

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
EPISODIO RECURRENTE**

YURLEY PATRICIA BARRERA VILLARREAL



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA, 2020**

***Intervención psicológica mediante el modelo cognitivo conductual en un
adolescente con trastorno depresivo mayor episodio recurrente***

Proyecto presentado por:

YURLEY PATRICIA BARRERA VILLARREAL

Para optar el título de especialista en psicología clínica.

Director del proyecto:

LEONARDO CASTELLANOS SUAREZ

Magíster en Psicoterapia

Especialista en Psicología Clínica



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

BUCARAMANGA, 2020

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios, ya que gracias a su infinita bondad he podido avanzar en este camino de preparación profesional.

A su vez dedico esto a mis padres, quienes han inculcado en mí, el valor de la perseverancia y me han enseñado a no desfallecer sin importar los obstáculos.

Agradecimientos

A Dios, por brindarme ese apoyo espiritual necesario para no desfallecer en este camino de formación que trae consigo esfuerzos y sacrificios.

A mis padres y hermanas, por su apoyo incondicional a lo largo de mi preparación en mi vida personal y profesional, además por demostrarme que la familia es un pilar fundamental de esta sociedad.

A mi compañero de vida, por su paciencia y comprensión en este momento de mi existencia.

A mis asesores de práctica y demás docentes de la Universidad Pontificia Bolivariana que hicieron parte de este proceso formativo, ya que con sus conocimientos y enseñanzas hicieron posible la culminación de esta etapa de preparación para mi quehacer profesional.

A mis compañeros de la especialización, quienes a lo largo de este tiempo de preparación me permitieron aprender también de ellos y darle un valor especial a la unión y al trabajo en equipo.

Tabla de contenido

Introducción.....	3
Contextualización del sitio de práctica.	3
Marco teórico.	4
Terapia cognitivo conductual.	9
Objetivos	12
Objetivo General.....	12
Objetivo específico.....	12
Método.	13
Participantes.	13
Instrumentos.	18
Procedimiento.	20
Resultados	23
Discusión.....	29
Conclusiones.....	32
Referencias	34
Anexos	38
Anexo 1: Consentimiento informado para menores de edad	38
Anexo 2: Guía de entrevista semiestructurada.	40
Anexo 3: Historia clínica.....	41

Anexo 4: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.....	44
Anexo 5: Inventario de depresión de Beck.	51
Anexo 6: Test de fagerström.....	55
Anexo 7: Plan de intervención	56
Anexo 8: Autoregistros.....	65

Tabla de figuras

Figura 1. Resultados pre y post intervención de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Módulo A: Episodio depresivo mayor.....	26
Figura 2. Resultados pre y post intervención de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Módulo c: Riesgo de suicidio.	27

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EPISODIO RECURRENTE.

AUTOR(ES): Yurley Patricia Barrera Villarreal

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Leonardo Castellanos Suarez

RESUMEN

. El presente trabajo muestra el proceso de evaluación e intervención desde el enfoque cognitivo conductual, en un adolescente de 15 años de edad, con trastorno depresivo mayor grave, episodio recurrente. La duración fue de 18 sesiones en donde se evaluó por medio de la entrevista semiestructurada, y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). En el plan de tratamiento se usaron técnicas como diálogo socrático, reestructuración cognitiva, imaginería, psicoeducación y técnicas de estudio. Al finalizar la intervención se evidenció la mejoría en el estado de ánimo, disminución de sentimientos de tristeza, soledad y desesperanza, al igual que el insomnio, la inapetencia y la ideación suicida. Finalmente el menor se reintegró a las actividades escolares y mejoró la relación con su entorno familiar.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, adolescente, reestructuración cognitiva, modelo cognitivo-conductual.

V°B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION THROUGH THE COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL IN AN ADOLESCENT WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER RECURRENT EPISODE.

AUTHOR(S): Yurley Patricia Barrera Villarreal

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Leonardo Castellanos Suarez

ABSTRACT

The present study shows the evaluation and intervention process from the behavioral cognitive approach, in a 15-year-old teenager, with serious depressive disorder, recurrent incidents. The duration was 18 sessions where it was evaluated through the semi-structured interview, and the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). In the treatment plan, techniques like Socratic dialog, cognitive restructuring, imagery, psychoeducation and study techniques were used. At the end of the intervention, the improvement in the mood was evident, decrease the feelings of sadness, loneliness and hopelessness, just like insomnia, loss of appetite and the idea of suicide. Finally, the child returned to the school activities and improved the relationship with their family environment

KEYWORDS:

Depression, adolescent, cognitive restructuring, cognitive behavioral model

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción.

Contextualización del sitio de práctica.

El presente documento muestra un estudio de caso elaborado a partir del proceso de intervención terapéutico con un adolescente que presentó un trastorno de depresión mayor. El caso se seleccionó en el primer periodo de práctica llevado a cabo en el instituto de familia y vida de la ciudad de Bucaramanga. Esta entidad hace parte de la Universidad Pontificia Bolivariana y ha creado varios proyectos que se han destacado por los beneficios que le aportan a la comunidad entre ellos la formulación de una política pública para las familias del departamento, Hogares CREA y el servicio de orientación psicológica a bajo costo mediante el Instituto de Proyección Social (IPS) entre otros (Quintero, 2018).

Es por lo anterior que el IPS acoge a estudiantes de pregrado en psicología y posgrado en especialización de psicología clínica y de familia y les da el espacio de realizar sus prácticas profesionales por medio del convenio docencia servicio, atendiendo población vulnerable o que se encuentran en los estratos 1, 2 y 3, ofreciendo los servicios de atención y consulta clínica, evaluación psicológica y orientación vocacional sin ningún costo, tanto para menores de edad quienes deben estar siempre acompañados por un adulto, como para mayores de edad y casos de pareja o familia (Instituto de Proyección Social, 2019).

Es así que esta entidad cumple un rol importante debido a que los trastornos mentales cada día han ido aumentando y cada vez se hace más necesario la atención primaria tanto a nivel nacional como a nivel local, según lo referido por el Ministerio de

Salud (MINSALUD) en el boletín N° 1, donde las atenciones a trastornos como la depresión han aumentado desde el año 2009 hasta el año 2015 que fue la última actualización del Sistema Integral de Protección Social (SISPRO), de la misma manera se puede observar allí, que en Santander pasó de 991 personas en 2009 a 1754 en 2015, atendidas por depresión moderada (Ministerio de Salud, 2017).

Expuesto lo anterior, el IPS está prestando una atención asequible y oportuna que ayuda a que casos como el de este estudio, puedan tener un adecuado plan de tratamiento, teniendo en cuenta que según las cifras de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 la población entre los 12 a 17 años es la que tiene la mayor prevalencia de síntomas de depresión (Ministerio de salud, 2017).

Marco teórico.

Cabe señalar que para la Organización Mundial de la salud (OMS, 2017) la depresión es la principal causa de problemas de salud y es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Así mismo la depresión es definida como un estado emocional en el que la persona se siente abatida, hay presencia de síntomas vegetativos añadiéndole a esto, sentimientos de autculpa y desprecio que en su mayoría son generados por algún tipo de pérdida (Ramos, 2012). Pero Lahera (2019) indica que “la depresión no es, una mera expresión intensa de emociones negativas (tristeza, miedo, rabia, congoja, desaliento...) sino un declinar estable de la biología que hace al ser humano sentirse vivo: el tono, la fuerza vital, el humor, el instinto” (p. 3). Por su parte Álvarez, Vidal,

Llavero y Ortuño (2019) indican que su principal característica es la tristeza patológica que la convierte en una enfermedad de la afectividad experimentando una tristeza capaz de ser analizada y diferenciada de una tristeza que puede generar cualquier acontecimiento difícil.

Por otro lado Calvillo (2014) hace mención a la depresión desde el significado de accidentes geográficos, donde el relieve de la tierra de una superficie en particular está por debajo del resto de superficie que la rodea indicando de este modo que la depresión se asemeja al accidente geográfico puesto que hay continuidad de superficie rodeando el hoyo, es como decir que no hay malestar emocional que no se refiera a la pérdida de algo que se tenía simulando así el hoyo que se forma en un accidente geográfico. Más aun, en el cotidiano este término el de depresión, llega a servir para aceptar el estado anímico de alguien (Calvillo, 2014)

Autores como Caballo, (2007) hacen alusión al termino depresión, indicando que es una enfermedad ya tan común que podría decirse que es simplemente un resfriado al lado de infinidad de enfermedades mentales, aludiendo a su vez que al estar una persona expuesta a un estímulo estresante podría reaccionar con una conducta depresiva viéndose de este modo un posible origen de la misma. Además de esto influye también “la tendencia de los individuos a realizar atribuciones internas, estables a lo largo del tiempo y globales ante sucesos negativos” (Camuñas, Mavrou y Tobal, 2019, p. 20).

Hay que mencionar además que entre las principales manifestaciones clínicas del trastorno depresivo están que la persona presente “aspecto triste y apático, con un discurso de contenido pesimista, ánimo bajo, pensamientos de muerte, síntomas

ansiosos, bajo apetito, libido disminuida, insomnio por despertar precoz y buen juicio de enfermedad” (Pereira y Morelo, 2019 p. 5071).

Lo anterior se relaciona con lo mencionado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) donde indica que el trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante mínimo dos semanas, de los cuales el estado de ánimo deprimido es uno de ellos, así mismo anhedonia, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, inapetencia, fatiga, sentimiento de culpabilidad o inutilidad, pérdida de concentración, desesperanza y pensamientos recurrentes de muerte, adicional a esto el deterioro debe causarle un malestar clínicamente significativo, aclarando que lo mencionado anteriormente no se debe a otro tipo de trastorno mental o a una afección médica (Asociación Americana de Psiquiatría , 2014).

Es importante mencionar que para la realización del diagnóstico hay que hacer una evaluación que parte inicialmente con una entrevista clínica que comprende la recogida de información, a la vez que va creando una alianza terapéutica y empieza a crear impresiones diagnósticas que le servirán al clínico para tomar las primeras decisiones del proceso de evaluación (Deus y Decíd, 2019). No se puede olvidar que además existe el uso de instrumentos psicológicos que pueden ser un apoyo fundamental para determinar la presencia y gravedad de la depresión (Friedberg y McClure, 2014).

