



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGIA CLINICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**PSICOLOGA CLÍNICA**

**PROBLEMA:**

**TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD LEVE EN JOVEN**  
**DE 20 AÑOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**AUTOR:**

**GREGORY DANIEL RAMIREZ POMA**

**TUTOR:**

**MSC. WALTER ADRIAN CEDEÑO SANDOYA**

**2021**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGIA CLINICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



## RESUMEN

La presente investigación tiene como objeto el análisis y exposición del proceso de atención y tratamiento para el Trastorno de depresión mayor con presencia de ansiedad leve, en una joven de veinte años de edad, de la Universidad Técnica de Ambato. Para realizar la misma, se han empleado la aplicación de distintos recursos tales como la historia clínica (HC), observación clínica y entrevista semiestructurada, así como también aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Siendo importante señalar que el estado depresivo, no se explica por un origen determinado sino mas bien por la variedad de factores que lo provocan, además de esto al no ser atendido oportunamente puede provocar un segundo problema subyacente como en este caso ha sido un cuadro de ansiedad leve. Generándose así comorbilidad entre Trastorno de Depresión Mayor y ansiedad leve, problemática seria que llevo a la paciente hasta un estado disfuncional permanente.

**Palabras claves:** Estado depresivo, angustia, ansiedad leve, proceso de intervención.

## ABSTRACT

The present research aims to analyze and present the process of care and treatment for major depression disorder with the presence of mild anxiety, in a twenty-year-old girl from the Technical University of Ambato. To carry it out, the application of different resources such as clinical history (CH), clinical observation and semi-structured interview, as well as application of the Beck Depression Inventory have been used. It is important to point out that the depressive state is not explained by a specific origin but rather by the variety of factors that cause it, in addition to this, by not being treated in a timely manner, it can cause a second underlying problem, as in this case has been a picture of mild anxiety Thus generating comorbidity between Major Depression Disorder and mild anxiety, a serious problem that led the patient to a permanent dysfunctional state.

**Key words:** Depressive state, anguish, mild anxiety, intervention process.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGIA CLINICA**  
**MODALIDAD PRESENCIAL**



## INDICE

<b>Tabla de contenido</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. DESARROLLO</b>	<b>2</b>
<b>2.1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>3. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>2</b>
<b>4. SUSTENTO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>4.1. Trastorno</b>	<b>3</b>
<b>4.2.1. Trastorno de Depresión Mayor</b>	<b>4</b>
<b>4.3. Causas</b>	<b>4</b>
<b>4.4. Factores de riesgo</b>	<b>5</b>
<b>4.5. Diagnóstico</b>	<b>6</b>
<b>4.6. Complicaciones</b>	<b>7</b>
<b>4.7. Comorbilidad</b>	<b>7</b>
<b>4.8. Ansiedad</b>	<b>8</b>
<b>4.8.1. Síntomas de la ansiedad</b>	<b>8</b>
<b>4.8.2. Causas médicas</b>	<b>9</b>
<b>4.8.3. Factores de riesgo</b>	<b>10</b>
<b>4.9. Relación de los trastornos depresivos con la ansiedad</b>	<b>10</b>
<b>5. TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>La observación Clínica</b>	<b>12</b>
<b>Historia clínica</b>	<b>12</b>
<b>Entrevista</b>	<b>12</b>
<b>Test Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)</b>	<b>13</b>
<b>6. RESULTADOS OBTENIDOS</b>	<b>14</b>
<b>7. SITUACIONES DETECTADAS</b>	<b>16</b>
<b>Hallazgo</b>	<b>16</b>
<b>8. SOLUCIONES PLANTEADAS</b>	<b>19</b>
<b>Esquema terapéutico</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b>	<b></b>



# 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de depresión mayor es uno de los trastornos del estado de ánimo del grupo denominado “Trastornos Depresivos”. Conformado por la palabra Trastorno, la misma que se divide en ‘tras’ del latín ‘trans’ que significa “al otro lado”, y el verbo ‘tornare’ que significa girar, tornear. Entendiéndose como un giro en sentido inverso, provocando así una disfunción.

La depresión mayor corresponde a una condición que mantiene al individuo en constante sensación de tristeza, soledad y desesperanza, indicando así un estado de ánimo deprimido. Esta condición se mantiene durante semanas, ubicando al individuo en un estado denominado disfuncional, afectando su cotidianidad funcional. En mayoría de casos de depresión mayor, existe la presencia de comorbilidad con el estado de ansiedad, el mismo que mantiene una íntima relación con el estado depresivo, ya sea en nivel leve, mediano o grave. Por tanto, es importante realizar una exploración del caso de Trastorno Depresivo Mayor, para determinar o descartar la presencia de ansiedad o cuadros de ansiedad presentes.

El interés del desarrollo de este trabajo es con el propósito de exponer el análisis de un caso de Trastorno de Depresión Mayor con presencia de ansiedad leve, desde su recepción incluyendo su proceso de tratamiento. Entendiendo como un problema que llega a incapacitar al individuo que lo padece, en su cotidianidad, afectándole en el aspecto laboral, familiar o interpersonal.

