



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN UNA ADOLESCENTE CON
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE LA CIUDAD DE VENTANAS EN EL
PERIODO 2018- 2019 PROVINCIA DE LOS RÍOS- ECUADOR.**

AUTORA:

YOSELYN GRISET ORTIZ LOPEZ

TUTOR:

MSC. ANDRÈS ARREAGA

BABAHOYO

SEPTIEMBRE

2019



INDICE

| CONTENIDO | Pág. |
|-------------------------------|-------------|
| CARATULA..... | i |
| INDICE..... | ii |
| RESUMEN | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. DESARROLLO | 4 |
| 3. CONCLUSIONES | 19 |
| 4. BIBLIOGRAFÍA | 21 |
| 5. ANEXOS | 22 |



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

Actualmente el trastorno depresivo mayor es de origen idiopático, lo que significa que las causas no están determinadas, si una persona está bajo intervención terapéutica necesita el apoyo de su familia, y aunque las sesiones las dirija el terapeuta, ellos deben ser miembros activos en el proceso, y así, conjuntamente, en una alianza entre la familia y el terapeuta contribuir a la disminución de los síntomas en el trastorno depresivo mayor, ya que también la familia se ve afectada si un miembro está inestable emocionalmente, en el presente estudio de caso se abordará esta temática, en la cual se tratará un caso clínico de un paciente de 17 años de edad el cual después del suicidio de su madre quedó bajo el cuidado de sus abuelos maternos, la paciente es estudiante del segundo año de bachillerato de la Unidad Educativa Ana Rosa Valdivieso de Landivar, donde una docente, por el desinterés en clases, bajas calificaciones, y la sintomatología que evidenciaba la menor, decide llevarla al departamento DECE para una valoración clínica, ya que tenía antecedentes de haber sido excelente estudiante, por lo cual se procedió a realizar una entrevista clínica con la paciente, recopilar datos, entrevistar a la abuela, y mediante la información de las sesiones diagnósticas se pudieron valorar las áreas mayormente afectadas, siendo estas el área conductual, emocional y cognitiva, además se reafirmó el diagnóstico mediante la aplicación de un test proyectivo, siendo este el HTP, y un test cuantitativo para medir la depresión; Inventario de la depresión de Beck. Y mediante la ejecución de un esquema de intervención de corte cognitivo conductual se obtuvieron resultados favorables en las áreas anteriormente mencionadas, las cuales estaban seriamente deterioradas, cambiando sus ideas funcionales, por unas más adaptativas y funcionales, mejorando la calidad de vida de la paciente, y reforzando sus vínculos familiares afectivos y relacionales, esto gracias a las sesiones donde se trabajó con la familia de la adolescente.

Palabras Claves: Trastorno depresivo mayor, apoyo familiar, esquema cognitivo conductual



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD PRESENCIAL

ABSTRACT

Currently the major depressive disorder is of idiopathic origin, which means that the causes are not determined, if a person is under therapeutic intervention needs the support of his family, and although the sessions are directed by the therapist, they must be active members in the process, and thus, together, in an alliance between the family and the therapist contribute to the reduction of symptoms in major depressive disorder, since the family is also affected if a member is emotionally unstable, in the present case study This theme will be addressed, in which a clinical case of a 17-year-old patient will be treated, who after the suicide of his mother was under the care of his maternal grandparents, the patient is a second year high school student of the Unit Educational Ana Rosa Valdivieso de Landivar, where a teacher, for the lack of interest in classes, low grades, and the symptoms that showed the least, d He decided to take her to the DECE department for a clinical evaluation, since she had a history of having been an excellent student, so she proceeded to conduct a clinical interview with the patient, collect data, interview the grandmother, and through the information of the diagnostic sessions We were able to assess the most affected areas, these being the behavioral, emotional and cognitive area, in addition the diagnosis was reaffirmed through the application of a projective test, I feel this the HTP, and a quantitative test to measure depression; Beck depression inventory. And by executing a cognitive behavioral intervention scheme, favorable results were obtained in the aforementioned areas, which were seriously impaired, changing their functional ideas, for more adaptive and functional ones, improving the patient's quality of life, and reinforcing her emotional and relational family ties, this thanks to the sessions where she worked with the adolescent's family.

Keywords: Major depressive disorder, family support, cognitive behavioral scheme

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo presentado, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico, en la modalidad de examen complejo, es un estudio de caso práctico, en la línea de investigación correspondiente a asesoramiento psicológico, sublínea de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional, en el cual se ejecutó una exploración psicológica en una estudiante de la Unidad Educativa “Ana Rosa Valdivieso de Landívar”

Las personas que padecen trastorno depresivo mayor, regularmente se suelen sentir aisladas, teniendo un deterioro en sus vínculos afectivos, siendo estos inestables o inexistentes, por lo cual la familia, como contexto primario, es fundamental en el proceso terapéutico, y con la correcta guía del terapeuta, se contribuye a disminuir los síntomas, ya que un trastorno depresivo mayor no mejora si no se le brinda el tratamiento psicológico y psiquiátrico respectivo, siendo la familia un factor para la mejora del paciente.

El presente estudio de caso consiste de una adolescente, quien su tutora de curso la llevó a evaluación psicológica por los signos que detectó en la estudiante, y siendo conocedora de la situación que estaba pasando la menor hace aproximadamente 3 años (desde la muerte de la madre). En consulta la adolescente mediante la observación clínica, se detectaron microexpresiones faciales que sugerían la presencia de un trastorno depresivo, así como la menor manifestaba pérdida de interés y disminución en la capacidad de disfrutar por las actividades cotidianas, sentimientos de culpa, de inutilidad y desesperanza, ideación suicida, siendo estos síntomas característicos del trastorno de depresión mayor, que mediante la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales, se pretende mejorar las relaciones intrafamiliares de la paciente, para su posterior reinserción total en su área social.

