agentes en todo el mundo; por ende, constituyen un grupo laboral que enfrenta riesgos que, a largo plazo, pueden afectar su salud mental. Estos riesgos surgen de diversos factores como los sociodemográficos, la exposición a la violencia en el trabajo, la carga laboral y la percepción de un desequilibrio entre las demandas del trabajo y las compensaciones recibidas.

A nivel mundial el trastorno mixto ansioso-depresivo en el área de policías es un problema de salud pública, un estudio realizado en España demostró que este tipo de sintomatología puede desarrollar problemas futuros como estado de ánimo bajo, nerviosismo, irritabilidad y dificultad para concentrarse, igualmente esto puede afectar en el área laboral ocasionando efectos negativos en la toma de decisiones y dificultad para interactuar con el público, de igual manera en la vida personal ocasionando problemas financieros, dificultad en las relaciones y disminución de la calidad de vida (Fernández, 2022; Rodríguez, 2023). Por otro lado, según Requiño et al. (2019) a nivel latinoamericano varios estudios realizados en Chile, Brasil y México han confirmado que la exposición a eventos traumáticos como enfrentamientos armados, accidentes, crímenes violentos y otras situaciones de riesgo, como: falta de apoyo social y el estigma de las enfermedades mentales, constituyen un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno mixto ansioso-depresivo en policías.

En Ecuador, Velazco (2022) realizó un estudio en los centros de rehabilitación social de la Zona 8, donde los amotinamientos y las peleas internas entre los reclusos son comunes.

El estudio determinó que, al estar inmersos en ese ambiente estresante y conflictivo, el 65% de los servidores policiales presentaron síntomas de ansiedad que van desde leve hasta severa. Sin embargo, las investigaciones en Ecuador sobre los riesgos psicosociales que enfrentan los policías son escasas; por esta razón, no es posible proporcionar antecedentes de estudios a nivel local. En consecuencia, llevar a cabo un estudio aplicado a un caso real permite visibilizar esta problemática y contribuir al abordaje de estos riesgos en el contexto ecuatoriano (Balseca Beltrán, 2019).

Siguiendo la misma línea, Uribe et al. (2012) menciona que los servidores policiales son pilares fundamentales de la sociedad, para mantener la seguridad y el orden público; sin embargo, su trabajo los expone a altos niveles de estrés, situaciones traumáticas y riesgo de sufrir violencia, siendo estos propensos a desarrollar problemas de salud mental, como el trastorno mixto ansioso-depresivo. Por otro lado, puede deteriorar su calidad de vida personal y familiar, generando problemas en sus relaciones y bienestar general (Leguizamo et al., 2022)

Por lo cual, es totalmente necesario implementar intervenciones y estrategias de detección temprana para identificar sistemáticamente a los servidores policiales que necesitan atención psicológica y, al mismo tiempo, abordar sus preocupaciones. Esto permitirá brindarles el apoyo adecuado y para reducir su impacto negativo, mediante programas de manejo del estrés y controles periódicos de salud física y mental (Yadav et al., 2022).

En dicho sentido, el presente caso describe el proceso de evaluación e intervención de un servidor policial de 33 años, quien, a raíz de un evento negativo en sus labores cotidianas se determinó un trastorno mixto ansioso-depresivo, el cual le ha generado alteración de las distintas áreas de su vida. Es por ello, que este trabajo de sistematización ayudará a mejorar la comprensión de los riesgos que implican ser servidor policial; así como las consecuencias que presentan en la salud psicológica y emocional debido a las funciones que desempeñan, aportando de esta manera en el ámbito clínico y social.

Así mismo, el presente estudio, brinda información valiosa al ámbito académico, puesto que al observar en detalle la experiencia individual de un paciente, se pueden generar nuevas hipótesis sobre las intervenciones y tratamientos de estos trastornos. Estas hipótesis pueden ser posteriormente exploradas en estudios más amplios, permitiendo validar o refutar los hallazgos observados en el caso individual y avanzar en la comprensión de los trastornos mixtos a nivel poblacional (Vicente-Colomina et al., 2020).

Finalmente, el presente trabajo consta de 3 capítulos. El capítulo 1 hace referencia al marco teórico, en el cual se presenta el caso clínico que sirve como base para la investigación y se describe en detalle el motivo de consulta del paciente, historia del problema, sintomatología y las escalas utilizadas para evaluar su estado mental, el desarrollo de la entrevista clínica y los hallazgos más relevantes.

El capítulo 2 profundiza en la metodología empleada para abordar el caso clínico, detallando de manera precisa los objetivos terapéuticos establecidos, las intervenciones realizadas en cada sesión y las técnicas utilizadas, todo ello respaldado por una sólida revisión bibliográfica. El capítulo 3 culmina la tesis con la presentación de los resultados obtenidos luego de la intervención terapéutica, un análisis exhaustivo de los mismos, conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

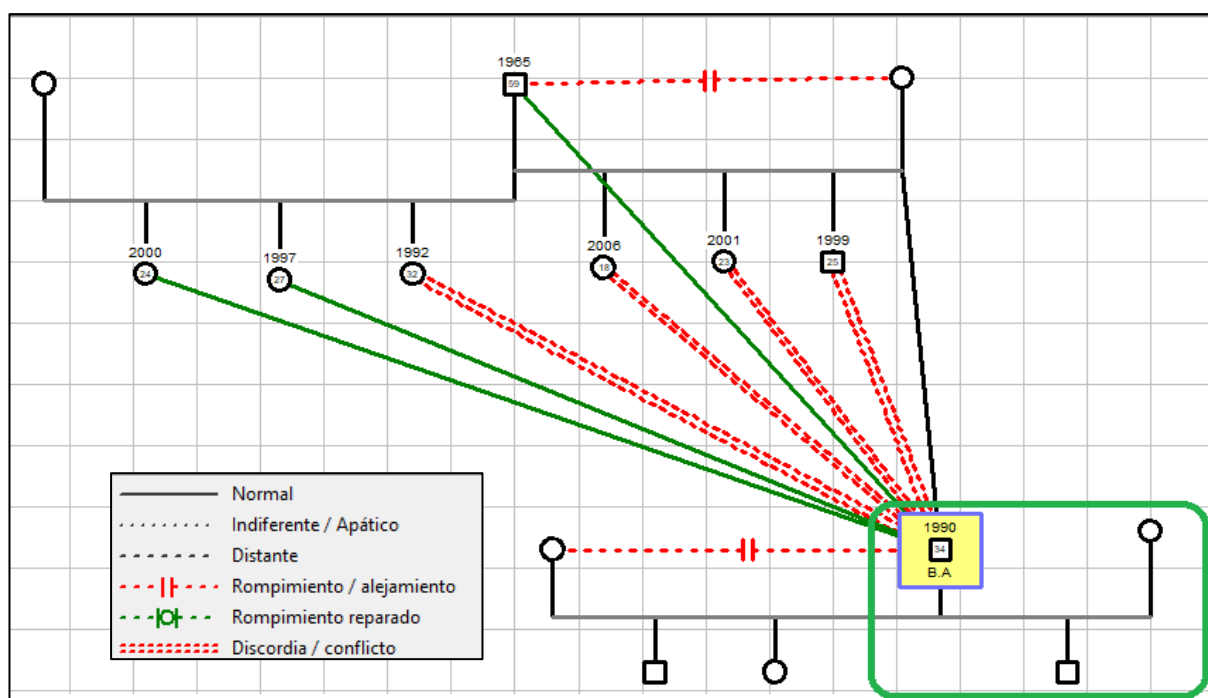
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente de sexo masculino, de 33 años, proviene y reside actualmente en la ciudad de Loja, de estado civil casado, posee 3 hijos, de profesión policía, nivel socio- económico medio, profesa la religión católica.

Figura 1

Genograma familiar



Nota. La figura presenta el genograma familiar del paciente.

El paciente de nombre B.A, proviene de una familia nuclear, la cual estaba integrada por ambos padres y sus dos hermanos; con el paso del tiempo, los progenitores se separaron por el motivo de esta separación el padre conformó un nuevo hogar, resultado de este nuevo hogar del padre, B. A cuenta con tres hermanos, aparte de sus hermanos de familia nuclear. B. A refiere que en la actualidad no presenta una buena relación con sus hermanos maternos; mientras que, con sus hermanos de parte paterna existe una buena relación con dos de ellos. Así mismo, indica que ha retomado recientemente la relación con progenitor y se encuentra en construcción y la relación con la madre es cercana.