Para la realización se toma en cuenta muchas de las técnicas apropiadas para la exploración, recolección e interpretación de las características y criterios para el Trastorno de Depresión Mayor, las cuales son: la observación clínica que nos ayuda a comprobar sus manifestaciones verbales y corporales, la historia clínica que nos permite recolectar datos, la entrevista semiestructura, Inventario de Depresión de Beck, que nos ayudara a comprobar la presencia del trastorno y delimitarlo de los otros trastornos depresivos.

La línea de investigación es Asesoramiento Psicológico, seguido de la sub-línea: Asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1.JUSTIFICACIÓN**

Este tema fue escogido en base a mi experiencia realizando mis prácticas profesionales, en la Compañía de Seguridad PROTINGRAL S.A. Presentándose este caso el cual tuvo relevante nivel de preocupación por parte de la mujer de 20 años, al presentarse a consulta. El propósito de este trabajo es detallar de cerca el Trastorno de Depresión Mayor, con su respectivo proceso y analizando la comorbilidad que presenta con el estado de ansiedad. La forma que se manifiesta en el paciente en cuestión, y como se le aplican las pruebas psicométricas, para después conformar y ejecutar un plan de intervención terapéutica, con técnicas y metodología integral desde el modelo Cognitivo Conductual y Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

El análisis y exploración de este trastorno, tiene importante relevancia debido a la condición disfuncional que produce en la persona que lo padece. El índice de este trastorno según diversos estudios nacionales e internacionales, demuestra que va en aumento cada vez en personas más jóvenes, y en muchas ocasiones presentándose con ideación suicida como es el caso que se expone para este trabajo.

El beneficio del presente trabajo se traduce en la posibilidad de observar de cerca la propuesta de proceso terapéutico, que se crea y adapta para la persona de este caso, siendo beneficiaria directa la paciente, su familia nuclear y su pareja sentimental. Este estudio de caso es factible porque se tienen los elementos necesarios para su ejecución, tales como: recursos investigativos, documentación del caso en donde se registran las técnicas empleadas y recursos tecnológicos- logísticos necesarios

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Detallar de cerca un proceso terapéutico para el Trastorno de depresión mayor con ansiedad leve en joven de 20 años de la universidad técnica de Ambato.

## **4. SUSTENTO TEÓRICO**

### **4.1.Trastorno**

En (Española, 2016) se expresa que Trastorno corresponde a “acción y resultado de trastornar o trastornarse, como pudiera darse en la salud física o mental” (p.1). Siendo un termino utilizado en las ciencias de la medicina en general, sobre todo en la rama de la psiquiatría y psicología. Significado actualizado por la Real Academia de la Lengua Española.

### **4.2. Trastornos depresivos**

Según (Coryell, 2018) manifiesta que “los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades”. (p.1). Sucediendo de tal manera que los efectos de esta condición disfuncional, provocan distintas dificultades e inconvenientes en el individuo que lo padece. Especialmente en las siguientes áreas, intrapersonal, interpersonal, familiar, académico y laboral.

Hasta la actualidad no se determina una causa especifica para el origen de este trastorno, pero se considera que para su aparición se debe tener en cuenta la herencia, trastornos en la función neuroendocrina, desniveles en la concentración de neurotransmisores y los distintos factores psicosociales, para lo cual es imprescindible realizar una exploración minuciosa porque en base a los factores de origen se adapta un plan de intervención adecuado.

Según (Coryell, 2018) expresa que “el diagnóstico se basa en la anamnesis y en el tratamiento se utilizan fármacos o psicoterapia, en ocasiones terapia electroconvulsiva”. (p.1). De forma muy general, este tratamiento se puede adaptar para cada tipo de trastorno

depresivo descrito dentro del grupo general presente en el manual DSM-5, tomando en consideración sus distinciones en los criterios de diagnóstico o síntomas.

#### **4.2.1. Trastorno de Depresión Mayor**

Según (UU., 2021) “la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo. Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. También cambia la manera en la que funciona el cuerpo”. (p.1). Por tanto, lleva al individuo de un estado funcional, a otro disfuncional, que se ve reflejado en un cambio brusco de su cotidianidad, manteniendo a la persona con sensación de tristeza profunda, sentimiento de vacío y sin ánimo de realizar actividades que antes le producían gusto o placer.

#### **4.3. Causas**

A nivel global se desconoce el origen específico de este trastorno, pero varios factores han sido estudiados y señalados, tales como:

- **Neurotransmisores.** - Los neurotransmisores son sustancias que se encuentran de forma natural en el cerebro y que su nivel de concentración en el mismo, está relacionado con la depresión. Investigaciones realizadas por distintas organizaciones a nivel mundial, demuestran que el problema se encuentra en el tipo de interacción que existan entre los circuitos encargados del estado de ánimo, que incluso involucra su tratamiento.
- **Observaciones biológicas.** – Se ha podido observar que varias personas que sufren depresión, presentan cambios registrables en sus cerebros. Aunque todavía está en investigación, podría tener relación con esta condición.
- **Factores hereditarios.** - Uno de los factores más estudiados es el hereditario, el mismo que nos dice que si un familiar consanguíneo tuvo este trastorno, es probable que su descendencia lo padezca, aunque sigue en investigación la identificación del gen que lo produzca.