El estudio de caso cuenta con la siguiente estructura desarrollada en las páginas subsiguientes; justificación, objetivo general, sustento teórico, técnicas aplicadas para la

recolección de información, resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones, posteriormente se encuentran la bibliografía y los anexos.

2. DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso es importante porque permite conocer las consecuencias del trastorno depresivo mayor en una adolescente, por lo cual se realizan intervenciones psicoterapéuticas, teniendo a la familia como participantes activos para disminuir la sintomatología característica del trastorno depresivo mayor, trabajando primero de forma individual con la paciente, y posteriormente con la familia, siendo esta el eje central en la mejora de la paciente.

Se enfoca en evaluar un caso del trastorno depresivo mayor mediante métodos psicodiagnósticos, y proponer un plan Psicoterapéutico de corte cognitivo conductual para mejorar las relaciones familiares de la adolescente, y así paulatinamente restaurar las áreas emocionales, conductuales, cognitivas y sociales.

Es trascendente, porque genera un antecedente de abordaje psicoterapéutico, que podría ser referencia a los profesionales de la salud mental, o a los familiares que busquen información con fines comunes a lo propuesto en este estudio de caso.

La principal beneficiaría de la investigación por medio del estudio de caso es la adolescente que asiste a las sesiones terapéuticas, sus familiares y el personal de la institución, porque la intervención Psicoterapéutica va a permitir mejorar las relaciones interpersonales con los familiares, con ello mejorar la calidad de vida de la paciente, y la profesional que evalúa, ya que afianzara sus habilidades en la práctica clínica.

En la ejecución de este trabajo se obtuvo resultados factibles ya que se contó con los materiales necesarios en la investigación del caso clínico y los recursos humanos para el

cumplimiento de lo establecido para el beneficio de la paciente. Los datos obtenidos fueron tomados de un caso clínico en el transcurso de mis prácticas pre-profesionales en la Unidad Educativa “Ana Rosa Valdiviezo” y la autorización de la paciente, lo que ayudó a llevar las mismas obtenidos resultados.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar cómo influye la familia en la disminución del trastorno depresivo mayor.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Es necesario mencionar que el trastorno depresivo mayor repercute considerablemente en la vida de quien lo padece, necesitando así la participación activa de la familia como asistente en el proceso psicoterapéutico, definiremos a continuación las variables detectadas:

Apoyo familiar

La familia de los Adolescentes con TDM, se ven también afectadas por las consecuencias de la enfermedad por lo que es necesario que estén en la voluntad de proporcionar apoyo físico, psicológico, económico, entre otros, y a soportar junto con el familiar enfermo, el impacto del este trastorno. (Silva, 2011)

Para Silva, cuando un adolescente tiene trastorno depresivo mayor, todos los miembros de la familia se ven afectados, y es necesario que brinden apoyo físico, psicológico y económico para ayudarle al menor a sobrellevar el trastorno.

Las familias necesitan conocer todo lo referente al trastorno que padezca el ser querido, consejos para hacer frente y empatizarse con el miembro de la familia que esté

sufriendo el padecimiento, el apoyo familiar es fundamental para ayudar al afectado, además deben de conocer la medicación que debe ser administrada en los horarios específicos. (Woolis, 2015, pág. 46)

Según explicaba la autora, es fundamental el apoyo de la familiar, que ya los miembros de la familia deben comprender el fenómeno denominado enfermedad mental, solo si se conoce las consecuencias causas e intervención, pueden ser parte activa en el proceso psicoterapéutico.

La familia, cuando existe, quiere y puede, es un elemento de apoyo fundamental durante el proceso de la enfermedad, teniendo en cuenta que siendo su contexto primario, conocen las características del enfermo, que se pueden trabajar en cada sesión terapéutica. (SEOANE, 2015, pág. 111)

Para Seoane en su libro Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa, señala que el contexto primario brinda elementos que pueden ayudar al terapeuta, ya que tienen conocimiento integral de la vida del paciente, y conocen sus aspectos positivos y negativos.

Dentro de las prácticas relacionales, el profesional debe ejercer de punto de unión entre la familia, y la paciente con el trastorno emocional y demás contexto en el que se desenvuelva el paciente y demás equipo multidisciplinar que forma parte activa del tratamiento del paciente, se puede decir que las familias y los profesionales de la salud mental conjuntamente deben ir proponiendo de manera conjunta y en todas las creencias de competencias, compromiso, igualdad, comunicación y confianza. (Arenas, 2018, pág. 54)

Para Arenas en sus tesis con el tema ‘Habilidad emocional del profesional de Atención

Temprana y prácticas relacionales y participativas con la familia” manifiesta que conjuntamente los profesionales de la salud mental y la familia deben plantearse objetivos que favorezcan la confianza y bienestar emocional de la paciente.

La capacidad de reconocer los cambios en el comportamiento del miembro de la familia diagnosticado es una tarea de la familia durante el proceso de abordaje terapéutico, apoyando ellos en casa con la consolidación de los conocimientos adquiridos en las sesiones terapéuticas, el contacto familiar continuo con los pacientes tendrá el potencial de crear conciencia sobre los signos y síntomas significativos (...). Los síntomas depresivos acompañados de ideación suicida necesitan especial atención por parte de contexto familiar del paciente. (Nova, 2018)

Nova plantea en su artículo científico titulado “ La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia” que el apoyo en casa consolida lo que el terapeuta le haya enseñado a su paciente, y se debe tener en cuenta que la Terapia Cognitiva Conductual es didáctica, y tiene el objetivo de que el paciente sea su propio terapeuta, y la familia co-terapeutas.