En el 2018 B.A decide conformar su hogar, producto de esa relación nace su primer hijo, define su relación como buena; sin embargo, debido a los problemas laborales del paciente antes mencionados, su esposa decidió la separación tras ser sujeto de amenazas contra su vida. El divorcio no llegó a buenos términos; por lo cual, actualmente presenta distanciamiento incluso con sus hijos. Luego de su separación en el año 2022 y transcurridos tan solo algunos meses, decide establecer una buena relación, de la cual nace su tercer hijo y define dicho compromiso como “normal” y expresa: “tenemos muchos problemas normales de una pareja, pero si me reclama por cosas de mi pasado, últimamente estamos saliendo de esas discusiones”.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente de 33 años acude a consulta por cursar cuadros “ansiosos depresivos”. B.A refiere “no puedo con tanta carga emocional” y según lo que indica se encuentra atravesando una situación compleja, en la que su vida está en riesgo. Añade, que tras un procedimiento policial causó el fallecimiento no intencionado de una persona privada de la libertad (PPL) y a raíz del evento ha recibido constantes amenazas, experimentando “temor por su vida y sentimiento de culpa”. Así mismo, añade que las amenazas se extendieron a su familia; por lo cual, su esposa decidió la separación, con la finalidad de cuidar su integridad. Aquellos eventos han generado un desajuste en las distintas áreas de vida del paciente, es por ello por lo que acude a consulta psicológica.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Como servidor policial menciona que lleva 7 años en servicio, durante este tiempo refiere que el 2016 empezó a ejercer en la ciudad de Loja, en el 2017 le dieron el pase a la ciudad de Portoviejo, pasado 6 meses le dieron el pase a la ciudad de Guayaquil y antes de terminar de culminar el año lo llamaron a que se presente en la ciudad de Loja, en el año 2018 le otorgan el pase a la ciudad de Cuenca donde su estadía fue de 3 años y medio y fue el sitio donde ocurrieron los eventos que se mencionarán a continuación. En el 2021 lo envían nuevamente a la ciudad de Loja donde se encuentra hasta el momento, B. A comenta que le han designado funciones administrativas, hasta que mejore su estabilidad emocional, dentro de las actividades que actualmente desempeña señala que ha logrado un proceso de adaptación normal.

Con respecto al evento particular que desencadenó la sintomatología, el paciente refiere que en el año 2019 mientras estaba desarrollando sus actividades como servidor policial en un CPL, se suscitó una reyerta entre reclusos, dando como resultado un amotinamiento en el área del patio, el servidor policial procede a hacer uso de su arma de dotación en señal de advertencia y accidentalmente es interceptado un PPL, provocándole la muerte. A partir de este evento suscitado el paciente está bajo un proceso legal de mediación en donde hasta el momento no recibe resolución alguna, menciona: "sentía la traición de mis compañeros, me vendieron por un poco de plata y me delataron". A partir de aquello, iniciaron las amenazas no sólo en contra de su vida, sino también en contra de la integridad de sus esposa e hija, generándoles tal presión, que condujo a la separación de pareja; lo cual, menciona que le ha generado sentimientos de culpa y un estado de ánimo bajo y en el 2021 fue derivado al área de psicología de la ciudad de Cuenca, en donde le diagnosticaron trastorno mixto de ansiedad y depresión (F43.2) y trastorno de adaptación (F43), acudió únicamente 3 sesiones, interrumpiendo así el proceso debido al pase que le asignaron a la

ciudad de Loja. A partir de la fecha no ha registrado nuevas atenciones, hasta el momento actual cuando es derivado por sus superiores a atención psicológica.

Durante la consulta se mostraba triste y melancólico presentando llanto fácil y expresa que durante estos últimos meses que ha permanecido desarrollando funciones administrativas en la ciudad de Loja, donde ha presentado pensamientos de culpabilidad; además de, dificultad para relajarse, preocupación, taquicardia, hipervigilancia, problemas de sueño; por lo cual, fue referido al área de psicología y de psiquiatría con la finalidad de realizar un abordaje multidisciplinar. Agrega finalmente, que dichos síntomas han estado presentes desde el acontecimiento y han estado fluctuando debido a varios factores como la separación de su pareja, las amenazas contra su vida, el cambio de funciones y el proceso legal que enfrenta.

1.2 Proceso de evaluación

La evaluación en psicología es un proceso científico y sistemático que se utiliza para recopilar información sobre el comportamiento, las habilidades mentales y emocionales, y otras características de una persona. La evaluación psicológica es una parte importante de la atención psicológica, proporciona información valiosa que puede usarse para diagnosticar problemas, planificar el tratamiento, monitorear el progreso y tomar decisiones informadas sobre la vida de una persona (Belloc y Boring 2019).

El proceso de evaluación del paciente se llevó a cabo bajo la modalidad presencial, con una duración de tres sesiones, de 60 minutos cada una. Para lo cual, se hizo uso de técnicas psicológicas como entrevista, observación y aplicación de reactivos, con la finalidad de recoger información esencial para el levantamiento de la historia clínica; así como, determinar el diagnóstico del paciente y posterior establecer el plan de intervención del paciente.

1.2.1 Entrevista con el paciente

La entrevista psicológica es una interacción interpersonal que se establece entre un psicólogo y una persona con el objetivo de obtener información relevante para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento o la investigación psicológica (Gómez-Estapa y Martínez-Arizala, 2001).

Para iniciar el proceso de la entrevista psicológica, en primera instancia se estableció rapport para reducir la incertidumbre y generar un ambiente cómodo para el paciente. Como segundo punto, se procedió a recabar información esencial y datos básicos del paciente para el levantamiento de la historia clínica y finalmente establecer un motivo de consulta a partir de lo narrado. El paciente se mostró nervioso, lucía con bajo estado de ánimo; no obstante, fue muy colaborativo. Durante la segunda entrevista se continuó con el proceso de recogida de información para finalizar el levantamiento de la historia clínica y así analizar la sintomatología descrita por el paciente, para posteriormente seleccionar los instrumentos psicológicos a aplicar.

1.2.2 Observación clínica

La observación clínica es una técnica de investigación utilizada en psicología para recopilar información sobre el comportamiento y las características de los individuos o grupos. Se basa en la observación sistemática y rigurosa de las conductas observables, como expresiones faciales, lenguaje corporal, movimientos, interacciones sociales y patrones de comportamiento (Rodríguez, 1976).

Durante la entrevista psicológica se pudo observar que el paciente se encontraba lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, mantiene una atención en estado de alerta (arousal), con un estado de memoria anterógrada y retrograda normal, evocando recuerdos con facilidad, en cuanto al pensamiento se evidenciaba un bloqueo sobre el evento y además se evidenció la presencia de pensamientos catastróficos, en lo referente al campo sensorio-perceptivo no presentaba alteraciones aparentes. En el área de lenguaje el paciente presentaba un discurso lento, en afectividad se nota la presencia de labilidad emocional, en

cuanto a la voluntad se encontraba mantenida, denotando colaboración. En lo referente a la psicomotricidad e introspección se encontraba normal, con adecuada capacidad reflexiva, no presentaba consumo de sustancias y en cuanto a los instintos se encontraban mantenidos, a excepción del sueño presentando despertares y un sueño poco reparador. Finalmente, en lo referente al nivel de inteligencia es acorde a su edad biológica, presentaba juicio y razonamiento normales y lógicos.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Cuestionario de personalidad de Salamanca

El presente test fue desarrollado por un equipo de psicólogos españoles liderados por el Dr. Antonio Pérez Urdániz. El año de su publicación fue en 1983 está diseñado para adultos, generalmente a partir de los 18 años. Este rango de edad se considera apropiado, porque el test evalúa rasgos y trastornos de personalidad que, por lo general, se encuentran bien establecidos en la edad adulta.

La manera en que se administra el test es de forma individual, ya sea de forma presencial o virtual. Cabe destacar que el test consta de 22 ítems que evalúan 11 dimensiones de la personalidad relacionadas con diferentes trastornos psicológicos. de los cuales se califica en una escala de 3 puntos: Siempre, frecuentemente y a veces, que va de 1 a 3. Las puntuaciones más altas indican una presencia más fuerte del rasgo o comportamiento descrito. Estas respuestas se suman para generar puntuaciones para cada ítem y subescala, proporcionando un perfil completo de sus rasgos de personalidad y posibles trastornos de personalidad (Calderón, 2014).

Finalmente, en lo referente al coeficiente alfa de Cronbach de la prueba oscila entre .70 y .85, lo que indica una buena confiabilidad interna (Pérez et al., 2007)

Tabla 1*Cuestionario de Personalidad de Salamanca*

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
	2	Esquizoide
Cuestionario de Personalidad de Salamanca	3	Narcisista
	2	Dependiente

Nota. La tabla muestra los resultados pre-tratamiento

En la presente tabla se describen los datos obtenidos en el cuestionario de personalidad, entre los tipos de más predominantes se encuentra la personalidad narcisista con 3 puntos, seguidas de la esquizoide y dependiente con 2 puntos.

Inventario de depresión de Beck

También conocido como BDI fue desarrollado por Aaron Beck en 1961, año en el cual el test original fue publicado, es una herramienta de evaluación psicológica ampliamente utilizada para medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes.