- **Factor hormonal.** – La descompensación de la cantidad hormonal o su alto nivel, también pueden desencadenar o incluso causar un estado depresivo. Y estos cambios hormonales pueden darse cuando la mujer está embarazada, en el posparto, cuando existe problemas de tiroides, en la menopausia u otros problemas en el cuerpo humano.

#### 4.4. Factores de riesgo

Se ha podido constatar que la depresión aparece en la adolescencia o entre los veinte y treinta años de edad. Además de su mayor presencia en mujeres que en hombres, pudiendo deberse a diferentes causas, como que las mujeres son las que mayormente buscan ayuda a diferencia de los hombres quienes no siempre lo hacen o que los hombres dirigen su estado depresivo y sus efectos hacia minimización.

Como se expresa en (Clinic, 2018) algunos de los factores que parecen aumentar el riesgo de que se manifieste o se desencadene la depresión. (p.1). Son:

- Ciertos rasgos de la personalidad, como tener la autoestima baja y ser demasiado dependiente, muy autocrítico o pesimista
- Situaciones traumáticas o estresantes, como maltrato físico o abuso sexual, la muerte o la pérdida de un ser querido, una relación difícil o problemas económicos
- Familiares consanguíneos que tienen antecedentes de depresión, trastorno bipolar, alcoholismo o suicidio
- Ser lesbiana, gay, bisexual, transgénero o presentar variaciones en el desarrollo de los órganos genitales que no son claramente ni masculinos ni femeninos (intersexualidad) en un entorno que no brinda apoyo
- Antecedentes de otros trastornos de salud mental, como un trastorno de ansiedad, de la alimentación o de estrés postraumático
- Abuso de alcohol o de drogas recreativas
- Una enfermedad grave o crónica, como cáncer, un accidente cerebrovascular, dolor crónico o una enfermedad cardíaca

- Ciertos medicamentos, como los que se indican para la presión arterial alta o las pastillas para dormir (habla con el médico antes de suspender la toma de cualquier medicamento).

#### **4.5. Diagnóstico**

Para el diagnóstico de depresión mayor, (DSM-V, 2013) Cinco o más de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. (p.160):

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

## 4.6. Complicaciones

El trastorno depresivo es un grave problema del estado de ánimo, que afecta a quien lo padece como a sus seres queridos, quienes muchas veces se van a sentir desconcertados y sin saber como ayudar a su conocido/a. Es importante comprender que si el paciente que sufre este problema, no es atendido de inmediato su condición podría desencadenar comorbilidad con otros problemas relacionados al estado de ánimo. Tal es el caso más común, presentar cuadros de ansiedad.

(Clinic, 2018) Los ejemplos de las complicaciones relacionadas con la depresión comprenden. (p.2):

- Sobrepeso u obesidad, que pueden derivar en enfermedades cardíacas o diabetes
- Dolor o enfermedad física
- Consumo inapropiado de alcohol o de drogas
- Ansiedad, trastorno de pánico y fobias sociales
- Conflictos familiares, dificultades en tus relaciones y problemas en la escuela o el trabajo
- Aislamiento social
- Sentimientos suicidas, intentos de suicidio o suicidio
- Automutilación, como por ejemplo cortes
- Muerte prematura a raíz de enfermedades

## 4.7. Comorbilidad

Según (Abuse, s.f.) “la comorbilidad, también conocida como ‘morbilidad asociada’, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona”. (p.1). Además, podría aparecer un problema y después el

otro, o ambos a la misma vez, pero lo más importante a tener en cuenta es que la aparición de ambos trastornos por comorbilidad, empeoran la evolución de dichos trastornos.

## **4.8. Ansiedad**

Para comprender mejor el estado de ansiedad, tenemos que ir revisando las emociones que se relacionan, tal como el miedo. El mismo que según (Barnhill, 2020) “es una respuesta emocional, física y conductual ante una amenaza externa inmediatamente reconocible (p. ej., un intruso, un auto que pierde control sobre hielo)”.(p1). Por tanto, el miedo es la reacción emocional normal ante la presencia de una amenaza externa identificada.

Por otro lado, la ansiedad según (Barnhill, 2020) “es un estado emocional estresante y displacentero que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego, y sus causas no están claras”. (p.1). Así como también tiene características principales, en la primera puede ser de carácter anticipatoria, es decir aparecer antes de reconocer una amenaza como tal, en segundo carácter persistir aun después que la amenaza haya pasado o en tercer carácter aparecer sin tener alguna amenaza identificable.

La ansiedad se subdivide por sus diferencias en tiempo de evolución y criterios clínicos o síntomas, para conformar el grupo denominado “Trastornos de Ansiedad”, presentes en el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Los trastornos de ansiedad muchas veces no son identificados y por tal razón no son tratados, conllevando a agravar y dar lugar al padecimiento de otros problemas, teniendo como más común la depresión.