Un instrumento que desde su creación se ha usado con bastante frecuencia en este transtorno es el Inventario de Depresión de Beck en su última versión, su uso frecuente para valorar la sintomatología depresiva se da, porque internacionalmente ha

demostrado tener cualidades psicométricas positivas (Melipillán, Cova y Rincón, 2008). Adicional a este, también se encuentra la Escala de depresión de Hamilton (HRSD), Escala de depresión de Zung (SDS), Cuestionario de trastornos del humor (MDQ) (Deus y Decíd, 2019) y la Entrevista Neuropsiquiátrica internacional (MINI), que no solo permite evaluar la depresión si no también otras afectaciones de la salud mental (Cortés, Artazcoz, Juanola, Ladona, Llonch, Malé, Mariné, Molinero, 2010)

Ahora bien, además de conocer de manera general cómo se evalúa o mide la depresión es preciso conocer también las causas de la depresión, para lo que , Lewinsohn (como se citó en Ramos, 2012), indica que esta se debe a la disminución de la tasa de refuerzos positivos contingentes a la respuesta ya que muy probablemente el individuo con depresión disminuya actividades que puedan ofrecerle refuerzos o que por el contrario disminuya la frecuencia con la que asiste a lugares que le ofrezcan refuerzos gran parte del tiempo. Por su parte para Arraras y Manrique (2019) , los esquemas cognitivos formados en algunas personas con relación a una visión negativa de sí misma o del mundo los hace más vulnerables a padecer de este trastorno, al igual que en aquellos que tienen una menor autoestima y una sensación de fracaso personal.

De igual manera se menciona que factores sociales, económicos y culturales influyen en el desarrollo y la permanencia de la depresión, teniendo en cuenta que a mayor exclusión y aislamiento social, mayor es la probabilidad de padecer el trastorno, y si a lo anterior se le añade un bajo nivel educativo y económico, la permanencia de este cuadro clínico se acrecienta más, puesto que la persona observaría afectada su

área laboral al igual que las posibilidades de desarrollo (Alvares, Vidal, Llaveró, y Ortuño, 2019).

Otro factor predisponente para los trastornos depresivos es la edad, según lo indicado por Alvares, Vidal, Llaveró y Ortuño (2019) en la adolescencia y en la vejez ocurren eventos que pueden ser generadores de estrés que los lleva a poder cursar un episodio depresivo. La evidencia de lo anterior se muestra en un estudio realizado en Colombia, donde la principal causa de hospitalización psiquiátrica en adolescentes se dio por episodios depresivos (Hernández, Botero, Jiménez, Gutiérrez y Miranda, 2019). De la misma manera en investigación realizada en Estados Unidos menciona que en los jóvenes entre 18 y 29 años prevalece 3 veces más el trastorno que en los mayores de 60 años (Arrarás y Manrique, 2019).

Además de lo anterior se puede agregar que en los jóvenes existe mayor riesgo de que la depresión los lleve a cometer un suicidio (González, Hermsillo, Vacio, Peralta, y Wagner, 2015). Con respecto a esto Brent et al (como se citó en Villardon, 2013), indican que la falta de asertividad, conflictos familiares e historia familiar de conducta suicida se relacionan con la intención suicida en los adolescentes. Además Villardon (2013), indica “un mayor nivel de estrés se asocia a un mayor nivel de variables como depresión, desesperanza, soledad y a un menor grado en variables como el autoconcepto y razones para vivir” (p.276) dando paso a un estado mental suicida.

Expuesto todo lo anterior en relación al trastorno depresivo se hace importante que se pueda abordar esta problemática y que se haga cada vez más pública dentro de la sociedad debido a que por desconocimiento y con miras a mejorar el estado de la

persona quienes están a su alrededor pueden aumentar los síntomas depresivos al no dirigirse a ellos en la forma correcta, además es importante también divulgar a la población que existen tratamientos no solo farmacológicos sino también terapéuticos, efectivos para el tratamiento de dicho trastorno entre las que está la terapia cognitivo conductual (Arrarás y Manrique, 2019).

Terapia cognitivo conductual.

Se entiende por terapia cognitivo conductual “un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas de carácter aprendido...Considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). De esta manera el objetivo principal de este enfoque, es lograr que no se hagan interpretaciones rígidas de los acontecimientos difíciles en la vida del sujeto, puesto que esta es, la causa por la cual se convierte en patología el estado de ánimo (Bunge, Gomar, y Mandil, 2016).

Es así que uno de los principales exponentes de este modelo terapéutico es Aaron Beck, quien introdujo el concepto de terapia cognitiva pensando en un tratamiento para la depresión que estuviese orientado al presente y que a su vez no empleara mucho tiempo, logrando que la persona que padecía el malestar emocional, identificara los pensamientos negativos y luego los cambiara por unos más racionales, haciendo que la persona se comportara de un modo más funcional (Ibáñez y Manzanera, 2014). Por su parte Beck, Rush, Shaw y Emery (2012), indican que esta terapia es “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se usa para tratar distintas alteraciones psiquiátricas entre estas la depresión” (p.13).

Según Beck, et al (2012), existen tres factores importantes que se deben tener presentes para entender correctamente este modelo, el primero hace relación a la triada cognitiva, punto desde la cual la persona no solo tiene una visión negativa de sí misma, sino también del futuro y de sus propias experiencias. El segundo se relaciona con los esquemas de pensamiento, los cuales se forman por situaciones que ocurrieron en el pasado y permanecen inactivos a lo largo del tiempo y son activados por situaciones de orden físico, biológico o social produciendo las distorsiones cognitivas (Ramos, 2012).

Finalmente los errores cognitivos terminan de explicar este modelo, entendiendo estos como errores en el procesamiento de la información que mantiene en la persona depresiva la creencia sobre la visión negativa que tienen de sí mismo aunque hayan pruebas de lo contrario (Beck, et al, 2012). Es decir cuando la persona analiza una situación generadora de estrés en su vida y este análisis solo se centra en lo negativo tiene como resultado una interpretación sesgada y distorsionada de la realidad (Guarch y Navarro, 2016).

Para lograr una adecuada terapia cognitiva se hace importante usar algunas técnicas que acompañan este enfoque para hacer más eficaz el tratamiento, estas técnicas pueden ser cognitivas y otras conductuales, entre las primeras se puede incluir detección de pensamientos automáticos, técnicas de retribución y registro de pensamientos automáticos (Beck, et al., 2012). Además para Bunge, Gomar Y Mandil (2016) es necesario manejar la técnica de reestructuración cognitiva ya que después de que se identifiquen los pensamientos disfuncionales es necesario que se lleve al niño o al adolescente a que realice su propio análisis y cuestionamiento de esos

pensamientos y se generen formas de pensar más adaptativas y que no generen malestar.

Este concepto se asocia con lo que manifiesta Clark y Beck (2012) en el tratamiento para la ansiedad donde el objetivo de la reestructuración cognitiva es que “los individuos con angustia reconozcan que la ansiedad y los síntomas de angustia se deben a sus creencias erróneas de que ciertas sensaciones físicas son peligrosas” (p.529). Es así que el diálogo socrático se convierte en una estrategia útil para llevar a cabo la técnica de reestructuración cognitiva (Bados & García, 2010). Este dialogo se basa en la habilidad del terapeuta para llevar al paciente por medio de preguntas abiertas a que sea él quien haga asociaciones y argumentaciones invitando a los niños a evaluar sus propios juicios (Friedberg y McClure, 2014)

Así mismo dentro de las técnicas conductuales se pueden hallar, modelado, asignación gradual de tareas, técnicas de relajación y juegos de roles. . (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012). Estas técnicas al igual que las cognitivas juegan un papel fundamental ya que después de aplicadas con éxito ayudan a que el paciente identifique como sus pensamientos negativos son los que muchas ocasiones impiden su activación en el medio y no es porque haya perdido las habilidades para realizar ciertas tareas (Beck, et al., 2012).

Además de lo anterior, para que se de un proceso terapéutico existoso es importante el rol que el terapeuta juega en este modelo terapéutico, pues características como la aceptación, la empatía, la autenticidad y el manejo del *rapport* pueden ser herramientas importantes para el incremento en la efectividad del tratamiento (Beck, et al., 2012). Es así que tanto Beck, et al., (2012), Friedberg y

McClure (2014) y Bunge, Gomar Y Mandil (2016) concluyen que es función del terapeuta adaptar las diferentes técnicas del enfoque cognitivo a cada usuario, sea niño adolescente o adulto, para una intervención exitosa.

Objetivos

Objetivo General

- Desarrollar un proceso de evaluación, diagnóstico e intervención desde el modelo cognitivo conductual en un adolescente de 15 años de edad, atendido en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana

Objetivo específico

- Determinar las problemáticas del consultante estableciendo una impresión diagnóstica por medio de un proceso de evaluación psicológica.
- Implementar un plan de intervención en búsqueda de cambios efectivos en las problemáticas del consultante mediante el uso de herramientas propias del enfoque cognitivo conductual.
- Evaluar los resultados que se generaron en el adolescente luego de haber culminado el proceso de la intervención terapéutica.

Método.

Participantes.

El consultante seleccionado fue un adolescente de 15 años de edad, sexo masculino, quien se encuentra validando el bachillerato (grado sexto séptimo) en una institución educativa del sector. Actualmente convive con sus padres, la madre trabaja como mensajera en una empresa, mientras que el padre ejerce labores en una mina ubicada en otro departamento. A nivel relacional se puede decir que el menor tiene una relación distante y conflictiva con el padre quien no ha sido un apoyo fundamental en su crianza, debido a que la mayor parte del tiempo permanece fuera de la ciudad por motivos laborales, según lo referido por la madre en múltiples ocasiones.

Por otra parte con la madre la relación es cercana pero conflictiva, es decir, aunque existe una cercanía en relación con cuidados básicos, se torna conflictiva por desavenencias entre ellos. Es importante mencionar que la madre sostuvo una relación matrimonial anterior (pareja falleció por enfermedad), de la cual nace su hijo mayor quien falleció en un accidente automovilístico hace 12 años. Según reporte de la madre, el consultante quien para ese momento tenía cuatro años de edad, mantuvo una relación estrecha con su hermano.