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor es un episodio depresivo característico que dura 2 semanas. Se observa hasta en el 2% de los niños y el 5% de los adolescentes.

El trastorno de depresión mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad pero es más frecuente después de la pubertad. Sin tratamiento, la depresión mayor puede remitir en 6-12 meses. El riesgo de recurrencia es mayor en los pacientes que tienen episodios graves, que son más jóvenes, o que han tenido múltiples episodios. La persistencia de los síntomas depresivos leves incluso durante la remisión es un fuerte predictor de recurrencia. (Elia, 2017)

Para Elia, el trastorno depresivo mayor dura por lo menos 2 semanas, y tiene una prevalencia de hasta un 2% en niños y 5 en adolescente, es decir ellos podrían desarrollar un cuadro de trastorno depresivo, que posteriormente evolucionaría en un trastorno depresivo mayor, y que como menciona el autor, puede aparecer en cualquier edad, siendo más frecuentes después que el joven ha atravesado por el proceso de pubertad, ya que los cambios físicos y emocionales, inciden en la aparición de este trastorno, en especial si han estado bajo una situación estresante, o hay presencia de factores desencadenantes. El trastorno depresivo mayor puede terminar en el suicidio

Síntomas del trastorno depresivo mayor

En el trastorno depresivo mayor se manifiestan una serie de los mismos que incluyen

Síntomas emocionales y físicos

Las personas con depresivo mayor presentan Llanto, irritabilidad además aparición de otros como los secundarios a un aumento de tensión muscular, fatiga y disminución de la actividad, pérdida de interés por relacionarse con las demás personas.

En estos pacientes es característico que haya una disminución del sueño y del apetito (a veces, se producen pérdidas significativas del peso) aunque en algunas personas el apetito y el sueño incrementan.

Síntomas cognitivos

Entre los síntomas cognitivos se presencia pérdida de concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo, del pasado y el futuro

Los siguientes síntomas depresivos requieren ser evaluados para determinar la presencia de la depresión mayor

Tienen que tener un grado suficiente de gravedad y persistencia (La mayor parte del día, al menos dos semanas) para ser considerados presentes definitivamente.

Es necesaria la presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas, uno de ellos al menos debe ser principal. Es frecuente que ambos síntomas principales estén presentes en caso de depresión mayor moderada y grave

(Muñoz Cobos F, 2011)

Los síntomas más frecuentes en estados de depresión están asociados estrechamente entre sí, ya que al estar el paciente en un estado depresivo nos muestra una gran variedad de sintomatologías asociadas a esta trastorno de los cuales podemos resaltar los siguientes:

- Estado de ánimo irritable.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Agotamiento y falta de energía.
- Sentimiento de inutilidad y culpa.

Existe una clara relación entre el suicidio y la depresión, siendo esta patología uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida y para todas las causas de mortalidad. La depresión supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social. (MSP, 2017)

Para Muñoz Cobos y el Ministerio de Salud pública del Ecuador, la sintomatología en un paciente que padece de trastorno depresivo mayor, se manifiesta en un deterioro de sus áreas cognitivas, emocionales y conductuales, siendo la ideación suicida uno de los síntomas más alarmantes, ya que la ideación suicida es persistente y recurrente, apareciendo constantemente como un pensamiento automático en el paciente que padece este trastorno, por lo cual es fundamental que asista a terapia, y se le brinde apoyo terapéutico.

Teniendo en cuenta que es necesario reestructurar la cognición de la paciente para cambiar sus sistemas de creencias disfuncionales y conductas desadaptativa, se considera a la Terapia Cognitivo Conductual como enfoque teórico:

Las terapias cognitivo conductuales son eficaces para reducir la sintomatología en el trastorno depresivo mayor, ya que brinda estrategias para disminuir la ideación suicida, y aspectos concretos de sus conductas disfuncionales, si se los combinan con sesiones de terapia grupales, identificando tipos, efectos, del pensamiento o creencia. (SNS, 2012, pág. 54)

Según la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, la terapia Cognitiva Conductual es eficaz en disminuir los síntomas característicos del trastorno depresivo mayor, esto gracias a que trabaja con la cognición de la paciente, y mediante varias técnicas tales como la reestructuración cognitiva se pueden modificar los pensamientos disfuncionales.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El presente caso de estudio se enmarca en un tipo de investigación de carácter exploratorio, ya que permitió conocer como el apoyo familiar incide en el trastorno depresivo mayor, con un enfoque cualitativo, porque mediante la información obtenida se evaluaron los vínculos relacionales dentro del sistema familiar, y cómo se podrían potencializar las características positivas.

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fueron los siguientes:

OBSERVACIÓN CLÍNICA.

Esta técnica consiste en observar atentamente al paciente, esto me permitió analizar el lenguaje corporal, sus movimientos, gestos del paciente que se manifestaron al momento que acudió por asistencia psicológica.

HISTORIA CLÍNICA.

Mediante el uso de este instrumento, se obtuvo información precisa y detallada, sobre el motivo de consulta, antecedentes psicopatológicos de la paciente, detalles sobre los aspectos familiares y de los problemas presentados a nivel académico, social y familiar, para ello se realizó la anamnesis mediante un formato de historia clínica. (VER ANEXO N° 6)

TEST PSICOMETRICOS.

La aplicación de esta técnica se realizó con el objetivo de corroborar la información obtenida y aportar más datos al psicodiagnóstico, para lo cual se le explicó a la paciente los parámetros de cada test.