### **4.8.1. Síntomas de la ansiedad**

Como se expresa en (Clinic, 2018) los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes. (p1):

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe

- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

#### **4.8.2. Causas médicas**

Es importante entender que muchos problemas médicos, en la fisiología de la persona podrían ocasionar signos y síntomas de ansiedad. Por tal razón siempre es recomendable que, al recibir un paciente con ansiedad, se descarte un problema médico preexistente y que muchas veces el paciente no lo sabe. Para aquello, un análisis médico, nunca está demás. Algunos de esos problemas que pueden ocasionar cuadros de ansiedad son:

- Problemas cardíacos.
- Abstinencia del alcohol, de medicamentos contra la ansiedad (benzodiazepinas) o de otros medicamentos.
- Trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma
- Uso inadecuado de sustancias o abstinencia
- Problemas de tiroides, como el hipertiroidismo
- Dolor crónico o síndrome de intestino irritable
- Tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “luchar o huir”
- Diabetes

### 4.8.3. Factores de riesgo

Hay varios factores que podrían aumentar el riesgo de que una persona desarrolle algún trastorno de ansiedad, estos son:

- **Estrés excesivo.** - Pequeñas situaciones en la cotidianidad del individuo, pueden irse acumulando hasta conformar un estrés excesivo que genere un cuadro de ansiedad. Dichos eventos podrían ser; problemas en el trabajo, problemas de pareja o familiares, y demás eventos del diario vivir.
- **Presencia de alguna enfermedad.** - La noticia de padecer algún tipo de enfermedad grave, podría poner a la persona en un estado de preocupación constante, ya sea por el tratamiento al que deba someterse o por el futuro padeciéndola. Las enfermedades mas comunes son, las de tipo terminal.
- **Traumas en la niñez.** - Se asegura que aquellos niños/as que han sufrido traumas o han presenciado actos violentos, tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de ansiedad en su edad adulta.
- **Factor hereditario.** - Aquellas personas que tienen familiares consanguíneos, que sufren trastornos de ansiedad tienen mayor probabilidad de heredar estos trastornos.
- **Consumo de alcohol o drogas.** - El consumo de alcohol o drogas puede ocasionar el origen de un trastorno de ansiedad, ya sea directamente por su consumo o por abstinencia cuando intentan dejarlo.
- **Otros problemas psicológicos.** - La ansiedad también está íntimamente relacionada con los trastornos depresivos.

### 4.9. Relación de los trastornos depresivos con la ansiedad

Según (Sawchuk, 2017) “la ansiedad puede presentarse como un síntoma de la depresión clínica (mayor). También es frecuente tener depresión que se desencadena debido a un trastorno de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad por separación”. (p.1). Entendiendo así, que la comorbilidad entre ambos problemas es frecuente, y que además están correlacionadas en un mismo diagnóstico, la una siendo síntoma de la otra o viceversa.

La depresión y la ansiedad son problemas que se presentan mayormente juntos, además que su tratamiento es generalmente parecido, consta de medicamentos y psicoterapia. Centrándose en el balance de sustancias químicas en el cerebro y un plan de intervención para el área cognitiva, afecta y psicosocial con el uso de técnicas y herramientas destinadas para aquello. Ejerciendo un plan de intervención integral, asegurando la mayor eficacia para lograr un mejor estilo de vida y bienestar.

## **5. TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la recolección de información efectiva, acerca del presente estudio de caso, se utilizó una metodología con adecuadas técnicas y herramientas psicométricas. Dicha metodología es de carácter cualitativa, puesto que la mejor manera de abordar la problemática era de carácter explorativa. A continuación, se describirán a detalle, las técnicas y herramientas utilizadas para este fin:

### **La observación Clínica**

La observación clínica, es la primera parte del proceso de entrevista clínica, de donde principalmente parte la obtención de información. Se compone por la parte que nos manifiesta el paciente verbalmente y la parte que es observable como el lenguaje corporal y la gesticulación. Esta técnica se ha aplicado para corroborar en la paciente, la manifestación de signos propios del estado depresivo.

### **Historia clínica**

La historia clínica es un método de recolección de datos, que nos ayuda a explorar y registrar información necesaria para el análisis de la problemática que afronta la paciente. Principalmente se recogen datos de sus antecedentes familiares, vida personal, problemática desde su origen entre otros. La realización de la historia se la hizo durante la entrevista y las primeras sesiones subsecuentes, ya que la información se obtenía de manera progresiva.

### **Entrevista**

La entrevista que se adapta para la P.I es de carácter semiestructurada, la misma que fundamentalmente esta estructurada por preguntas abiertas, preguntas cerradas y el

discurso libre que permite la libre expresión de la paciente en base al rapport que se logra previamente.

La entrevista semiestructurada se la realizó a la paciente que asistió a consulta, de tal manera que con este método se logró obtener información sobre su problemática correspondiente a un estado depresivo ansioso.

### **Test Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Este cuestionario es un instrumento diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología de la depresión en adultos y en menores con una edad mínima de 13 años. Aplicándose debido a que los signos y síntomas que presentaba la paciente, tales como fatiga, hipersomnia, sensación de vacío y soledad, entre otros, apuntaban a un problema de depresión. Al aplicar dicho instrumento la paciente arrojó resultados que apoyaban la hipótesis de un trastorno depresivo.