En busca de atención psicológica el menor acude al Instituto de Familia y Vida en compañía de la madre quien refiere que el adolescente presentó ideación e intento suicida por lo que estuvo internado 12 días en una clínica psiquiátrica y de allí le indicaron que debía iniciar un proceso con psicología. Adicional a ello manifiesta “me gustaría que mi hijo reciba ayuda para que mejore el bajo estado de ánimo en el que se encuentra”. Por su parte el adolescente indica que le gustaría recibir ayuda para

mejorar su calidad de vida ya que refiere “he abandonado actividades importantes como el estudio, a causa de mi depresión”.

Como antecedentes se puede mencionar a nivel personal un diagnóstico psiquiátrico de trastorno depresivo recurrente, intento de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas entre estos cannabis y cigarrillo de manera esporádica de los cuales el cigarrillo se mantiene actualmente con un consumo mínimo. A nivel farmacológico posteriormente a la hospitalización psiquiátrica le ordenaron 10 gotas de levomepromazina en la noche y 1 tableta de sertralina cada 24 horas. Las dosis anteriores fueron reducidas a la mitad en el primer control con psiquiatría y suspendidas en el tercer control, quedando como orden administrar la sertralina solo a necesidad. A nivel psicológico reporta una consulta por psicología a través de la Empresa Prestadora de Servicios de salud (EPS) anterior a la hospitalización psiquiátrica, no hubo continuidad debido al tiempo en la asignación de la cita.

En los antecedentes familiares existe el consumo de cigarrillo por parte de abuelos maternos y primo del adolescente, a nivel académico existe un bajo rendimiento académico que llevó al menor a la pérdida de algunos años escolares. Durante la evaluación no se reportaron antecedentes psiquiátricos familiares.

Historia del problema: a mediados del año 2014 la madre empieza a recibir quejas sobre el bajo rendimiento académico del estudiante quien se encontraba cursando el grado sexto, luego en 2015 pierde séptimo y debe repetirlo. En el año 2016 mientras cursaba nuevamente el grado séptimo aumentaron las quejas por su bajo rendimiento académico y así mismo aumentaron los constantes reclamos por parte de la madre quien le exigía al menor mejor rendimiento. Sobre el año 2017 eran

frecuentes los enfrentamientos verbales entre la madre y el consultante pues este último no rendía académicamente e incumplía las normas en el hogar, es así que empezó a tener sentimientos de tristeza y soledad, además de tener inapetencia y faltaba a clase quedándose en casa llorando, manifiesta que esto duró aproximadamente un mes, la madre niega haberse dado cuenta de estos comportamientos de su hijo.

Continuando con lo anterior, el usuario indica que durante este mismo año 2017 en compañía de su mejor amigo consume por primera vez una sustancia alucinógena (clonazepam) motivado por la curiosidad, pero refiere que fue la única vez que consumió esta clase de sustancia pues no le agradaron los efectos de la misma. Debido a los comportamientos presentados de rebeldía y bajo rendimiento académico la madre retira al menor de la institución antes de finalizar el año escolar y decide enviarlo en el año 2018 con 14 años cumplidos a vivir con los abuelos maternos en otra ciudad a retomar nuevamente los estudios en una institución del sector ya que ella por motivos laborales no podía permanecer al cuidado del menor durante el día al igual que no podía hacerlo el padre del paciente.

La convivencia con los abuelos no fue la mejor pues allí el adolescente no se adaptó fácilmente a las normas establecidas en dicho hogar, declaró públicamente ser ateo y esto generó inconformidad por parte de los abuelos quienes constantemente le reclamaban por su comportamiento, para ellos "inmoral". También existían constantes discusiones entre el adolescente y sus cuidadores (abuelos) ya que el menor desobedecía órdenes. Dichas discusiones desencadenaron en él un episodio caracterizado por, llanto, irritabilidad y enojo, que luego llevaba a las autolesiones

caracterizadas por cortes en antebrazos con el fin de calmarse, dichos cortes los realizó en dos ocasiones mientras convivía con abuelos. A ello se le añade la presencia por primera vez de los pensamientos de muerte. Indica que en ese momento la red de apoyo con la que contaba era su novia de 13 años con quien se comunicaba telefónicamente pues residía en otra ciudad. Sobre mediados de junio del mismo año el joven consume marihuana por primera vez realizándolo en horas nocturnas en compañía de amigos del sector, alude que no lo hizo motivado por alguna situación en particular sino por curiosidad, refiere que la consumió en algunas ocasiones cuando quería calmar sentimientos negativos después de discusiones con sus abuelos.

La madre manifiesta que ella se enteró en diciembre de ese mismo año que su hijo se ocasionó autolesiones en antebrazos cuando debió traerlo a una cita odontológica pero no le dio importancia ya que estas estaban cicatrizadas. Ya en el año 2019 la madre lo trae a vivir nuevamente con ella pero en esta ocasión lo matricula en un colegio para validar. El usuario expresa que continuaron las discusiones con sus padres quienes no estaban de acuerdo con su forma de vestir y sus gustos musicales ya que el adolescente empezaba a escuchar música tal como rock, metal, electrónica y vestía con ropa estampada alusiva a estos grupos.

Estando ya estudiando, compañeros de esta institución le facilitaban marihuana, por lo que continuó con el consumo indicando que era esporádico, además manifestó que también consumía cigarrillo y que al igual que la marihuana lo hacía para olvidarse de su realidad pues manifestaba que a veces era “depresivo”. Es en febrero de 2019 donde el joven empieza a experimentar nuevamente sentimientos negativos (tristeza, irritabilidad, enojo) luego de llevar 2 meses aproximadamente sin haberlos

presentado, se dan según el joven por las constantes discusiones con familiares, una de estas discusiones se dan porque él decide colocarse dos *piercing* y hacerse un corte de cabello diferente al ordenado por la madre, en otra ocasión que pasaban un fin de semana en familia en casa de sus abuelos discute con el padre quien lo obliga a asistir a misa y el joven se niega desencadenando en el adolescente un episodio caracterizado por un comportamiento agresivo en el que golpea con sus puños la pared, se encierra en el cuarto y llora por aproximadamente 2 horas.

En el mismo mes el joven discute con la madre de la novia quien le prohíbe ver a la hija, ante esta negativa el joven presenta nuevamente sentimientos negativos (tristeza, irritabilidad, enojo) además se encierra en la habitación y llora durante un tiempo. Adicional a lo anterior, el consultante refiere que empezó a sentir rechazo por parte de su familia quienes empezaron a compararlo con su hermano fallecido manifestándole que el joven nunca tuvo problemas con el comportamiento y que por el contrario era muy respetuoso de las normas del hogar, esto conlleva a que en el usuario aparezcan pensamientos automáticos asociados a inutilidad, fracaso y rechazo, que lo llevan a pensar en la muerte como mejor solución, aludiendo que no le encuentra sentido a la vida.

Es así que un día decidió tomarse una botella de alcohol antiséptico pero un familiar se percató de los hechos y lo obliga a vomitar. La madre empezó a observar que su hijo colocaba mensajes de suicidio en redes sociales además dejó de parecerle normal el comportamiento irritable e intranquilo de él, notó que no estaba comiendo y se enteró que no iba a estudiar así que un día decide llevarlo a psicología por medio de la EPS y es allí donde el adolescente le confiesa a la psicóloga el consumo de

sustancias tales como marihuana y cigarrillo siendo esta última la de mayor consumo actual, los pensamientos recurrentes de muerte y el intento de suicidio, por lo que le envía orden por psiquiatría y es ella quien decide internarlo de urgencia en una clínica psiquiátrica. Allí permaneció por 12 días y es dado de alta con el manejo farmacológico indicado anteriormente.

Instrumentos.

Consentimiento informado: es un proceso de comunicación que se realiza de manera escrita entre el usuario y el profesional de la salud previo a cualquier tipo de intervención clínica, se firma en la primera sesión en donde se le informa al consultante los riesgos y beneficios que puede tener el procedimiento a realizar, así como la confidencialidad del mismo, para el presente caso no solo fue necesario el consentimiento del consultante sino también de la madre por tratarse de un menor de edad. (Cañete, Guilhem y Brito, 2012) (Ver anexo 1)

Entrevista Semiestructurada: La entrevista es un medio cualitativo de gran utilidad para recolectar información importante, existe tres tipos de entrevista y uno de ellos es la semiestructurada, la cual presenta un grado de flexibilidad que, aunque se parte de unas preguntas base, estas pueden ajustarse a los entrevistados motivando al interlocutor a aclarar términos o ampliar la información. (Bravo, Torruco, Martínez y Varela, 2013) En el anexo 2 se podrá observar una entrevista guía que se utilizó con el fin de indagar más la situación articular del consultante.

Historia clínica: es un documento privado al que solo debe tener acceso el usuario y el especialista tratante, en este se recoge toda la información relevante para el caso así como los datos biográficos del consultante (Ramos, 2015). (Ver anexo 3)

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI):

Es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998, fue traducida al español por Ferrando, Bobes, Gilbert, y Soto en el año 2000, se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica. (Barrios, Miltos, Piris, Ramirez, Rodriguez, Torales y Arce, 2015 p. 60). (ver anexo 4)

Inventario depresión de Beck: es un cuestionario autoaplicado compuesto por 21 ítems con frases relativas al estado de ánimo en el que la persona elige la que más se acerque a su estado actual, “responde a la pregunta de si un paciente está igual, ha mejorado o empeorado de su depresión o incluso si ya se ha recuperado, es decir, si se ha producido una reducción o aumento clínicamente significativo en su sintomatología depresiva” (Sanz, 2013, p. 165). (Ver anexo 5)

Test de *fagerström*: es un test autoaplicado que consta de 6 ítems de los cuales cuatro tienen una respuesta dicotómica y dos tienen respuestas tipo *Likert* de 0 a 3 puntos, usado para discriminar los fumadores dependientes o no dependientes de la nicotina. (Arias, Huamani, & Choque, 2018) (Ver anexo 6)

Procedimiento.

El caso abordado para el presente trabajo, se seleccionó luego de que se pudiera observar un trabajo continuo con el usuario. Se llevó a cabo en 17 sesiones distribuidas en una fase de evaluación, una de intervención y una de cierre y seguimiento. Las sesiones se realizaron de manera semanal o quincenal de acuerdo a la disponibilidad del usuario y su acompañante con una duración de 60 minutos. En la fase de intervención se presentó un receso por motivo de vacaciones semestrales de la Universidad Pontificia Bolivariana de dos meses.