En sus versiones originales, está diseñado para ser utilizado con adultos mayores de 18 años; sin embargo, existen más versiones de las cuales son para adolescentes de 13 a 17 años y otra más que es infantil para la edad de 7 a 12 años, referente a la forma de aplicación es de manera presencial, el tiempo de aplicación del BDI suele ser de entre 5 y 10 minutos; no obstante, esto puede variar dependiendo de la persona y de las condiciones en que se administre (Kessler et al.,2007).

Consta de 21 ítems, cada uno de los cuales describe un síntoma común de la depresión, la puntuación de cada ítem se obtiene sumando el valor numérico de la opción seleccionada. El rango de puntuaciones posible para cada ítem es de 0 a 3. La manera de calificar es asignar valores numéricos a cada uno de los 21 ítems según la respuesta elegida por el paciente. Estos valores luego se suman para obtener una puntuación total que va de 0 a 63. Las puntuaciones más altas indican síntomas depresivos más severos.

Los puntos de corte y el significado de cada uno se los puede interpretar de la siguiente manera: depresión mínima (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63)

Los coeficientes alfa de Cronbach para el BDI oscilan entre .90 y .95, lo que indica una alta confiabilidad interna (Beck et al., 1961)

Tabla 2

Inventario de depresión de Beck

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)	24	Depresión moderada

Nota. La tabla muestra los resultados pre-tratamiento

En la presente tabla se presentan los resultados obtenidos inicialmente en el inventario de depresión, el cual arrojó 24 puntos, que significan depresión moderada.

Escala de Ansiedad de Hamilton

La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) fue desarrollado por el Dr. Max Hamilton se publicó por primera vez en el año 1959, El objetivo principal de la Escala de Ansiedad de Hamilton es evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad en adultos de forma precisa y confiable, permitiendo identificar y cuantificar la intensidad de diversos aspectos de la experiencia ansiosa, referente a la edad se puede aplicar a personas a partir de los 18 años. No existe una limitación superior de edad para su uso, siempre que la persona o paciente tenga la capacidad cognitiva suficiente para comprender y responder a las preguntas de la escala.

La Escala de Ansiedad de Hamilton se administra mediante una entrevista estructurada con una duración entre 15 a 30 minutos, de esta manera como primer lugar a la entrevista, se realizará una serie de preguntas específicas para comprender la frecuencia, intensidad y duración de sus síntomas. A su vez, se observará atentamente el comportamiento o lenguaje no verbal del paciente durante la entrevista, buscando indicadores

que puedan revelar síntomas de ansiógenos. Esta escala de ansiedad consta de 14 ítems, cada uno de los cuales describe un síntoma común de la ansiedad. Su manera de calificar se basa en una escala de 0 a 3, donde 0 indica ausencia del síntoma y 3 indica su presencia máxima. La puntuación total se obtiene sumando cada ítem, el rango de puntuación total va de 0 a 56, con puntuaciones más altas que indican mayor severidad de la ansiedad. La interpretación se divide en los siguientes puntos de corte:

Ansiedad mínima (0-7), ansiedad leve (8-14), ansiedad moderada (15-21), ansiedad grave (22-37) y ansiedad muy grave (38-56). Referente a las propiedades psicométricas los coeficientes alfa de Cronbach para la escala oscilan entre .70 y .90, lo que indica una alta confiabilidad interna (Lora-Serrano y Peró-Sanz, 2000).

Tabla 3

Escala de Ansiedad de Hamilton

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Ansiedad de Hamilton	11	Ansiedad leve

Nota. La tabla muestra los resultados pre-tratamiento

En la presente tabla se describe los datos de las puntuaciones obtenidas en la escala de ansiedad de Hamilton, alcanzando inicialmente B.A. 11 puntos considerados como ansiedad leve.

1.3 Proceso diagnóstico

El diagnóstico psicológico es un proceso complejo que implica la evaluación sistemática de las funciones mentales, emocionales y conductuales de un individuo, con el objetivo de comprender su estado psicológico actual y elaborar un plan de intervención adecuado (Fernández y Caballo, 2016).

En el presente caso el diagnóstico se ha realizado en base a los criterios presentados en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10), que

brinda las pautas de diagnósticos de Trastornos Mentales y del Comportamiento para fundamentar el trabajo clínico del psicólogo.

1.4 Diagnóstico presuntivo

Un diagnóstico presuntivo en psicología es una hipótesis inicial sobre la condición mental de un individuo, basada en la información recopilada durante la evaluación psicológica, es un paso importante en el proceso de evaluación psicológica, pero no es un diagnóstico definitivo. Su objetivo es guiar la recolección de información adicional y la planificación de intervenciones futuras (Vilchez et al., 2018).

Dentro de este caso de sistematización se destacaron los siguientes diagnósticos presuntivos:

F32.1 Episodio depresivo moderado

F41.1 Ansiedad generalizada

F43.10 Trastorno de estrés postraumático

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

1.5 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es el proceso en el cual se distingue entre diferentes trastornos mentales, se trata de un análisis más detallado que ayuda a simplificar un trastorno en específico que afecta al paciente, descartando los otros posibles diagnósticos (López y Herrero, 2019).

F32.1 Episodio Depresivo moderado

Según la CIE-10 el episodio depresivo moderado se caracteriza por la presencia de 2 o 3 de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y aumento de la fatigabilidad; además, de 3 o 4 manifestaciones como: disminución de la atención, pérdida de la confianza en uno mismo, ideas de culpa y de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos o actos autolíticos, trastornos del sueño y del apetito. Las cuales deben estar presentes al menos 2 semanas.

Si bien el paciente presenta ánimo depresivo, no se evidencia una pérdida de interés en sus actividades cotidianas; así mismo, solo existe una manifestación como son las ideas de culpa; por lo cual, se descarta el episodio depresivo moderado debido a la falta de cumplimiento de los criterios establecidos.

F41.1 Ansiedad generalizada

Según la CIE-10 el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), es un trastorno mental común caracterizado por una preocupación y ansiedad excesiva y persistente se caracteriza por presentar al menos tres de los siguientes síntomas: dificultad para relajarse, sudoración, temblores, síntomas de náuseas o molestias abdominales, afecto en el área laboral, agotamiento físico o emocional, las cuales deben estar presentes por lo menos 6 meses

Si bien el paciente presenta sintomatología como sudoración o molestias abdominales, se descarta episodio ansiedad generalizada debido a la falta de cumplimiento de los criterios establecidos como sudoración, vértigos y tensión muscular; además, existen otros síntomas no relacionados con la ansiedad, como es la presencia de ánimo bajo.

F3.10 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Según la CIE-10 define al TEPT como un estado de malestar intenso que se desarrolla como respuesta a un acontecimiento traumático que ha involucrado un daño físico o la amenaza de daño a uno mismo o a otra exposición a un acontecimiento traumático, haber vivido un acontecimiento que haya implicado una amenaza real o percibida para la propia vida o la de los demás, haber sido testigo de dicho acontecimiento o de sus consecuencias inmediatas, angustia intensa o malestar psicológico intenso ante estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático, sueños angustiosos, reacciones disociativas, hipervigilancia, problemas de concentración, alteración del sueño, estado de ánimo negativo persistente, entre otros. Dicha sintomatología debe estar presente durante al menos un mes y causar malestar y deterioro de todas las áreas.

Si bien el paciente vivió un evento traumático en el CPL de Cuenca, como fue la reyerta entre las personas privadas de la libertad y a partir del suceso ha experimentado

sentimientos de culpa, estado de ánimo bajo, dificultades para conciliar el sueño e hipervigilancia, no presenta evocaciones o representaciones del acontecimiento durante la vigilia, ni sueños angustiosos. Así mismo, el paciente actualmente se encuentra realizando actividades administrativas, pero no como mecanismo de evitación de las situaciones a nivel personal; sino que han sido designadas dichas actividades por su superior como medida de protección de B.A. Por lo cual, se descarta este diagnóstico debido a la falta de cumplimiento de criterios propios del trastorno.

1.6 Diagnóstico definitivo

El diagnóstico definitivo es la conclusión de un diagnóstico. Una vez que se establece un diagnóstico definitivo, el profesional de la salud mental trabajará con el paciente para desarrollar un plan de tratamiento personalizado (Alarcón, 2009).

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Según la CIE-10 se caracteriza por la presencia de síntomas tanto de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de ellos predomine o tenga la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico individual de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo.

Por lo cual, se confirma el presente diagnóstico en el paciente, debido a la presencia de síntomas tanto depresivos y ansiosos, como: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, dificultad para relajarse, preocupación, taquicardia, hipervigilancia, problemas de sueño. Los cuales, se manifiestan al mismo tiempo y han estado presentes a partir del evento relacionado a su trabajo.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

El modelo integrativo en psicología es un enfoque holístico que combina elementos de diversas teorías psicológicas para ofrecer una comprensión más completa del comportamiento humano. Este modelo reconoce que los seres humanos son complejos y que su comportamiento está influenciado por una variedad de factores, incluyendo biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Holloway y Rachman, 2019).