## 6. RESULTADOS OBTENIDOS

En el presente estudio de caso se realizaron seis sesiones, las mismas que serán detalladas a continuación:

En la **primera sesión** se recibió el motivo de consulta de la P.I., quien días atrás había solicitado el servicio de atención. Esta sesión tuvo lugar el 10 de Agosto del 2020 a las 9am. Al llegar a consulta la P.I de 20 años de edad, sexo femenino se le explica primordialmente los principios éticos del rol de psicólogo, los cuales manejaremos de forma estricta haciendo hincapié en el principio de privacidad total a menos que su vida estuviese en riesgo.

Posterior a aquello refiere que en los últimos 3 meses ha comenzado a sentir frustración de si misma, tristeza, bajo estado de ánimo, y en consecuencia bajo rendimiento en la universidad, además presenta problemas para conciliar el sueño y que la mayor parte del día pasa con cansancio e irritabilidad. Manifiesta que en 4 ocasiones ha tenido ideas suicidas, sin un plan definido.

La paciente manifiesta que prefiere mayor parte del día estar durmiendo sin hacer nada, y mucho más cuando atraviesa estos “momentos de tristeza profunda”. Además, expresa que no puede cumplir con actividades sencillas que se propone de vez en cuando, como hacer tareas de la universidad, limpiar su cuarto, acomodar su ropa, esto le hace sentirse frustrada y que se “trunca” a ella misma, así como también sensación angustiante.

La **segunda sesión** tuvo lugar el 14 de agosto del 2020 a las 9pm. Esta sesión tuvo como objetivo la exploración de la sensación de tristeza profunda, inutilidad y falta de compromiso para realizar sus tareas, a lo cual se supo identificar que correspondían a su condición del estado depresivo en el que se encontraba.

Es por esto que se empleo el uso de la técnica “Planificación de actividades”, adaptándolo a la condición de la P.I sin exigencia ni rigidez en los horarios establecidos para cada actividad, esto para que no se plantee de forma que pueda aumentar sus sensaciones de frustración si ella fallara o no cumpliera alguna actividad programada, sino más bien que ella reciba pequeñas dosis de sensación de logro y gratificación.

Es importante señalar que en esta sesión la P.I se mostró expresivo con la exploración de sus emociones y sensaciones, así como también comprometida a llevar a cabo la tarea asignada.

La **tercera sesión** tuvo lugar el 18 de agosto del 2020 a las 9am. Esta sesión tuvo como objetivo la revisión de la tarea asignada con anterioridad “Planificación de actividades”. La cual había sido enviada para que la P.I tuviera pequeñas dosis de sensación de logro y gratificación.

Aparte de aquello se prosigue con la exploración de la P.I, para también aplicar el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), explicándole las consignas de cómo realizarla, además teniendo en cuenta que estuvimos a través de la modalidad teleasistida, se proyectó de tal manera que ella pudo ir respondiendo los ítems del inventario sin ninguna dificultad, con un tiempo de 15 minutos en hacerlo aproximadamente.

La paciente en toda la sesión se mostro con mayor confianza, mas expresiva y comprometida a mantener las tareas así como también su participación durante toda la sesión.

La **cuarta sesión** tuvo lugar el día 22 de agosto del 2020 a las 9am. En esta sesión se realizó la revisión de la tarea asignada con anterioridad “Planificación de actividades”. La cual había sido enviada para que la P.I tuviera pequeñas dosis de sensación de logro y gratificación.

Aparte de aquello esta sesión tuvo como objeto explorar la expresión de carácter “conducta social”, en la cual ella expresaba sentir impotencia de no poder comunicar el disgusto e incomodidad que sentía específicamente a su tía, para lo cual se aplicó la técnica “Role Playing” o también llamada Juego de Roles, explicándole el propósito de la técnica y las consignas correspondientes para su ejecución. Es importante señalar que la P.I al realizar la técnica, tuvo dificultad al comienzo, pero en el segundo intento logro hacerlo de forma óptima.

La **quinta sesión** tuvo lugar el día 26 de agosto del 2020 a las 9am. En esta sesión se realizó la revisión de la tarea asignada con anterioridad “Planificación de actividades”. La cual había sido enviada para que la P.I tuviera pequeñas dosis de sensación de logro y gratificación.

Aparte de aquello en esta sesión se trabaja nuevamente la técnica “Role Playing”, esta vez buscando que la P.I logre elaborar un diálogo con la tía y prima, a quienes ha

querido expresar su incomodidad y crítica. Pero marcando una línea comunicativa de asertividad y no conflictiva.

La **sexta sesión** tuvo lugar el día 26 de agosto del 2020 a las 9am. El objetivo de esta sesión fue la aplicación de la técnica “Debate filosófico”, para modificar la idea suicida a través de la confrontación de la creencia irracional de base. Es importante mencionar que en este punto del proceso la P.I tenía suficiente compromiso para trabajar dicha técnica, y que gracias a las técnicas antes aplicadas se pudo realizar sin ninguna dificultad. Por último se realizó devolución del informe clínico, diagnóstico y tratamiento.