Test House-Tree-Person (HTP) es una prueba proyectiva de la personalidad, basado en la técnica grafica del dibujo a través del cual podemos realizar una evaluación de la personalidad, estado de ánimo de la persona, y sus relaciones familiares y sociales. Es aplicable a partir de los 5 años, su autor es John Buck 1969. (VER ANEXO N° 7)

El Inventario de Depresión de BECK BDL-2 es para medir la severidad de depresión es aplicable a partir de los 13 años. Su fundador Aaron T Beck, es un cuestionario con 21 preguntas y opciones múltiples. (VER ANEXO N° 8)

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 17 años de edad, de sexo femenino, María (nombre ficticio) nacionalidad ecuatoriana oriunda del cantón ventanas, acude al departamento del DECE de la Unidad Educativa Ana Rosa Valdiviezo de la ciudad de Ventanas.

La evaluación del caso se desarrolló a lo largo de cinco sesiones psicodiagnósticas, cada una con una duración entre 45 y 60 minutos, que comprendieron las siguientes etapas:

Primera sesión. - La paciente llamada María (nombre ficticio) de 17 años de edad fue asistida en consulta psicológica en el DECE, de la Unidad Educativa Ana Rosa Valdivieso, el día martes 04 de junio a las 10h 00 am, con una duración de 50 minutos, fue llevada por el docente tutor de su curso el cual manifestó que la paciente llevaba varios meses sin relacionarse con sus compañeros, que se negaba a cumplir con sus tareas, mostraba desinterés por las clases. Se registró el motivo de consulta, en el cual la paciente manifestó que ella no quería relacionarse con nadie, que no tenía ganas de nada, que se sentía triste e incomprendida, manifiesta que desde el fallecimiento de su madre nada ha sido fácil para ella, que le hace mucha falta y ella ha pensado en retirarse del colegio, María mostraba síntomas de irritabilidad, aislamiento, fatiga y pérdida de concentración, en esta entrevista se estableció el rapport con la paciente y se hizo un compromiso por parte de la paciente en la cual afirmaba que debía llevar a su abuela, ya que según mencionaba la paciente, ella sería su representante legal.

Segunda sesión.- ejecutándose el día martes 11 de junio a las 10h 00 am, con una duración de 55 minutos, entrevistó a la abuela de María, y se tomaron los datos de los antecedentes familiares de la paciente, llenando la historia clínica, la abuela pidió un momento a solas con la entrevistadora, manifestando ‘‘María no quiere relacionarse con nadie, que no tenía ganas de nada, se la ve triste todo el tiempo, desde el fallecimiento de mi hija, nada ha sido igual en ella, no ha sido fácil para mí tampoco, su madre nos hace mucha falta, mi nieta me ha dicho que quiere retirarse del colegio, pero yo no se lo he permitido.’’ Luego se le pidió a la paciente que ingrese nuevamente al consultorio, acordando las fechas y horas en las que la paciente debía ir a consulta, no sin antes mencionar, que la familia también debía asistir conforme se avance con la recopilación de información.

Tercera sesión.- La cual se realizó el día martes 18 de junio a las 10h 00 am, con una duración de 50 minutos, en esta se aplicaron las pruebas psicométricas, que ayudaron a reafirmar la hipótesis diagnóstica que se venía planteando desde la entrevista, dado los antecedentes familiares de la paciente, se aplicó el test proyectivo H.T.P y El Inventario de Depresión de BECK BDL-2, y pidiéndole a la paciente, que debía llevar a su abuela a la siguiente sesión.

Cuarta sesión. – Llevada a cabo el día martes 25 de junio a las 10h 00 am, con una duración de 40 minutos, en esta sesión se citó a la abuela, se realizó la devolución de la información se le informó en que consiste el trastorno depresivo mayor, cuales son los principales síntomas, prevalencia, incidencia, y los elementos predisponentes y precipitantes que llevaron al desarrollo del trastorno en la paciente, además se le informó que la terapeuta trabaja con el enfoque Cognitiva Conductual, explicándole que son las metas generales, estructurales, y lo que se trabajará a lo largo de las sesiones terapéuticas, además de la necesidad de la presencia en algunas sesiones de sus abuelos, ya que vive con ellos, informándoles la necesidad que ellos sean miembros activos de todo el proceso, en el cual se busca disminuir los síntomas de la paciente, teniendo a la familia como co-terapeutas, y con esto culminando el proceso diagnóstico, y entrando al proceso terapéutico.

Sesiones de terapia

Quinta sesión. Se la realizó el día martes 02 de julio a las 10h 00 am, con una duración de 40 minutos, primero se inició con un control del estado de ánimo, y teniendo en cuenta lo recopilado durante el proceso diagnóstico, se procedió a iniciar con la primera sesión de terapia, en la cual se tuvo como meta general el disminuir pensamientos suicidas, y se lograría mediante la meta estructural o terapia de reestructuración cognitiva, pidiéndole a la paciente que haga un registro de alguna situación, valore el cómo se siente, y posteriormente determine si hay o no pensamiento suicida.

Sexta.- Ejecutada el día martes 09 de julio a las 10h 00 am, con una duración de 60 minutos, trabajando la categoría cognitiva se procedió a conocer y debatir las distorsiones cognitivas identificadas en el proceso diagnóstico, por lo cual se utilizó la técnica del dialogo socrático, mediante preguntas que buscaban poner a prueba esos pensamientos disfuncionales, en la misma sesión de terapia se decidió trabajar con la categoría conductual, teniendo como meta el disminuir el insomnio, que le producía a su vez actividad fisiológica alterada, usando como técnica la respiración diafragmática, enseñándole en que consiste la técnica y como la puede usar, mediante una ejemplificación, y pidiéndole a la paciente que la realice también, indicándole que debe hacerla una media hora antes de dormir.