Fase de evaluación:

La evaluación se realizó en las primeras cuatro sesiones, en las que se dieron a conocer los lineamientos del proceso psicológico, la firma del consentimiento informado y el diligenciamiento de la historia clínica. Se identificó el motivo de consulta, se aplicó la prueba MINI entrevista Neuropsiquiátrica internacional abordando los módulos trastorno de depresión mayor, riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas no alcohólicas. Se realizó entrevista semiestructurada tanto al menor como a la madre que fue quien lo acompañó en todo el proceso terapéutico, tales entrevistas se dieron en sesiones diferentes y de manera individual y se generó una impresión diagnóstica de acuerdo a lo encontrado en este proceso evaluativo.

Fase de intervención:

Esta fase se llevó a cabo desde la quinta hasta la décima quinta sesión distribuidas así: en la quinta sesión se hizo devolución de los resultados de la prueba aplicada y de la impresión diagnóstica así como una introducción al modelo cognitivo

conductual y los objetivos a alcanzar en el proceso terapéutico. En la sexta, séptima, octava y novena sesión se abordó lo relacionado al área emocional trabajando identificación de pensamientos automáticos, creencias irracionales y distorsiones cognitivas evidenciadas en el adolescente, logrando modificar los pensamientos automáticos mediante la reestructuración cognitiva y generando pensamientos alternativos, además de ello se enseñó y practicó en sesión la técnica de relajación de Jacobson a la cual se le destinaban 10 minutos finalizando cada sesión hasta la novena sesión. Para estas sesiones se dejaron autoregistros que el usuario elaboró en casa y con los cuales se pudo trabajar lo planteado, permitiendo que al inicio de cada encuentro, se revisara lo trabajado en casa y de acuerdo a lo encontrado se desarrollaba la intervención. En el contexto terapéutico se facilitaba espacio para abordar algún suceso específico de la semana con relación a la problemática.

También se acordó tanto con el menor como con la madre la realización de actividades agradables para el consultante. De la décima a la decimotercera sesión se practicaron técnicas de estudio y en la decimocuarta y decimoquinta se realizó psicoeducación en torno al consumo del cigarrillo, cabe mencionar que en la décimo tercera sesión se aplicó el test de fagerström con el fin de identificar si existía una adicción a la nicotina, para orientar la psicoeducación en las sesiones siguientes dando este como resultado que no existía una dependencia en el menor a esta sustancia ya que solo puntuó 1 y para una dependencia debía ser mayor de 6.

Objetivos de intervención:

- Modificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas presentes en el usuario que están incidiendo en su estado de ánimo.

- Disminuir reacciones agresivas e ira manifiestas por el usuario ante discusiones con personas cercanas a su entorno.
- Orientar al usuario en la realización de actividades gradualmente en su tiempo libre que ayuden a mejorar su estado de ánimo.
- Psicoeducar al adolescente en torno a los daños a corto y largo plazo que puede ocasionar el consumo de cigarrillo.
- Fomentar hábitos de estudio en el adolescente que ayuden a mejorar su desempeño escolar.

Fase de cierre y seguimiento:

En las dos sesiones finales se realizó la aplicación del post test en relación a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), además de ello se aplicó el Inventario de Depresión de Beck como soporte en relación a los cambios presentados en el bajo estado de ánimo, de igual manera se hizo devolución de los resultados de las pruebas anteriormente mencionadas. Adicional a lo anterior se realizó prevención de recaídas y finalmente un mes después de finalizado el proceso de intervención se realiza una llamada telefónica a la madre del menor, esta llamada estuvo enfocada en conocer si se ha vuelto a observar en el menor algún cambio a nivel emocional, familiar o social que le cause malestar clínicamente significativo, también se indago sobre la finalización del año escolar 2019 y el reintegro en el 2020. La madre indica que permanece estable, aprobó el año escolar y para el 2020 ingresó validando octavo-noveno.

En el anexo (7) se muestra una descripción más completa de lo realizado en cada una de estas fases.

Resultados

Los resultados obtenidos en este proceso psicoterapéutico fueron positivos puesto que se pudo observar una notable mejoría en el estado de ánimo del adolescente, además de que se cumplieron los objetivos propuestos al inicio del plan de intervención. La primera fase, la del proceso de evaluación, dio como resultado una impresión diagnóstica que cumplió con los criterios demandados por el DSM V y la cual soportó un plan de intervención teniendo en cuenta el diagnóstico de Trastorno de Depresión y como éste estaba afectando las áreas familiares, académicas y sociales del usuario.

Posterior a la fase de evaluación se lograron cumplir los objetivos de la fase de intervención en donde inicialmente por medio de un acercamiento al menor y a su acudiente desde el enfoque cognitivo conductual comprendieron cómo un error en el procesamiento de la información llevó al adolescente a centrarse en sus emociones negativas permitiendo la aparición del malestar emocional y el deterioro de su esfera personal, familiar, social y académica dejando en evidencia pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas .

Es por lo anterior que un objetivo alcanzado fue la modificación de estos pensamientos y distorsiones, primero logrando que por medio de los autoregistros semanales el menor identificara con exactitud los pensamientos más comunes que ayudaban a que su bajo estado de ánimo se prolongara y a que aparecieran diferentes emociones como la ira, también comportamientos como el llanto constante y a su vez la irritabilidad, inapetencia, insomnio y desesperanza. Identificados estos pensamientos entre los más mencionados fueron “mi familia estaría mejor si mi” “soy

depresivo y nunca podré ser feliz” “soy un idiota” “no puedo hacer nada bien ni siquiera estudiar” “nunca podré ser como mi hermano” “mis padres no me comprenden”. Para estos pensamientos se logró que el menor los cambiara por unos más racionales como por ejemplo “todos somos únicos y porque no sea como mi hermano no significa que mi vida no tenga sentido” “mi familia solo quiere lo mejor para mi” “La tristeza es una emoción como otras y el hecho que se presente no significa que estoy depresivo” “no seré como él, pero tomaré sus mejores ejemplos” En el anexo (8) se puede observar el modelo de autoregistro que se empleó con el menor para la identificación de pensamientos y distorsiones.

Por otra parte se practicó en sesiones la técnica de relajación progresiva de Jacobson, aunque inicialmente el menor refirió que le sirvió solo en un episodio, se logró que la pusiera en práctica en más ocasiones luego de ensayarla nuevamente. Como se hizo evidente en el proceso de evaluación los padres del consultante estaban alejados de él y la relación era distante y conflictiva. El menor gran parte del día permanecía solo, así que se concertó junto con la madre la posibilidad de crear espacios en los que pudieran interactuar, a su vez que se le dejaban tareas gradualmente al menor desde las primeras sesiones iniciando con salir a caminar una hora en la mañana en compañía de la madre. Ella por su parte logró compartir con el menor en las horas de almuerzo mientras él poco a poco, retomó sus espacios para el dibujo y una actividad de ejercicio callejero que solía practicar antes del episodio depresivo. Es importante mencionar que aunque se le realizó la invitación al padre del usuario por medio de la acudiente para que asistiera al proceso terapéutico tanto en la fase de evaluación como intervención no asistió.

Con respecto a los últimos objetivos, se realizó la psicoeducación en torno al tema relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas haciendo énfasis en el cigarrillo. Se cumplió el objetivo a corto plazo que era educar al menor en el tema. Las técnicas de estudio fue nuevo tanto para el menor como para la madre, quienes indicaron que estas herramientas fueron útiles para mejorar la manera en la que el consultante estudiaba, como ya se finalizaba el año escolar no pudo colocarlas en práctica por largo tiempo, sin embargo por ser semana evaluativa indicó, que tener cuenta algunas a la hora de estudiar permitió un mejor desempeño en las acumulativas, mencionando que tener un horario de estudio y un lugar adecuado para hacerlo fue bastante significativo.

Finalmente se hará mención de los instrumentos aplicados antes y después del proceso de evaluación, así como de los resultados que confirmaron la impresión diagnóstica y a su vez la disminución de sus signos finalizado el proceso terapéutico.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI):

Dicha entrevista fue realizada al menor antes y después de la intervención. En esta aplicación se resaltan tres módulos diferentes, identificados como los más importantes debido a que sirvieron para generar una impresión diagnóstica en el sujeto. Los módulos fueron:

- A. Episodio depresivo mayor, C. Riesgo de suicidio y K. trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas en este caso el cigarrillo y la marihuana pues son las más usadas por el menor.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Módulo A

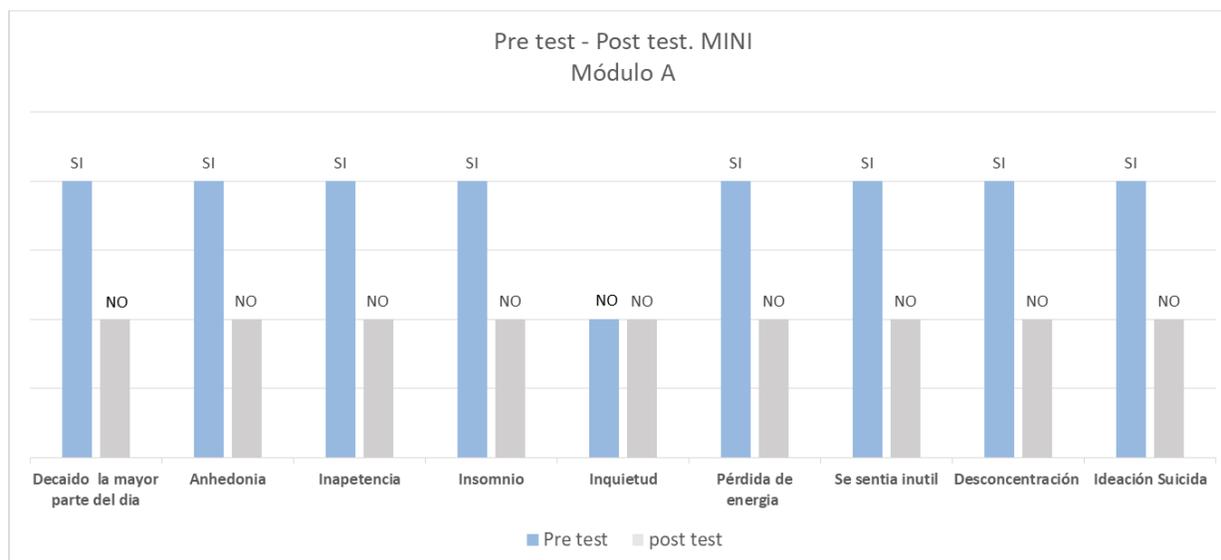


Figura 1. Resultados pre y post intervención de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Módulo A: Episodio depresivo mayor.