La presente intervención tuvo una duración de 9 sesiones, las cuales se desarrollaron en forma presencial, con una duración de 60 minutos cada sesión y se trabajó bajo el enfoque integrativo.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva buscando reestablecer el equilibrio emocional a través de estrategias y habilidades para hacer frente a los desencadenantes.
- Abordar los sentimientos de culpa que presenta en relación con el evento suscitado identificando los pensamientos distorsionados y reemplazándolos por pensamientos adaptativos.
- Entrenar en técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones fomentando el pensamiento flexible para encontrar diferentes enfoques de solución.

Tabla 4

Plan de Intervención

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica	Observación
1	Disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva buscando reestablecer el	Generar un estado de calma mediante relajación progresiva.	Respiración diafragmática. Relajación progresiva de Jacobson.	Tarea: Practicar la técnica aprendida en sesión antes de dormir.

equilibrio emocional
a través de
estrategias y
habilidades para
hacer frente a los
desencadenantes.

2	Disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva buscando reestablecer el equilibrio emocional a través de estrategias y habilidades para hacer frente a los desencadenantes.	Conducir al paciente a un proceso de liberación emocional.	Silla vacía.	
3	Abordar los sentimientos de culpa que presenta en relación con el evento suscitado identificando los pensamientos distorsionados y reemplazándolos por pensamientos adaptativos.	Identificar pensamientos disfuncionales relacionados al hecho vivido.	Reestructuración cognitiva: Albert Ellis ABCDE	Tarea: Se envía el registro de pensamientos automáticos.
4	Abordar los sentimientos de culpa que presenta en relación con el evento suscitado identificando los pensamientos distorsionados y reemplazándolos por	Cuestionar pensamientos disfuncionales relacionados al hecho vivido.	Reestructuración cognitiva: Albert Ellis ABCDE Flecha descendente	Tarea: Se envía el registro de pensamientos automáticos.

pensamientos adaptativos.

5	<p>Abordar los sentimientos de culpa que presenta en relación con el evento suscitado identificando los pensamientos distorsionados y reemplazándolos por pensamientos adaptativos.</p> <p>Disminuir la sintomatología ansiosa-depresiva buscando reestablecer el equilibrio emocional a través de estrategias y habilidades para hacer frente a los desencadenantes.</p>	<p>Integrar pensamientos racionales y funcionales que le permitan reducir los sentimientos de culpa y por ende la sintomatología ansiosa-depresiva.</p>	<p>Reestructuración cognitiva: Albert Ellis ABCDE Diálogo socrático</p>
6	<p>Entrenar en técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones fomentando el pensamiento flexible para encontrar diferentes enfoques de solución.</p>	<p>Promover la capacidad y habilidad del paciente a la hora de identificar y resolver los problemas presentes y futuros.</p>	<p>Entrenamiento en resolución de problemas (ERP)</p>
7	<p>Entrenar en técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones fomentando el</p>	<p>Promover la capacidad y habilidad del paciente a la hora de identificar y resolver los problemas presentes y futuros.</p>	<p>Entrenamiento en resolución de problemas (ERP) Ensayo conductual</p>

	pensamiento flexible para encontrar diferentes enfoques de solución.	Empelar estrategias de afrontamiento positivas para eventos suscitados en el trabajo.	
8	Entrenar en técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones fomentando el pensamiento flexible para encontrar diferentes enfoques de solución.	Promover la capacidad y habilidad del paciente a la hora comunicar sus pensamientos y opiniones. Empelar estrategias de afrontamiento y comunicación asertiva ante eventos suscitados en el trabajo.	Role playing para entrenamiento en comunicación asertiva.
9	Seguimiento	Evaluar los alcances del plan de intervención.	Retest Actividad de cierre: Listado de herramientas

Nota. La siguiente tabla muestra las sesiones terapéuticas

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

La sesión 1 se planteó con el objetivo de generar un estado de calma mediante técnicas de respiración y relajación, que se describen a continuación.

Respiración diafragmática. Según Labiano, (1996) la respiración diafragmática activa el sistema de relajación y permite rebajar el nivel de estrés, es también conocida como respiración profunda o respiración abdominal y es una técnica de relajación que se basa en el control consciente del diafragma, el músculo principal de la respiración donde se realizan los siguientes pasos:

- Se inhala lentamente por la nariz buscando inflar el diafragma, como si se estuviera inflando un globo en el abdomen colocando su mano sobre su pecho.
- Se exhala lentamente por la boca controlando que la exhalación sea lenta y completa.

- Se repite este ejercicio durante 5 a 10 minutos.

Relajación progresiva de Jacobson. Según Schwarz y Schwarz (2017) mencionan que la relajación progresiva tiene como finalidad conducir a un estado de relajación mediante la contracción muscular y respiración de una manera consciente, enseñando al paciente a identificar la tensión y distensión de los grupos musculares de una forma consiente. El procedimiento sugerido es:

- Primer punto debe estar sentado de una manera cómoda.
- Cerrar los ojos y concentrar su atención en la respiración
- Se empieza a tensar de manera progresiva algún grupo muscular, como por ejemplo los brazos.
- Mantener la tensión mientras respira profundamente.
- De forma parcial ir disminuyendo la tensión del grupo muscular de manera que se vaya sintiendo la relajación.

Repetir esto con cada grupo muscular como por ejemplo las piernas o los hombros.

A continuación, se desarrolló la técnica de respiración diafragmática juntamente con el paciente. Explicando la forma de inhalar y expirar el aire, se realizó varias repeticiones, conduciendo al paciente a disminuir la activación fisiológica; lo cual, se complementó con la técnica de relajación progresiva, de la siguiente manera:

- Se indicó que debe colocarse en una postura cómoda para él.
- Se manifestó que debe enfocarse en su respiración.
- Se explicó que empiece a tensar los músculos de manera progresiva.
- Se solicitó que mantenga la tensión en los músculos, se pide que su respiración sea profunda.
- Como último paso se le indicó que suelte la tensión de manera paulatinamente y enfoque su atención en la relajación.

Se culminó la sesión respondiendo algunas preguntas y explicando que este procedimiento lo podría realizar todos los días antes de irse a dormir durante 10 o 20 minutos.

El paciente logró disminuir su nivel de tensión, generando en él un estado de relajación y tranquilidad.

- **Sesión 2:**

La sesión 2 se planteó con el objetivo de conducir al paciente a un proceso de liberación emocional, mediante técnicas que se describen a continuación.

Silla vacía. Según Poza et al. (2023) el objetivo de esta técnica es poder indicar al paciente que sus sentimientos son válidos y poder integrar experiencias no resueltas, comprender emociones y patrones de comportamiento del hecho vivido. El desarrollo de esta técnica consiste en que el paciente se sienta en la silla y habla desde su propia perspectiva. Luego, se sienta en la silla vacía y habla desde la perspectiva de la persona, el sentimiento, la situación o el aspecto de la personalidad que está representando. La finalidad de esta técnica es que el paciente logre enfocar sus emociones en ese acontecimiento, luego poder dar a conocer sus sentimientos a la silla que está en frente de él, imaginando a la persona o situación que desearía que este en ese lugar y de cuál sería la respuesta que el desearía escuchar en ese momento.

En primera instancia, se le indicó el objetivo de la sesión y los pasos para el desarrollo de la técnica de la silla vacía y se inició la sesión con los ejercicios de respiración aprendidos en la atención previa, con la finalidad de irlo introduciendo en la técnica. En primer lugar, se colocó dos sillas, en una tomó asiento el paciente y la otra quedó vacía. Luego se solicitó al paciente que piense en una persona o aspecto de su vida que desee explorar y que imagine a esa persona sentada en la silla vacía. Posterior, se le indicó que genere un diálogo con esa persona, expresando todos sus sentimientos y pensamientos abiertamente, luego se solicitó que cambie de silla e intente dar respuesta desde la posición de esa persona. Esta dinámica se la realizó por dos ocasiones intentando que el paciente logre expresar sus sentimientos

reprimidos y resolver asuntos inconclusos. Como resultado de la sesión se logró liberar la carga emocional de sus emociones reprimidas, generando un estado de calma y tranquilidad.

- **Sesión 3:**

La sesión 3 se planteó con el objetivo de identificar pensamientos disfuncionales relacionados al hecho vivido, mediante técnicas que se describen a continuación.

Reestructuración cognitiva: Albert Ellis ABCDE La técnica de Albert Ellis se basa en la teoría cognitiva, que propone que la forma en que interpretamos las experiencias y los eventos tienen un impacto significativo en nuestras emociones y comportamientos, ayuda a comprender y cambiar emociones. Es una técnica terapéutica que busca modificar las creencias y pensamientos distorsionados que generan malestar emocional y conductual. El objetivo de la reestructuración es ayudar a las personas a desarrollar patrones de pensamiento más racionales y adaptativos, mejorando así su salud mental y su calidad de vida (Álvarez et al., 2016).