## **7. SITUACIONES DETECTADAS**

### **Hallazgo**

La P.I acudió a todas las sesiones con puntualidad y realizó las tareas enviadas con compromiso y responsabilidad.

En la primera sesión, cuando expreso el motivo de consulta la P.I se mostró un poco tímida, con actitud apaciguada, además de llanto moderado sobre todo al manifestar que había tenido ideas suicidas, siendo la principal “si me suicido, se acaban mis problemas”. También la sensación de inutilidad y poco compromiso para realizar sus tareas universitarias y cotidianas en casa, produciéndole frustración y sensación de impotencia permanente.

Aun así, manteniéndose firme en comprometerse con el proceso de intervención que estuvimos iniciando.

En la segunda sesión, al proponer la realización de la técnica “Planificación de actividades”, la P.I se mostro optimista en realizarla. Sobre todo, porque se le explico que de esa forma trabajaríamos la sensación de inutilidad al no llevar a cabo las tareas y actividades que tenía pendientes y que al no realizarlas le hacía sentir frustración permanente.

En la tercera sesión, se analiza la tarea “Planificación de actividades”, enviada con anterioridad y nos encontramos con que la P.I no logro cumplirla como la habíamos elaborado, expresando con actitud de lamentación que al no realizar la segunda actividad planificada se sintió nuevamente “una inútil que no puede cumplir con sus tareas”,

entonces se procede a detallar que alguna vez puede suceder que con alguna tarea se retrase de hora, se adelante a hacerla o no se cumpla, pero que eso no determina el éxito o el fracaso de la tarea. A lo que la P.I responde con optimismo y nuevamente comprometida en realizar la tarea otra vez. Es importante resaltar que esta vez, se adecuaron de mejor forma la hora y tiempo para realizar cada actividad del día, programada.

Además, al aplicar el test Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), la puntuación corresponde a de 39 puntos, lo cual indica que el paciente según el test manifiesta una depresión moderada. Explicándole que este resultado es de carácter complementario al diagnóstico.

En la cuarta sesión se hace la revisión de la tarea “Planificación de actividades”, la misma que expresa la P.I fue realizada con éxito, al encontrarnos con que solo una actividad no fue realizada pero el resto si, y esta vez la P.I manifiesta no haberse sentido una “inútil” sino todo lo contrario sensaciones de logro y gratificación.

Aparte de esto, en esta sesión se trabajó la técnica “Role Playing”, la misma que se realizo de forma optima en el segundo intento ya que en el primero la P.I no supo hacerlo correctamente. Generando asi una nueva forma de comunicar su disgusto y critica a su tía y prima, como antes hubiera querido hacerlo. Cumpliéndose así el objetivo de la técnica.

En la quinta sesión se hace la revisión de la tarea “Planificación de actividades”, la misma que expresa la P.I fue realizada con éxito, esta vez dos tareas se realizaron con atraso del horario establecido para aquello, pero el resto como estuvo planificado, por tanto, la P.I manifiesta que se siente “capaz de llevar a cabo tareas académicas y actividades de casa de forma eficaz”, mostrándose optimista y con actitud de logro y satisfacción. Además que pudo elaborar sola, una planificación de actividades para el día que no tenia elaborada una, y lo mas interesante es que pudo llevarla a cabo de igual forma que las elaboradas antes en sesión.

Aparte de aquello se trabaja nuevamente la técnica “Role Playing”, buscando mantener la nueva forma de comunicar sus molestias, quejas y criticas a su tía y prima, esta vez enfatizando mucho más en el asertividad. Resultando un mejor desenvolvimiento a la hora de ejecutar esta técnica, y mayor seguridad en la P.I. Al final del ejercicio, se le preguntó acerca de la técnica, a lo que ella respondió “me siento capaz de hablar sin llorar,

con seguridad y con asertividad ante mi tía y mi prima para expresarles mi disgusto con ellas”.

En la sexta sesión se realiza la aplicación de la técnica “Debate filosófico”, teniendo en consideración que la paciente tuvo total predisposición y compromiso ante dicha técnica. La misma que aplicándola se logró la modificación de la idea irracional de “si me suicido, se acaban mis problemas” por “suicidarme no es lo mismo que solucionar problemas, por tanto, eso no me ayudaría”. Proyectando una nueva actitud, y sonrisa al sentirse como ella expresa “sin un peso encima, ni presión en el pecho, sino más bien capaz de llevar a cabo lo que se proponga en la vida”.

Es importante tener en cuenta, que para llegar a ejecutar esta técnica se prefirió llevar a cabo el proceso antes detallado que hiciera a la paciente experimentar dosis de gratificación y logro, para que la modificación de esta creencia principal, que provocaba ideación suicida fuera modificada y por lo tanto devolviera a la P.I al estado funcional en su cotidianidad.

#### **Área cognitiva:**

Cuadro permanente de angustia y frustración.