En la aplicación del pre test (fase de evaluación) al aplicar el módulo A de esta entrevista, se hicieron evidentes indicadores que mostraron un trastorno de depresión mayor, pues se registró que existía un estado de ánimo deprimido y decaído durante un periodo de dos semanas, además de pérdida de placer por actividades que antes hacía, también aceptó que presentaba insomnio e inapetencia, además de otros indicadores que apoyan dicho diagnóstico tal como se muestra en la figura 1

En referencia a la aplicación de la entrevista de este mismo módulo luego de la fase de intervención (Post test), no se evidenció en las respuestas de la misma una relación con un trastorno depresivo, debido a que su estado de ánimo permaneció estable las últimas dos semanas según lo tenido en cuenta en el test. Además quedó registrado en el mismo que no hay presencia de inapetencia e insomnio, tampoco hay

pérdida de placer por las cosas y se han suspendido los pensamientos de fracaso, culpa y muerte.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Módulo C

El módulo C, como ya se mencionó evalúa el riesgo de suicidio, con un determinado puntaje que va de la siguiente manera:

- 1 a 5 puntos. Leve
- 6 a 9 puntos. Moderado
- Mayor a 10 puntos alto

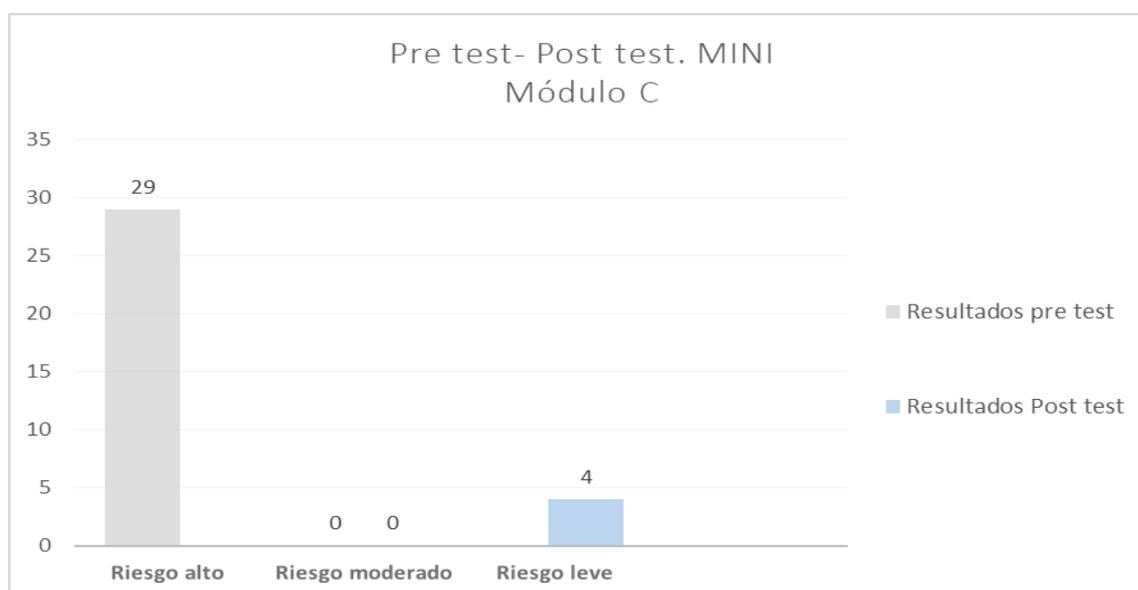


Figura 2. Resultados pre y post intervención de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI): Módulo c: Riesgo de suicidio.

En la primera aplicación el adolescente respondió Si, a todas las preguntas asociadas a pensamiento, ideación e intento suicida en el último mes (ver anexo 4), lo que lo llevó a puntuar en un riesgo alto. Ya, en la realización del post test, el menor respondió no, a las preguntas con relación al último mes, solamente dio una respuesta afirmativa a la

pregunta: a lo largo de su vida ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? esta respuesta la da, debido al intento de suicidio presentado previo a la hospitalización psiquiátrica que antecedió al proceso terapéutico. Según los parámetros dados por el test, esta pregunta tiene una puntuación de 4, es así que la respuesta queda enmarcada en un riesgo leve según estos indicadores.

La otra parte investigada fue la de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, en este módulo se pudo explorar que el adolescente ha estado involucrado en los últimos 12 meses con el consumo de sustancias, en este caso marihuana y cigarrillo pero no hay dependencia de las mismas, resultado que se mantuvo, tanto en el pre test como en el post test.

Inventario de depresión de Beck (BDI - II)

Además a lo anterior, también se aplicó el Inventario de Depresión de Beck después de la intervención.

Tabla 1
Resultados post intervención BDI - II

Item	PD	Item	PD	Item	PD
1. Tristeza.	0	8. Autoculpación	0	15. Dificultad en el trabajo.	0
2. Pesimismo.	0	9. Pensamientos de suicidio.	0	16. Insomnio.	1
3. Sentimiento de fracaso.	0	10. Llanto.	0	17. Fatiga.	0
4. Insatisfacción general.	0	11. Irritabilidad.	0	18. Disminución del apetito.	1
5. Culpabilidad.	0	12. Desinterés social.	1	19. Disminución de peso.	0
6. Sentimiento de castigo.	0	13. Indecisión.	0	20. Preocupación.	0

7. Autodecepción	0	14. Autoimagen.	0	21. Desinterés por el sexo	0
Total de Puntuaciones: 3			Nivel de Depresión: No hay depresión.		

La tabla 1 muestra los resultados obtenidos por el adolescente en el inventario de depresión de Beck aplicado al finalizar el proceso de intervención.

Para el análisis de su resultado fue necesario tener en cuenta los puntos de corte que miden la intensidad o severidad de los síntomas, es así que con una puntuación baja, como la presentada por el adolescente en esta prueba, se puede decir que no hay presencia de malestar ni físico ni afectivo que este asociado a depresión en el momento de ser evaluado el consultante. Esto significa que no hay malestar clínicamente significativo que se relacione a un episodio actual de depresión.

Discusión.

Se puede mencionar que el enfoque cognitivo conductual usado para este proceso de intervención fue útil para establecer el plan de tratamiento, ya que al lograr aplicar los conceptos de esta terapia se identificaron los diferentes pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que causaban en el usuario gran parte de su sintomatología depresiva, es así que Ybarra, Orozco y Valencia (2015) indican que esto es esencial en la terapia cognitiva ya que al establecer la relación entre una emoción que no le está generando placer al individuo, con los pensamientos que se derivan en determinadas situaciones, lleva al usuario a comprender que es él, quien construye de manera activa su realidad.

Es importante resaltar que una característica principal de este modelo es la participación colaborativa del consultante quien desde casa contribuye a la identificación de pensamientos emociones y conductas que se relacionan con la

problemática referida, es así que para el presente estudio fue fundamental la técnica de autoregistros, los cuales llevó a cabo el usuario como actividad para la casa. Ante esto Friedberg y McClure, (2014) tienen en cuenta que son positivas y funcionales aquellas tareas que el individuo elabora directamente en su entorno convirtiéndose en un elemento central de las terapias cognitivo conductuales. Por su parte Beck, et al (2012) indica que estos autoregistros son muy útiles para la terapia cognitiva, ya que no solo ayudan a identificar distorsiones, si no que sirven a su vez para elaborar los pensamientos alternativos demostrando así la importancia que tuvieron estos autoregistros en este estudio.

Además de lo anterior se puede mencionar que la reestructuración cognitiva jugó un papel importante en el tratamiento con el adolescente, pues gracias a esta técnica el menor logró modificar sus cogniciones y elaborar nuevos procesos de pensamiento, dicha técnica se basó fundamentalmente en que a través del dialogo socrático el usuario cuestionara sus propios pensamientos y luego evaluara sus propias conclusiones y puntos de vista tal como lo afirma Friedberg y McClure (2014). Para Bunge, Gomar y Javier, (2016) esta es la principal razón por la que se utiliza la reestructuración cognitiva, la cual promueve otras alternativas de pensamiento más flexibles y adaptativas. Lo anterior es corroborado por Moya, (2008) quien en su estudio en personas depresivas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) concluyó que la aplicación de esta técnica es eficaz para disminuir los niveles de depresión.

Con respecto a la asignación gradual de tareas que se logró que se llevara de manera progresiva, Beck et al (2012) mencionan que son importantes pues ayudan a que el paciente se sienta motivado a realizar otras actividades. Fue significativo que

esta técnica incluyera la participación de la madre tal como lo plantea Friedberg y McClure, (2014) teniendo en cuenta que es fundamental que los padres se vinculen al proceso terapéutico. Esto generó confianza en el adolescente y ayudó a que mejorara la relación con la madre.

El trabajo efectuado incluyó también la práctica en sesión de algunas técnicas de estudio con el fin de fomentar mejores hábitos en el menor, ya que después de mejorar los síntomas depresivos retomó las actividades escolares pero estaba presentando bajo rendimiento académico, así que con el fin de evitar una recaída por esta causa, se llevó a cabo dicho objetivo. Lo anterior concuerda con lo encontrado por Crespo y Sánchez, (2019) quienes manifiestan que

El éxito académico se convierte por lo tanto en un elemento central, no solo a nivel académico sino también a nivel terapéutico para el adolescente que padece algún Trastorno Mental Grave (TMG). Mantener la vinculación con el ámbito educativo permitirá al alumno/a con TMG conservar una referencia de normalidad fundamental para provocar mejoras en otros ámbitos de su vida, mientras que fracasar escolarmente en la adolescencia se convertirá en una pérdida importante que pone en peligro su acceso a la autonomía y la adultez (p.221).

Por otra parte es importante resaltar que aunque existía un antecedente de consumo de sustancias este no se abordó desde las primeras sesiones puesto que era importante controlar primero la sintomatología depresiva teniendo en cuenta esto como el problema más significativo, ya que no había evidencia de una dependencia a las

mismas, sin embargo se concluyó que el consumo actual (cigarrillo) podría llegar a ser perjudicial, puesto que el menor está en una etapa considerada un factor de riesgo.