El procedimiento ABCDE consta de cinco pasos:

- A) Acontecimiento: Se identifica el evento o situación que genera la emoción negativa.
- B) Creencias: Se detecta los pensamientos y creencias que tiene sobre el evento. Enfocándose en aquellos que son irracionales, absolutistas o demandantes.
- C) Consecuencias emocionales: Se observa las emociones que experimenta como resultado de las creencias.
- D) Disputa: Cuestiona y desafía las creencias irracionales.
- E) Efectos nuevos: Observa cómo cambian las emociones al modificar tus creencias.

Durante la sesión se puso a prueba las creencias y supuestos del paciente, de la siguiente manera:

Se pidió al paciente que busque un acontecimiento o situación estresante o difícil para él, luego que indique que piensa sobre esa situación para lograr identificar los pensamientos irracionales, una vez que identificó los pensamientos, se buscó la emoción y la conducta

asociada al evento y al pensamiento. Finalmente, se trabajó en que el paciente comprenda la relación entre pensamiento, emoción y conducta, por lo cual, como resultado de la sesión se logró que el paciente identifique, situaciones y emociones desadaptativas que han provocado malestar

- **Sesión 4:**

La sesión 4 se planteó con el objetivo de cuestionar pensamientos disfuncionales relacionados al hecho vivido, mediante técnicas que se describen a continuación.

Reestructuración cognitiva. La técnica fue descrita en detalle en la sesión 3.

Flecha descendente. Según Bados y Grau (2010) se trata de identificar la creencia básicas o irracionales que está por debajo de un pensamiento negativo, haciendo preguntas como si este pensamiento fuera verdad. El proceso continúa hasta que el paciente no sea capaz de brindar una respuesta nueva sobre estas preguntas realizadas, esta técnica se puede utilizar cuando los pensamientos sean positivos o negativos.

Durante la sesión se continuó trabajando en la reestructuración cognitiva con el punto D, que es cuestionar los pensamientos. Para lo cual en la sesión anterior se envió la tarea del registro de pensamientos automáticos. Y aquí empezar revisando la tarea y cuestionar esos pensamientos que corresponde a la letra D; para lo cual, se utilizó la técnica de la flecha descendente. Se estableció una serie de pensamientos tanto positivos como negativo y se realizó preguntas exploratorias con el fin de ayudar al paciente a indagar sobre sus emociones o pensamientos recurrentes y cuestionar la validez de estos. Se identificó en conjunto con el paciente las creencias subyacentes que da lugar al pensamiento negativo y las emociones y conductas. como tarea: Se envía el registro de pensamientos automáticos.

Como resultado se identificó y desafió cada uno de los pensamientos distorsionados, generando en la paciente comprensión de la conexión existente entre pensamiento, emoción y conducta

- **Sesión 5:**

La sesión 5 se planteó con el objetivo de integrar pensamientos racionales funcionales que le permitan reducir sentimientos de culpa, mediante técnicas que se describen a continuación.

Reestructuración cognitiva: La técnica fue descrita en detalle en la sesión 3.

Diálogo socrático. Según Salomón (2014) el método o diálogo socráticos es un procedimiento que sirve para identificar pensamientos irracionales. Es una técnica de conversación donde el terapeuta hace preguntas para que la persona, analice sus propios pensamientos y emociones, cuestione sus creencias y opiniones y encuentre sus propias soluciones a los problemas. Es un método para ayudar a las personas pensantes a determinar cuán precisos y útiles o, todo lo contrario, pueden ser ciertos pensamientos. El cual se basa en realizar preguntas con el fin de ir cuestionando cada vez el pensamiento irracional hasta que la persona logre cambiar la base de ese pensamiento.

Se inició la sesión con revisión de la tarea, identificando los pensamientos alternativos propuestos y además se utilizó la técnica de diálogo socrático para cuestionar los que aún presentan validez para el paciente e integrar nuevos estilos de pensamiento. Siguiendo los pasos que se indican a continuación se pidió al paciente que recuerde cual es el pensamiento que mayormente le causa malestar en su día a día.

Se procedió a cuestionar las creencias que tenía de ese pensamiento con preguntas abiertas, hasta que no presente fundamentos para seguir manteniendo la idea. Se integró pensamientos racionales basados en el reconocimiento de sus capacidades. Como resultado de la sesión se instauró pensamientos racionales en el paciente, generando un impacto positivo a nivel emocional.

- **Sesión 6:**

La sesión 6 se planteó con el objetivo de promover la capacidad y habilidad del paciente a la hora de identificar y resolver los problemas presentes y futuros, mediante técnicas que se describen a continuación.

Entrenamiento en resolución de problemas (ERP). Según Sáiz-Manzanares y Pérez (2016) el fin de esta técnica es promover la capacidad del paciente para afrontar y resolver los problemas de la vida diaria de manera eficaz y adaptativa, sirve para resolver problemas desde un punto objetivo mediante la práctica de retroalimentación. A continuación, se describen los siguientes puntos:

- Se identifica el problema a resolver, realizando preguntas acerca del problema.
- Una vez se identifique el problema se procede a generar posibles soluciones, mediante una lluvia de ideas.
- Se evalúa cada una de las alternativas, buscando cual es considerada la más factible para el momento.
- Se implementa la solución al problema.

Durante la sesión se trabajó con el paciente en la identificación y definición de los problemas, creando una lista de estos. Para iniciar, se solicitó al paciente que piense en los problemas que más le causen conflicto, una vez generado el listado, se seleccionó el problema más relevante para B.A. en ese momento. Se lo definió en términos objetivos y se inició en la creación de alternativas de solución mediante una lluvia de ideas, proponiendo tantas ideas como fueran posibles. Se envió tarea generar nuevas alternativas de solución al problema.

Como resultado de la sesión el paciente logró incrementar la habilidad de identificar los problemas, definirlos y proponer alternativas de solución.

- **Sesión 7:**

La sesión 7 se planteó con el objetivo de emplear estrategias de afrontamiento positivas para eventos suscitados en el trabajo, mediante técnicas que se describen a continuación.

Entrenamiento en resolución de problemas: La técnica fue descrita en detalle en la sesión 6

Ensayo conductual. Según Vera (2004) el objetivo de esta técnica es facilitar el aprendizaje de nuevas conductas en la persona a través de la observación e imitación de un modelo. Esta técnica se basa en ensayar una situación específica bajo circunstancias controladas, generando en el paciente conductas apropiadas para resolver un problema particular de forma efectiva.

Se inició la sesión revisando las alternativas propuestas, después se seleccionó la más apropiada según la apreciación del paciente y se describió el plan de acción para ejecutarla y antes de ser puesta en práctica en el ambiente natural, se realizó un ensayo conductual dentro de sesión con la finalidad de practicar la conducta para una mayor eficacia a través de la imitación de un modelo y de la observación.

Como resultado de la sesión se pudo observar a través del ensayo conductual el paciente logro incorporar conductas positivas y estrategias de afrontamiento para solución efectiva de problemas.

- **Sesión 8:**

La sesión 8 se planteó con el objetivo de emplear estrategias de afrontamiento positivas para eventos suscitados en el trabajo, mediante técnicas que se describen a continuación.

Role-playing para entrenamiento en comunicación asertiva. Según Bernal et al. (2022) el role-playing, o juego de roles, es una técnica psicológica que simula situaciones reales o hipotéticas para que los participantes experimenten diferentes perspectivas, desarrollen habilidades sociales y emocionales, y exploren conflictos internos. Es una herramienta valiosa tanto en el ámbito educativo como clínico, promoviendo el aprendizaje activo, la empatía, la resolución de conflictos y la autoestima. Se utilizó la técnica de role playing para poner en práctica la comunicación asertiva.

Según Calua (2021) la comunicación asertiva es una herramienta que permite expresar ideas, sentimientos y necesidades de manera clara, directa y respetuosa, sin ser

pasivo ni agresivo. Se trata de encontrar un equilibrio entre defender las necesidades propias y considerar las necesidades de los demás.

Durante el desarrollo de la sesión se da apertura analizando los resultados que obtuvo de la solución elegida, la cual fue favorable en un 75%; por lo cual, fue indispensable realizar un entrenamiento en comunicación asertiva, con la finalidad de que B.A. logre expresar con seguridad su opinión, sus emociones y pensamientos. Se estableció situaciones hipotéticas dentro de su entorno laboral, tomando en consideración el listado de problemas y soluciones propuestas y se realizó un role-playing o representación en donde se le designó diferentes roles, tomando en cuenta los distintos estilos de comunicación, hasta finalmente incorpore conductas y formas de expresión asertivas que le permitirán hacer frente a situaciones y eventos de su día a día.

Se estableció técnicas de comunicación asertivas para evitar situaciones pasivas o agresivas en su ambiente laboral. Se comprobó el cambio en su manera de responder y su manera de interpretar las situaciones adversas.

- **Sesión 9**

La sesión 9 se planteó con el objetivo de evaluar los alcances del plan de intervención.