Pensamientos suicidas

#### **Área afectiva:**

Tristeza

Sensación de vacío

#### **Área conductual:**

Autoaislamiento

Ausencia de asertividad

Tomando en consideración todo lo detallado y explicado anteriormente acerca de la problemática de la paciente identificada (P.I.), se realizó la respectiva exploración y análisis del caso y por cumplimiento de los respectivos criterios descritos en el DSM- V se puede constatar el diagnóstico correspondiente a Trastorno de depresión mayor/ gravedad moderada con ansiedad leve 296.31 (F33.0

## 8. SOLUCIONES PLANTEADAS

Para la respectiva solución del caso mediante un proceso de intervención se tomo en cuenta todas las variables y aspectos de la problemática que presento la paciente identificada, a cuya condición corresponde este estudio de caso. Teniendo como objetivo el análisis y exploración del Trastorno de depresión mayor con ansiedad leve en joven de 20 años de edad. Teniendo en cuenta todos los puntos según el caso, la investigación respectiva y los criterios del diagnóstico que se cumplen para el Trastorno de depresión mayor con ansiedad leve, la psicoterapia para este trastorno se basa en el Enfoque Cognitiva conductual, ya que las técnicas de este enfoque han sido las más adecuadas según el criterio y formación profesional con el cual se analiza este caso.

### Esquema terapéutico

<b>Categorías</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividad</b>	<b>N° sesiones</b>	<b>Resultados esperados</b>
Cognitivo	Lograr que la paciente experimente dosis de logro y gratificación.	Planificación de actividades	Se elabora junto a la paciente, un plan de actividades para el día siguiente posterior a la sesión. Desde tareas sencillas hasta tareas mas complejas de su cotidianidad que tiene por realizar.	3	En una escala del 1 al 5, la paciente manifestó que experimento gratificación y logro, alcanzando escala de 4, con significancia de “Alto logro”.  En la última sesión la

			Asignando tiempo para cada tarea.		paciente expreso haber alcanzado el rango de 4.97 de gratificación y logro.
Conducta social	Explorar junto a la paciente y aprender de otros canales comunicativos, diferentes al confrontativo. Entrenar la habilidad de asertividad	Role Playing o Juego de Roles	Se forma una simulación del problema tal cual se da, y se plantea una forma diferente a la habitual, de respuesta. La P.I forma una nueva forma de comunicación basada en la asertividad.	2	Paciente expresa mayor seguridad para expresar lo que siente de forma calmada sin recurrir a la confrontación con su prima y tía.  Demuestra ser capaz de simular y poner en practica con seguridad y sin sentimientos de culpa, opiniones y criticas a su familia.
Pensamientos suicidas	Cambiar idea irracional de suicidio por idea racional.	Debate filosófico	Atraves del esta técnica se busca confrontar la creencia irracional, y someterla a nuevas perspectivas	1	Después del debate, paciente logra modificar creencia de “si me suicido, se acaban mis problemas” por “suicidarme no es lo mismo

			<p>interpretativas que generen en la paciente la modificación de esta creencia, volviéndola racional y que no cause perturbación en ella.</p>		<p>que solucionar problemas, por tanto, eso no me ayudaría”. Expresa que ahora puede ver los problemas con otra interpretación, de forma que no le causa tristeza.</p>
--	--	--	---	--	--

## CONCLUSIONES

Tal cual se señaló con anterioridad, el objetivo del presente estudio de caso es proponer un proceso terapéutico para el Trastorno de depresión mayor con ansiedad leve en joven de 20 años de la universidad técnica de Ambato. Esto mediante la exploración y análisis de la problemática que se presenta, y además con la elaboración de un proceso de intervención la misma que estuvo conformada por técnicas y herramientas propias y adecuadas para atender cada variable que se encontró como base de esta condición que ponía a la paciente en un estado de disfuncionalidad.

Como se pudo detallar la condición depresiva tiene su origen desconocido pero con factores que precipitan y conllevan a que la persona lo sufra, manteniéndose con el tiempo y agravando hasta ocasionar un segundo problema como es la angustia parte de la ansiedad con sus marcados efectos, tales como sensación de nudo en la garganta, nerviosismo y preocupación constante de lo que la paciente en este caso, tenía pendiente por realizar y no lo hacía, lo que a su vez también le provocaba sentimientos de inutilidad y frustración permanente.

Todo este cumulo de afecciones agravan la problemática de la persona que lo padece y de no ser tratado de forma oportuna e inmediata, pueden generar comorbilidad con otros trastornos y peor aun, llevar a la persona a generar ideación suicida como ha sido este el caso. Por tanto podemos asegurar en base el presente trabajo, que la depresión es progresiva y altamente peligrosa para el individuo e indirectamente para los familiares que lo rodean.

Como se pudo corroborar en el aspecto investigativo el estado depresivo suele sumir a la persona en constantes sentimientos de vacío, soledad, e inutilidad, tal como el caso presentado quien en su estado disfuncional constantemente sentía sentimientos de frustración de si misma, bajo estado de ánimo, y en consecuencia bajo rendimiento en la universidad, además de la parte orgánica que corresponde a problemas para conciliar el sueño y que la mayoría del día pasa con cansancio e irritabilidad.