Es por lo anterior que en cumplimiento de un objetivo a corto plazo se educó al menor en torno a los daños que puede ocasionar el consumo del cigarrillo, teniendo en cuenta la entrevista motivacional y la técnica de evaluación de ventajas e inconvenientes, esta última mencionada por Friedberg & McClure (2014) demostrando que su función es ampliar el punto de vista con respecto a una situación en particular. Cabe resaltar que el tiempo empleado para este objetivo fue corto (2 sesiones) por lo que se recomienda una mayor profundización en torno a este tema por parte de la madre y el menor por medio de grupos de apoyo o psicoterapia específica en relación a dicha problemática.

Conclusiones

En el presente caso el enfoque cognitivo conductual demostró ser una alternativa eficaz para el tratamiento de la depresión, pues desde su abordaje especialmente con el enfoque cognitivo, se logró disminuir el estado de ánimo deprimido del usuario, a partir del cumplimiento del primer objetivo de la intervención.

Se puede mencionar también que es importante generar una buena relación terapeuta-consultante, en especial con los adolescentes, esto permitió la asistencia del menor a los encuentros, que aunque en algún momento quiso desistir aludiendo que su depresión no tendría solución, se trabajó en ello y así se logró concluir con satisfacción todo el proceso.

La identificación de los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas permitieron entender al menor cómo estas, fueron una causal importante en relación a lo que le estaba generando el malestar clínicamente significativo, y a su vez la reestructuración cognitiva con ayuda del dialogo socrático fueron las técnicas principales en torno a la mejoría de dicho malestar, además que se logró no solo identificar los pensamientos, si no buscar unos alternativos y más funcionales.

El menor veía en su fracaso escolar, una posible causal de recaída así que la práctica en sesión de algunas técnicas de estudio desde la técnica del modelado fue un aliciente para el menor, quien luego de mejorar su estado de ánimo retomó las actividades escolares, en la última sesión se abordaron las posibles causales de recaída y se realizó un dialogo sobre lo aprendido y cómo enfrentar dicha situación para evitar la reaparición del malestar.

Para finalizar se puede mencionar que en relación a la psicoeducación llevada a cabo en torno al consumo de sustancias psicoactivas haciendo mayor énfasis en el consumo del cigarrillo el menor concluyó que pueden generarle daños importantes a corto y largo plazo, el factor diferenciador fue que no se invitó al menor a evitar el consumo sino que se dialogó con él haciendo énfasis en los pros y los contras, logrando que finalizado el proceso fuese el mismo consultante quien concluyera que esto puede causarle daños irreversibles e incluso pueden influir en una recaída.

Referencias

- Alvares, M., Vidal, C., LLavero, M., & Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine*, 12(86), 5041-5051.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Arias, W., Huamani, J., & Choque, R. (2018). Análisis psicométrico del test de fagerstöm de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana*, 174-179. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.ppe/pdf/amp/v35n3/a06v35n3.pdf>
- Arrarás, J., & Manrique, E. (2019). La percepción de la depresión y su tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 42(1), 5-8. Obtenido de <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=6897780>
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*, 1-63.
- Barrios, L., Miltos, V., Piris, A., Ramirez, C., Rodriguez, J., Torales, J., . . . Arce, A. (2015). Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *Anales de la facultad de ciencias médicas*, 48(1), 59-66. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v48n1/v48n1a06.pdf>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Bravo, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Metodología de investigación en educación médica*, 162-167. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2016). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Buenos Aires: Editorial Akadia.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento Cognitivo- Conductual de los trastornos psicológicos*. España: siglo XXI editores .
- Calvillo, f. (2014). *La depresión: entre mitos y rumores*. Madrid: Biblioteca nueva. Obtenido de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=5756386>

- Camuñas, N., Mavrou, I., & Tobal, J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión- desesperanza. *revista de Psicopatología y Psicología Clínica.*, 24(1), 19-28. Obtenido de <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=6924181>
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado, algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18(1), 121-127. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Cortés, I., Artazcoz, L., Arantza, I., Juanola, H., Ladona, C., Llonch, A., . . . Molinero, E. (2010). *Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. .
- Crespo, F., & Sánchez, C. (2019). Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo de los adolescentes. *Revista Complutense de Educación.*, 30(1), 205-223. doi:DOI:10.5209/RCED.56082
- Deus, J., & Decíd, J. (2019). *Evaluación en Psicología Clínica de adultos*. Barcelona: Editorial UOC. Obtenido de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=5810007&query=evaluaci%C3%B3n+de+la+depresi%C3%B3n+en+adolescentes#>
- Friedberg, R., & McClure, J. (2014). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós.
- González, C., Hermosillo, A., Vacio, M., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y práctica. *Boletín médico del hospital Infantil de Mexico para*, 149-155. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615000659?via%3Dihub>
- Guarch, J., & Navarro, V. (2016). Psicoterapias cognitivas. *Psiquiatría Biológica*, 23(1), 40-45. Obtenido de https://www-clinicalkey-es.consultaremota.upb.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134593417300532.pdf?locale=es_ES&searchIndex
- Hernandez, M., Botero, A., Jimenez, A., Gutierrez, A., & Miranda, C. (2019). Prevalencia de trastornos mentales en menores de edad atendidos en un hospital psiquiátrico departamental. *Salud pública*, 21(1), 29-33. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.uniminuto.edu/10.15446/rsap.v21n1.69129>
- Ibañez, C., & Manzanera, R. (2014). Técnicas cognitivo conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria. *Medicina de familia Semergen*, 40(1), 34-41. doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.020>

- Instituto de Proyección Social . (2019). *Documentos IPS y manual de prácticas formativas* . Bucaramanga.
- Laherna, G. (2019). Literatura y Depresión. *Critica*, 22-27. Obtenido de <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=6941495>
- Melipillán, R., Cova, F., & Rincón, P. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(01), 59-69. Obtenido de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/reader.action?docID=3179411&query=evaluaci%C3%B3n+de+la+depresi%C3%B3n+en+adolescentes>
- Ministerio de salud. (2017). *Boletín de salud mental, depresión, Subdirección de enfermedades no transmisibles*. Bogotá: MINSALUD. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletín-depresion-marzo-2017.pdf>
- Moya, M. (2008). reestructuración cognitiva en la depresión de pacientes con VIH/SIDA. *Revista de Psicología*, 16(1), 169-176.
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pereira, V., & Morelo, P. (2019). protocolo diagnóstico y terapeutico de la depresión. *Medicine. Protocolos de práctica asistencial*, 12(86), 5070-5074. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.015>
- Quintero, V. (28 de Mayo de 2018). *Universidad Pontificia Bolivariana*. Obtenido de <https://www.upb.edu.co/es/noticias/upb-celebra-ocho-a%C3%B1os-del-instituto-de-familia-vida-upb-bucaramanga>
- Ramos, P. (2012). *Actualización de Conocimientos del Trastorno depresivo* (Segunda ed.). Malaga: Editorial ICB. Obtenido de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/detail.action?docID=5757729>
- Ramos, S. (2015). La historia clínica en salud mental. *Acta Bioethica*, 259-268. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art12.pdf>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: UNED.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*, 34(3), 161-168. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2275.pdf>
- Villardón, L. (2013). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. España: Publicaciones de la Universidad de Deusto. Obtenido de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouniminutosp/detail.action?docID=3214202>

Ybarra, J., Orozco, L., & Valencia, A. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico*. Victoria, Tamaulipas: Manual Moderno.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado para menores de edad

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Ministerio</small></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-153 Versión: 03</p>
--	---

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor, _____, identificado (a) con la T.I. No. _____, y en conjunto con él (ella), manifestamos que hemos sido informados sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mi (nuestro) representado o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí (nosotros), que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico actual de nuestro representado, para que posteriormente recibamos un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentra, y se nos dé información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendemos que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro del bienestar de nuestro representado, evitando de esta manera causarle un daño físico o moral. Sabemos que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiremos información que nos permitirá tomar la decisión que a nuestro criterio parezca más conveniente.

También estamos enterados que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- b. Cuando nuestro representado en calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- c. Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- d. Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- e. Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizamos de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en



consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendemos y hemos sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, podemos ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización, aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos_personales_bqa@upb.edu.co.

Finalmente, el menor manifiesta que conoce y ha comprendido las autorizaciones y compromisos que en su nombre asume(n) su(s) representante(s), que está de acuerdo con ello y que en señal de eso suscribe el presente documento brindando también su consentimiento informado.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____

Firma del Menor: _____	D.I. No. _____
Nombre del Menor: _____	
Firma del Representante del Menor: _____	C.C. No. _____
Nombre Representante del Menor: _____	
Firma del Representante del Menor: _____	C.C. No. _____
Nombre Representante del Menor: _____	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	No. T.P. _____

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado

Anexo 2: Guía de entrevista semiestructurada.

Guía de entrevista con el adolescente y su acudiente

Inicio del problema

¿Qué es lo que está ocurriendo?

¿Desde cuándo pasa esto?

¿Hubo algún acontecimiento significativo en el momento de la aparición del malestar?

¿Es la primera vez que sucede esto? Si había ocurrido antes ¿Cómo sucedió?

Mantenimiento del problema

¿En qué lugar ocurre el problema?

¿En qué momentos del día está más presente ese problema?

¿Hay cosas que mejoren o empeoren el problema?

¿Qué han intentado para solucionar lo que está ocurriendo?

Preguntas específicas para el adolescente

¿Que solía hacer antes de la aparición del problema? ¿Ese problema que ha cambiado en su vida?

Hábleme de sus relaciones familiares ¿cómo crees que ellos ven su problema?

Como es su área social ¿Ha cambiado o sigue igual desde que se presenta el problema?

¿Cree que ha habido cambios significativos en el área académica desde la primera vez que empezó a presentarse el problema?

¿Cuándo se encuentra solo que piensa acerca de lo que le está ocurriendo? ¿Qué hace cuando está solo en casa?

¿Ha consumido sustancias psicoactivas? En caso de ser afirmativo ¿Cuáles? ¿Dónde? ¿Con quién?

¿Con que intensidad y frecuencia? ¿Cuándo fue la primera y la última vez que consumió alguna?