Retest. Según Vélez y Restrepo (2008), esta técnica permite al paciente reflexionar sobre su proceso terapéutico y los cambios que ha experimentado. Consiste en crear una lista de las herramientas que ha aprendido o desarrollado durante la terapia. El objetivo final de esta técnica es mostrar al paciente que se ha cumplido con los objetivos planteados y realizar una retroalimentación de las herramientas adquiridas que puede llevar consigo en cualquier situación.

Listado de herramientas. Según Vélez y Restrepo (2008), esta técnica permite al paciente reflexionar sobre su proceso terapéutico y los cambios que ha experimentado. Consiste en crear una lista de las herramientas que ha aprendido o desarrollado durante la terapia. El objetivo final de esta técnica es mostrar al paciente que se ha cumplido con los

objetivos planteados y realizar una retroalimentación de las herramientas adquiridas que puede llevar consigo en cualquier situación.

Durante la sesión primeramente se realizó la aplicación de los retest, con la finalidad evidenciar los logros obtenidos del proceso terapéutico, luego se procedió a explicar sobre la técnica que se utilizó para el cierre de sesión. La misma que se desarrolló de la siguiente manera: se le solicitó recuerde algunas de las técnicas ya utilizadas durante el tiempo de atención psicológica y se realizó una lista con todas las herramientas aprendidas, con la finalidad que las puedas tener a la mano y emplear ante las distintas situaciones de su día a día. Finalmente, se cumplió con los objetivos planteados por el paciente y el terapeuta, logrando cambios positivos en B.A.

Capítulo tres

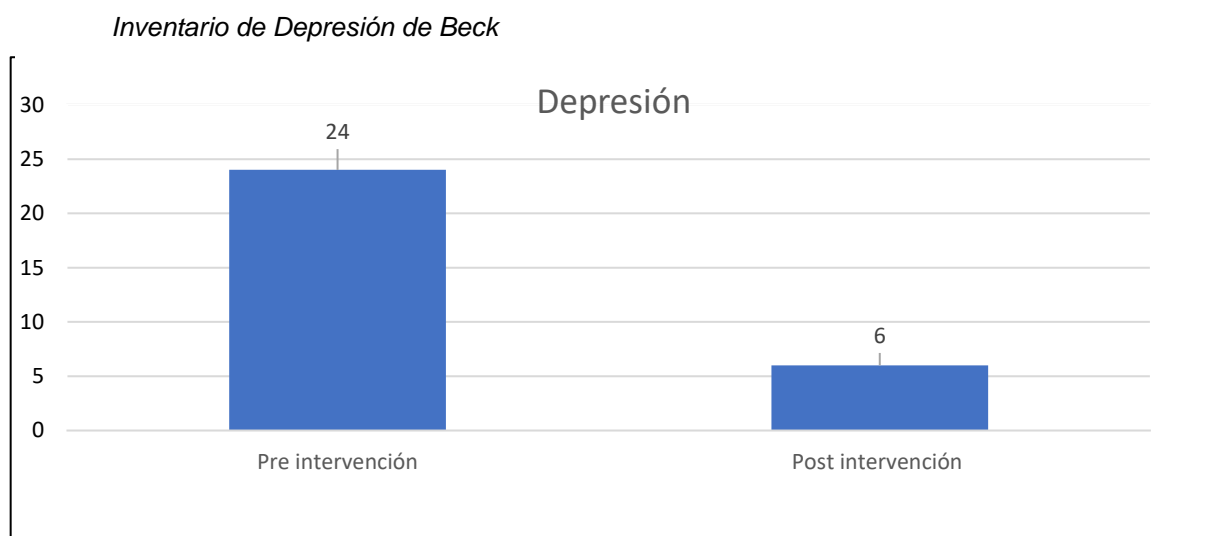
Resultados

Se realizó una intervención psicoterapéutica en base a las necesidades detectadas del paciente durante el proceso de evaluación psicológica y los resultados obtenidos en los reactivos psicológicos en el pre y post tratamiento, son los esperados, puesto a que existió una mejora notable en el paciente, los mismo que se van a mostrar a continuación.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Basándose en la evaluación psicológica realizada previamente al tratamiento, los resultados que se obtuvieron al finalizar la intervención psicoterapéutica son positivos demostrando así la eficacia del tratamiento, comparando los puntajes obtenidos de los test psicológicos tal como se presenta a continuación.

Figura 2

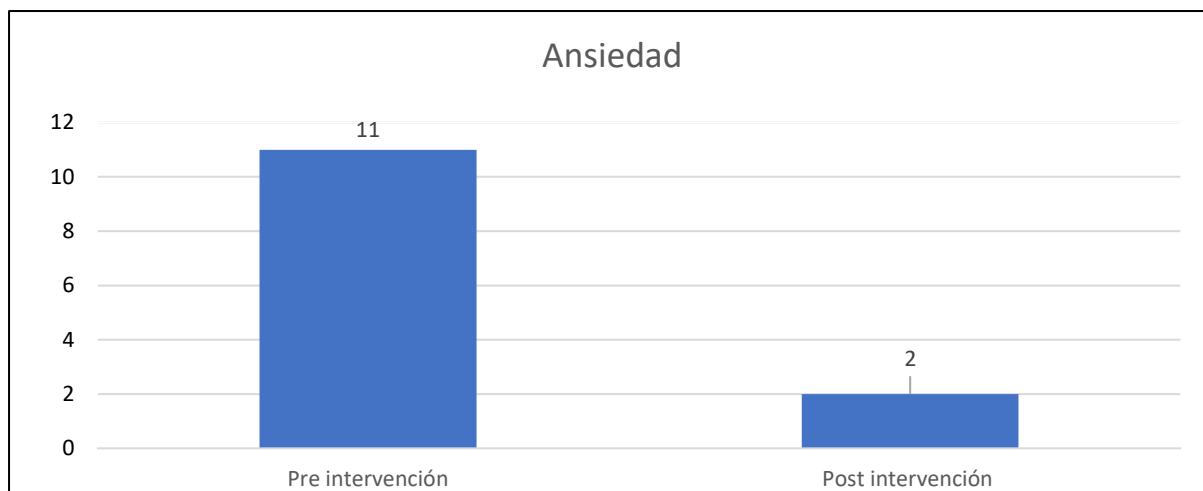


Nota. La figura muestra los resultados de la escala pre y post-intervención

En relación con los resultados del Inventario de Depresión de Beck, previo a la intervención, B.A obtuvo 24 puntos- depresión moderada y en el retest alcanzó un puntaje de 6, lo que lo ubica dentro del rango de sintomatología depresiva mínima.

Figura 3

Test de ansiedad de Hamilton



Nota. La figura muestra los resultados de la escala pre y post-intervención

En relación con los resultados del Test de ansiedad de Hamilton, previo a la intervención con B.A presentó 11 puntos y tras la intervención existió una reducción de la sintomatología, alcanzando un puntaje de 2, lo cual demuestra una disminución considerable en los síntomas ansiosos.

3.2 Análisis de resultados cuantitativos

Después de un análisis exhaustivo de la situación a nivel global y de las sesiones con el paciente, se detectaron síntomas y preocupaciones específicas que están afectando sus diversas áreas de vida. Estos incluían llanto fácil, agitación psicomotriz, estado de ánimo deprimido, dificultad para conciliar el sueño, sensación de desesperanza y problemas para resolver situaciones cotidianas; los mismos que se analizan y se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 5

Análisis cualitativo

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación
	Se mantuvo, es decir, no hubo cambio	Cambió parcialmente	Se extinguió o se modificó	
Llanto			x	Denota tranquilidad y resiliencia ante las nuevas situaciones experimentadas.
Agitación			X	Dado que las técnicas de respiración resultaron exitosas debido a que la paciente consiguió disminuir su malestar llegando a ya no experimentarlo como constantemente lo hacía.
Estado de ánimo deprimido.			X	Existe una notoria mejoría en su actitud frente a sus relaciones interpersonales demostrando sentimientos de alegría y serenidad.

Insomnio	X	Existe un cambio en su totalidad, si disminuyeron sus preocupaciones y consigue una mejoría en su ciclo de sueño.
Desesperanza	X	Presenta una visión del futuro optimista.
Dificultad en la resolución de problemas	X	Existe una notoria mejoría en resolución de problemas

Nota. Descripción de las conductas y aspectos con afectación inicial del paciente y su evolución.

Al finalizar el proceso de intervención desarrollado con B.A, el paciente disminuyo considerablemente su sintomatología. En primer lugar, se observa que el llanto inicial del paciente se transformó gracias a su capacidad de generar tranquilidad y resiliencia frente a nuevas situaciones que enfrentaba.

En cuanto al estado de ánimo deprimido, se apreció un cambio significativo debido a la notable mejoría en su actitud frente a los problemas interpersonales, demostrando que el paciente logró desarrollar habilidades de comunicación asertivas y establecer vínculos más saludables, lo que influyó positivamente en su estado emocional.