Pero aparte de aquello, esta condición puede agravarse y manifestar ideas suicidas, sin un plan definido, poniendo a la persona en estado casi vegetativo como estuvo la paciente quien solo prefería mayor parte del día estar durmiendo sin hacer nada, y mucho más cuando atravesaba esos “momentos de tristeza profunda”. Siendo, peor aun, que la persona que lo padece no puede cumplir con actividades sencillas que se propone de vez

en cuando, como en este caso hacer tareas de la universidad, limpiar su cuarto, acomodar su ropa, alimentando constantemente la sensación de estar frustrada y que se “trunca” a ella misma.

Para la resolución de este caso, se hizo uso de varias técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual, esta terapia se basa en el aquí y el ahora y es uno de los modelos terapéuticos mas utilizados y recomendados desde hace mucho tiempo atrás hasta la actualidad para el Trastorno de Depresión Mayor, en este caso sumado un estado de ansiedad leve, el mismo que ha sido resultado de la misma depresión y que al ser tratado el problema primal en consecuencia a cedido hasta desaparecer.

El proceso de intervención se llevo a cabo en varias sesiones y como resultado final se obtuvo un cambio en el estilo comunicacional de la paciente para expresar sus disgustos e inconformidades, además se logro el cambio de creencia irracional que le provocaba ideación suicida. Y lograr que la paciente pueda realizar sus actividades académicas y cotidianas de forma que se alimenta la sensación de ser capaz. Devolviendo a la paciente, finalmente a su estado funcional y saludable.

## **RECOMENDACIONES**

Es importante resaltar que la atención oportuna e inmediata evita que el problema de depresión evolucione hasta provocar otro problema, siendo el más común la ansiedad. Los problemas depresivos se pueden generar en cualquier persona, desde niños, adolescentes y sobre todo adultos, por tanto, la identificación a tiempo puede salvarle la vida a nuestros conocidos, amigos, familiares y pareja. Ya que muchas veces esta condición pasa desapercibida, creyéndose que puede ser superada sin atención profesional o que tan solo es un problema de actitud.

Como recomendaciones para la paciente, entender que el proceso de intervención es principalmente un proceso de entrenamiento en el cual se han obtenido resultados favorables y que la devuelven a la funcionalidad, pero esto no significa que no necesite poner en práctica las técnicas aprendidas. Esto es necesario aplicarlo siempre que alguna situación adversa se presente en la cotidianidad, tal como la planificación de actividades

para que pueda sentir por si misma pequeñas dosis de gratificación y logro, y si algún momento llegan pensamientos disfuncionales, debatirlos con otras perspectivas del problema que se presente. Entendiendo que no nos perturba lo que sucede, sino lo que pensamos de aquello.

## BIBLIOGRAFIA

- Abuse, N. I. (s.f.). *National Institute On Drug Abuse* . Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>
- Barnhill, J. W. (Abril de 2020). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
- Clinic, M. (03 de Febrero de 2018). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Coryell, W. (Mayo de 2018). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- DSM-V. (2013). Trastornos Depresivos. En A. E. Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (pág. 947). Médica Panamericana.
- Española, D. d. (2016). *thefreedictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/trastornos>
- Sawchuk, C. N. (02 de Junio de 2017). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/expert-answers/depression-and-anxiety/faq-20057989>
- thefreedictionary. (s.f.). *thefreedictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/trastornos>
- UU., B. N. (26 de Febrero de 2021). *MedlinePlus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>
- zapata, c. (junio de 2005). *mentemania*.

**ANEXOS**  
**ANEXO 1**

**Evidencia de las sesiones**



**ANEXO 2**

**Modelo de historia clínica**

**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Remitente: \_\_\_\_\_

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

---

---

---

**3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

---

---

---

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

**5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**

**6. HISTORIA PERSONAL**

**6.1. ANAMNESIS** Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

---

---

---

**6.2. ESCOLARIDAD** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

---

---

---

**6.3. HISTORIA LABORAL**

---

---

---

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

---

---

---

**6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE** (ocio, diversión, deportes, intereses)

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

---

---

---

**6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)**

---

---

---

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

---

---

---

---

**6.9. HISTORIA MÉDICA**

---

---

---

---

**6.10. HISTORIA LEGAL**

---

---

---

---

**6.11. PROYECTO DE VIDA**

---

---

---

---

**7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL 7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)**

---

---

**7.2. ORIENTACIÓN**

---

**7.3. ATENCIÓN**

---

**7.4. MEMORIA**

---

**7.5. INTELIGENCIA**

---

7.6. PENSAMIENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.7. LENGUAJE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.8. PSICOMOTRICIDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.9. SENSOPERCEPCION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.10. AFECTIVIDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.11. JUICIO DE REALIDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS 8. PRUEBAS PSICOLOGICAS  
APLICADAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

### 13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

### ANEXO 3

#### 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 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 mí 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.
- 1<sup>a</sup>. 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
- 3<sup>a</sup>. 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.

1<sup>a</sup>. 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 3<sup>a</sup> . 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:

---