Preguntas específicas para la madre

¿Cómo considera que es su relación con el menor? ¿Cómo considera que es la relación del menor con otros miembros de la familia cercanos a él?

¿Cuándo fue la primera vez que se dio cuenta de lo que está ocurriendo actualmente? ¿Cómo fue?

¿Desde esa primera vez que empezó a observar el malestar clínicamente significativo en su hijo que soluciones ha implementado y que efectividad han tenido?

¿Qué sabe usted acerca del círculo social de su hijo?

Anexo 3: Historia clínica.

		HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04						
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. de historia	
1. DATOS DEMOGRAFICOS DEL USUARIO								
Nombres y apellidos				Edad	Género	Documento de identidad		
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de residencia				
Estrato	No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular				
Nivel de escolaridad	Nombre de la Institución Educativa				Profesión / Ocupación			
Remitido por	Entidad (EPS)							
2. DATOS DEL ACUDIENTE								
Nombre y apellidos				Parentesco		Edad	Estado civil	
Dirección residencia				No. Teléfono residencia		No. Teléfono celular		
3. SITUACION ACTUAL DEL USUARIO								
3.1 Motivo de consulta								



HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD

Código: PS-FC-080

Versión: 04

3.5 Percepción de la situación desde el / la menor

3.6 Redes de apoyo del / la menor

4. ASPECTOS FAMILIARES**4.1 Familiograma**

--

Anexo 4: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.



1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	MELANCÓLICOS (opcional)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>		
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

3

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 París, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: + 91 564 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@lander.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: mon0619@aol.com
--	--	--	--

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

16

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? → NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dextedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

17

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
		ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

Anexo 5: Inventario de depresión de Beck.

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 gusto 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.
- 1^a. 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^a. 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^a. 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^a. 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:

Anexo 6: Test de fagerström

Cuadro 8. Test de Fagerström de dependencia de la nicotina

1. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	<input type="checkbox"/>	(3)
Entre 6 y 30 minutos	<input type="checkbox"/>	(2)
Entre 31 y 60 minutos	<input type="checkbox"/>	(1)
Más de 60 minutos	<input type="checkbox"/>	(0)

2. ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

Sí	<input type="checkbox"/>	(1)
No	<input type="checkbox"/>	(0)

3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

Al primero de la mañana	<input type="checkbox"/>	(1)
A cualquier otro	<input type="checkbox"/>	(0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

10 o menos	<input type="checkbox"/>	(0)
11-20	<input type="checkbox"/>	(1)
21-30	<input type="checkbox"/>	(2)
31 o más	<input type="checkbox"/>	(3)

5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Sí	<input type="checkbox"/>	(1)
No	<input type="checkbox"/>	(0)

6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

Sí	<input type="checkbox"/>	(1)
No	<input type="checkbox"/>	(0)

Nota: Se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 10. Un fumador con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 o más.

Anexo 7: Plan de intervención

Plan de intervención				
N° de Sesión	Objetivo de la sesión	Instrumento o técnica utilizada	Actividades desarrolladas en sesión	Resultados
1	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las situaciones que son parte del motivo de consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Consentimiento informado. Historia clínica. Entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza un primer acercamiento con el consultante y con la madre abordando el contenido de lo que implica los alcances del proceso terapéutico así como el contenido del consentimiento informado. Se anima al consultante y a la madre a manifestar el motivo de consulta obteniendo de modo general un historial de la problemática. 	<p>En esta primera sesión se pudo identificar que el menor se encuentra , orientado en persona tiempo y espacio, su aspecto físico y vestimenta acorde a la edad, mantuvo un volumen de voz bajo con poca fluidez verbal fue la madre quien en esta sesión explicó el motivo de la consulta, no mantuvo contacto visual, y su postura corporal fue encorvado durante toda la sesión, el estado de ánimo fue aplanado, con decaimiento anímico no se encontraron alteraciones en la percepción, ideas de minusvalía y pensamientos de muerte, además de un intento de suicidio que lo llevó a estar internado en una clínica psiquiátrica durante 12 días. La salida de la clínica fue días previos a la consulta.</p>
2 y 3	Identificar aspectos importantes en la historia del paciente que lo han llevado a presentar malestar clínicamente significativo	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> Se aborda al menor por medio de una entrevista semiestructurada, generando en primer lugar un espacio de confianza permitiéndole al paciente expresar sus emociones sin temor a ser juzgado. En esta entrevista se dialogó con el usuario acerca de su estado de ánimo y de cómo 	<p>En las dos entrevistas se pudo identificar que el menor ha presentado una serie de episodios similares al actual, expuestos de manera detallada en la sección historia del problema. Estos episodios se han caracterizado por llanto recurrente, irritabilidad, bajo estado de ánimo, insomnio, inapetencia, Anedonia sentimientos de tristeza, rabia, minusvalía,</p>

			<p>está influyendo él y su entorno familiar en el malestar emocional expresado.</p> <ul style="list-style-type: none"> En la siguiente sesión también en entrevista individual, se dialoga con la madre para conocer antecedentes del embarazo, proceso de parto, desarrollo psicomotriz, factores relacionados con la dinámica familiar y a su vez se obtiene la percepción que tiene ella de la situación actual de su hijo. 	<p>además de pensamientos de muerte e intento de suicidio este último solo una vez. Que han durado aproximadamente un mes. Se pudo observar que lo presentado por el usuario actualmente en su mayoría de veces se da luego de discusiones con sus familiares y es reforzado con pensamientos y creencias irracionales del menor. Además el menor indica que cuando discute con familiares no sabe cómo controlarse manifestando “me da mucha rabia y siento que no me puedo controlar y me dan ganas de golpear lo que haya alrededor”</p>
4	<p>Aplicar prueba psicológica</p> <p>Disminuir reacciones agresivas e ira manifiestas por el usuario ante discusiones con personas cercanas a su entorno.</p>	<p>Entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)</p> <p>Técnica de relajación progresiva de Jacobson</p>	<ul style="list-style-type: none"> La sesión estuvo dividida en dos partes, la primera fue la aplicación de la entrevista estructurada MINI al adolescente. Como segunda parte de la sesión se trabajó con el estudiante psicoeducación y práctica de la técnica de relajación progresiva de Jacobson ya que en sesión anterior el menor pidió una herramienta para manejar su ira de modo prioritario. Esta sesión tuvo una duración de aproximadamente una hora 20 minutos. 	<p>Se logró la aplicación de la (MINI) teniendo en cuenta la orientación de la interlocutora de la primera fase de práctica quien sugirió aplicar los módulos de trastorno depresión mayor, riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas no alcohólicas. Por otra parte con la realización de la técnica de relajación se observa al menor atento y colaborador con la práctica de la técnica. Cabe resaltar que esta técnica se practicó hasta la novena sesión en los últimos 10 minutos de cada encuentro.</p>
5	<p>Dar a conocer tanto al menor como a su acudiente lo encontrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> En esta sesión se les realiza una breve explicación al usuario y a su acudiente sobre los 	<p>Aceptación del diagnóstico 296.33 Trastorno depresivo mayor grave recurrente, episodio actual.</p>

	<p>en el proceso de evaluación.</p> <p>Orientar al usuario en la realización de actividades en su tiempo libre que ayuden a mejorar su estado de ánimo</p>		<p>resultados del instrumento aplicado y se les da a conocer el lineamiento del plan de tratamiento y se plantean los objetivos en común acuerdo aclarando que a medida que avancen las sesiones pueden surgir cambios. También se da a conocer el enfoque desde el que se trabajara el proceso de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de esta sesión se hace una revisión de actividades que el menor pudiera empezar a realizar y que le permitieran volver al entorno social. 	<p>También se vio aceptación por parte del menor quien empezó a comprender que sus pensamientos negativos influyen en su estado actual.</p> <p>Se explicó al menor la importancia de llevar un registro de los pensamientos para poder trabajar en ellos, así que se le dejó como tarea llenar el autoregistro durante la semana.</p> <p>Para esta actividad se vinculó a la madre quien junto al usuario refirieron que dibujar y salir a caminar podrían ser actividades que pudieran compartir.</p>
6	<p>Modificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas presentes en el usuario que están incidiendo en su estado de ánimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuración cognitiva por medio de dialogo socrático. • Imaginería • Juego de roles 	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia indagando acerca de aspectos relevantes ocurridos durante la semana y solicitando la tarea asignada en la sesión anterior sobre el autoregistro. Durante la sesión se procede a explicar al adolescente como los pensamientos se encuentran relacionados con las emociones y conductas y se toma como ejemplo el autoregistro llevado a cabo en la semana, en este se puede identificar que el menor no ha comprendido muy bien cómo elaborar el autoregistro así que, se realiza un ejercicio de imaginería con respecto a una situación que le genere malestar emocional y se lleva al menor a identificar poco a poco los 	<p>Se encontró que el menor tuvo dificultad para llevar a cabo el primer autoregistro sin embargo en el dialogo en la sesión y el ejercicio de imaginería se vieron verbalizaciones tales como “soy depresivo”, “yo soy así y nunca voy a cambiar” “soy un ignorante” “mi mundo gira alrededor de la depresión” “mi novia es depresiva al igual que yo” “Nunca voy a ser feliz” “si no tuviera depresión entonces debería ser feliz” “yo no nací para ser feliz”.</p> <p>Se le indica al menor que esta clase de pensamientos son los que refuerzan su estado emocional y se le explica cómo estos pensamientos hacen parte de un grupo de distorsiones cognitivas,</p>