En relación al insomnio, se aprecia un cambio significativo, es importante destacar que se logró una disminución de las preocupaciones, lo que posiblemente contribuyó a una mejor calidad de sueño, este avance puede haber sido resultado del trabajo terapéutico centrado en la reestructuración cognitiva

Finalmente, se destaca que la desesperanza se extinguió debido a una mejora significativa en la visión del paciente tenía del futuro; además, se trabajaron y modificaron los pensamientos desadaptativos expresados durante las sesiones terapéuticas. Estos cambios

observados en el paciente reflejan el impacto positivo de la terapia en su bienestar emocional y en su capacidad para enfrentar los desafíos de manera más adaptativa.

Discusión

El presente caso clínico hace referencia al proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica llevado a cabo con un paciente de 33 años quien presenta un trastorno mixto ansioso-depresivo. En el proceso de evaluación se trabajó con los siguientes instrumentos psicológicos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Hamilton y Cuestionario de Personalidad de Salamanca, mismos que fueron seleccionados por su alta efectividad para la evaluación inicial de la sintomatología descrita; así mismo, es importante resaltar que su empleo fue exitoso debido a que se estableció una perspectiva más clara del malestar del paciente y de esta manera se pudo concretar el diagnóstico y el respectivo levantamiento del plan terapéutico.

Referente al proceso de evaluación se desarrolló a través de la entrevista clínica y aplicación de reactivos psicológicos; es por ello, que, para evaluar la sintomatología ansiosa presente en el paciente, se utilizó el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, en la cual previo a la intervención B. A obtuvo un puntaje de 11 y en la post-intervención su puntaje se redujo a 2 puntos. Este instrumento fue seleccionado y aplicado en el presente caso por la validez que presenta en la evaluación de sintomatología ansiosa en adultos; tal como, lo afirma Colomo et al. (2021) quienes analizaron a 52 adultos de España, de estos pacientes 17 dieron positivo para un tipo de ansiedad usando la escala de ansiedad de Hamilton; así mismo, en el estudio se determinó que el test presenta adecuadas propiedades psicométricas (sensibilidad: 0,800; especificidad: 0,852; ABC: 0,876 [IC 95%: 0,781-0,970]). Por lo cual, la escala de ansiedad de Hamilton se considera una herramienta eficaz para diagnosticar la sintomatología ansiosa.

Por otro lado, se empleó el cuestionario de depresión de Beck, en el cual el paciente previo a intervención presentó un resultado de 24 puntos lo que indicaba depresión moderada y luego de la intervención se observaron resultados positivos obteniéndose 6 puntos. Este instrumento fue seleccionado y aplicado en el presente caso por la validez que presenta en

la evaluación de sintomatología, tal como lo afirma Baños-Chaparro et al. (2022) en el estudio que realizó en población peruana y empleó este instrumento, determinando que el instrumento presenta adecuada estructura interna y confiabilidad ($\alpha=.80$, test-retest $r=.60$). Por lo cual, es considerado por excelencia el instrumento más utilizado en población clínica y no clínica para evaluar sintomatología depresiva.

A su vez, en se aplicó el Cuestionario de Personalidad de Salamanca, con la finalidad de evaluar características de personalidad y se obtuvo que los rasgos más predominantes en B.A. corresponden al tipo narcisista. La evidencia demuestra que este cuestionario es ampliamente utilizado para evaluar la personalidad, en dicho sentido Chagua et al. (2024) desarrolló un estudio realizado en la Universidad Continental con una muestra de 1076 personas y el estudio demostró que presenta adecuada confiabilidad y el coeficiente de validez de contenido encontrado fue de 0.887 y en cuanto a la validez de constructo realizaron la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.849.. Y se llegó a la conclusión que presenta valores que indican una buena fiabilidad, validez y concordancia.

Luego de analizar los resultados obtenidos tras la evaluación, se llegó a la conclusión que el paciente cumple con criterios diagnósticos para trastorno mixto ansioso- depresivo, el cual se caracteriza por la presencia combinada de síntomas característicos tanto de la depresión como de la ansiedad, pero ninguno de los dos está por encima del otro, ni la intensidad de los síntomas es lo suficientemente grave para cumplir los criterios diagnósticos de los trastornos por separado. En un estudio realizado por Leguizamo y Ramos (2022) con una muestra de 116 trabajadores pertenecientes a la unidad de la policía nacional de Babahoyo se encontró que el 39,29% de los servidores presentaba sintomatología depresiva y el 23,53% no desempeñaban sus funciones en la ciudad de origen; así mismo existieron síntomas de ansiedad debido a las funciones desempeñadas; lo cual, coincide con gran exactitud con el presente caso.

En lo referente a la intervención psicoterapéutica, se desarrolló con el modelo integrativo debido a la eficacia que ha demostrado en casos similares. En dicho sentido,

Corey (2017) menciona que es un enfoque holístico que combina diferentes teorías y técnicas de diversas áreas para abordar un problema o situación de manera integral. Se caracteriza por ser flexible y adaptable, es de gran ayuda ya que este modelo se adapta a las necesidades específicas que el paciente tenga, este modelo busca comprender mejor la complejidad del comportamiento humano, tomando en cuenta factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por ende, fue utilizado en el presente caso con la finalidad de abordar y tratar la sintomatología del paciente: tristeza, llanto fácil, preocupación, insomnio, falta de respiración, agitación y dificultad de autocontrol, sentimientos de culpabilidad y sentimiento de vacío.

Dentro de las técnicas aplicadas destaca en primer lugar, la respiración progresiva de Jacobson, que se utilizó con la finalidad de disminuir la sintomatología ansiosa, según Tamayo (2019) en un estudio realizado en Lima con una muestra total de 292 participantes, se evidenció una disminución de la sintomatología ansiosa tras la aplicación de la técnica. Teniendo en cuenta la investigación antes mencionada se puede determinar que las técnicas de relajación son efectivas en la disminución de síntomas ansiosos.

De igual manera la técnica de respiración diafragmática, según Martínez-González (2018) evidenció que favorece el estado de relajación y tranquilidad teniendo un impacto positivo en la salud física y mental, así mismo en el ámbito cognitivo ayuda a la toma de decisiones, fortalece las relaciones sociales, agudiza la percepción y ayuda a consular el sueño mediante descanso reparador. Por otro lado, para conducir al paciente a un proceso de liberación emocional se utilizó la técnica de la silla vacía, según Barragán (2019) puede resultar una técnica fiable para trabajar en la liberación emocional del paciente, buscando disminuir así la sintomatología ansiosa depresiva. Tal como, se evidenció en el presente caso, que tras la aplicación tanto de las técnicas de respiración, relajación y la silla vacía, B.A. logró liberar la carga emocional de sus emociones reprimidas, generando un estado de calma y tranquilidad.

Además, se trabajó en reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar patrones de pensamientos irracionales que mantenían la sintomatología en el paciente; para lo cual,

se utilizó la técnica de dialogo socrático, siendo la técnica a elección para reestructurar pensamientos; tal como lo propone León (2019) que esta técnica permite que el paciente vaya generando de forma progresiva respuestas lógicas o pensamientos irracionales, mejorando así el autoconcepto y seguridad personal. De igual manera, dentro de la intervención se utilizó la técnica de entrenamiento en resolución de problemas para apoyar en la búsqueda de alternativas y en la toma de decisiones de B.A, la misma que fue aplicada en el estudio de Pabuena (2019), consiguiendo que el paciente identificara el tipo de preocupación y genere estrategias efectivas para afrontar los problemas y/o situaciones ansiógenas, favorecer a toma de decisiones y verificación de la solución.

Finalmente, se abordó la comunicación asertiva; para lo cual, se utilizó la técnica de role-playing, con el objetivo que B.A. logre comunicar sus pensamientos y opiniones de forma asertiva ante eventos suscitados en el trabajo, en dicho sentido Palau (2006) ha comprobado que es muy útil y eficaz como tratamiento independiente, no sólo para problemas en la conducta asertiva, sino dentro de problemas clínicos sobre todo trastornos de depresión y ansiedad, y también en el fortalecimiento de la autoestima. Siguiendo la misma línea, en el caso de los trastornos de ansiedad González (2018) menciona que baja capacidad de comunicación asertiva se correlaciona positivamente con trastornos de ansiedad, sobre todo con ansiedad social; por lo cual, en su estudio empleó el entrenamiento en asertividad y evidenció una mejora de los síntomas a través de una progresiva disminución de las situaciones temidas y evitadas.

Así mismo, en el estudio de caso realizado por Vargas y Cerriteño (2012), donde trabajó con adultos jóvenes en la realización de un taller, de las cuales 25 personas participaron durante todo el proceso y eligieron 5 casos para estudiarlos más a profundidad. Aplicó la técnica de role-playing, evidenció que los participantes mejoraron y pudieron dar a conocer la forma de comunicar, cuando una persona descubre las ventajas de expresar sus sentimientos y de ser escuchado, está en camino de desarrollar la comunicación asertiva.