Séptima.- Se llevó a cabo el día martes 16 de julio a las 10h 00 am, con una duración de 45 minutos, en la que se trabajó la categoría conductual de la variable trastorno depresivo mayor, esta sesión tenía como objetivo disminuir los niveles de angustia en situaciones eventuales, por lo cual se usó como técnica la terapia de resolución de problemas, se le pide que para las próximas sesiones, es fundamental la presencia de los abuelos, ya que la paciente vive con ellos.

Octava.- Efectuándose el día viernes 14 de julio a las 10h 00 am, con una duración de 40 minutos, teniendo como meta general el enseñarle a la familia en que consiste el trastorno depresivo mayor, usando como técnica la psicoeducación, mediante videos se les explico a los abuelos de la paciente en qué consistía el trastorno depresivo mayor, además brevemente se les dice lo que se había trabajado en las sesiones anteriores, haciendo énfasis, y explicándole como también ellos eran miembros activos del proceso psicoterapéutico.

Novena.- Realizándose el día martes 23 de julio a las 10h 00 am, con una duración de 40 minutos, trabajando en la categoría emocional, se tuvo como meta general el fomentar la empatía de los miembros de la familia usando como estrategia el juego de roles, en el cual se le pedía a la paciente que actué como su abuela o abuelo, y a los abuelos que actúen como la paciente, y así mejorar los vínculos relacionales dentro de la familia.

Decima.- Llevada a cabo el día martes 30 de julio a las 10h 00 am, con una duración de 40 minutos, trabajando la categoría conductual, y como meta general el incentivar a la familia a realizar actividades que la paciente hacía anteriormente, y que las dejó de hacer por el trastorno depresivo mayor, usando como técnica el listado de actividades agradables, se les explicó la importancia de que ellos ayuden a la paciente a reinsertarla en el ámbito social, además de que serviría para fortalecer sus vínculos relacionales.

Es necesario recalcar que la paciente tiene que asistir a terapia por lo menos unos 3 años, y seguir con su tratamiento psiquiátrico.

Situaciones detectadas

Mediante la evaluación de la información recopilada en la historia clínica durante el proceso psicodiagnóstico se pudieron identificar las siguientes categorías afectadas.

Área cognitiva: ideación suicida (p. ej. Quiero morirme, siento que nada de lo que yo haga vale la pena, estoy perdiendo mi tiempo viniendo al colegio, quiero morirme).

Dificultad para concentrarse, la paciente refiere “No puedo aprenderme nada, no sé qué me pasa, solo me llegan pensamientos de que soy una inútil, eso me pasa cuando me llevo a equivocarme en alguna actividad, si me sacan menos en clases me pasa eso, inmediatamente me vienen los pensamientos de querer matarme.

Atribución catastrófica ante sucesos que no salen como ella espera (p. ej., antes de ayer mis abuelos me mandaron a comprar, y me caí en el camino, y me sentí terrible, sentí como si les hubiera fallado).

Área fisiológica: actividades fisiológicas elevadas, dificultad para conciliar el sueño, ansiedad, disminución en el apetito, fatiga, falta de energía (p. ej. Siento que no puedo dormir, por eso estoy cansada todo el tiempo, y no me apetece comer nada).

Área conductual: aislamiento, pérdida de interés en las actividades que le gustaban (p. ej., antes me gustaba jugar fútbol, con mis amigos en el receso jugábamos, pero ya me siento tan cansada que no quiero hacer nada de eso).

Área personalógica y social, teniendo como resultado de los test psicométricos aplicados:

HTP (Casa, árbol persona): mediante el dibujo de la casa se pudo detectar el deterioro en sus relaciones interpersonales, las puertas fueron remarcadas y más pequeñas, lo cual sugiere un deterioro con el mundo exterior, la corteza del árbol fue enfatizada, lo que nos señala la presencia de ansiedad y depresión, en la persona se pudo detectar que la boca y la nariz son débiles, lo que indica aislamiento, además su cabello era muy fino, lo que indica disminución en sus defensas personales.

En el Inventario de Depresión de BECK BDL-2 obtuvo una calificación de 50, lo cual indica depresión severa.

En base a todo el proceso de evaluación se llega al Diagnóstico Definitivo DSM5 F32 Trastorno Depresivo Mayor.

Soluciones planteadas:

La aplicación de un esquema de intervención psicoterapéutico de corte cognitivo conductual permitieron logros dentro de cada sesión de psicoterapia, pero es importante señalar, que inicialmente se trabajó de forma individual, y posteriormente, cuando la paciente ya estaba lista, se procedió a trabajar con la familia, ya que inicialmente se

trabajaron con las ideas disfuncionales, y cuando se citó a la familia a las sesiones de psicoterapia, se los puso al día.

Mediante las entrevistas se obtuvieron datos relevantes que nos permitieron llegar a un acertado diagnóstico, encontrar el origen y conocer la irrupción del cuadro psicopatológico, la abuela de la paciente mencionó que los síntomas comenzaron a manifestarse después de la muerte de la madre de la niña, pero se descartó el duelo no resuelto por la agudeza de la sintomatología de la paciente, siendo la ideación suicida uno de los más preocupantes, por lo cual mediante la reestructuración cognitiva se buscó mediante el registro de situación, emoción y pensamiento, evaluar las situaciones, identificando y modificando los pensamientos disfuncionales, y se reforzó el logro mediante el dialogo socrático.

Se restauraron los hábitos del sueño mediante la respiración diafragmática, permitiéndole a la paciente un estado de paz y tranquilidad antes de conciliar el sueño.