			<p>pensamientos automáticos de esa situación.</p>	<p>que al ser modificadas podría disminuir el malestar emocional. Se escoge el pensamiento “si no tuviera depresión entonces debería ser feliz” y se lleva a cabo un diálogo explicando la distorsión cognitiva de los debería. Finalizada la sesión el menor refiere que no imaginaba como un pensamiento podía afectar tanto su vida.</p>
7 y 8	<p>Modificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas presentes en el usuario que están incidiendo en su estado de ánimo.</p>	<p>Reestructuración cognitiva, dialogo socrático, juego de roles</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se inicia sesión permitiéndole al menor expresar si ha sucedido algún acontecimiento especial durante la semana a lo que el menor indica que discutió con el padre a causa de lo que sería las metas a mediano plazo. con respecto a su vida profesional. Se dialogó con el adolescente del tema y se hizo un ejercicio de juego de roles para abordar esta situación. Continuando con el desarrollo de la sesión se revisa el autoregistro y se trabaja sobre los pensamientos identificados en la semana, y por medio del descubrimiento guiado se evalúa la validez que tienen esos pensamientos para el usuario y se intenta desmontarlos con la ayuda del dialogo socrático, a su vez que se generaron pensamientos alternativos. 	<p>En esta sesión se logró identificar con el menor las distorsiones cognitivas presentes en el autoregistro llevado en la semana, en este se puede observar que persisten pensamientos registrados la semana anterior y aparecen nuevos pensamientos que se dan en discusión con el padre del consultante. Dichos pensamientos son “mis padres deberían aceptar mis cosas sin decir nada” “no podré ser nunca como mi hermano muerto”.</p>
9	<p>Modificar los pensamientos</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p>		<p>Han realizado con satisfacción estas actividades además de eso la</p>

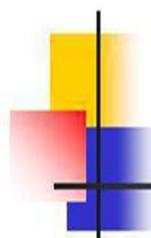
	<p>automáticos y las distorsiones cognitivas presentes en el usuario que están incidiendo en su estado de ánimo.</p> <p>Orientar al usuario en la realización de actividades en su tiempo libre que ayuden a mejorar su estado de ánimo</p>	Técnica de realización gradual de tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Otra actividad realizada fue la revisión del cumplimiento de las actividades que se establecieron para que el menor empezara a realizar y que le permitieran volver al entorno social. • Para esta actividad se vinculó a la madre quien junto al usuario refirieron que dibujar y salir a caminar podrían ser actividades que pudieran compartir 	<p>madre indica que ahora comparte el almuerzo con el menor con el fin de compartir más espacios donde le permita al menor expresar sus emociones.</p> <p>Adicional en la sesión se identifican con el menor las distorsiones cognitivas presentes en él y se realiza actividad de respuestas alternativas para esas distorsiones.</p>
10	Conocer el estado del menor y del proceso terapéutico	Entrevista Dialogo.	<ul style="list-style-type: none"> • Luego del receso de vacaciones se retomó el caso. Al reanudar el proceso terapéutico en esta sesión se realizó una valoración a nivel emocional, social, académico y familiar del adolescente por medio de una entrevista semiestructurada realizada al consultante y a su madre en una misma sesión. Esto con el fin de conocer si se mantuvieron los avances o si hay retrocesos en el proceso terapéutico hasta ahora.. 	<p>En esta sesión se logró identificar que en el área emocional el consultante se ha mantenido estable y no se han presentado comportamientos que sean objeto de alarma, en el área familiar han disminuido los conflictos con sus figuras paternas y con abuelos maternos, el usuario indica que logra manejar de una manera más asertiva los desacuerdos con ellos. En el área social también se observa un avance positivo pues el consultante encuentra satisfactorio compartir con otros compañeros. Por su parte en el área académica se puede resaltar que el menor haya retomado sus estudios pero se está presentado una falencia y es el bajo rendimiento académico hasta el momento, y consideran que es por falta de técnicas para estudiar adecuadamente según lo manifestado por él y la madre.</p>
11	•Fomentar hábitos de estudio en el adolescente	Dialogo, entrevista, modelado.	<ul style="list-style-type: none"> • Con el fin de dar continuidad al objetivo de intervención previsto 	<p>en esta sesión con las preguntas encaminadas a la identificación de</p>

	que ayuden a mejorar su desempeño escolar.		en la sesión anterior con relación al bajo rendimiento académico del menor se realizan una serie de preguntas, encaminadas a identificar las técnicas de estudio empleadas o no, por el consultante. Se le sugiere elaborar durante la semana un horario que podrá servirle como primera técnica de estudio.	técnicas se encontró que el menor no tiene un horario fijo establecido, el lugar de estudio no cumple con las características adecuadas, no realiza subrayado ni usa esquemas para estudiar, por otra parte indica que hace resúmenes y que en clase toma los apuntes más relevantes.
12 y 13	•Fomentar hábitos de estudio en el adolescente que ayuden a mejorar su desempeño escolar.		<ul style="list-style-type: none"> En esta sesión la madre pide un espacio para dialogar sin la presencia de su hijo así que la sesión se divide en dos momentos en la primera parte, se trabaja con el adolescente algunas técnicas de estudio tales como motivación, lugar, tiempo de estudio y estrategias de selección de información como el subrayado, llevándolo a cabo por medio de la psicoeducación en donde se le brindó información acerca de ellas, y luego por medio del modelado se practicó la técnica de subrayado. En la segunda parte de la consulta se le brinda el espacio de escucha activa a la madre en privado, quien comenta que le preocupa que el usuario está retomando el consumo del cigarrillo además que recibió información del colegio sobre el bajo rendimiento académico del menor y reitera la necesidad que se le enseñen técnicas de 	En estas sesiones, luego de haber brindado información acerca de técnicas de estudio tales como motivación, lugar, tiempo de estudio, estrategias de selección de información, síntesis, repaso y recuerdo, se logró brindar información acerca de la importancia del uso de estas técnicas a la hora de estudiar. Con la técnica de modelado con la cual se trabajó el subrayado se logró que el adolescente al final elaborara sus propias conclusiones de un documento satisfactoriamente. También se pudo identificar que el consumo del cigarrillo se da en los días en los que más tiene tiempo libre, adicional a ello es importante mencionar que este consumo es apoyado por familiares (abuelos maternos y primo) quienes le proporcionan el cigarrillo cuando él no tiene dinero.

			<p>estudio para mejorar dicha situación. Se le explica que en la primera parte de la atención se abordó el área de estudio y en cuanto al consumo del cigarrillo se dialogará con el menor en la próxima sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teniendo en cuenta la inquietud de la madre en cuanto al consumo de cigarrillo del menor se divide la sesión en dos partes. El objetivo de la primera parte es dar continuidad a la enseñanza de técnicas de estudio. Para esta ocasión se abordan estrategias de síntesis, el repaso y el recuerdo por medio de ejercicios prácticos, es decir no solo se brinda información acerca de la técnica sino que al finalizar se le da un texto en el que práctica lo aprendido. En la segunda parte se dialoga con el menor sobre el consumo de cigarrillo direccionando preguntas encaminadas a conocer la frecuencia y la intensidad con la que lo hace. Se identifica que aunque el joven consume en altas cantidades quiere tener herramientas para controlar este consumo. 	
14 y 15	Sensibilizar al adolescente en torno a los daños a corto y largo plazo que puede		<ul style="list-style-type: none"> • En esta sesión se continúa dialogando con el usuario sobre el consumo del cigarrillo evaluando las causas por las 	<ul style="list-style-type: none"> • En estas sesiones se logró indagar sobre el consumo del menor identificando que no existe una adicción ya que se le aplicó la escala de la dependencia de la

	ocasionar el consumo de cigarrillo		<p>que fuma, indagando acerca de quiénes influyen en su consumo, que lo motiva a no fumar más, como se visualizaría si abandonara el consumo en una etapa temprana sin permitir volverse más tolerante a los efectos, se realiza un registro de las ventajas y desventajas de fumar o abandonar el consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> En esta sesión se realiza una psicoeducación al usuario sobre los riesgos del consumo de cigarrillo mediante el suministro de información relacionada con los componentes del mismo, los efectos de la nicotina a corto y largo plazo, lo anterior por medio de un folleto además se le provee un video con relación a la prevención del consumo y se invita a la madre del menor para que también vea dicho video. 	<p>nicotina <i>fagerstrom</i> que permitió ver una puntuación muy baja en el usuario además de ello el consumo actualmente no causa deterioro significativo en ningún área del menor. Se pudo observar que la madre es su principal fuente de motivación para no continuar con el consumo, manifiesta que quiere acercarse a una mujer pero para eso debe dejar de fumar pues esta persona no está de acuerdo con esta conducta. Indica que cuando fuma se siente tranquilo y se relaja pero indica que observar las consecuencias de este no solo con la información brindada si no que verlas en su entorno familiar lo dejan pensando en si continuar o no el consumo.</p>
16 y 17	Aplicación de test post test	Instrumentos (MINI) Y El Inventario De Depresión De Beck.	<ul style="list-style-type: none"> En esta sesión se realizó la aplicación de unos instrumentos de evaluación con el fin de identificar de manera objetiva si existe o no la presencia actualmente de síntomas asociados a la depresión. En este caso se aplicó la entrevista Neuropsiquiátrica internacional (MINI) y el inventario de depresión de Beck, este último no fue aplicado al inicio del proceso terapéutico sin embargo 	<p>Se logró identificar que los dos test aplicados indican, que actualmente el menor no presenta malestar clínicamente significativo asociado a la depresión, se disminuyó el riesgo de suicidio que pasó de riesgo alto a riesgo leve.</p> <p>En la última sesión el menor identificó que el fracaso escolar, una pérdida familiar o amorosa y un consumo excesivo de sustancias psicoactivas podrían causarle una recaída. Se abordó como dichas situaciones podrían llevar al menor a cursar una</p>

			<p>se toma en cuenta en esta sesión para verificar si puntúa depresión o no, actualmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> En esta sesión se hace el cierre del caso realizando una devolución tanto a la madre como al menor en conjunto sobre los resultados obtenidos en los dos instrumentos aplicados en la sesión anterior indicándoles que ninguno de los test aplicadas evidencia en el paciente signos asociados a la depresión. Se indaga tanto a la madre como al menor la percepción del proceso terapéutico. También se hace prevención de recaídas realizando una revisión de habilidades aprendidas durante todo el proceso, además se recalca la importancia de la aceptación de que pueden volver a aparecer problemas en la vida que den lugar a síntomas depresivos y se identifican estas posibles situaciones de riesgo 	<p>recaída y a su vez que herramientas podría implementar para evitarlo.</p>
18			<ul style="list-style-type: none"> Finalmente se realizó una llamada telefónica a la madre del menor un mes después de finalizado el proceso terapéutico con el fin de indagar sobre el estado emocional del menor a lo que la madre informa que estaba estable. 	

Anexo 8: Autoregistros

Hoja de autorregistro

Fecha	Día y hora	Situación ¿Qué sucedió?	Con quién	Pensamiento	Emoción	Conducta

Autorregistro			
Situación	Pensamiento	Distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo o racional