A partir de lo anterior expuesto, se puede determinar que esté presente caso clínico es de gran importancia dentro del ámbito clínico, ya que en la actualidad estos trastornos son muy frecuentes en diversos grupos de poblaciones, siendo así que este caso aporta información relevante en cuanto a la eficacia del modelo integrativo y las técnicas en la disminución de la sintomatología ansiosa-depresiva.

Con el presente trabajo se busca ofrecer apoyo psicoterapéutico a la sociedad, especialmente a los pacientes que necesiten atención en este ámbito. Además, se utilizará para verificar la validez en la evidencia de este tipo de enfoque puesto a los resultados favorables obtenidos; no obstante, es importante comentar que dentro de este proceso existieron limitaciones, tales como el tiempo, debido a que por su área de trabajo lo solicitaban en distintas áreas lo que ocasionaba que en algunas sesiones tenían que ser más cortas.

Conclusiones

Respecto al proceso de evaluación, se concluye que la aplicación del Inventario de depresión de Beck y Escala de Ansiedad de Hamilton se consideran instrumentos válidos y eficaces en el proceso de evaluación de un trastorno mixto ansioso-depresivo, los cuales favorecieron a la determinación del diagnóstico junto con el análisis de la información recolectada a través de la entrevista clínica y la observación.

Además, se puede concluir que el uso de un modelo integrativo para el tratamiento psicológico del trastorno mixto ansioso-depresivo tiene resultados positivos. Este enfoque permitió incorporar técnicas de diversas modalidades, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia racional-emotiva-conductual, las cuales favorecieron en el un abordaje integral de las necesidades del paciente y obtener resultados efectivos al finalizar el proceso.

Finalmente, se puede concluir que plan terapéutico implementado ayudó a reducir la sintomatología de depresión y ansiedad en el paciente, desarrollando pensamientos racionales y funcionales; así como, habilidades para afrontar las dificultades de la vida diaria y de su profesión; permitiéndole de esta manera la reintegración a sus laborales como servidor policial.

Recomendaciones

Se sugiere que, además de los instrumentos aplicados e indicados por el centro donde se abordó el caso, se podría recomendar el uso de la Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión (DASS-21), esto debido a que evalúa los niveles de estrés, ansiedad y depresión, en un solo instrumentos, lo cual puede aportar en la obtención de un resultado más eficaz.

Se recomienda a la institución el uso de la terapia integrativa debido a que este modelo busca integrar diferentes técnicas con el fin de poder adaptar estas mismas a las necesidades del paciente; además, debido a su flexibilidad y complementariedad permite aprovechar lo mejor de cada enfoque y alentar la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas, todo esto con el fin de tener una mayor efectividad durante la terapia.

Finalmente, se sugiere al profesional del centro realizar un seguimiento del paciente, con la finalidad de mantener los logros alcanzados y evitar una posible reaparición de los síntomas que alteren nuevamente las distintas esferas.

Referencias

- Alarcón, R. D. (2009). Cultura, factores culturales y diagnóstico psiquiátrico: revisión y proyecciones. *Psiquiatría mundial*, 8 (3), 131- 134. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00233.x>
- Allison, P., Mnatsakanova, A., McCanlies, E., Fekedulegn, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., y Violanti, J. M. (2019). Estrés policial y síntomas depresivos: papel del afrontamiento y la resistencia. *Policing: An International Journal*, 43(2), 247–261. <https://doi.org/10.1108/pijpsm-04-2019-0055>
- Balseca Beltrán, C. E. (2019). *Plan de prevención de riesgos psicosociales en el personal operativo del Grupo de Operaciones Especiales de la Policía Nacional del Ecuador-Quito (GOE)* [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador]. <http://hdl.handle.net/10644/6482>
- Baños-Chaparro, J., Delgado, F. L., Ynquillay-Lima, P., Jacobi-Romero, D. J., y Guillen, F. G. F. (2022). Escala de Desesperanza de Beck: Un Análisis Psicométrico de la Versión Breve en Adultos Peruanos. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 4(65), 85-97. <https://aidep.org/sites/default/files/2022-10/RIDEP65-Art7.pdf>
- Beck, A. T., Ward, M., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). Un inventario para medir la depresión. *Archivos de Psiquiatría General* An inventory for measuring depression. *Jamal medical news*, 4(5), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Belloc, D. C., y Boring, M. (2019). Evaluación psicológica: *Teoría, métodos y aplicaciones 7ª ed.*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Calderón, A. (2014). *Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el Cuestionario Salamanca*. [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=94425>

- Calua M, Delgado Y, y Regalado, Ó. L. (2021). Comunicación asertiva en el contexto educativo: revisión sistemática. *Boletín Redipe*, 10(4), 315-334. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7917878>
- Chagua Alcantara, M. G., y Hinostroza Felix, S. P. (2024). *Propiedades psicométricas del cuestionario Salamanca para el screening de trastornos de la personalidad en estudiantes de educación superior de Huancayo*. [Tesis de grado, Universidad Continental, Huancayo, Perú]. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/14244>
- Colomo, N., Oliveira, C., Hernández-Pedrosa, J., Bergero, T., Fábrega-Ruz, J., Porras, N., Girón, M. V., de Rota, L. F., y Oliveira, G (2021). Validez de las escalas de autoevaluación para el diagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos con bronquiectasias. *Archivos de bronconeumología*, 57(3), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.01.009>
- Fernández, J. (2022). El suicidio de policías y guardias civiles como riesgo profesional en los tribunales. *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*, (33), 35-61. <https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/645>
- Fernández, J. R., y Caballo, A. (2016). *Manual de diagnóstico y evaluación en psicología clínica* (2ª ed.). Madrid: Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro/psicologia/manual-para-la-evaluacion-clinica-de-los-trastornos-psicologicos-vicente-e-caballo-manrique-9788436820232/>
- Gómez-Estapa, M. T., y Martínez-Arizala, I. (2001). La entrevista psicológica: Un instrumento fundamental en la evaluación psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 22(2), 225-242. <https://n9.cl/d629l>
- Holloway, E. L., y Rachman, S. (2019). *Un modelo integrativo para la terapia cognitivo-conductual* (segunda edición). Barcelona: Editorial Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>

- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., y Alonso, J. (2007). La encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Salud Mental en el Mundo (SMM): Estimaciones preliminares de la prevalencia mundial y la carga de los principales trastornos mentales en 2004. *Revista Europea de Salud Pública*, 17(6), 301-311. <https://doi.org/doi:10.1017/s1121189x00001421>.
- López, M. M., y Herrero, S. P. (2019). *Manual práctico de Evaluación psicológica clínica (2.ª edición revisada y actualizada)*. Editorial Síntesis. <https://goo.su/D2dFhoi>
- Lora-Serrano, C., y Perú-Sanz, J. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de Hamilton para la ansiedad (HAM-A) en estudiantes ecuatorianos. *Revista Ajayu*, 12(2), 225-232. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>
- Martínez González, E., y Ramos Guillin, D. L. (2018). *Confort en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, en una ese de montería, 2017*. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/794>
- Palau, N., Ballester, M., Morales, M., y Riesco, N. (2006). Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76(77), 66-72. <https://bitly.cx/6nz>
- Pérez Urdañiz, A., Rubio Larrosa, V., Gómez Gazol, M. E., y Andrés Olivera, P. (2007). *El Test de Personalidad de Salamanca (SPT)* [Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca, España] <https://n9.cl/a0wbcp>
- Requião C, Lins-Kusterer, L., y Martins, F. (2019). Capacidad para el trabajo de policías y militares. *Revista de Saúde Pública*, 53, 79. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001014>
- Rodríguez Vázquez, M. (2023). Estudio de caso: *intervención en paciente con sintomatología ansioso-depresiva*. [Tesis de grado, Universidad Europea de Madrid] <https://hdl.handle.net/20.500.12880/4954>
- Rodríguez, A. (1976). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. *Advances in Historical Studies*, 4(4).336-337. <https://doi.org/10.2307/40182490>

- Uribe Rodríguez, A. F., y Martínez Rodríguez, J. M. (2012). Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al " Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario" en Bucaramanga, Colombia. *Revista Criminalidad*, 54(2), 47-60. <https://doi.org/10.47741/17943108.256>
- Vargas, M., y Cerriteño, A. (2012). La comunicación asertiva como una estrategia para mejorar las relaciones interpersonales en adultos jóvenes. *Revista de Humanidades, Fortaleza*, 27(2), 359-371. <https://ojs.unifor.br/rh/article/view/4636/3725>
- Vicente-Colomina, A. D., Santamaría, P., y González-Ordi, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a6>
- Vilchez, J. L., Ávila, C., Moreno, M., y Erreyes, M. (2018). Arte y psicología. *Estudios sobre arte actual*, (6), 35-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6861738> .
- Yadav, B., Anil, K. C., Bhusal, S., y Singh, P. (2022). Prevalencia y factores asociados a los síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre los agentes de policía de tráfico de Katmandú, Nepal: encuesta transversal. *BMJ open*, 12(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061534>