La terapia de resolución le brindo a la paciente estrategias que le permitan evaluar las situaciones que se le presentan en su vida cotidiana, y que repercuten en su bienestar emocional.

Al enseñarle a la familia todo lo referente al trastorno depresivo mayor, se logró que ellos tengan una mayor comprensión ante el padecimiento de María, y se reforzó este logro mediante el juego de roles.

La familia como parte del proceso debe hacer un acompañamiento en casa, y siendo el desinterés en las actividades sociales un problema significativo, es necesario que ellos se integren de forma positiva, y esto se logró mediante las actividades que realizaron juntos.

A continuación anoto la matriz de soluciones planteadas:

ESQUEMA TERAPÉUTICO

| Variables | Categoría | Meta estructural | Técnica/ terapia | N° de sesiones | | Actividades | Resultados esperados |
|---------------------------|-----------|---------------------------------|----------------------------|----------------|------------|---|---|
| | | | | | Fecha | | |
| Trastorno depresivo mayor | Cognitivo | Disminuir pensamientos suicidas | Reestructuración cognitiva | 1 | 02/07/2019 | Se le pide que haga un listado de las situaciones en las cuales surgen los pensamientos suicidas, se le pide que haga un registro de la situación (que es lo que sucede) emoción (cómo se siente) y pensamiento (presencia o ausencia de pensamientos suicidas), posteriormente se le pide que escriba acompañado situaciones de esperanza, que se esfuerce, y escriba situaciones que contrarresten estos pensamientos | Identificar y modificación de los pensamientos suicidas |

| | | | | | | | |
|--|------------|--|------------------------------------|---|------------|--|--|
| | | Conocer y debatir distorsiones cognitivas | Dialogo socrático | 1 | 09/07/2019 | Mediante preguntas que se le realizaban a la paciente se buscó poner a prueba todos esos pensamientos des adaptativos, se le hicieron preguntas tales cómo; ¿Si dejas de ir al colegio, todos tus problemas se van a solucionar? | Cambiar la percepción catastrófica ante situaciones |
| | Conductual | Disminuir el insomnio | Respiración diafragmática | | 09/07/2019 | Se le pide a la paciente que se concentre y practique esta actividad una media hora antes de acostarse a la cama, por lo cual ella debe de inhalar por la nariz, mantener el aire e segundos, y exhalar por la boca, mientras imagina estar en un paisaje. | Mejorar hábitos del sueño |
| | Emocional | Disminuir los niveles de angustia ante situaciones eventuales. | Terapia de resolución de problemas | 1 | 16/07/2019 | Aplicar un análisis de un problema que ella decida solucionar, se le enseña los pasos de la terapia de resolución de problemas. | Mejorar la orientación positiva, afinar las habilidades de resolución de problemas |

| | | | | | | | |
|----------------|------------|--|-----------------------------------|---|------------|--|--|
| Apoyo Familiar | Cognitivo | Enseñarle a la familia en que consiste el trastorno depresivo mayor | Psi coeducación con la familia | 1 | 19/07/2019 | Se les explica a los abuelos de la paciente en que consiste el trastorno depresivo mayor, se le explica las estrategias que se aplicaron en las sesiones anteriores, se les explica como ellos pueden también ayudar para reforzarlas. | Lograr que los abuelos de la paciente entiendan las características del trastorno depresivo mayor. |
| | Emocional | Fomentar la empatía de los miembros de la familia. | Juegos de roles | 1 | 23/07/2019 | En esta actividad los abuelos interpretaran a la paciente, y la paciente interpretara a los abuelos, esto para generar empatía y que se pueda comprender el criterio de cada miembro de la familia. | Contribuir en la mejora de los vínculos relacionales, esto gracias a la comprensión de los sentimientos de cada miembro de la familia. |
| | Conductual | Incentivar a la familia a realizar actividades que la paciente hacia anteriormente | Listado de actividades agradables | 1 | 30/07/2019 | La familia debe ayudar a la paciente a realizar las actividades que practicaba anteriormente, y agregar nuevas actividades que pueden hacer de forma grupal | Reinsertar a la paciente en el sistema familiar, integrándola mediante las actividades grupales |

3. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente caso de estudio fueron satisfactorios, hubo congruencia entre la bibliografía consultada y la práctica clínica, la familia y su compromiso como participantes activos en el proceso terapéutico contribuyeron en la disminución de los síntomas característicos del trastorno depresivo mayor, por tanto optimizar las relaciones familiares ayuda a la paciente, no sin antes, debido a la severidad del trastorno, trabajar con ella individualmente, enfocados en restaurar su cognición, y mejorar la adquisición de habilidades para resolver problemas, identificar y trabajar con sus ideas centrales, posteriormente poner al tanto a la familia acerca de los avances, y trabajar con ellos en las siguientes sesiones terapéuticas.

Con el caso analizado se logró determinar que si se tiene a la familia como miembro activo en los procesos psicoterapéuticos se logra una mayor eficacia en la ejecución de las metas estructurales, ya que la paciente se sentirá entendida, y acogida en el seno de su hogar, lo cual hará que también en su colegio se pueda concentrar, ya que dentro de las metas generales del plan psicoterapéutico estaba el disminuir el insomnio y mejorar sus hábitos del sueño.

Se debe señalar, que mediante la evaluación psicológica de la paciente se determinó que sus antecedentes psicopatológicos contribuyeron al desarrollo del trastorno, esto considerando que el cuadro tenía 3 años de evolución, y los síntomas aparecieron cuando su madre se suicidó, la cual es una característica de este caso de estudio.

La paciente con trastorno depresivo mayor tenía creencias disfuncionales, baja tolerancia a la frustración, ideación suicida, y no se puede desestimar la teoría de que en el trastorno depresivo mayor, pueden ser conductas que ella aprendió durante los años que vivió con su madre, y que justamente en el caso de ella, la llevaron al suicidio.

RECOMENDACIONES

Por lo planteado anteriormente, esta egresada de Psicología Clínica se permite proponer que:

Para el abordaje de un paciente con trastorno depresivo mayor es recomendable la alianza terapéutica entre un psiquiatra y un psicólogo, en especial contar con el apoyo de la familia de la paciente como miembros activos dentro del proceso terapéutico, también se sugiere tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo conductual con una frecuencia de al menos una vez a la semana. El profesional debe trabajar inicialmente con el área cognitiva deteriorada, porque en este caso de estudio, la ideación suicida era de principal relevancia, y luego, cuando ya se ha estabilizado a la paciente, incluir a los miembros de la familia.

Difusión y ejecución de charlas en los colegios del cantón por medio de las entidades gubernamentales pertinentes, acerca de la importancia del apoyo familiar en los jóvenes que tienen padecimientos mentales tales como depresión, ansiedad, y las limitaciones sociales, emocionales y conductuales que les repercuten en el área estudiantil, familiar y emocional, y por lo cual se brindará mediante estas charlas las señales, signos y síntomas de los trastornos depresivos, principales factores desencadenantes, y predisponentes que contribuyen al desarrollo del trastorno antes mencionado.

Es necesario destacar que con el presente estudio de caso se pretende generar un antecedente en la práctica clínica, de cómo la familia si tiene la intención de colaborar, puede ayudar a disminuir los síntomas del trastorno depresivo mayor, el cual como mencione anteriormente, también necesita asistencia psiquiátrica.

En definitiva si se cuenta con el apoyo familiar y si se los informa acerca de todas las limitaciones que representan en una paciente, estos pueden ser más flexibles con sus demandas, y más realistas con sus expectativas, también se debe tener en cuenta que al ser un trastorno depresivo mayor, puede necesitar terapia, hasta por varios años, sólo que con menos frecuencia que al inicio del tratamiento.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Arenas, M. M. (jueves de marzo de 2018). Obtenido de Repositorio UNIVERSIDAD DE MURCIA: https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/58280/1/Tesis_Maria%20Marco%20Arenas.pdf
- DSM-5. (2014). *Manual de diagnostico estadistico de los trastornos mentales, DSM-5*. Madrid: Panamericana.
- DSM-V. (2014). *Manual de diagnostico estadistico de los trastornos mentales, DSM-5*. Madrid: PANAMERICANA.
- Elia, J. (24 de febrero de 2017). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com>
- MSP. (2017). Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización, MSP.
- Muñoz Cobos F, N. M. (2011). *Guia tratamiento de la Depresion*. Malaga: GAEDAP.
- Nova, R. (2018). La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia . *Enfermería Global*.
- SEOANE, M. E. (2015). *ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL SEVERA*. España : DIAZ DE SANTOS .
- Silva, M. P. (2011). LA DEPRESIÓN INCLUIDA EN LA HISTORIA DE LA FAMILIA. *Scielo*, 512.
- SNS, S. N. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevencion y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Barcelona España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- Woolis, R. (2015). *Cuando Un Ser Querido Sufre Una Enfermedad Mental: Un Manual Para Familiares Amigos y Cuidadores* . España : Universe INC .

5. ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN A LA INSTITUCIÓN

**ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO
POPULAR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

ANEXO 3. SEGUIMIENTO DE PROYECTO DE TITULACIÓN

**ANEXO 4. ASISTENCIA PSICOLÓGICA CON LA PACIENTE EN EL DECE DE
LA UNIDAD EDUCATIVA ‘ANA ROSA VALDIVIESO DE LANDIVAR’**

Entrevista clínica (motivo de consulta) con la paciente.

**ANEXO 5. TUTORÍAS SALA DE DOCENTES DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Reunión con el tutor para revisiones de avances del estudio de caso

ANEXO 6. MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA

PERIODO DE EVALUACIÓN:

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRES:

EDAD:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

INSTRUCCION:

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

DIRECCION:

TELEFONO:

REMITENTE:

2. MATIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....
.....

LATENTE:

.....
.....
.....
.....

3. SINTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO:

.....
.....
.....

.....

4. IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

.....
.....
.....

.....

5. TOPÓLOGIA FAMILIAR:

.....
.....
.....

.....

6. TOPOLOGÍA HABITACIONAL:

.....
.....
.....

.....

7. ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES:

.....
.....
.....

.....

8. HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD:

.....
.....
.....

¿Con que miembro de su familia se sentía más cercano afectivamente?

PARTO:

.....
.....
.....

.....

LACTANCIA:

.....
.....
.....

MARCHA:

.....
.....
.....

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

9. ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

.....
.....
.....

10. ADAPTACIÓN ESCOLAR:

.....
.....
.....

11. RELACIONES INTERPERSONALES:

.....
.....
.....

12 ADAPTACIÓN SOCIAL:

.....
.....
.....

13. JUEGOS:

.....
.....

14. CONDUCTA SEXUAL:

.....
.....

15. ACTIVIDAD ONÍRICA:

.....

.....
16 HECHOS TRAUMATIZANTES:

.....
.....
17. ADOLESCENCIA Y MADUREZ.

APARICION DE LOS CARACTERES SEXUALES.
.....
.....
.....

18. CONDUCTA SEXUAL:
.....
.....
.....

19. ACTIVIDAD ONÍRICA:

20. ADAPTACIÓN SOCIAL:

21. ADAPTACIÓN FAMILIAR:

22. RELACIONES INTRAFAMILIARES:

23. ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

24. PENSAMIENTO

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

25. LENGUAJE:

26. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS:

27. DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

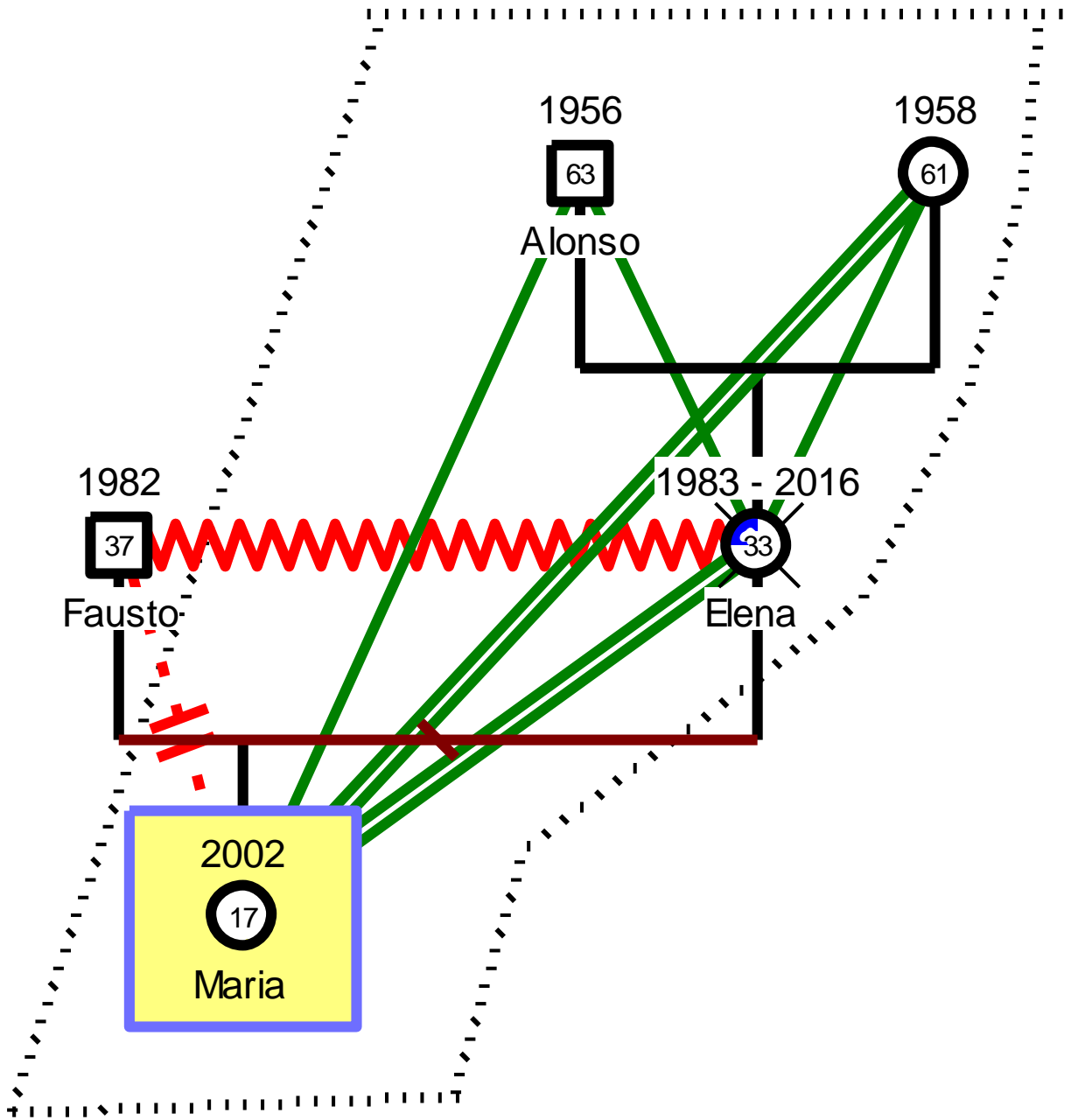
DINÁMICO:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

28. PRONOSTICO:

29. TERAPIA



ANEXO 7. TEST HTP

- **Nombre original:** Test **House-Tree-Person (HTP)**
- **Autor:** John Buck.
- **Año:** 1969.
- **Tiempo de aplicación:** No determinada.
- **Tipo de aplicación:** Individual.
- **Edad:** A partir de los 5-6 años coincidiendo con la consolidación de las habilidades básicas de dibujo.
- **Descripción:** Es una prueba proyectiva de la personalidad, basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad de la persona, su estado de ánimo, emocional.

Administración del reactivo.

Se le entrega al sujeto 3 hojas de papel en blanco, lápiz, goma de borrar.

Con lo cual se invita al sujeto a que efectúe el dibujo de una casa, un árbol y una persona, utilizando una hoja para cada dibujo

- Para la casa: eje paralelo al examinado
- Para el árbol y la persona: eje perpendicular

Consigna:

Se pide que *“dibuje lo mejor que pueda una casa, después un árbol y la persona”*

Se aclara que:

- Puede dibujar(los) como desee
- Puede borrar
- Puede tomarse el tiempo que necesite.

- Se aclara que el HTP, no es un test de habilidad artística, lo que interesa es **cómo hace las cosas**.
- Si intenta o pide permiso para utilizar cualquier ayuda mecánica se advierte que el dibujo debe ser manual y debe ser plasmado sin ningún tipo de influencia externa.

ANEXO 8. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:
