



Seccional Bucaramanga Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

APOYO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA OFRECIDOS POR LA IPS
DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA DE BUCARAMANGA

YULY DANIELA ESPINEL SUAREZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

FEBRERO, 2018

APOYO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA OFRECIDOS POR LA IPS
DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA DE BUCARAMANGA

YULY DANIELA ESPINEL SUAREZ

Trabajo de grado para obtener el título de Psicóloga

TRABAJO DE GRADO EN LA MODALIDAD SERVICIO SOCIAL
DIRIGIDO POR Ps. MAGDA YANETH ACEVEDO RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

FEBRERO, 2018

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer a DIOS, quien con su guía, me ha ensañado a actuar conforme a su perfecta voluntad, obrando desde la bondad del corazón y la humildad, quien me protege y me lleva de la mano brindándome sabiduría para cumplir mis metas y proyectos.

Agradezco al ser más importante en mi vida, mi *abuelo Angel Espinel Landazabal*, quien con amor infinito e incondicional me brindó su apoyo desde el día que abrí mis ojos al mundo, eres el espejo de valentía y tenacidad ante mi actuar, gracias a ti aprendí a ser fuerte, como lo eres tú, como lo es un roble.

A mi *abuela Alba Marina Suarez de Espinel* quien me enseñó que el actuar debe ser impulsado por la humanidad, la bondad y nobleza. Gracias por tenerme siempre en tus oraciones y pasar noches en vela acompañándome a cumplir mis sueños.

A mi *madre Gladys Espinel Suarez*, por su ejemplo de tenacidad, entrega y compromiso hacia la realización de metas y proyectos, gracias por creer en mis capacidades y brindarme la confianza y autonomía para desarrollarlas.

A mi familia **Espinel Suarez**, por enseñarme que la unidad reafirma la confianza y la motivación para emprender proyectos.

A mis amigos, quienes a lo largo de la carrera me han acompañado a superar obstáculos y a desarrollar la resiliencia, a ellos que son esa explosión de energía y positivismo que hace posible seguir adelante con palabras de aliento y apoyo incondicional.

Finalmente al equipo de trabajo en la *IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana* por permitirme desarrollar competencias en el ámbito laboral y ser un apoyo idóneo en el desarrollo de mis actividades, a la Docente *Magda Acevedo* por ser un ejemplo a seguir en el desarrollo de la profesión de la psicología a lo largo de toda la carrera, para ella mi admiración y respeto.

Tabla de Contenidos

Capítulo 1.....	8
Introducción.....	8
Capítulo 2	9
Información de la Institución.....	9
Portafolio de servicios de la Institución.....	10
Capítulo 3.	11
Objetivos.....	11
Referente conceptual.....	12
Capítulo 4.	17
Metodología.....	17
Población.....	17
Instrumentos.....	17
Análisis del cumplimiento de objetivos.....	18
Capítulo 5.	37
Discusión.....	37
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	41
Capítulo 6.	43
Referencias.....	43
Capítulo 7.	46
Anexos.....	46

Lista de anexos

Anexo 1. Formato de recepción de casos.

Anexo 2. Consentimiento informado para menores de edad.

Anexo 3. Consentimiento informado para mayores de edad.

Anexo 4. Historia clínica menores de edad.

Anexo 5. Historia clínica mayores de edad.

Anexo 6. Historia clínica familia y parejas.

Anexo 7. Lista de chequeo historia clínica.

Anexo 8. Acta de cierre de caso.

Anexo 9. Formato remisión de casos.

Anexo 10. Formato de préstamo pruebas psicológicas.

Anexo 11. Guía para la elaboración de informes de la IPS.

Anexo 12. Formato agendas personalizadas

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: APOYO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA OFRECIDOS POR LA IPS DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA DE BUCARAMANGA

AUTOR(ES): Yuly Daniela Espinel Suarez

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

RESUMEN

El siguiente documento da cuenta del trabajo en modalidad de servicio social cuyo objetivo del trabajo fue apoyar los procesos de atención psicológica en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga. Dentro de las actividades se destaca el proceso de evaluación e intervención psicológica a 15 usuarios de la IPS Bucaramanga, los principales motivos de consulta fueron: orientación vocacional (33,3%), manejo emocional (20%), orientación en adolescencia (13,3%), síntomas de ansiedad (13,3%), problemas de relación (6,6%), síntomas de depresión (6,6%), bajo rendimiento (6,6%). Se realizaron 50 horas de intervención clínica implementando técnicas cognitivo conductuales, se realizó apoyo al proceso de auditorías clínicas para dar cumplimiento de la normativa en la resolución 1995 de 1999, se encontró como mayor inconformidad la presencia de espacios blanco con un (62,5%) y la impresión diagnóstica con un (48,9%), con respecto a la elaboración de agendas para asignar cita a los consultantes se realizaron un total de 205. Fruto del desarrollo de la práctica en servicio social se logra materializar y poner en práctica los fundamentos teóricos de las materias vistas a lo largo de la carrera, además de promover el desarrollo de competencias profesionales correspondientes al rol psicológico y finalmente el enriquecimiento personal.

PALABRAS CLAVE:

Atención psicológica, evaluación e intervención clínica, historia clínica.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Support to the Psychological care processes offered by the IPS of Pontificia Bolivariana University from Bucaramanga city

AUTHOR(S): Yuly Daniela Espinel Suarez

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

ABSTRACT

This document provides solid evidence of the work from the social services whose purpose was to support the psychological care processes in the IPS of the Pontificia Bolivariana University from Bucaramanga city headquarters. Among the most outstanding activities, there are the assessment and psychological intervention to 15 patients from the IPS in Bucaramanga city. The main reasons to request the appointment were: vocational counseling (33,3%), emotional management (20%), adolescence counseling (13,3%), anxiety symptoms (13,3%), couple counseling (6,6%), depression symptoms (6,6%), poor academic performance (6,6%). 50 hours of clinical intervention were performed implementing different cognitive-behavioral techniques. All the medical records were audited according to the established norms by the 1995 resolution of 1999. The presence of white spaces (62,5%) and the diagnostic impression (48,9%) were the most relevant nonconformity events, compared to the organization of the agendas for appointment assignment of the patients which reached a total amount of 205. The result of the practice in the social service it is the possibility to realize the veracity of the acquired knowledge in the different classes through the career, additionally this opportunity allows the development of professional competences, to recognize the importance the role of psychology in society and finally personal enrichment.

KEYWORDS:

Psychological care, evaluation and clinical intervention, clinical history.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

CAPÍTULO I

Introducción

En el siguiente trabajo se encuentra condensado el proceso ejecutado durante el desarrollo del trabajo de grado en la modalidad de servicio social, desde un abordaje en psicología clínica con el fin de obtener el título de psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana; actuando desde la responsabilidad, la ética profesional, normatividad y confidencialidad.

El servicio social fue llevado a cabo en las instalaciones la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, la cual cuenta con los espacios necesarios para brindar apoyo a la formación integral de los estudiantes de pregrado y postgrado de la facultad de psicología, quienes a su vez cuentan con el privilegio de desarrollar y fortalecer competencias a nivel profesional gracias a la ejecución de atenciones y evaluaciones psicológicas a los usuarios de la IPS pertenecientes a los estratos 1,2 o 3 a quienes se les brinda el servicio de manera gratuita cumpliendo con la normativa de entidad prestadora con objeto social diferente, la institución busca brindar un apoyo idóneo al desarrollo de procesos de docencia, investigación y la proyección social desde la oferta de la atención psicológica caracterizada por ser oportuna, segura y efectiva para el usuario que la requiera.

CAPÍTULO II

Información de la institución

Misión.

Apoyar los procesos de docencia, investigación y proyección social de la Universidad a través de la oferta de atención psicológica oportuna, segura y efectiva a población en situación de riesgo y vulnerabilidad de los estratos menos favorecidos de la región, y como sitio de prácticas posibilitar en los estudiantes de Psicología de pregrado y posgrado el desarrollo de competencias clínicas y éticas, contribuyendo así a la formación de profesionales competentes e íntegros y la ratificación de los valores desde el humanismo cristiano, para el bien de la sociedad.

Visión.

En el próximo quinquenio, ser una IPS que ofrezca una atención psicológica oportuna y pertinente, trabajando bajo la supervisión de un sistema de gestión de calidad que avale el constante mejoramiento en pro de la excelencia. De este modo, se espera avanzar en el proceso de formación académica de los practicantes de psicología en pregrado y posgrado mediante la formación completa de personas, con liderazgo ético, científico, empresarial y social al servicio del país.

Portafolio de servicios de la institución

La IPS UPB ofrece los siguientes servicios:

- Atención psicológica: Este servicio busca facilitar la reflexión personal, de pareja y familiar para la implementación de cambios cognitivos y comportamentales en los consultantes fomentando mejoras en su calidad de vida y bienestar individual, familiar y social, a través de consultorías, orientaciones y procesos terapéuticos individuales, familiares y grupales.
- Evaluación Psicológica: con este servicio se busca identificar el perfil de fortalezas y dificultades de un individuo en las perspectivas cognitiva, emocional, de personalidad, determinando alteraciones psicológicas, para apoyar procesos educativos, laborales, relacionales que orienten el mejoramiento de las condiciones de vida de los consultantes, a través del uso ético de la información psicométrica. Así mismo se ofrece la orientación vocacional y profesional.

CAPÍTULO III

Objetivos

Objetivo general

- Apoyar los procesos de atención psicológica ofrecidos por la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga

Objetivos específicos

- Recepcionar las solicitudes de los usuarios que acuden a la IPS.
- Realizar atención y evaluaciones psicológicas a los usuarios que las soliciten en la IPS.
- Apoyar el proceso de auditorías de las historias clínicas de los psicólogos en formación de pregrado y postgrado que realizan atenciones psicológicas en la IPS.
- Apoyar las actividades administrativas requeridas por la IPS.

Referentes conceptuales para el abordaje del Servicio Social

Concepto de Salud

A lo largo de la historia se han evidenciado cambios en los paradigmas sobre el concepto de salud, según Alcántara (2008) en los siglos XVII y XVIII cuando iniciaba el método científico, la salud se relacionaba a causales divinos, mágico, religiosos y no era atribuido a causales biológicas, factores hereditarios, psicológicos o sociales; luego a mediados del siglo XIX se da surgimiento a los conceptos de salud social y la relación directa entre el estado de salud de una población y las condiciones de vida de las mismas según Coronel y Marzo (2017).

A comienzos del siglo XX según Vergara (2007) se empieza a considerar que los procesos biológicos se encuentran ligados a las condiciones que rodean la vida humana, impulsando a cambiar la unicausalidad por la muticausalidad relacionada a la salud.

En la actualidad en la carta Bangkok se encuentra manifiesto que la salud es un derecho fundamental que tienen todos los seres humanos, los cuales deben disfrutar en lo posible de la salud sin que exista ningún tipo de discriminación como lo exponen Coronel y Marzo (2017); ahora bien se adopta la definición de salud consignada en la constitución por la Organización Mundial para la Salud (1948) y citado por Alcántara (2008) donde la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 96), esta definición también es abordada por Ochoa y López (2003).

De acuerdo con el concepto de salud Vergara (2007) y Alcántara (2008) afirman que la idea de salud obedece a una interacción multifactorial, donde entran en interacción factores como los sociales, políticos, económicos, culturales y científicos en las personas. Ochoa y López (2003) reafirman esta idea, así mismo cita a Biceño-Leon (2000) explicando el concepto de

salud como una síntesis entre el ambiente, las relaciones sociales, la política y economía que entran en interacción con los sujetos.

Vergara (2007) citando a Quevedo (1992) refiere 4 factores determinantes en la salud, dichos factores son el estilo de vida, el medio ambiente, la organización en atención de salud y la biología humana; afirma que para lograr un estado de salud, los factores deben mantener un equilibrio trabajando desde un enfoque psicobiológico y social del ser humano en pro de preservar la salud.

Salud Mental

Es debido a la multifactorialidad expuesta anteriormente que nace una necesidad como la expone Gordis citado por Vergara (2007) de considerar agentes nocivos para la salud no solo a los físicos, químicos o biológicos sino también al estrés ocupacional, la violencia doméstica, falta de amor paternal, conflictos sexuales, etc. Según Alcántara (2008) estos factores generan una demanda de acción por parte de la salud pública, la cual es la encargada de abordar cada una de estas áreas con el fin de prolongar la salud en las personas, esta responsabilidad conlleva a hablar no solo de salud sino también de la salud mental en las personas; Sánchez (2008) refiere del concepto de la salud mental como:

“la OMS ha redefinido el concepto de salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus propias habilidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, trabajar fructífera y productivamente y es capaz de hacer una contribución a su propia comunidad” (p.20).

Alcántara (2008) afirma que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países, es por ello que Gómez (2001) refiere la salud mental como algo fundamental en el desarrollo de la salud pública, donde se

aborda la salud mental desde promoción y prevención de los trastornos mentales y la aplicación de estrategias para promover la resiliencia y el bienestar emocional de la población; adicional a ello (Gómez et al., 2016) afirma que la salud mental es prioridad nacional para la ley y es un tema de obligatoriedad para la salud pública.

Promoción y Prevención en Salud

Coronel y Marzo (2017) refieren la carta de Ottawa, la cual se focaliza en la consecución de un objetivo enmarcado como salud para todos en el año 2000, donde la principal acción es la promoción de la salud, Ochoa y López (2003) afirman que no solo se trata de curar si no de abordar la salud desde la promoción y prevención. En la novena conferencia mundial de promoción de la salud en noviembre del 2016 Coronel y Marzo (2017) afirman que la definición de promoción de salud es un proceso que facilita incrementar el control de las personas sobre la salud con el fin de mejorarla, se busca no solo abarcar acciones que aumenten habilidades y capacidades en las personas a nivel individual sino también contribuir a la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas a nivel colectivo.

La promoción y prevención es impulsada en Colombia desde la plataforma de la ley 1616 del 21 de enero del 2013 donde se busca atender a la población para así intervenir sobre una buena salud mental, Según (Gómez et al, 2016) para la organización mundial para la salud una buena salud mental “permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentarse a las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”; en Colombia se realizan estudios estadísticos con el fin de determinar el estado de la salud mental, la expectativa de vida es de 65 años en Colombia de los cuales un 7,5 años se viven con discapacidad por enfermedad mental, en el estudio de carga de enfermedad realizado por el ministerio de salud

en el 2010 figura la depresión como la segunda causa de carga de enfermedad, superada por la hipertensión arterial. Según la Encuesta Nacional de salud mental (2015).

Psicología Clínica

Para Gordo (2011) en América Latina la promoción de la salud es esencial para lograr estilos de vida y comportamientos saludables pero no se logra desarrollar efectivamente debido a los índices de pobreza y desigualdad existente en estos países, a su vez afirma que la prevención busca asegurar o restaurar en individuos o colectivos el estado de salud y el bienestar, es por ello que las funciones en prevención y educación para la salud son de interés para la psicología clínica y de la salud; proporcionando como profesión una determinada asistencia a la cual tienen derecho de acceder todos los ciudadanos como lo expone Palacios (2004), la psicología clínica está dedicada al abordaje de los trastornos mentales y a fenómenos psicológicos que influyen en los problemas médicos y de la salud en general, desde una visión holística e integradora sobre la enfermedad y la salud como un todo integrado de factores biológicos, psicológicos y sociales Gordo (2011), siendo una de las áreas profesionales más dinámicas de la psicología por sus diversos ámbitos de desempeño interesándose por investigar y tratar la conducta anormal, en ocasiones converge en trabajos interdisciplinarios con psiquiatría; (Nietzel, Bernstein y Milich (1998) citados por Rey, Martínez y Guerrero (2009) firman que la psicología clínica surge en la convención de la asociación psicológica americana en 1896, donde este campo de la psicología se caracteriza por ser un servicio social, útil para enseñar, investigar, diagnosticar y brindar tratamiento los desórdenes de comportamiento; adicional a ello Ibáñez y Echeburua (2015) exponen la importancia del pronóstico en el abordaje del psicólogo clínico, ya que busca generar un seguimiento a los posibles resultados de las intervenciones.

Rol del Psicólogo Clínico

El rol de psicólogo clínico juega un papel importante en el desarrollo de la salud pública, Rey, C., Martínez, J., y Guerrero, S. (2009) definen como actividades a desarrollar por parte de los psicólogos en la atención clínica primeramente el diagnóstico de los trastornos mentales, entiéndase trastornos mentales como patrones de comportamiento de significación clínica debido al malestar emocional, físico, discapacidad o funcionamiento que experimenta una persona según Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014), entre las funciones encontramos también la evaluación psicológica, la intervención, la consulta, la enseñanza y la investigación esto es expuesto por Rey, Martínez y Guerrero (2009) citando a Nietzel et al., (1998) Trull y Phares (2003). Por su parte Sánchez (2008) nos describe las fases generales de la intervención en psicología clínica como lo son, la evaluación del caso, el análisis funcional, el diagnóstico, los objetivos, el tratamiento y el plan de seguimiento desde un enfoque cognitivo conductual.

Para Ibáñez y Echeburúa (2015) los objetivos de psicólogo clínico en las fases del proceso terapéutico son descriptivos y clasificatorios como en el diagnóstico, de control y cambio como se evidencia en el tratamiento y predictivo como se da en el pronóstico.

A su vez Santacreu (2011) realiza una descripción de dos tipos de objetivos principales que se deben dar en la consulta psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual, el primero es la modificación de comportamientos para así modificar las contingencias ya que se considera que el malestar psicológico es debido a un comportamiento y el segundo es resolver o reducir las incoherencias internas en el discurso, lo que piensa, creencias y valores.

Finalmente para Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014), los psicólogos clínicos poseen un reto importante para el futuro ya que deben adaptarse a una nueva realidad, evitando la tendencia a establecer diagnósticos psiquiátricos, desarrollando nuevas estrategias de intervención

valiéndose de técnicas de consejería o intervenciones en crisis; actualmente los más prestigiosos manuales para los diagnósticos para Ibáñez y Echeburua (2015) son el DSM-5, el cual en su primera edición contenía 106 trastornos mentales, actualmente recoge 210 y el CIE -10. Sandín (2013) Citado por Echeburua, Salaberría y Cruz (2014) refieren que la consulta brindada por los psicólogos clínicos no se relacionan o son de exclusividad de los trastornos mentales si no por el contrario poseen demandas de abordaje sobre situaciones de malestar emocional y ciclo vital.

CAPÍTULO IV

Metodología

Para el desarrollo del trabajo de grado con modalidad de servicio social, se realizaron procesos de atención en psicología a la comunidad vulnerable que lo requiriera, las atenciones psicológicas se realizaron bajo el enfoque cognitivo conductual, tanto para análisis de caso, intervención, técnicas y evaluación.

Población

Durante el desarrollo del servicio social se llevó acabo la atención y evaluación psicológica de 15 consultantes, con un promedio de 3 consultas por sujeto y un aproximado de 50 horas en consulta, se atendió población entre niños, adolescentes y adultos; el principal motivo de consulta fue la orientación vocacional, se brindó el servicio de psicológica principalmente a población vulnerable de los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Adicional a ello se evidenciaron espacios de apoyo, orientación y auditorias de historias clínicas a los psicólogos practicantes de la institución, con un total de 5 estudiantes de pregrado, 10 estudiantes de post grado y finalmente 1 estudiante de maestría.

Instrumentos

Los instrumentos implementados para lograr el óptimo desarrollo del trabajo de grado con modalidad de servicio social fueron los manuales de técnicas e intervención cognitivo conductuales, manuales de las pruebas psicométricas aplicadas y los materiales de la mismas para la aplicación e interpretación, manuales diagnósticos, con respecto a la papelería empleada se requirió de formatos como: recepción de caso, consentimiento informado, autorización tratamiento de datos, historia clínica en cada una de sus modalidades, pruebas psicológicas,

informes de evaluación psicológica y actas de cierre de caso; finalmente se emplearon herramientas que facilitaban el desarrollo de actividades como las nuevas tecnologías.

Análisis del cumplimiento de los objetivos

Atención y evaluación psicológica.

En el desarrollo de la actividad del servicio social se llevaron a cabo diversas funciones en el área de psicología, la principal de ellas reposa en la atención y evaluación psicológica brindada a los usuarios que así lo requerían en la IPS; Con un total de 15 personas atendidas, se realizaron aproximadamente 50 consultas y el promedio de consultas realizadas fue de 3 sesiones.

Descripción sociodemográfica de la población atendida

Tabla 1

Frecuencia de edad en muestra atendida en la IPS.

Edad	F	%
6-11	1	6,6
12-26	12	80
27-60	2	13,3

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

La población atendida se encuentra entre las edades comprendidas de los 6 a los 60 años, la edad con mayor porcentaje fue de los 12 a los 26 años y representa al 80% (n=12), seguido por el rango de edad entre los 27 y 60 años el cual representa al 13,3% (n=2) y finalmente el rango de edad entre los 6 a los 11 años representa el menor porcentaje de atención con un 6,6 % (n=1).

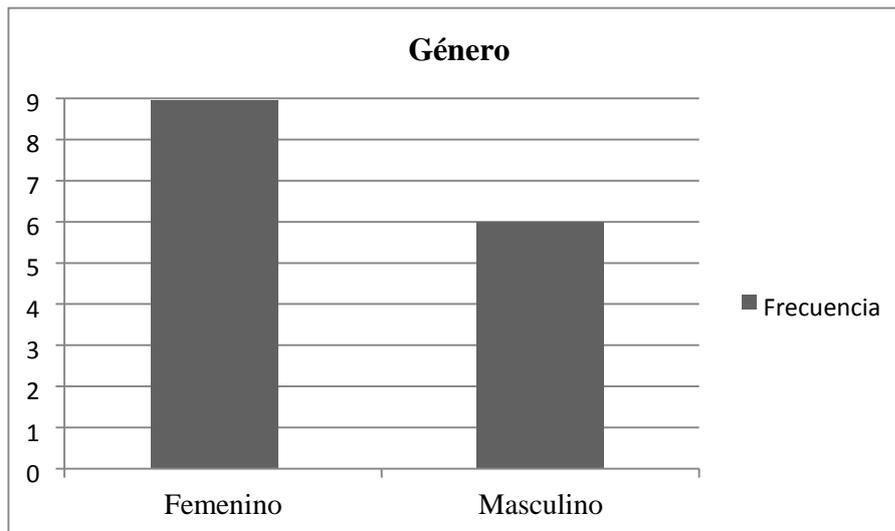


Figura 1. Distribución de la muestra por género

Muestra constituida por 15 consultantes, de los cuales el 60% (n=9) pertenece al género femenino y el 40% (n=6) restante al género masculino.

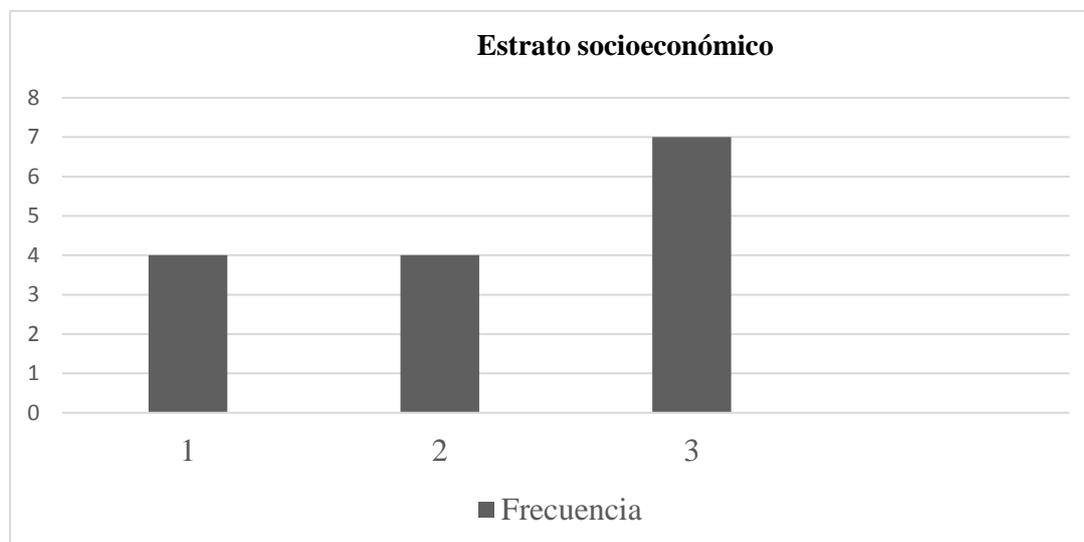


Figura 2. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico.

La muestra atendida se comprende principalmente en 3 estratos socioeconómicos, en el estrato 1 encontramos un porcentaje del 26,6 % (n=4), seguido por el estrato 2 con un porcentaje del 26,6% (n=4) y finalmente en el estrato 3 encontramos un porcentaje del 46,6% (n=7) siendo este último el de mayor porcentaje en la atención psicológica.

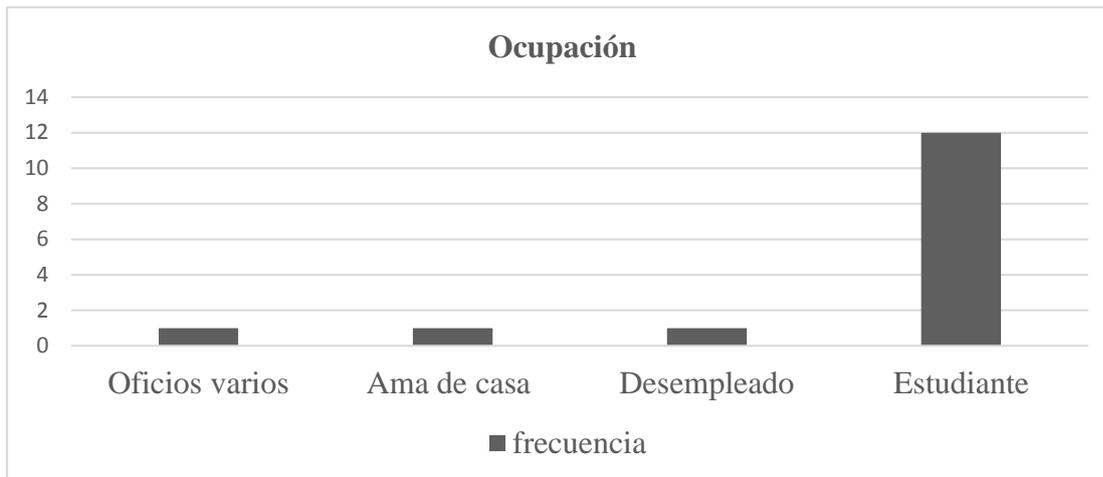


Figura 3. Distribución de la muestra por ocupaciones.

La ocupación con mayor porcentaje en la muestra atendida es la de estudiantes, con un porcentaje del 80% (n=12), seguidas por las ocupaciones de oficios varios, ama de casa y desempleado con un porcentaje del 6,6% (n=1).

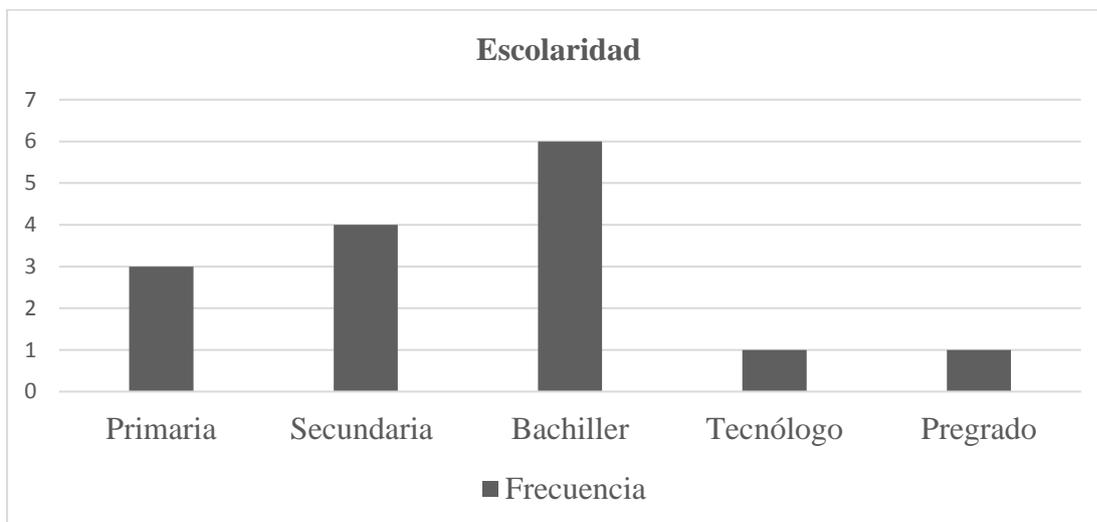


Figura 4. Distribución de la muestra por escolaridad.

Con respecto a la escolaridad de la muestra atendida, evidenciamos que en su mayoría eran bachilleres con un porcentaje del 40% (n=6), seguido por secundaria comprendido con un porcentaje del 26,6 % (n=4), primaria comprendido con un porcentaje del 20% (n=3) y finalmente tecnólogo y pregrado con un porcentaje del 6,6% (n=1).

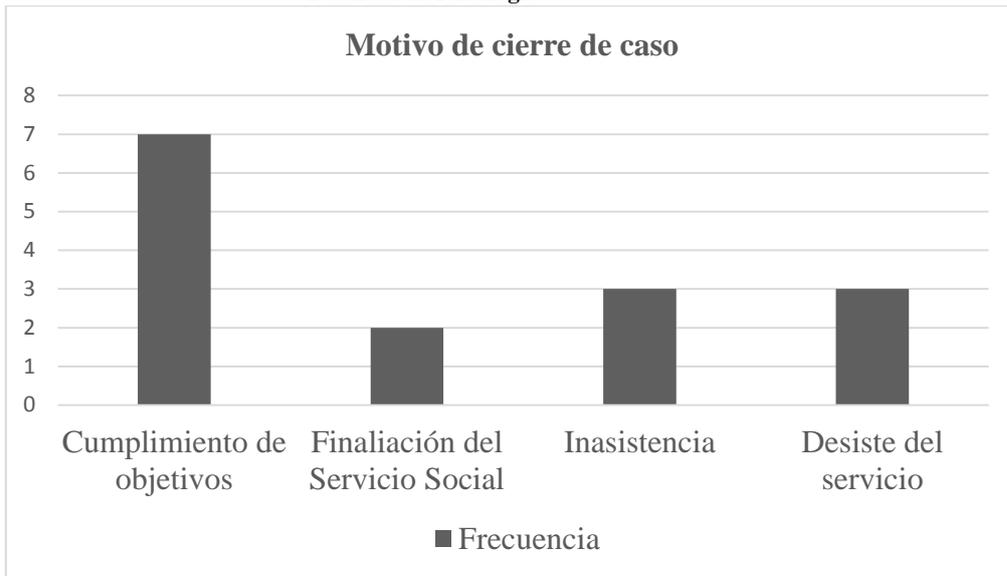


Figura 5. Distribución de la muestra por motivo de cierre de caso.

Con respecto al motivo de cierre de caso, evidenciamos que en su mayoría fue por cumplimiento de objetivos con un porcentaje del 46,6% (n=7), seguido por finalización del Servicio Social con un 13,3 % (n=2), inasistencia con el 20% (n=3) y finalmente desiste del servicio con un 20% (n=3).

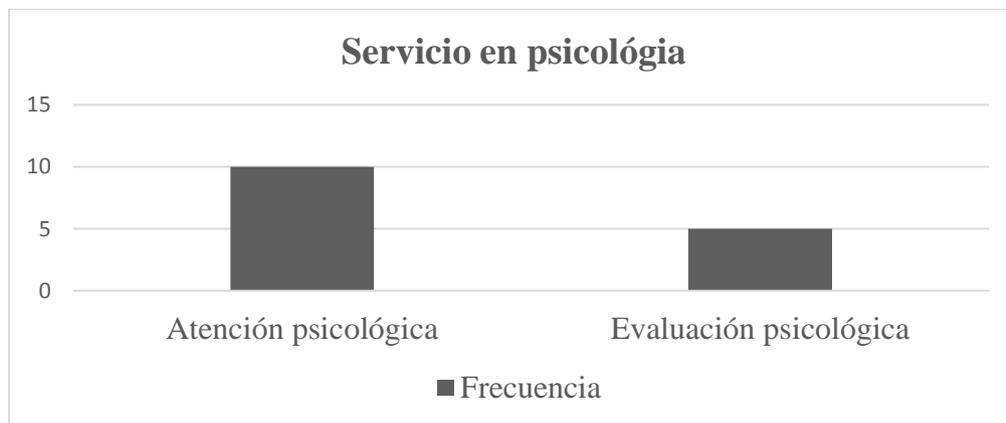


Figura 6. Distribución por servicio psicológico ejecutado.

Los servicios psicológicos ejecutados a lo largo del desarrollo del servicio social en su mayoría fue atención psicológica con un porcentaje del 66,6% (n=10) y finalmente la evaluación psicológica con un porcentaje 33,3% (n=5).

Tabla 2

Motivos de consulta de la muestra atendida.

Motivo de consulta	F	%
Orientación Vocacional	5	33,3
Manejo emocional	3	20
Síntomas de ansiedad	2	13,3
Problemas de relación	1	6,6
Síntomas de depresión	1	6,6
Orientación en adolescencia	2	13,3
Bajo rendimiento	1	6,6

Con respecto a los motivos de consulta atendidos a lo largo del desarrollo del servicio social, se evidencia que el mayor motivo de consulta fue la orientación vocacional con un 33,3% (n=5), seguido por manejo emocional con un 20% (n=3), síntomas de ansiedad y orientación en adolescencia con un 13,3 % (n=2), los motivos de consulta con menor demanda son los problemas de relación, síntomas de depresión y bajo rendimiento con un 6,6% (n=1).

Evaluación psicológica.

Durante el desarrollo de servicio social, se realizan evaluaciones psicológicas en dos casos, el primero cuando se presenta la solicitud de evaluación por parte de un usuario a la IPS, y el segundo como el practicante de psicología lo ve necesario para complementar el proceso de atención psicológica en la consulta.

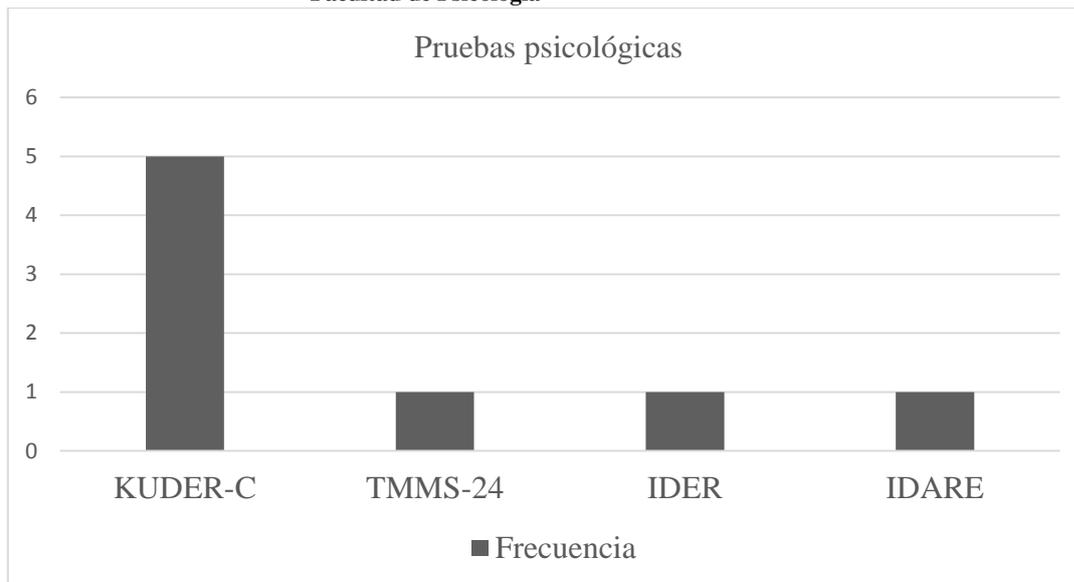


Figura 7. Pruebas psicológicas implementadas.

Las pruebas psicológicas aplicadas en los diferentes servicios de psicología, fueron, con un porcentaje del 33,3% (n=5) la prueba KUDER-C la cual es implementada con el fin de conocer las preferencias vocacionales de los sujetos evaluados, el TMMS-24 con un porcentaje del 6,6% (n=1) implementada con el fin de evaluar inteligencia emocional, el IDARE con un porcentaje del 6,6% (n=1) implementada con el fin de evaluar la ansiedad en estado y rasgo, finalmente el IDER con un porcentaje del 6,6% (n=1) implementada con el fin de evaluar la depresión en estado y rasgo.

Inventario de banco pruebas psicológicas en la IPS.

Se realizó un inventario de la totalidad de las pruebas psicológicas disponibles en la IPS, determinando cuales pruebas se encuentran en óptimas condiciones para ser aplicadas y cuales se encuentran incompletas, se realizó la socialización de la tabulación con el laboratorio de psicometría de la universidad con el fin de clasificar las pruebas, adicional a ello se les asigno un número de serial con el fin de facilitar la ubicación y el archivo de las mismas se inventariaron 43 pruebas psicológicas.

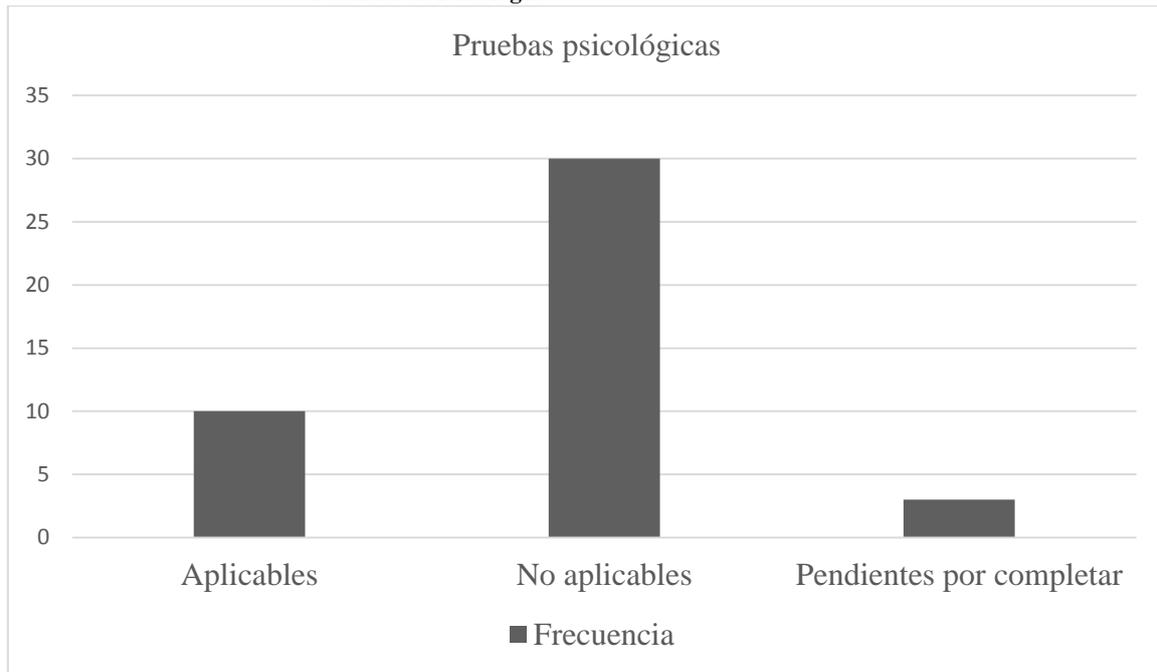


Figura 7. Inventario pruebas psicológicas.

En los resultados del inventario se logra determinar que el 23,2% (n=10) de las pruebas son aplicables, el 6,9% (n=3) corresponde a las pruebas que se pueden completar para posteriormente ser actas para aplicación y finalmente el 69,7% (n=30) corresponde a las pruebas que no son aplicables, ya sea porque se encuentran incompletas y no es posible completarlas o se encuentran obsoletas para aplicación.

Agendas practicantes de psicología en IPS.

Cada semana se realizaba la agenda personalizada para cada uno de los practicantes en psicología que brindaban servicios psicológicos en la IPS al finalizar de la práctica se realizaron 205 agendas, la elaboración de la agenda demandaba actividades como diseñar la agenda y las horas de consulta disponibles por practicante según el horario de asistencia a la institución, agendar pacientes nuevos, realizar las llamadas correspondientes a los usuarios que presentaban inasistencias, reprogramar consultas psicológicas debido a cambios en la agenda.

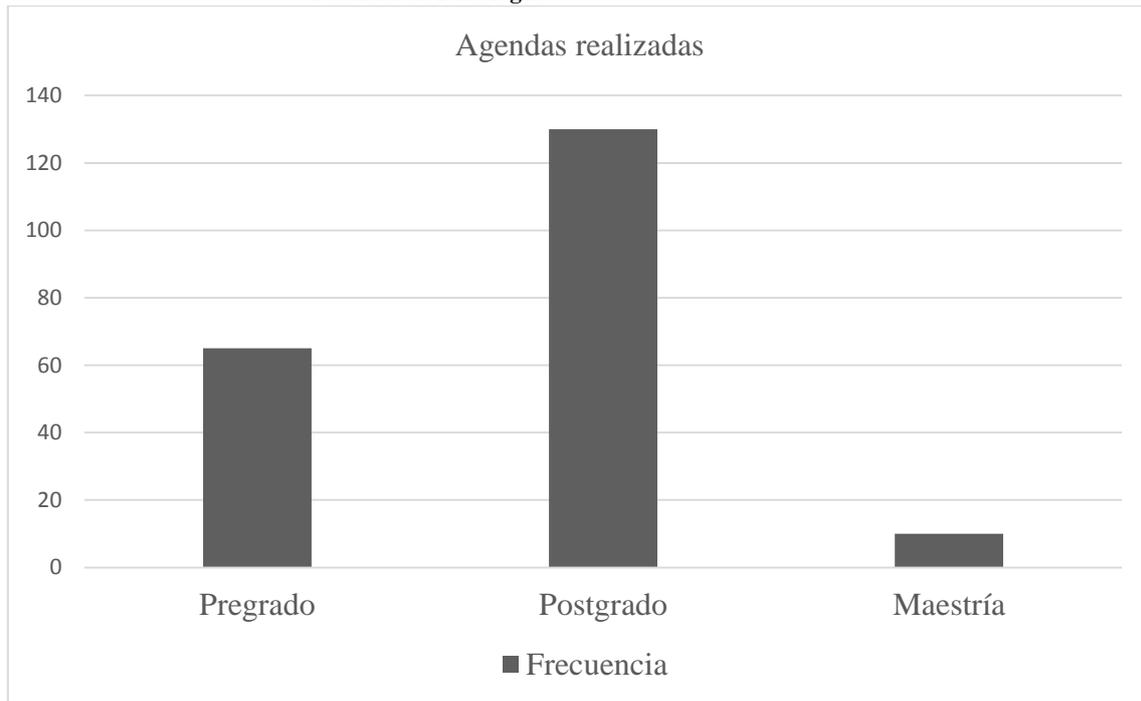


Figura 8. Agendas realizadas.

En los resultados logramos identificar el frecuencia de agendas realizadas por grupos de practicantes en psicología, el porcentaje más alto de agendas realizadas es del 63,4% (n=130) correspondiente al grupo de postgrado, seguido por el grupo de pregrado con un 31,7% (n=65) y finalmente un 4,8% (n=10) para maestría.

Consultantes atendidos durante el segundo semestre del año 2018

Tabla 3.

Frecuencia de edad en muestra atendida durante el segundo periodo del 2018 en la IPS.

Edad	F	%
0 - 5	1	1,1
6 – 11	24	25,5
12 – 26	37	39,4
26 – 60	31	33,0
Mayor de 60	1	1,1

La población atendida se encuentra entre las edades comprendidas de los 0 años a mayor de 60 años. El rango de edad con mayor porcentaje atención por todos los practicantes en la IPS fue del 39,4% (n=37) correspondiente a las edades de los 12 a los 26 años, seguido por un 33,0% (n=31) correspondiente a las edades entre 26 y 60 años, un 25,5% (n=24) correspondiente a las edades de 6 a 11 años, finalmente el porcentaje de atención más bajo es del 1,1% (n=1) correspondiente a las edades de 0 a 5 años y mayores de 60 años.

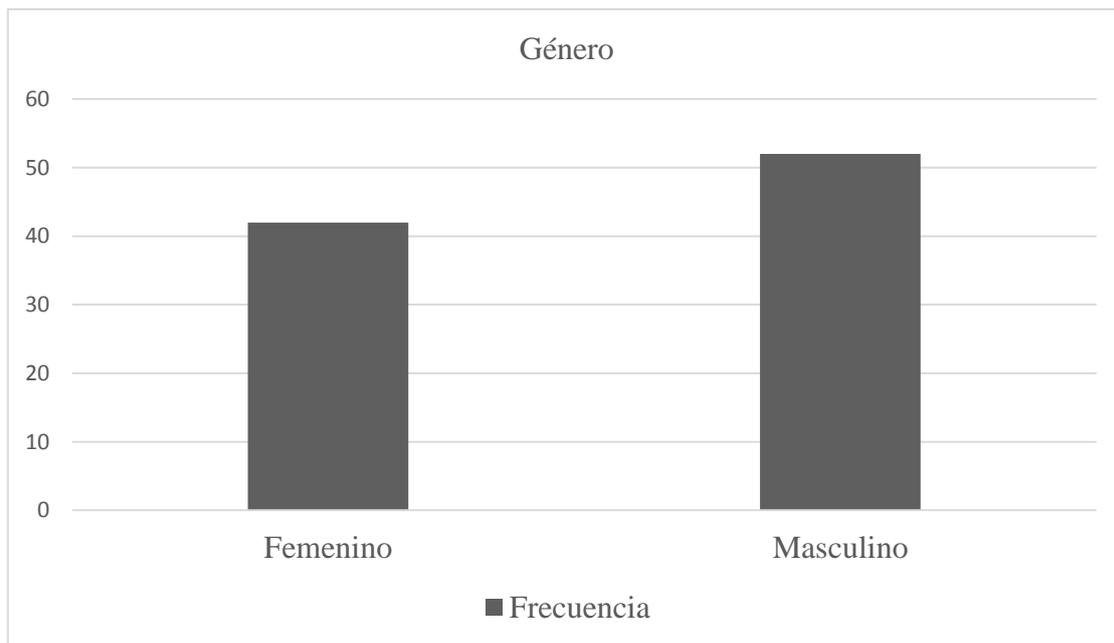


Figura 9. Género muestra atendida durante el segundo periodo del 2018 en la IPS.

Muestra constituida por 94 consultantes, de los cuales el 44,6% (n=42) pertenece al género femenino y el 55,3% (n=52) restante al género masculino.

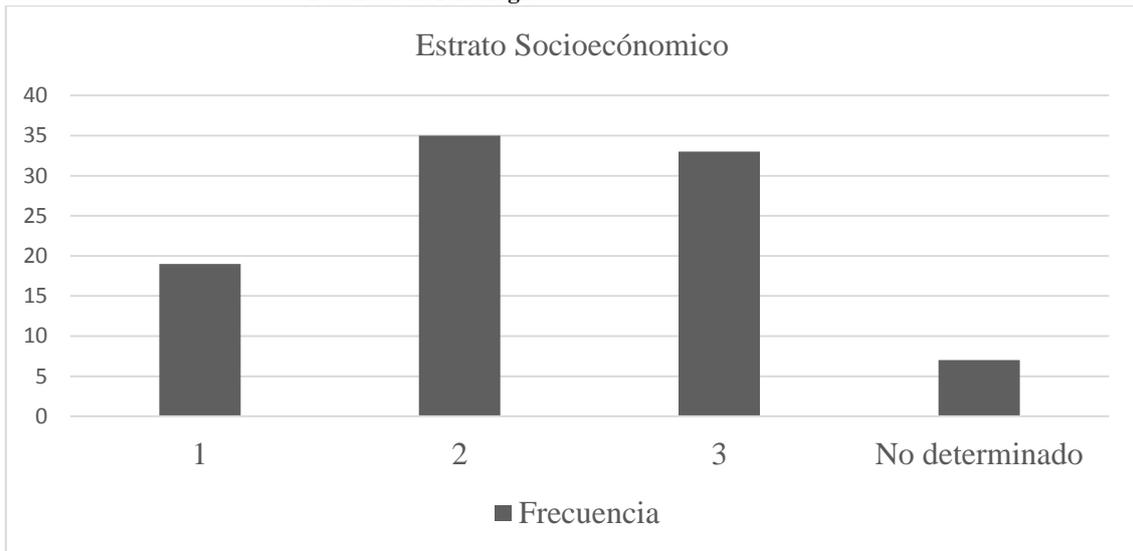


Figura 10. Estrato socioeconómico muestra atendida durante el segundo periodo del 2018 en la IPS.

Se logra determinar sobre la muestra atendida que el estrato socioeconómico con mayor presencia en el servicio de psicología es el estrato 2 con un porcentaje del 37,2% (n=35), seguido por el estrato 3 con 35,1% (n=33), el menor porcentaje de atención es en el estrato 1 con un 20,2% (n= 19); finalmente se identifican usuarios a los cuales no se les determina el estrato socioeconómico al que pertenecen debido a la falta de entrega de documentos que soportan el estrato son un 7,4% (n=7).

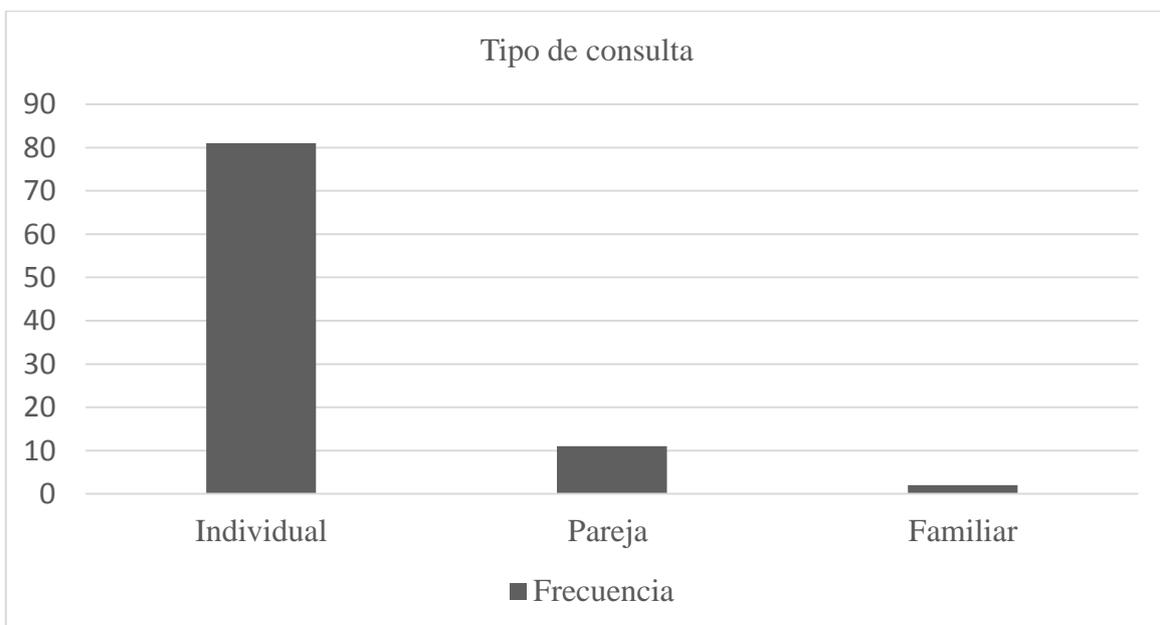


Figura 11. Tipo de consulta brindada durante el segundo periodo del 2018 en la IPS.

El tipo de consulta ofrecido obedece a un 86,2% (n=81) a consultas individuales, seguido por un 11,7% (n=11) por consultas de pareja y finalmente un 2,1 % (n=2) consultas familiares.

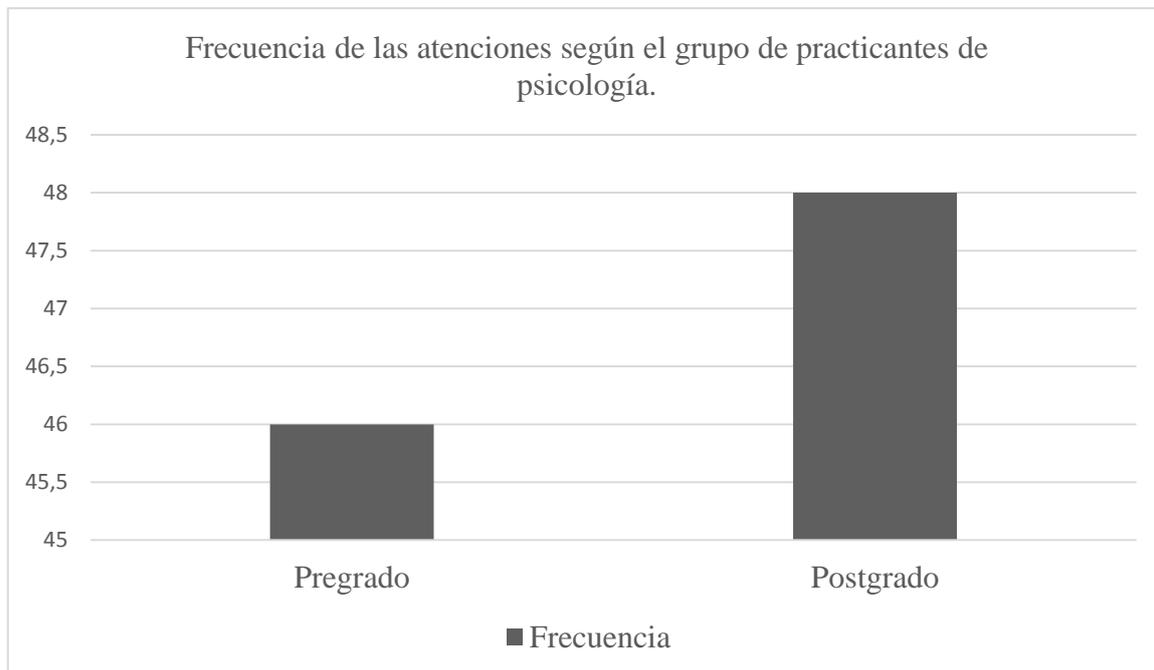


Figura 12. Frecuencia de las atenciones según el grupo de practicantes de psicología.

La muestra atendida por el grupo de practicantes de pregrado obedece a un 48,9% (n=46) siendo menor a la atención brindada por el grupo de practicantes de postgrado con un 51,1% (n=48) en la IPS.

Auditorias historias clínicas

Durante el segundo semestre del año 2018, se realizaron un total de 96 auditorías en las historias clínicas, manejadas por los psicólogos en prácticas de la IPS. Se implementó el formato de chequeo para historias clínicas el cual se encuentra constituido por 16 ítems que verifican el cumplimiento del buen diligenciamiento y tratamiento de historias clínicas según la resolución 1995 de 1999.

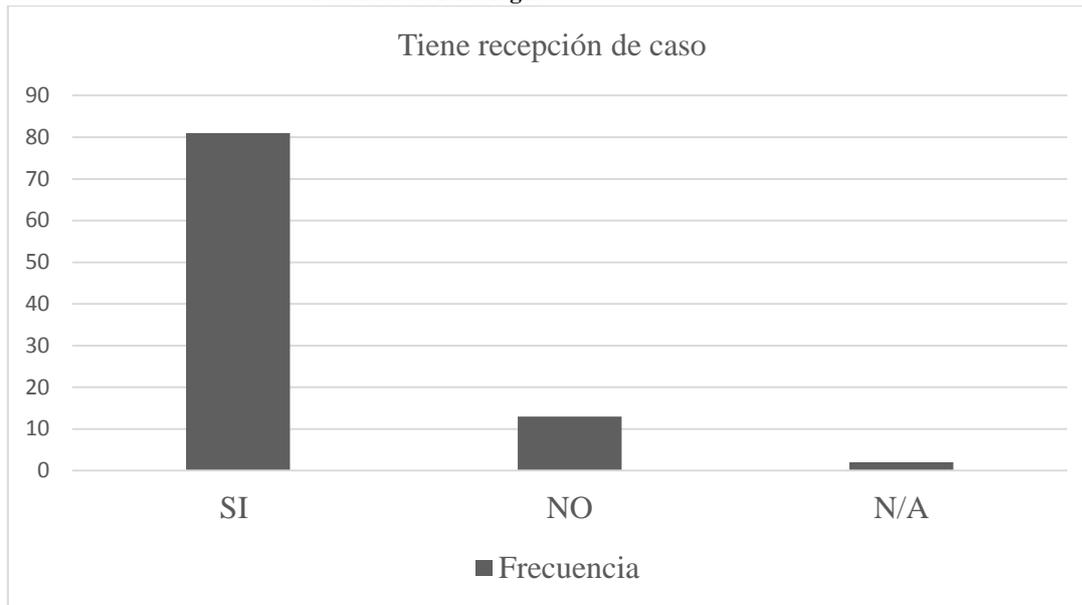


Figura 13. Evidencia de recepción de caso.

Se evidencia que un 84,4% (n=81) de las historias clínicas cumplen con el criterio y un 13,5% (n=13) no cumplen con el criterio, finalmente un 2,1% (n= 2) no aplica para la evaluación del criterio, debido a ser historias manejadas en años anteriores.

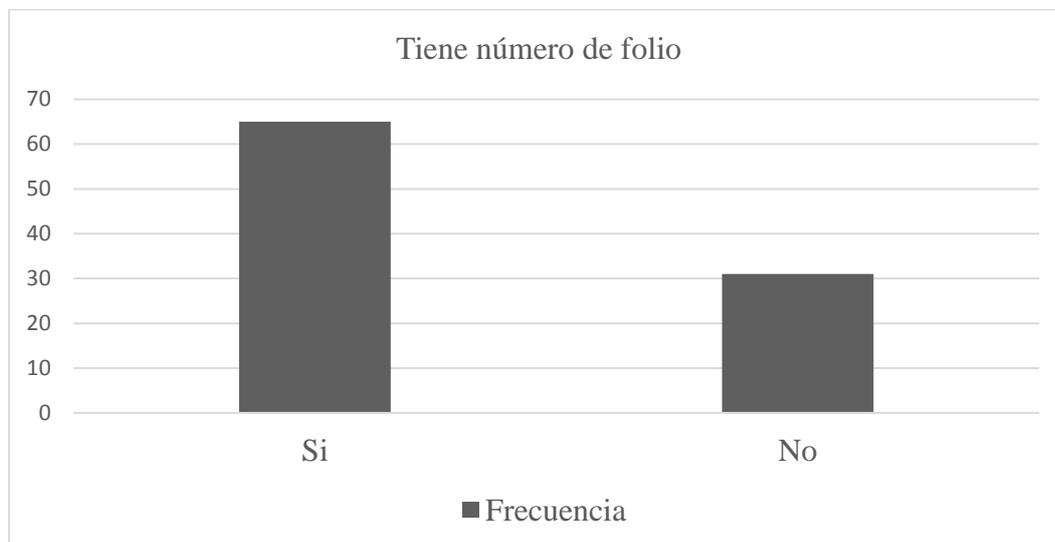


Figura 14. Evidencia de número de folio.

En un 67,7% (n=65) se da cumplimiento al criterio del número de folio en cada una de las páginas de la historia clínica a diferencia de un 32,3% (n=31) que no cumplen con el criterio.

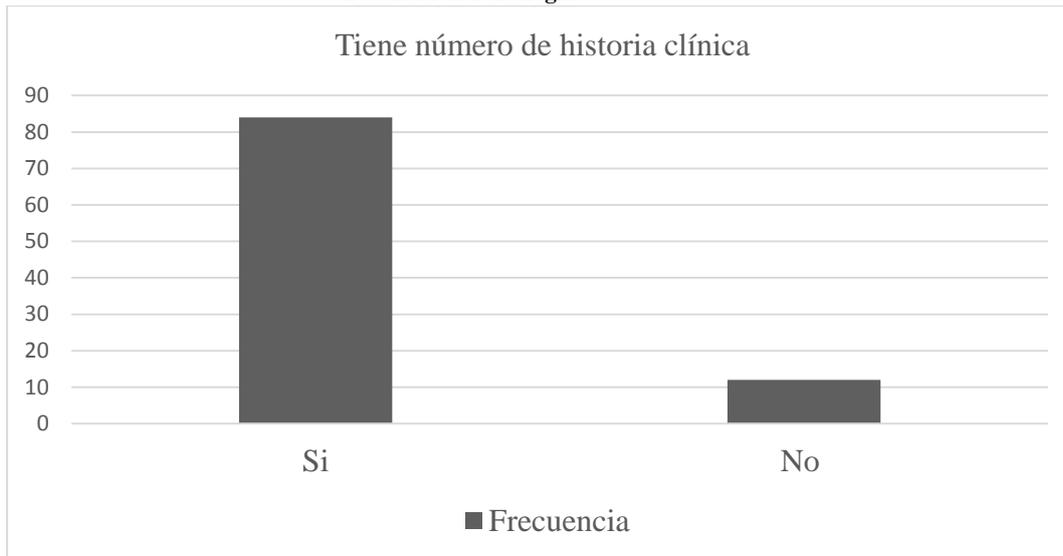


Figura 15. Evidencia de número de historia clínica.

En un 87,5% (n=84) se da cumplimiento al criterio del número de historia clínica, a diferencia de un 12,5% (n=12) que no cumplen con el criterio.

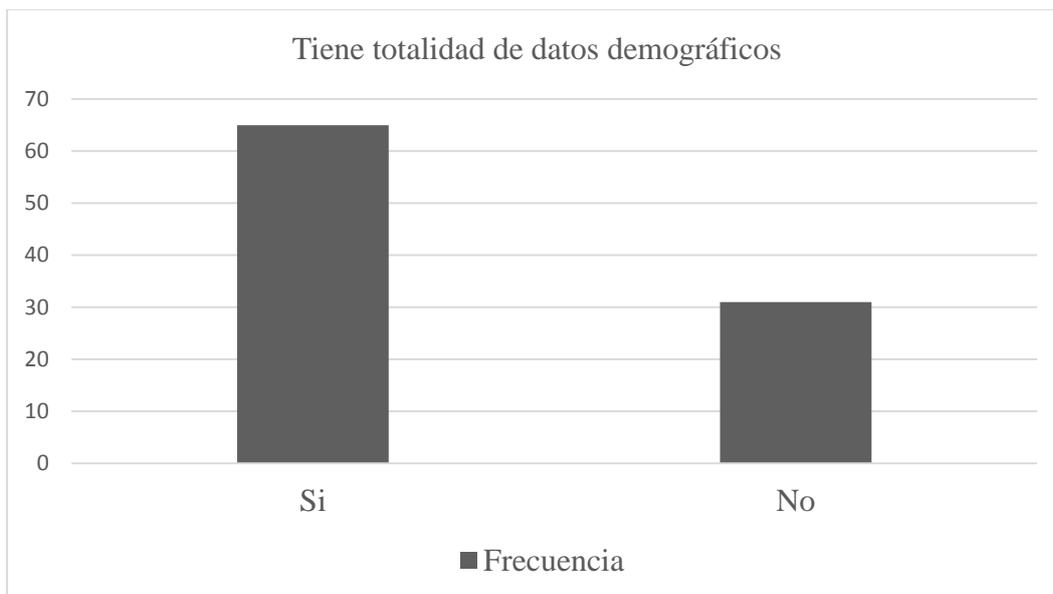


Figura 16. Evidencia totalidad de datos demográficos.

En un 67,7% (n=65) se da cumplimiento al criterio de correcto y total diligenciamiento de los datos sociodemográficos del consultante, a diferencia de un 32,3% (n=31) que no cumplen con el criterio.

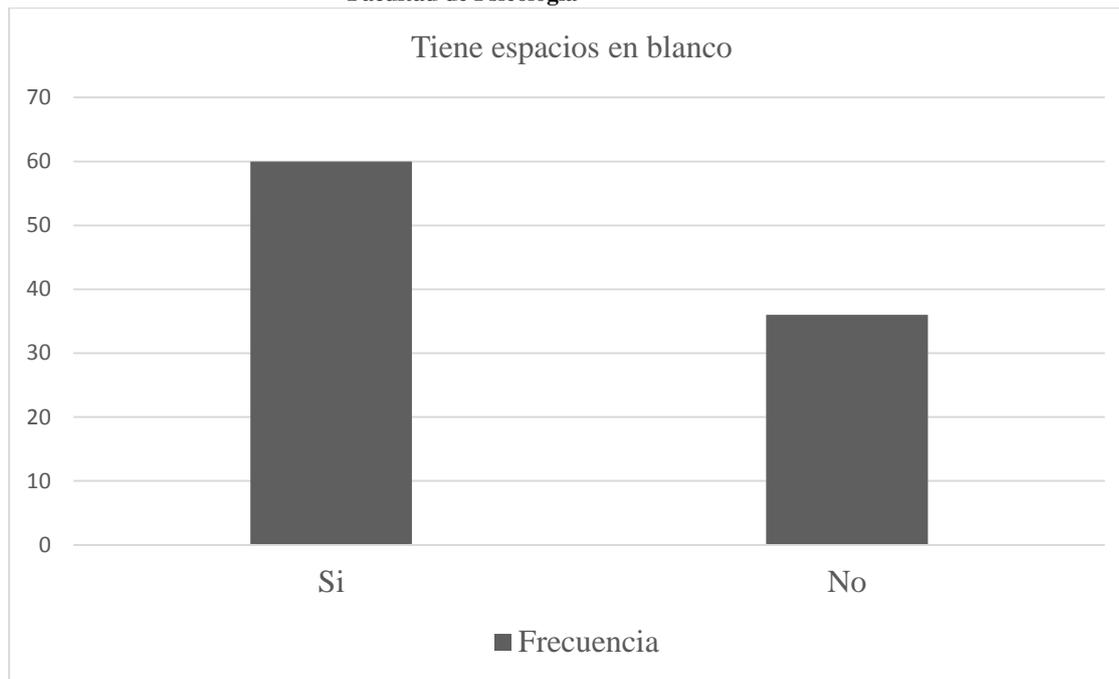


Figura 17. Evidencia presencia de espacios en blanco.

En un 62,5% (n=60) se presentan espacios en blanco en la historia clínica lo cual es una inconformidad a diferencia de un 37,5% (n=36) que cumplen con la normativa y no poseen espacios en blanco.

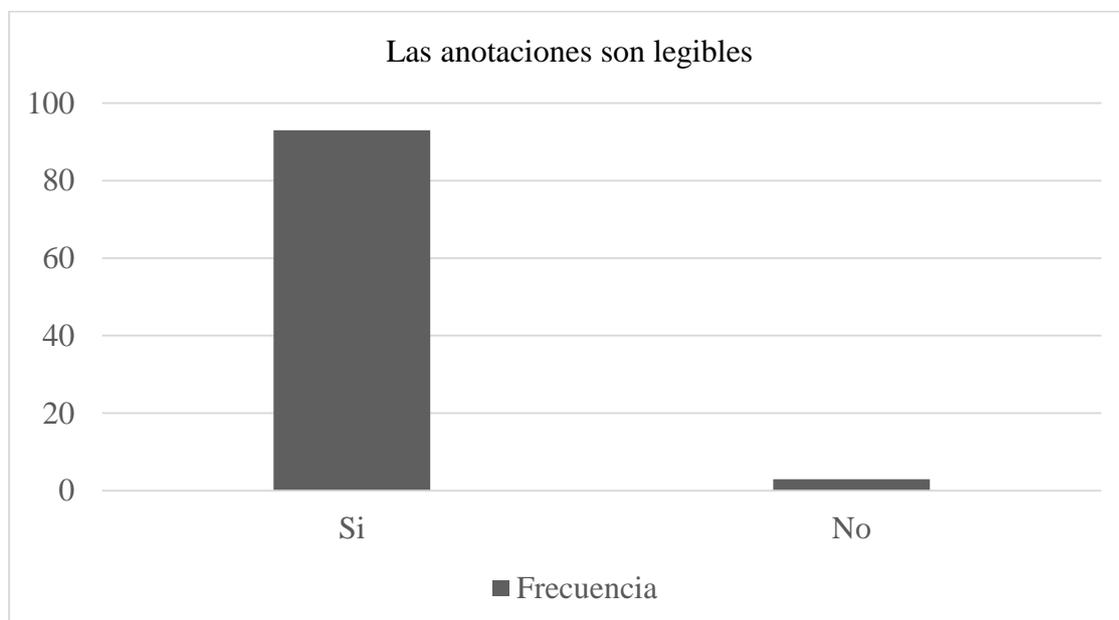


Figura 18. Evidencia de que las anotaciones son legibles.

En un 96,9% (n= 93) se da cumplimiento al criterio de correcto de anotaciones legibles, a diferencia de un 3,1% (n=3) que no cumplen con el criterio.

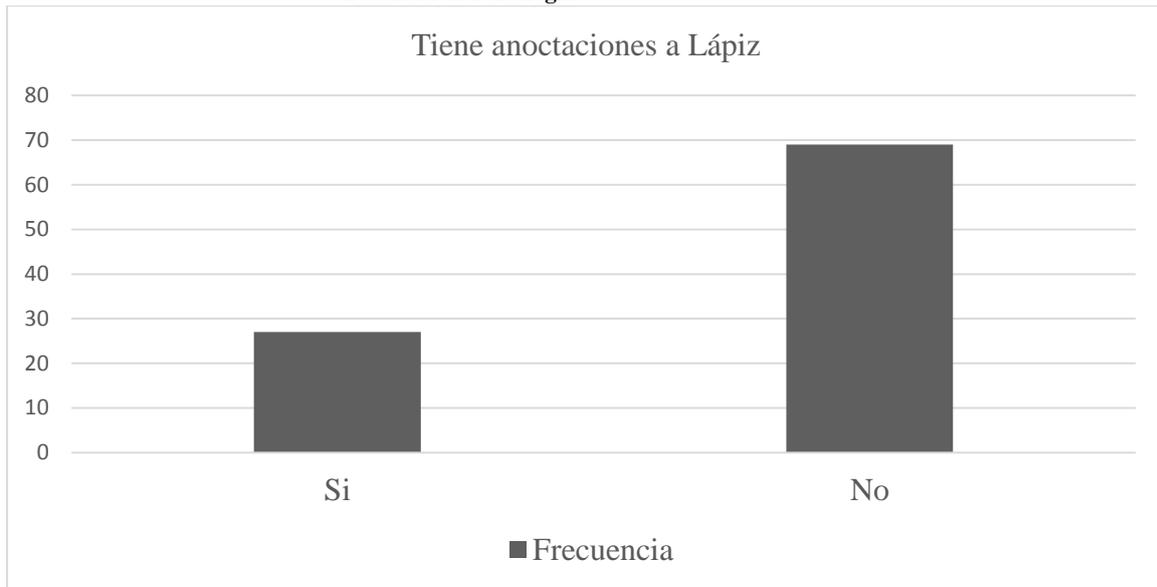


Figura 19. Evidencia presencia de anotaciones a lápiz.

En un 28,1% (n=27) se presentan anotaciones a lápiz en la historia clínica lo cual es una inconformidad a diferencia de un 71,9% (n=69) que cumplen con la normativa y no poseen anotaciones a lápiz.

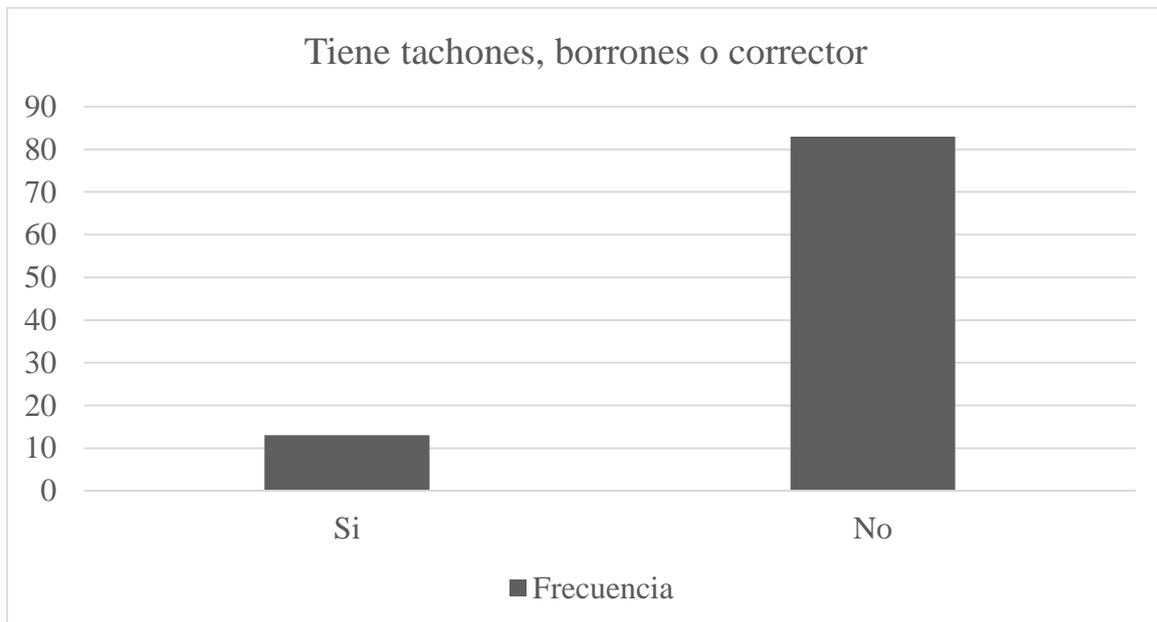


Figura 20. Evidencia de presencia de tachones, borradores o uso de corrector.

En un 13,5% (n=13) se presentan tachones, borradores y uso de corrector en la historia clínica lo cual es una inconformidad a diferencia de un 86,5% (n=83) que cumplen con la normativa.

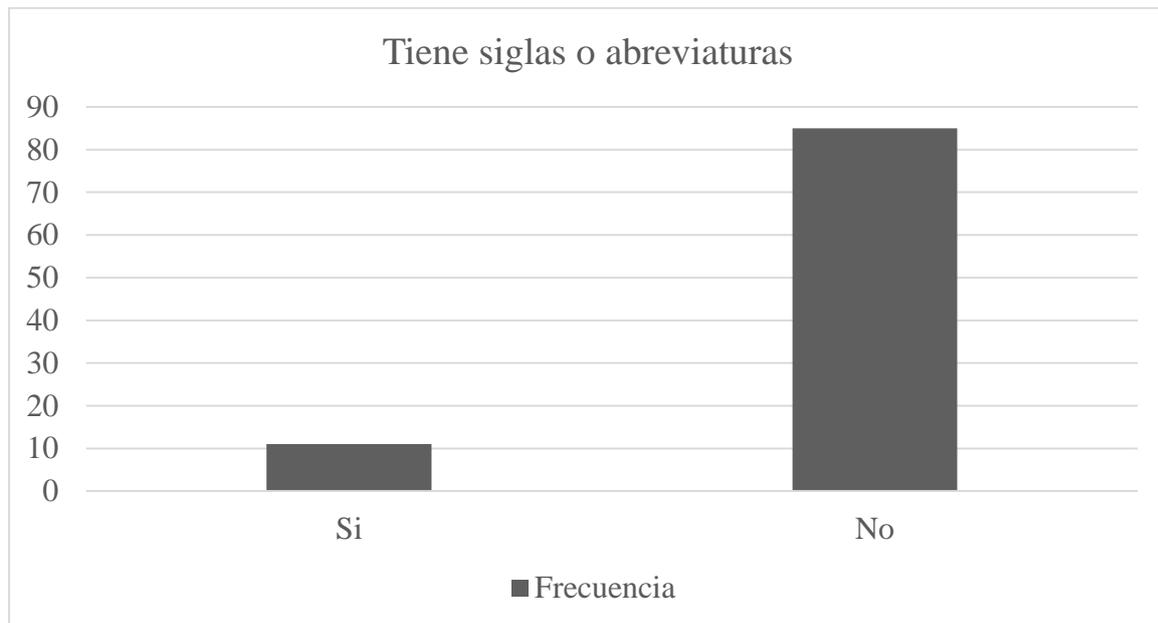


Figura 21. Evidencia de presencia de siglas o abreviaturas.

En un 11,7% (n=11) se presentan uso de siglas o abreviaturas en la historia clínica lo cual es una inconformidad a diferencia de un 88,5% (n=85) que cumplen con la normativa.

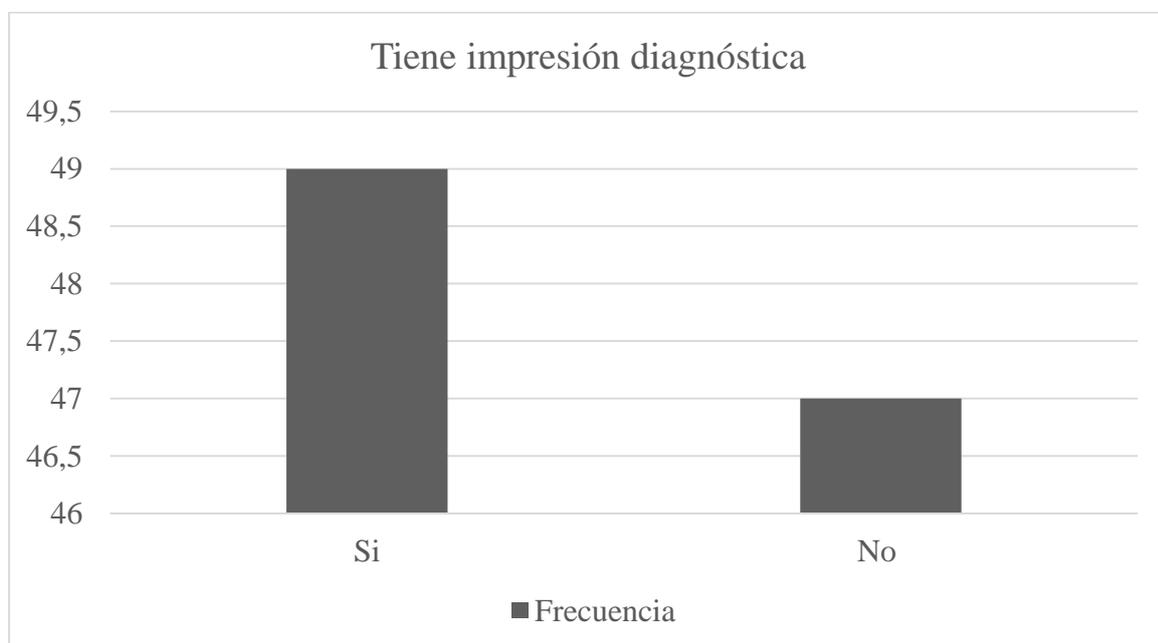


Figura 22. Evidencia de presencia de impresión diagnóstica establecida.

En un 51,0% (n= 49) se da cumplimiento al criterio de impresión diagnóstica establecida en la historia clínica, a diferencia de un 48,9% (n=47) que no cumplen con el criterio.

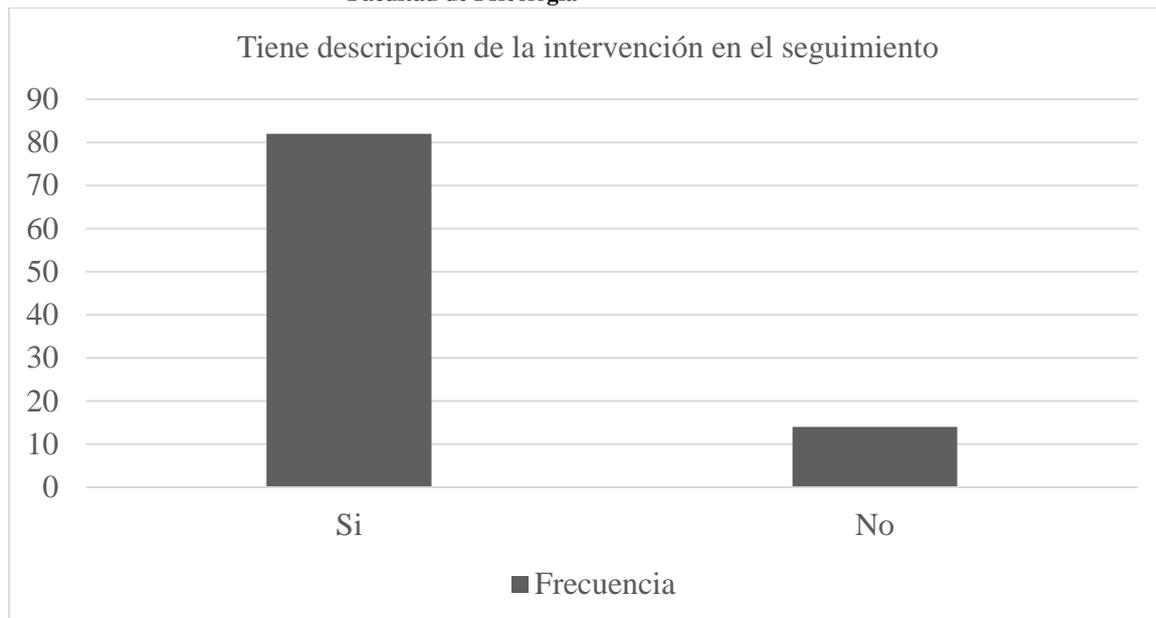


Figura 23. Evidencia de presencia de descripción clara sobre la intervención en el seguimiento terapéutico.

En un 85,4% (n= 82) se da cumplimiento al criterio de una clara descripción de la intervención psicológica en el seguimiento de la historia clínica, a diferencia de un 14,6% (n=14) que no cumplen con el criterio.



Figura 24. Evidencia de presencia de la hora y fecha en los seguimientos terapéuticos.

En un 73,9% (n= 71) se da cumplimiento al criterio de fecha y hora de las intervenciones en el seguimiento de la historia clínica, a diferencia de un 26,0% (n=25) que no cumplen con el criterio.

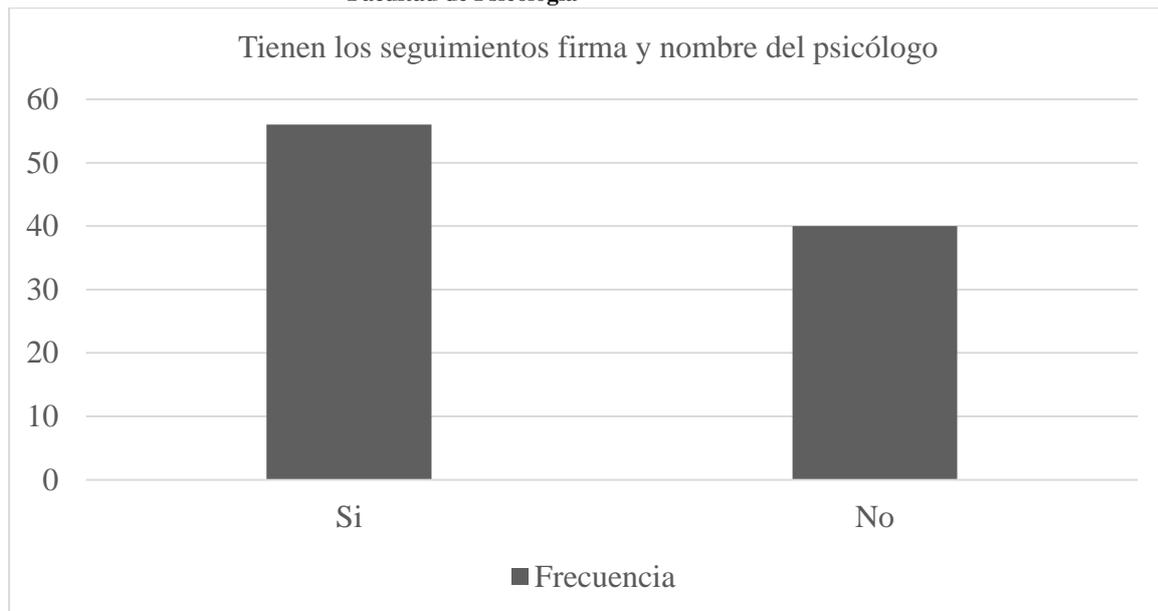


Figura 25. Evidencia de presencia de la firma y nombre del psicólogo tratante en el seguimiento terapéutico.

En un 58,3% (n= 56) se da cumplimiento al criterio de firma y nombre del psicólogo practicante que realiza la atención, la firma y nombre deben estar en cada uno de los seguimientos de la historia clínica, a diferencia de un 41,7% (n=40) que no cumplen con el criterio.

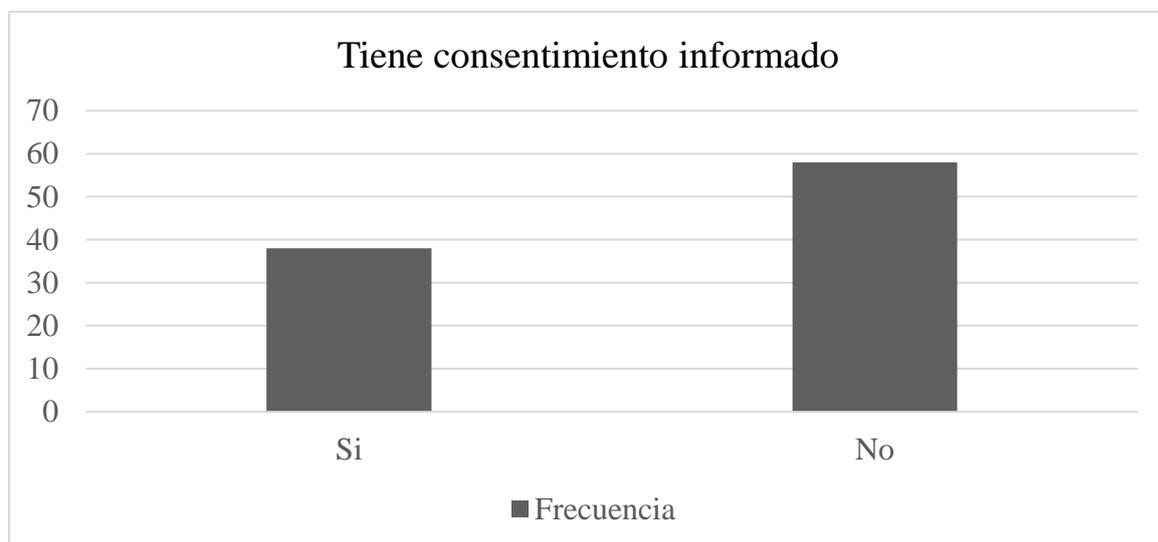


Figura 26. Evidencia de presencia de consentimiento informado debidamente diligenciado.

En un 39,6% (n= 38) se da cumplimiento al criterio sobre el consentimiento informado debidamente firmado y diligenciado en la historia clínica, a diferencia de un 60,4% (n=58) que no cumplen con el criterio.

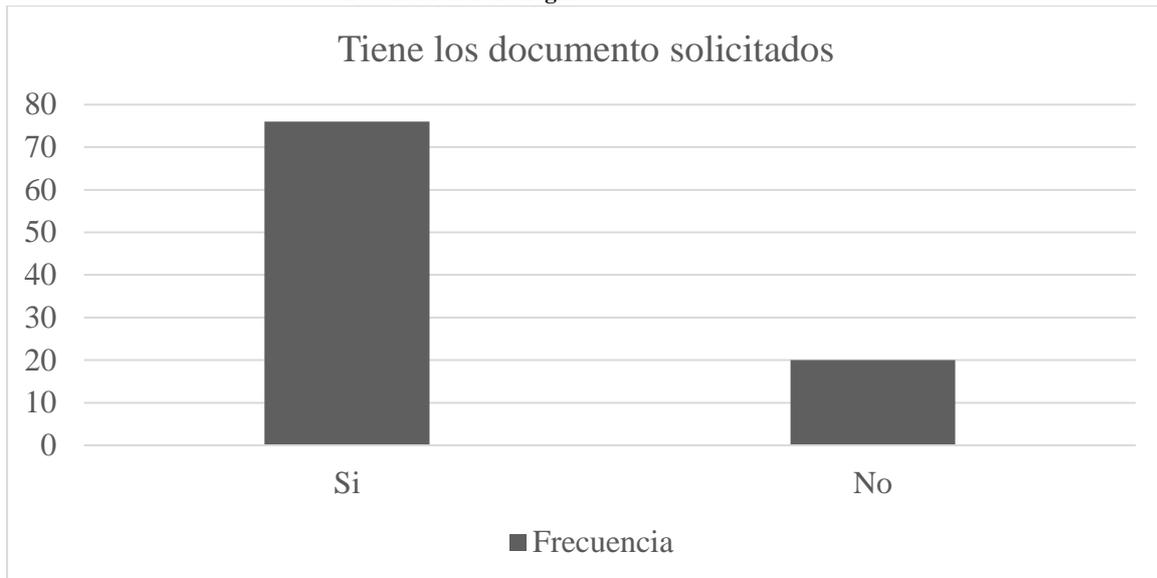


Figura 27. Evidencia de presencia de documentos solicitados por la IPS.

En un 79,2% (n= 76) se da cumplimiento al criterio sobre la totalidad de los documentos solicitados a los usuarios, a diferencia de un 20,8% (n=20) que no cumplen con el criterio.

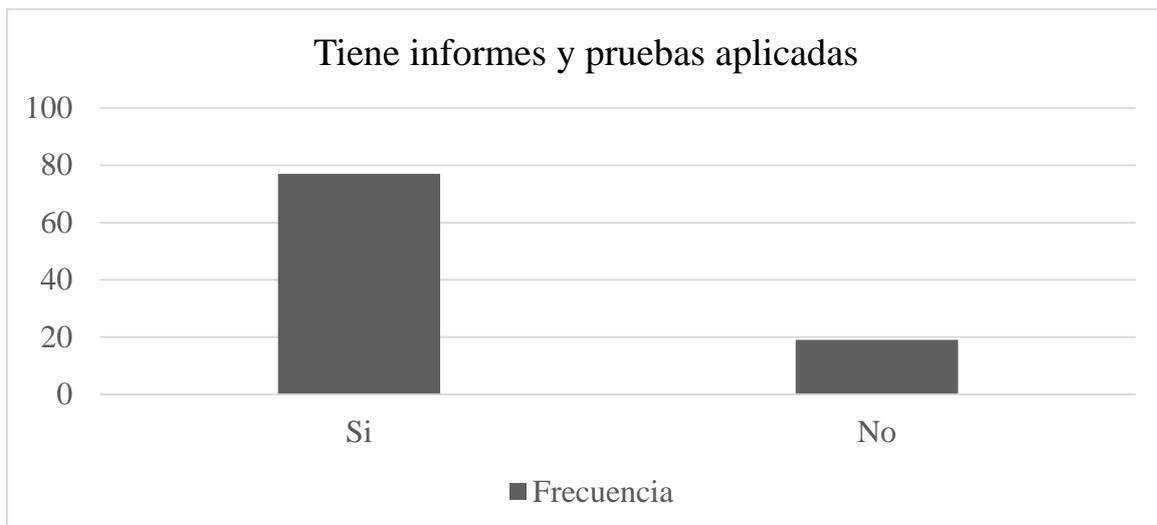


Figura 28. Evidencia de presencia de pruebas psicológicas aplicadas con sus respectivos informes.

En un 80,2% (n= 77) se da cumplimiento al criterio sobró evidencia de aplicación de pruebas psicológicas aplicadas con sus respectivos informes, a diferencia de un 19,8% (n=19) que no cumplen con el criterio.

CAPÍTULO V

Discusión

Tras realizar un análisis general del desarrollo de la práctica en servicio social durante el segundo periodo del 2018, se logra resaltar la importancia del servicio que se brinda por parte de la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga a la población en condición vulnerable siendo un 55,3% pertenecientes al género masculino y un 44,6% al género femenino, los cuales acuden en búsqueda de ayuda y soluciones a las problemáticas que experimentan, las cuales causan en su mayoría malestar psicológico, muchas de estas problemáticas son propias del ciclo vital en el cual se encuentra el consultante en su mayoría jóvenes en un 39,4% (n=37) entre las edades de los 12 a los 26 años, seguido por un 33,0% correspondiente a adultos en edades entre 26 y 60 años.

Siendo así la intervención en psicología la herramienta más empleada por la IPS para dar atención a los 94 usuarios que así lo requerían; entendiendo y partiendo desde la visión, del ser humano como un actor en constante contacto con los contextos sociales, laborales, educativos y familiares.

En la carta de Ottawa se defienden 5 importantes líneas de acción con respecto a la salud, en las cuales la IPS logra participar de forma activa y no solo ofreciendo intervención psicológica cuando aparece el malestar, sino antes de que la salud mental se pueda estar comprometida; dichas líneas se enfocan en la promoción de la salud por medio de elaboración de políticas públicas y legislaciones saludables, la creación y protección de ambientes saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios según Coronel y Marzo (2017) a lo cual el servicio de

psicología responde, esto se puede evidenciar en las más de 94 atenciones a usuarios en su mayoría individuales con un 86,2% que se brindaron a lo largo del periodo, adicional a ello las atenciones cuentan con supervisiones y auditorias con el fin de cumplir con la normatividad en salud pública del país como se evidencia en las 96 auditorías a historias clínicas que se ejecutaron. Atendiendo también a lo descrito en la carta de Bangkok donde el énfasis de la atención recae en la promoción mediante la sensibilización y capacitación de las personas para lograr una identificación y mayor control sobre los determinantes en la salud para así lograr mejorarla Coronel y Marzo (2017).

Se logra identificar por medio de los motivos de consulta que los usuarios acuden en busca del servicio de psicología, cuando ya poseen un malestar significativo, no se evidencia presencia de atenciones clínicas netamente preventivas en el servicio de la IPS. A lo cual (Muñoz, 2011) afirma que la salud en el estado de bienestar natural solo es apreciado y valorado por las personas en los momentos en los que se ha perdido o cuando se ha recuperado, afirma que la salud no se debe ver como intervención cuando esta la enfermedad sino antes. Por lo cual realiza una invitación a intervenir la salud mental desde antes de la aparición del síntoma.

Ahora bien el reto al cual se enfrenta el servicio de psicología en la actualidad según Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014) es el aumento de los posibles trastornos mentales los cuales se evidenciaran con la nuevas ediciones de los manuales de clasificación, prediciendo que en un plazo de 60 años es posible que los trastornos mentales se hayan multiplicado, lo cual refiere un reto para la atención psicología aludiendo a la importancia de realizar prevención a la aparición de futuras enfermedades mentales.

Conclusiones

Se lograron realizar durante la ejecución del servicio social más de 50 horas de consulta en psicológica, donde un 66,6% corresponde a la atención psicológica y un 33,3% a las evaluaciones psicológicas, estas atenciones se dieron como respuesta a la demandas de atención por parte de los usuarios en la IPS, específicamente 15 usuarios en total atendidos por la practicante en servicio social de la institución, el rango de edad con mayor demanda se encuentra con un 80% en jóvenes entre los 12 y 26 años, seguido por adultos entre 27 y 60 años con un 13,3%.

Con respecto a los 15 usuarios atendidos se evidencio una alta demanda de atención al género femenino con un 60%, el estrato socioeconómico con mayor abordaje en consulta pertenece al estrato 3 con un 46,6%, la ocupación más común acorde a el rango de edad mayormente atendido es estudiante con un 80%, un 40% perteneciente a escolaridad bachiller y el mayor motivo de consulta atendido con un 33,3% es a orientación vocacional, seguido por síntomas de ansiedad y orientación en la adolescencia con un 13,3%, la prueba psicológica más aplicada es el kuder con un 33,3% . Se evidencia que el motivo de cierre de lo caso en su mayoría con un 46,6% es el cumplimiento de objetivos aunque se presenta un 20% de casos cerrados por usuarios que desisten del servicio.

Con respecto las actividades administrabas se realizó el inventario de las pruebas psicológicas arrojando como resultado que solo el 23,2% son aplicables en la institución y se realizaron a lo largo de la practica la elaboración de un total de 205 agendas personalizadas logrando así agendar pacientes por primera vez y reprogramar las consultas de todos los usuarios cada semana.

Por parte de la atención global en la IPS se evidencia que se brindó el servicio de psicología a un total de 94 usuarios en condición vulnerabilidad, el 44% perteneciente al género femenino y el 55,3% restante al género masculino, el rango de edad con mayor atención es de los 12 a los 26 años con un 39,4%, el estrato socioeconómico al que pertenecen la mayor parte de los consultantes es el estrato 2 con un 37,2%. En su mayoría las atenciones fueron a nivel individual con un 86,2%, el grupo de practicantes de psicología en postgrado atendió la mayor cantidad de consultantes con un 51,1%.

Finalmente se concluye de las 96 auditorías realizadas que se cumple en un 84,4% con la recepción de caso, en un 67,7% con el número de folio, en un 87,5% con el número de historia clínica, en un 67,7% con datos demográficos, en un 37,5% se cumple con la ausencia de espacios en blancos, en un 96,9% con anotaciones legibles, en un 71,9% con ausencia de anotaciones a lápiz, en un 86,5% con ausencia de tachones o uso de corrector, en un 88,5% con ausencia de siglas y abreviaturas, en un 51,0% con impresión diagnóstica, en un 85,4% con la descripción de la intervención en el seguimiento, en un 73,9% con diligenciamiento de la fecha y hora de cada intervención en el seguimiento, en un 58,3% con la firma y nombre del psicólogo tratante, en un 39,6% con consentimiento informado debidamente diligenciado, en un 79,2% con los documentos solicitados y un 80,2% con evidencia de aplicación de pruebas psicológicas y he informes.

Recomendaciones

Por parte de la IPS, se sugiere que la agenda de los practicantes sea manejada por personal administrativo de la institución y no por los practicantes, ya que demanda tiempo para su elaboración y ejecución que influye directamente en la disminución de horas de atención psicológica por parte del psicólogo practicante encargado.

Para la apertura de historia clínica y atención por primera vez se recomienda que los documentos solicitados a los usuarios sean entregados en la recepción, con el fin de controlar el cumplimiento de la entrega de los mismo, en el caso de la usencia en la entrega de los documentos no iniciar la sesión en psicología.

Se recomienda a los futuros practicantes tomar como material de apoyo los protocolos de atención elaborados por los practicantes anteriores, los cuales brindan una guía de intervención a motivos de consulta específicos, con respeto a las historias clínicas cabe resaltar la importancia de diligenciar debidamente el consentimiento informado en la primera consulta.

Respecto a los formatos se recomienda modificar el formato de auditoria de historia clínica, realizando todos los reactivos en positivo o negativo con el fin de facilitar la interpretación por parte de los practicantes, además de adicionar un espacio para la firma del practícate donde certifica que fue enterado de la elaboración de la auditoria.

Finalmente con relación a la discusión se recomienda fortalecer la prevención y promoción de la salud mental en la IPS, por medio de seminarios al público, talleres reflexivos, escuela de padres, atenciones grupales enfocadas a problemáticas del ciclo vital con el fin de informar,

psicoeducar e intervenir a la población que no solo pertenece a las atenciones de consultas psicológicas en la institución.

CAPÍTULO VI

Referencias

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Caraveo, J., Colmenares, E y Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Cheburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Coronel, J., & Marzo, N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *MEDISAN*, 21(7), 926-932.
- Gómez, C., Santacruz, C., Rodríguez, M., Rodríguez, V., Tamayo, N., Matallana, D., y Gonzalez, L. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Protocolo del estudio. Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1), 2-8.
- Gómez Méndez, P. (2001). Colombia y su salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(3), 212-213. Recuperado Agosto 03, 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502001000300001&lng=en&tlng=es.
- Gordo, J. (2011). La psicología clínica y la universidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 491-502.

- Ibáñez, C., y Echeburúa, E. (2015). Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. *Clínica y Salud*, 26(1), 17-22.
- Muñoz, S. (2011). Salud y desarrollo en el contexto Latinoamericano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2) 167-174.
- Palacios, A. (2004). Sobre la profesión de psicólogo clínico: Conservaciones actuales y retos futuros. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 139-147.
- Parra, M. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Redondo, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Revista electrónica de estudiantes Escuela de psicología*, 8, (1), 61-80.
- Rey, C., Martínez, J., y Guerrero, S. (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 27(1), 61-71.
- Rey C., y Guerrero-Rodríguez, S. (2012). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1), 176-204.
- Riviere, G. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6).
- Sanchez, P. A. (2008). *Psicología clínica*. Recuperado de https://kipdf.com/el-libro-muere-cuando-lo-fotocopia_5b347b08097c478c678b4948.html

Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.

Vélez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63 – 78.

Yáñez, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 85-93.

Capítulo VII

Anexos

Anexo 1. Formato de recepción de casos.

Ciudad:		Fecha	Día:		Mes:		Año:	
1. DATOS DEMOGRAFICOS								
1.1 DATOS DE LA PERSONA A SER ATENDIDA								
Nombre y Apellidos							Edad	
Dirección de Residencia							Estrato	
No. Telefónico					No. Celular			
Escolaridad					Ocupación			
Remitido por					Entidad (EPS)			
2. DATOS PARA SNIES								
2.1 CICLO VITAL:		8 - Comunidades			12 - Reclusión			
1 - Primera Infancia (0-5)		9 - Empresas, Mypimes			13 - Consumo de Sustancias			
2 - Niñez (6-11 años)		10 - Entidades Gubernamentales			14 - Necesidades Educativas - Especiales Personas en Condición de Discapacidad			
3 - Jóvenes (12-26 años)		2.2 CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN:			15 - Necesidades Educativas Especiales - Personas con Talentos Excepcionales			
4 - Adultos (26-60 años)		1 - Vulnerabilidad Social - Violencia Intrafamiliar			16 - Habitantes de Frontera			
5 - Adultos mayores (mayor 60 años)		2 - Vulnerabilidad Social - Violencia Sexual			17- Afectados por la Violencia - Desplazamiento			
6 - Todas las anteriores		3 - Vulnerabilidad Social - Riesgo o Abandono			18 - Afectados por la Violencia - Reincorporación			
2.3 POBLACIÓN POR GRUPO:		4 - Vulnerabilidad Social - Habitante de Calle			19 - Afectados por la Violencia - Desmovilización			
1 - Familia		5 - Vulnerabilidad Social - Mujeres Cabeza de Familia			20 - Afectados por la Violencia - Víctimas de Minas Antipersonal			
2 - Géneros		6 - Vulnerabilidad Social - Otro			21 - Afectados por la Violencia - Secuestro			
3 - Profesionales		7- Vulnerabilidad Económica - Desempleo			22 - Grupos Étnicos - Indígenas			
4 - Grupos Étnicos		8 - Vulnerabilidad Económica - Explotación Laboral			23 - Grupos Étnicos - Afrocolombianos			
5 - Campesinos		9 - Vulnerabilidad Económica - Tráfico de Personas			24 - Grupos Étnicos - Rom o Gitano			
6 - Mujeres		10 - Vulnerabilidad Económica - Prostitución			25 - Otra			
7 - Empleados		11 - Vulnerabilidad Económica - Otro						
3. DATOS DEL CONTACTO								
Nombre y Apellidos							Edad	

Parentesco									
Dirección de Residencia						Estrato			
No. Telefónico					No. Celular				
4. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD EXPUESTA									
5. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA									
SUBSISTEMA IMPLICADO				DIFICULTAD IDENTIFICADA					
Individuo	<input type="checkbox"/>	Académica	<input type="checkbox"/>	Violencia Intrafamiliar	Violencia conyugal	<input type="checkbox"/>	Conductas de riesgo	Adicciones	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>	De aprendizaje	<input type="checkbox"/>		Maltrato Infantil	<input type="checkbox"/>		Embarazo adolescente	<input type="checkbox"/>
Parental	<input type="checkbox"/>	Comportamental	<input type="checkbox"/>		Abuso sexual	<input type="checkbox"/>		Pandillismo	<input type="checkbox"/>
Fraternal	<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>		Otra dificultad	<input type="checkbox"/>		Bullying	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>	De relación	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?			Otra conducta de riesgo	<input type="checkbox"/>	
Comunitario	<input type="checkbox"/>	Social	<input type="checkbox"/>				¿Cuál?		
6. ASIGNACIÓN DE CITA									
Nombre del Psicólogo/a en formación asignado (a)									
Fecha									
Hora									
6.1 INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO									
Personas que deben asistir a la primera cita									
6.2 ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA									
Condiciones iniciales de la atención: presentarse 10 minutos antes de la consulta, traer la documentación requerida (fotocopia del documento de identidad del menor de edad y del acudiente, recibo de servicios públicos, si es remitido de alguna institución traer el formato de remisión), cancelación de citas.									
7. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO									
8. NOMBRE Y FIRMA									
Firma:									
Nombre completo de quien hace la recepción									
9. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.									

Atendiendo lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, reglamenten y/o adhieran, autorizo a la Universidad Pontificia Bolivariana con Nit. 890.902.922-6, Institución de Educación Superior, privada de utilidad común, sin ánimo de lucro y con Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 48 de febrero de 1937, expedida por el Ministerio de Gobierno, a realizar el tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formato, conforme a las siguientes finalidades: a) Efectuar la gestión pertinente para la asignación y coordinación de citas y/o consultas. b) Prestar los servicios de atención psicológica que sean requeridos por el paciente. c) Realizar seguimiento de manera constante. d) Constatar información requerida para adelantar trámites internos. e) Contactar a través de medios telefónicos y/o electrónicos para procurar la prestación de los servicios de psicología. f) Realizar los reportes que se consideren oportunos señalar en la historia clínica. g) Mantener apropiadamente las historias clínicas, garantizando la salvaguarda y preservación de la información de los pacientes. h) Gestionar de forma adecuada los procedimientos internos que se requieran adelantar en aras de prestar de forma apropiada los servicios ofrecidos por el Instituto. Declaro que me fue informado que la Universidad Pontificia Bolivariana efectuará tratamiento de datos sensibles relativos a información que se relaciona con la condición de la población tales como vulnerabilidad económica y/o social y datos que revelan el origen racial o étnico de la persona. Entiendo que por la calidad de estos datos personales estoy facultado para realizar la entrega de dicha información o responder cuestionamientos relacionados con la mismo, comprendiendo la necesidad de suministrar los mismos para que la Universidad pueda adelantar todas las gestiones pertinentes que conllevan la prestación de los servicios de psicología. La presente autorización se otorga de manera extensiva a los datos personales recolectados mediante jornadas de actualización de datos personales vía telefónica, personal y/o electrónica, realizadas por la Universidad. La Universidad Pontificia Bolivariana le informa que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización, aclaración y supresión, mediante comunicación a la dirección datos_personales.bga@upb.edu.co. Lo invitamos a que consulte nuestro Manual de Políticas de Tratamiento de Información y Protección de Datos Personales en www.upb.edu.co.”

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Consentimiento informado para menores de edad.

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 mí (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 apegó 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 Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan

Anexo 3. Consentimiento informado para mayores de edad.

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado 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 mí 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, 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 mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

También estoy enterado 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 en mi 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, autorizo 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, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

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 Usuario: Nombre del Usuario:	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) en formación Nombre Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) Asesor (a) Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____ 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 Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 4. Historia clínica menores de edad.

Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS 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. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO				
3.1 Motivo de consulta				

3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

3.4 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado / Cuidador)

3.5 Percepción de la situación desde el / la menor

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. HISTORIAL DE DESARROLLO

5.1 PRENATAL

¿Qué edad tenía la mamá en el momento del embarazo? _____	¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? : _____	¿Cuál era la condición médica general de la mamá durante el embarazo?: Ψ Saludable <input type="checkbox"/> Ψ Con algún tipo de complicaciones. <input type="checkbox"/>
--	---	--

Describe brevemente las condiciones y reacciones emocionales que tuvo la madre durante el embarazo:

--

Describe las condiciones y reacciones de la familia de la madre y del padre del menor durante el embarazo:

--

Observaciones generales:

5.2 PERINATAL

¿Cuántos meses tenía al momento del nacimiento del menor? _____	¿Qué tipo de parto tuvo? Ψ Natural. <input type="checkbox"/> Ψ Cesárea <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo duró el parto desde el inicio de las contracciones y dilatación hasta el nacimiento del bebé? _____
---	---	--

¿Hubo alguna condición médica relevante en el menor al momento de su nacimiento?
Ψ No.
Ψ Si. ¿Cuál? _____

--

5.3 POSNATAL

¿El menor fue alimentado con leche materna?

 Ψ No.

 Ψ Si. ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé?

 Ψ No.

 Ψ Si. ¿Por cuánto tiempo? _____

Observaciones del destete en cualquiera de los casos:

6. DESARROLLO PSICOMOTOR

Qué edad tenía el menor cuando empezó a:

Sostener la cabeza por su propia cuenta

Voltearse solo

Dar sus primeros pasos

Caminar

Sentarse sin ayuda

Sentarse sin ayuda

Vestirse sin ayuda

Vestirse sin ayuda

Control de Esfínter vesical o avisar para ir a orinar

Control de esfínter anal

Observaciones del desarrollo psicomotor:

7. DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear?

¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir sus primeras palabras?

Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir frases completas?

8. ESCOLARIDAD

¿A qué edad ingreso el menor a una Institución educativa?

¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingreso a la Institución Educativa por primera vez?

 Ψ No. Ψ Si ¿Cuál? _____

¿Cómo ha sido el rendimiento académico del menor?

 Ψ Bueno

 Ψ Regular

 Ψ Deficiente

¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares?

 Ψ No. Ψ Si ¿Cuáles? _____

¿Qué materias requerían un mayor esfuerzo por parte del menor para ser aprobadas?

¿Cómo es la relación del menor con sus maestros?

 Ψ Excelente.

 Ψ Mala.

 Ψ Buena.

 Ψ Muy mala.

 Ψ Regular.

¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros?

Ψ Excelente. Ψ Mala.

Ψ Buena. Ψ Muy mala.

Ψ Regular.

¿El menor ha sido cambiado de Colegio?

Ψ No. Ψ Si ¿Cuántas veces? _____

¿Porque razón? _____

A parte de la actividad académica o escolar, ¿el usuario asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como danzas, futbol, entre otros?

Ψ No. Ψ Si ¿Cuál o cuáles? _____

9. ANTECEDENTES MÉDICOS

A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental del **MENOR**. En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco **"Ninguna"**.

¿Cuáles enfermedades médicas diagnosticadas ha presentado el menor?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿Cuáles enfermedades mentales diagnosticadas ha presentado el menor?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	

A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental de la **FAMILIA DEL MENOR**. En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco **"Ninguna"**.

¿Cuáles enfermedades médicas han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿Cuáles enfermedades mentales han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	

¿El menor ha presentado dificultades para conciliar sueño?

Ψ No. Ψ Si

¿El menor ha presentado dificultades de alimentación? _____

¿Qué tipo de dificultades? _____

10. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)

Conducta	Edad de inicio	Dificultades presentadas a causa de esta situación			Alternativas para manejar la problemática
		Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática

Anexo 5. Historia clínica mayores de edad

Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS 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	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. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO				
3.1 Motivo de Consulta				

3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

3.4 Percepción de la situación desde el consultante

3.5 Redes de apoyo del / la consultante

--

4. ASPECTOS FAMILIARES

4.1 Familiograma

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

Anexo 6. Historia clínica familia y parejas.

Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. de Historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO								
Nombres y Apellidos			Edad		Estado Civil		No. Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento					Dirección de Residencia			
Estrato			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular		
Nivel de Escolaridad				Profesión / Ocupación				
Entidad (EPS)				Tipo de Afiliación				
Nombre de la Pareja			Edad		Estado Civil		No. Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento					Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia				No. Teléfono Celular		
Nivel de Escolaridad				Profesión / Ocupación				
Entidad (EPS)				Tipo de Afiliación				
Remitidos por:								

Anexo 7. Lista de chequeo historia clínica.

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small>				LISTA DE CHEQUEO HISTORIA CLÍNICA Código: PS-FO-085 Versión: 03			
FECHA	Día	Mes	Año	Auditor		No. Historia	
ASPECTOS A EVALUAR			Vo Bo		OBSERVACIONES		
			SI	NO			
Tiene completamente diligenciado el formato de recepción del caso. (Datos sociodemográficos, SNIES, contacto y descripción de la problemática)							
Tiene anotado el número de Folio.							
Tiene anotado el No de historia clínica.							
Están diligenciados en su totalidad los datos demográficos.							
Hay espacios en blanco sin diligenciar.							
Las anotaciones son legibles.							
Hay anotaciones a lápiz							
Hay tachones, borrones o uso de corrector							
Hay uso de siglas y abreviaturas.							
Tiene impresión diagnóstica establecida.							
Hay una descripción concreta y clara de la intervención en el seguimiento terapéutico.							
Las atenciones de seguimiento terapéutico tienen registrada la fecha y la hora en que se dio la atención							
Las atenciones de seguimiento terapéutico tienen el nombre y firma del psicólogo tratante							
Tiene el consentimiento informado debidamente diligenciado y firmado							
Están las fotocopias de los documentos solicitados a los consultantes.							
Tiene anexo documentos como informes, formatos de pruebas aplicadas en el proceso							

Anexo 8. Acta de cierre de caso.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p>ACTA CIERRE DE CASO Código: PS-FO-155 Versión: 02</p>
---	--

Por medio de la presente se hace el cierre del proceso de atención Psicológica del consultante _____, con documento de identidad N° _____, de _____, debido a:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cumplimiento de objetivos terapéuticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Paciente desiste del servicio | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Inasistencia continuada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otra / Cual? _____ | <input type="checkbox"/> |

En constancia se firma a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma

Firma

Nombre del Practicante

Nombre Supervisor de Práctica

Anexo 9. Formato remisión de casos.

1. FECHA DE REMISIÓN			
Día:		Mes:	
Año:			

2. DATOS DEL PACIENTE			
Nombre y Apellidos del Paciente		Edad	
Lugar y Fecha de Nacimiento del Paciente			
Estado civil			
Escolaridad		Ocupación	
Dirección de residencia		Estrato	
No. Telefónico		No. Celular	

3. DATOS DEL CONTACTO			
Nombre y Apellidos		Edad	
Parentesco			
Dirección de Residencia			
No. Telefónico		No. Celular	

4. MOTIVO DE REMISIÓN

4. ÁREA A LA CUAL SE REMITE	
Área	

5. FIRMA
Firma
Nombre completo

Anexo 10. Formato de préstamo pruebas psicológicas.

Fecha de la solicitud	Día		Mes		Año		No. de Historia	
Nombre y apellido					Número de identificación			
ID					Cargo			
Nombre de la Prueba					Código			
Fecha de Préstamo					Fecha Devolución			
PRESTAMO DE PRUEBAS								
Ψ Cuadernillo		Cantidad		Ψ Hoja de Respuesta		Cantidad		
Ψ Plantilla		Cantidad		Ψ Fichas		Cantidad		
Ψ Otra:		¿Cuál?						
Observaciones:								

* Usted se hace responsable del buen uso del material de la prueba y a su vez de la devolución en la fecha acordada.

Firma del Practicante

Firma Responsable prueba
IFV

Firma Coordinador

Anexo 11. Guía para la elaboración de informes de la IPS.

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IPS PSICOLOGÍA

DOCUMENTO DE ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS

Elaborado por Ps. GLADYS ROCIO CAMPOS CÁCERES

Docente encargada IPS Psicología

Junio 2017

EL INFORME PSICOLÓGICO

1. PRESENTACIÓN

Para la IPS de la Facultad de Psicología de la UPS, como centro de prácticas para los psicólogos en formación de pre grado y posgrado es fundamental contribuir al desarrollo de las competencias de los profesionales en formación en el área clínica y de la salud. Una de estas competencias es la dimensión comunicativa, definida por Colpsic como la capacidad de presentar los resultados de sus evaluaciones e intervenciones de manera clara y comprensible para profesionales de otras áreas, tanto de forma oral como por escrito. De esta forma este documento se convierte en el protocolo orientador para los psicólogos en formación en el momento de elaborar los informes psicológicos a su cargo.

2. GENERALIDADES

El informe psicológico es considerado un documento científico puesto que la información registrada y las conclusiones presentadas surgen a partir del análisis de elementos que presentan garantías de confiabilidad que avalan su coherencia y pertinencia. Es además un medio de comunicación dado que en él se emite información concreta y comprensible después de realizar un estudio especializado a una persona o familia, a petición de una persona o institución (Tallent, 1988, Fernández-Ballesteros, 1999). Como característica particular, el informe debe ser útil para la persona (o institución que lo ha solicitado) que ha acudido al profesional en busca de ayuda para solucionar sus problemas. En consecuencia, el informe ha de tener un fin claro: facilitar los datos y las recomendaciones necesarias para poner en marcha la intervención dirigida al cambio. Se han identificado dos situaciones en las que el informe deja de ser útil: a) cuando presenta conclusiones esperables dadas las características profesionales, culturales o vitales de la persona (ejemplo: el consultante es un médico, superó adecuadamente sus estudios secundarios, buen nivel intelectual, buena capacidad de abstracción, responsable y tiene gran afinidad con la química y la fisiología); b) cuando existen unos datos o historia de vida conocida de antemano y que en ocasiones es el motivo de evaluación (ejemplo: Paciente recluido en hogares Claret: Adolescente que ingresa a la institución por conductas delincuenciales de carácter violento. Se atiende por que atracó a un joven causándoles heridas con arma cortopunzante. Posee una inteligencia limitada, es impulsivo, tiene dificultades en la toma de decisiones y tiene serios problemas en aceptar figuras de autoridad y límites de funcionamiento externo, lo que se hace evidente en el momento de la evaluación).

Finalmente, el informe debe tener estrecha relación con las metas iniciales. Es necesario el informe vincule el motivo inicial con los resultados obtenidos y las conclusiones presentadas. Para ello se han de tener muy claros los objetivos de la intervención evaluativa (debemos saber sobre qué informar).

Al momento de elaborar los informes es importante tener en cuenta los siguientes aspectos (Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid, s.f.):

- Garantizar neutralidad, evitando hacer cualquier implicación personal que indique sesgos en los objetivos

- Garantizar objetividad, utilizando fuentes confiables y adecuadas de información
- Garantizar la calidad de la base metodológica coherente con la escuela u orientación científica adoptada
- Garantizar la calidad de los instrumentos de evaluación y su correcta utilización
- Garantizar el respeto a las diferencias individuales
- Garantizar una actuación profesional acorde a la ley 1090 de 2006 (Código bioético y deontológico del Psicólogo en Colombia).

3. TIPOS DE INFORME

Los informes a trabajar son específicamente tres:

1. Informe de Evaluación Psicológica: la información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta y el final del proceso de evaluación
2. Informe de Intervención Psicológica: la información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta y el final de tratamiento
3. Informe de Intervención y evaluación psicológica. La información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta y el final de tratamiento incluyendo lo relacionado al proceso de evaluación psicológica.
4. Informe de Evaluación Familiar: la información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta familiar y el final del tratamiento familiar.

5. NOCIONES GENERALES PARA ELABORAR LOS INFORMES

Teniendo en consideración que la finalidad del informe psicológico es recoger brevemente la información sobre el motivo de consulta, la evaluación que se lleva a cabo, los resultados obtenidos, el tratamiento sugerido y el alcance de este y supone el cierre del proceso diagnóstico, en su redacción es importante tener en cuenta los siguientes elementos:

- ¿Quién lo solicita?

El propio interesado

Familiares

Superiores (jefes del trabajo)

Profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, terapeutas)

Docentes

Entidades estatales

Otros (jueces, compañías de seguro, policía, etc.)

- ¿Quién va a recibir el informe?

Paciente

Familiar

Su médico

Otro profesional de la salud

Otros profesionales (abogado, juez, directivo de empresa, etc.)

Organismos o instituciones



- ¿Cuál es la finalidad del informe?

Facilitar los datos acerca de la salud mental de la persona estudiada con vistas a una posterior intervención terapéutica

Promoción laboral (ascensos y asunción de responsabilidades)

Incorporación a una organización (selección de personal)

Solicitud de subvenciones (minusvalías)

Intervención jurídica (proceso civil o penal)

- ¿Qué tipo de información se solicita?

Intensiva (datos específicos acerca de la inteligencia, ciertos rasgos de personalidad, habilidades, aptitudes, etc.)

Extensiva (análisis exhaustivo acerca del funcionamiento cognitivo, de personalidad, etc. de la persona objeto de estudio).

- ¿Cuáles instrumentos de evaluación se necesitan?

Técnicas no estructuradas o no estandarizadas (entrevistas)

Técnicas estructuradas y estandarizadas (pruebas psicotécnicas)

6. CLASIFICACIÓN DE LOS INFORMES SEGÚN EL MEDIO DE COMUNICACIÓN EMPLEADO:

Los informes pueden ser orales o escritos.

6.1 INFORME ORAL O VERBAL:

Es el que se conoce como Entrevista de Devolución y se trata de la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al consultante, a sus padres y al grupo familiar de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico. La transmisión de esta información es, pues, el objetivo básico de la misma, que se concentra en una entrevista fijada a posteriori de la administración del último test, y es la última sesión del proceso.

Objetivos de la entrevista de devolución de la información:

1. Consolidar la relación terapéutica
2. Transmitir al paciente nuestra visión del caso
3. Ayudar al paciente a entender el significado de su diagnóstico
4. Transmitir al paciente el pronóstico y favorecer sus expectativas y motivación hacia el cambio
5. Sistematizar los objetivos de cambio e intervención
6. Exponer al paciente las líneas de tratamiento y permitirle la elección
7. Activar los recursos propios del paciente para la puesta en marcha de la intervención
8. Conseguir el consentimiento informado verbal del tratamiento elegido

Directrices para realizar la entrevista de devolución:

Para desarrollar de manera adecuada la entrevista, se recomienda tener en cuenta las siguientes directrices:

a) Preparación e inicio: esta etapa considera la importancia de preparar a los pacientes; reservar un tiempo adecuado (en ocasiones la entrevista de devolución puede durar más de una sesión), iniciar la entrevista recordando al paciente lo que vamos a hacer y animándole a que participe activamente

b) Explicación de la formulación y el diagnóstico: aquí se presenta al paciente la lista de problemas o situaciones identificadas; se hace la formulación clínica al paciente; se le ilustra cómo el modelo funciona en los distintos problemas del paciente; se explica el desarrollo de cada problema y del caso en general; se informa del diagnóstico y se apoyan los aspectos que favorezcan el cambio.

c) Elección de tratamiento y consentimiento informado. Es este apartado se ofrecen las opciones de tratamiento; se discuten todos los aspectos positivos y negativos de cada opción; se identifican posibles obstáculos y dificultades que se pueden presentar en el proceso de intervención; se comunica si el terapeuta se hace cargo de la intervención o si se deriva a otro terapeuta o profesional; se pide al paciente que realice cualquier pregunta o comentario; se le pregunta al paciente cuál es la mejor opción a seguir; se recomienda al paciente que se tome tiempo para pensar al respecto y se contestan todas las preguntas que formula el paciente.

d) Estilo y habilidades del terapeuta: Autoridad y seguridad, pero admitiendo comentarios, dudas y dificultades; lenguaje claro y preciso. Las características del psicólogo en la entrevista de devolución son:

- Ser humano: posee información que la otra persona necesita para comprender su problema.
- Ser profesional: saber abordar y manejar la información
- Tener en cuenta el contexto clínico y ambiente donde se realiza la devolución de la información con el objeto de determinar sentimientos, impacto, etc.

Recomendaciones para llevar a cabo el informe verbal:

- La persona que hace la devolución o que presenta los resultados de la evaluación ha de ser la misma persona que ha llevado el proceso de evaluación.
- El profesional establecerá una secuencia de aproximación y abordaje de las diversas cuestiones a tratar.
- Es preciso concientizar al paciente de la importancia de la participación en el proceso.
- Es importante recordar que al consultante no solo le preocupan los aspectos negativos de su personalidad.
- En función de la persona, problema, gravedad, etc., se puede comenzar por las cuestiones positivas y continuar con las negativas poco a poco o mezclar aspectos positivos y negativos.



- No debe quedarse en la simple enumeración de problemas, hay que señalar posible inicio, desarrollo, connotaciones, evolución y pronóstico.
- Cada problema o dato negativo ha de ir acompañado, en la medida de lo posible, de una propuesta de solución.
- Se debe continuamente que el consultante comprenda adecuadamente las afirmaciones e informaciones sobre su situación.
- La observación de las reacciones de la otra persona ha de ser continua con el fin de captar manifestaciones de angustia y preocupación.
- No se limita el tiempo para el informe, pueden ser dos sesiones.
- No se debe dejar que el consultante abandone el consultorio con una actitud negativa.
- Las orientaciones o consejos se deben plantear de forma breve, concisa, organizada e insistiendo en aclarar cualquier duda.
- La devolución de la información es un derecho del paciente y un deber del psicólogo que se compromete desde la aceptación del caso.

Errores más comunes que se presentan en la entrevista de devolución:

- Sobreestimar la fragilidad del paciente y no contrastar con él la formulación del caso
- Devolver la información únicamente a los tutores de un paciente
- Emplear un lenguaje inadecuado
- Comunicar al paciente su diagnóstico cuando pueda suponer un factor contraproducente para su pronóstico
- No explicar suficientemente en la entrevista algunos de los datos manejados en la evaluación
- No responder a las demandas del paciente

6.2 INFORME ESCRITO

La modalidad de informe más conocido, tratado y divulgado. A continuación se presentan unos protocolos de informes generales que sólo tienen valor referencial y orientativo.

Razones y objetivos del informe escrito

1. El paciente tiene derecho a la información asistencial
2. Es un testimonio archivable y duradero de los resultados de la evaluación
3. Es una fuente de información en el contraste de hipótesis formuladas durante la evaluación
4. Es necesario para comunicar los resultados al paciente
5. Es un documento legal para decisiones jurídicas
6. Es uno de los mejores instrumentos de comunicación entre los profesionales

7. Permite ahorrar tiempo y esfuerzo a la hora de recabar una información en intervenciones futuras
8. Es una ayuda para sistematizar la información de la que se dispone

Directrices para la redacción de un informe psicológico

En general, el informe escrito debe considerar los siguientes apartados:

1. Datos profesionales del psicólogo
2. Datos personales del paciente
3. Motivo del informe
4. Motivo de consulta
5. Biografía clínica
6. Procedimientos de evaluación y resultados: a) exploración inicial y comportamiento durante la exploración b) técnicas de evaluación psicológica y resultados
7. Diagnóstico
8. Formulación clínica del caso: a) etiología y curso b) mantenimiento actual c) pronóstico
9. Objetivos de la intervención
10. Tratamiento
11. Resultados del tratamiento y recomendaciones tras la intervención
12. Conclusiones

Errores más frecuentes

- Falta de fundamentación científica objetiva
- Cometer errores en el empleo del lenguaje
- Problemas en las conclusiones e interpretación de los datos
- Olvidar incluir datos importantes
- Relativos a los instrumentos de evaluación empleados
- No conservar los informes escritos

Modelos de protocolos para elaborar informes escritos:

Protocolo de Informe según Fernández-Ballesteros (1999):

Este autor propone los siguientes apartados para la elaboración del informe:

- a. Identificación del paciente y del evaluador y de la persona a quien se le enviará o presentará el informe
- b. Referencia y objetivos (causa del estudio y fines en él planteados).
- c. Datos biográficos relevantes (ambiente pasado y actual, indicaciones acerca del desarrollo y cuestiones sociodemográficas).
- d. Técnicas y procedimiento (enumeración de los instrumentos utilizados y la sistematización seguida en su empleo).
- e. Conducta durante la exploración (comportamiento motor y verbal, implicación y participación en el estudio).
- f. Integración de los resultados:
 - Comportamientos objeto de estudio
 - Características de personalidad: cognitivo-verbales, emocionales, motivacionales y sensoriomotoras
 - Condiciones socio-ambientales
 - Condiciones biológicas (si procede)
- g. Orientación y objetivos de cambio e intervención.
- h. Valoración de la intervención (si se considera oportuno, después de efectuado un seguimiento).
- i. Conclusiones más importantes y recomendaciones pertinentes.

Estos autores destacan la importancia de estructurar los datos siguiendo criterios psicológicos y colocarlos en la parte de resultados que necesariamente debe incluirse en el informe, donde, además, debe reflejarse el peso dado a la información obtenida, los datos en que se basan las afirmaciones realizadas, las inconsistencias encontradas y la valoración con respecto a las demandas del cliente.

Protocolo de Informe según Klopfer (1960)

1. Indicación de las pruebas realizadas
2. Comportamiento del paciente durante el examen
3. Aspectos intelectuales de la personalidad
4. Aspectos afectivos de la personalidad
5. Áreas básicas de conflicto

6. Técnicas de adaptación e inadaptación
7. Indicadores de síntomas
8. Implicaciones predictivas

Protocolo de Informe según Maloney y Ward (1976)

1. Datos personales
2. Cuestiones de referencia y objetivos (tipo de problema por el que acude, expectativas del paciente y fines que pretende)
3. Datos biográficos (se incluyen solo los relacionados con el punto anterior)
4. Procedimientos evaluativos utilizados (no sólo una relación de los instrumentos, sino también información sobre ellos)
5. Conducta y observaciones (centradas en su comportamiento durante el estudio)
6. Resultados e integración (exposición y establecimiento de relaciones con las hipótesis planteadas):
 - intelectuales
 - aptitudes
 - afectividad
 - contacto social
 - motivación
 - nivel de aspiración
7. Recomendaciones (orientaciones terapéuticas y consejos prácticos de vida cotidiana)
8. Resumen (con la finalidad de servir bien de recordatorio de lo expuesto o bien el de ser una primera aproximación al informe).

Protocolo de Informe según Cohen y Swerdlik (2001)

1. Datos demográficos
2. Razones para el envío
3. Pruebas aplicadas
4. Resultados

5. Recomendaciones

6. Resumen

7. CLAVES PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS

Pérez y Muñoz (2003), señalan 10 claves para elaborar adecuadamente los informes psicológicos, así:

1. Poseer la cualificación adecuada
2. Respetar la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente
3. Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al cliente
4. Organizar los contenidos del informe
5. Describir los instrumentos empleados y facilitar la comprensión de los datos
6. Incluir el proceso de evaluación, las hipótesis formuladas y justificar las conclusiones
7. Cuidar el estilo
8. Mantener la confidencialidad y el secreto profesional
9. Solicitar el consentimiento informado
10. Proteger los documentos

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se ha señalado que la presentación de resultados ha de estar adecuada a la ocasión que motiva la evaluación, los fines de la misma y los profesionales a los cuales va dirigido.

9. ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos a señalar son los contemplados en el Código Bioético y Deontológico del Psicólogo en Colombia, así:

- 1) Confidencialidad
- 2) Secreto Profesional
- 3) Centrar los estudios psicológicos en aquellos temas en los que se solicite ayuda
- 4) Los informes escritos han de ser custodiados por los profesionales
- 5) Utilización de datos con fines de investigación

9. ERRORES MÁS FRECUENTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES

Errores Formales: son aquellos que aparecen en los apartados de:

- 1) Datos de identificación del profesional y paciente

- 2) Firma
- 3) Sobre abierto
- 4) Ausencia de fechas

Errores de Contenido: son aquellos referidos a:

- 1) No usar lenguaje claro y dinámico
- 2) No utilizar siglas en los instrumentos
- 3) No indicar si las pruebas e instrumentos de evaluación están adaptadas a nuestro país
- 4) Sobran las opiniones personales que no se puedan apoyar en datos comprobables
- 5) No utilizar lenguaje vago
- 6) Los calificativos personales no tienen cabida
- 7) Un informe no es la oportunidad de exponer los personales recursos literarios del autor
- 8) Hacer referencia tanto a aspectos positivos como negativos del funcionamiento del cliente
- 9) Los manuales a la hora de interpretar sirven de referencia
- 10) Los dictámenes que se hagan deben realizarse directamente, sin rodeos

Bibliografía

Brunete; M., Esteban, V.; Fernández, T.; Noriega, A.; Ortega, M.; Santacruz, D. (s.f.). **CÓMO ESCRIBIR UN INFORME PSICOLÓGICO**. Centro de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. España

Pérez, E.; Muñoz, M.; Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales) **PAPELES DEL PSICÓLOGO**, vol. 24, núm. 86, septiembre-diciembre, pp. 48-60 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.

El informe y la comunicación de los resultados de la evaluación. Tomado de www.uhu.es/susana_paino/EP/Informe.pdf

MODELOS PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES

INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Ciudad y fecha

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

4. ANTECEDENTES (familiar, personal, farmacológico, quirúrgico, médico, terapéutico, evolutivo)

5. PROCESO DE EVALUACIÓN: Número de entrevistas realizadas, nombre y breve descripción de los instrumentos de evaluación utilizados

6. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

10. CONCLUSIONES

11. RECOMENDACIONES

12. *Cierre del informe psicológico*

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

13. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la evaluación

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo encargado de la IPS

INFORME DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Ciudad y fecha

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la intervención:

Fecha de inicio del proceso de intervención::

Fecha de finalización del proceso de intervención:

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

4. PROCESO DE INTERVENCIÓN: Número de entrevistas (sesiones) realizadas, nombre y breve descripción de los instrumentos de evaluación en el evento que se hayan utilizado.

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

6. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ACORDADOS CON EL (LA) CONSULTANTE

7. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PROPUESTAS E IMPLEMENTADAS EN EL TRATAMIENTO (de acuerdo con el modelo teórico orientador: cognitivo conductual / sistémico)

8. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

9. CONCLUSIONES



10. RECOMENDACIONES

11. *Cierre del informe psicológico*

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

12. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la intervención

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo encargado de la IPS

INFORME DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Ciudad y fecha

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

4. ANTECEDENTES (familiar, personal, farmacológico, quirúrgico, médico, terapéutico, evolutivo)



5. PROCESO DE INTERVENCIÓN: Número de entrevistas (sesiones) realizadas, nombre y breve descripción de los instrumentos de evaluación en el evento que se hayan utilizado.
6. PROCESO DE EVALUACIÓN: Si en el proceso de intervención se realizó evaluación psicométrica se deben enunciar las pruebas aplicadas y el proceso de evaluación realizado.
7. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA
8. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)
11. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ACORDADOS CON EL (LA) CONSULTANTE
12. TÉCNICAS DE INTEVENCIÓN PROPUESTAS E IMPLEMENTADAS EN EL TRATAMIENTO (de acuerdo con el modelo teórico orientador: cognitivo conductual / sistémico)
13. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN
14. CONCLUSIONES
15. RECOMENDACIONES
16. *Cierre del informe psicológico*

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

17. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la evaluación

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo encargado de la IPS

INFORME PSICOLÓGICO DE EVALUACIÓN FAMILIAR

El presente informe de Atención Psicológica, se elabora y se entrega a petición de **XXXXXX (persona que solicitó la valoración)**, fechado **XXX (día / mes / año)**, quién lo solicita para efectos de **XXXX (motivo por el cual se solicitó la valoración)**, de **NOMBRE DEL CONSULTANTE / O INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE ASISTEN**, identificado con

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. de XXXX, acompañado por XXXX (persona que acude al proceso).

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE ÍNDICE:

Nombre Completo:

Documento de Identidad:

Fecha y lugar de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. ENTIDAD QUE REMITE Y MOTIVO DE REMISIÓN:

4. OBJETIVO DE LA VALORACIÓN FAMILIAR:

5. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR: tipología familiar, subsistemas presentes, relaciones entre subsistemas, manejo de normas, límites, correctivos, clima familiar general.

6. ANTECEDENTES

7. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA CONSULTANTE

8. OBJETIVOS INTERVENTIVOS

9. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO REALIZADO

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cierre del informe psicológico

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

11. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la intervención

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo encargado de la IPS

EJEMPLO DE INFORMES

INFORME DE RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLÓGICA ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS IV (WISC-IV)

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: XXXXXXXX

Fecha de Nacimiento: XX de Marzo de XXXX

Edad: 13 años

Género: Masculino

Escolaridad: Sexto Bachillerato

Fecha de Aplicación: 28 de Abril del 2017

No. de sesiones: 3

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

III. REMITIDO POR: Psicóloga XXX, Psicóloga equipo 5, convenio ICBF- Comfenalco, 5 de abril del 2017.

IV. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

Determinar el coeficiente intelectual mediante la aplicación de la Escala de Inteligencia de Weschler para Niños IV (WISC-IV), de tal manera que se pueda conocer el nivel de capacidad intelectual.

V. ANTECEDENTES

Familiar: Se reporta un antecedente de Déficit Cognitivo por parte de su progenitora y hermana menor. En aspectos familiares, hace aproximadamente 2 años XXX no vive con sus padres y se encuentra bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), al ubicarlo en un hogar sustituto mientras se define su situación definitiva dentro del proceso administrativo que garantice el restablecimiento de sus derechos; de esta manera, el menor fue reubicado el 24 de marzo del presente año en el actual hogar en que reside.

Personal: El menor refiere sentirse triste y tener dificultades para relacionarse con sus nuevos compañeros de clase.

Farmacológico: No registra

Quirúrgico: No registra.

Médico: Se reporta que en el momento en que el ICBF tomó la custodia del joven, este presentaba desnutrición.

Terapéutico: No registra.

Evolutivo: No registra.

VI. OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

Durante la aplicación de la prueba WISC- IV el consultante se muestra colaborador. Establece contacto visual con la evaluadora, sin embargo no es permanente; presta atención a las indicaciones dadas, efectúa las tareas que se le asignan, se muestra interesado en completar de forma correcta las subpruebas diseño de cubos, claves y búsqueda de símbolos. Se evidencia un cierto nivel de dificultad al momento de realizar las subpruebas: retención de dígitos, vocabulario, sucesión de números y letras y comprensión. Cabe resaltar que el joven se mostraba motivado en completar las actividades fijadas, no obstante, no lo realizaba dentro del marco de tiempo estipulado por la prueba. Si bien, XXX se mostraba motivado y atento ante las instrucciones dadas, su expresión facial denotaba tristeza y, en ocasiones, mostraba afectividad aplanada.

VII. PRUEBAS APLICADAS Y DESCRIPCION:

Dentro del proceso de evaluación se empleó como instrumento, la Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV).

VIII.RESULTADOS

NOTA: EN ESTE EJEMPLO, EL INFORME ESTÁ DIRIGIDO A UNA PSICÓLOGA, POR ESO ES CONVENIENTE UBICAR ESTA INFORMACIÓN PSICOMÉTRICA. SI EL INFORME VA DIRIGIDO A LOS PADRES O PROFESORES, LOS RESULTADOS DEBEN PRESENTARSE DE OTRA MANERA, EN UN LENGUAJE CLARO Y ENTENDIBLE PARA ELLOS Y NO EN EL LENGUAJE PSICOMÉTRICO Y TÉCNICO.

PUNTUACIONES DEL WISC- IV OBTENIDAS POR EL PACIENTE

índice/test	puntuación	Intervalo	percentil	Categoría
Comprensión verbal	81	75-89	10	Promedio bajo
Semejanzas	8	-		
Vocabulario	5	-		
Comprensión (Información)	7	-		
(Palabras en contexto)	-	-		
Razonamiento Perceptivo	79	76-88	8	Límite
Cubos	5	-		
Conceptos con dibujos	7	-		
Matrices (Figuras incompletas)	8	-		
Memoria de trabajo	65	60-75	1	Muy Bajo
Dígitos	2	-		
Números y letras (Aritmética)	6	-		
Velocidad de procesamiento	62	58-76	1	Muy Bajo
Claves	1	-		
Búsqueda de símbolos (Registros)	5	-		

CI total	68	64-74	2	
Índice de Capacidad General	68	64-74		Muy Bajo

IX .ANALISIS DE RESULTADOS

En la Escala del WISC – IV, XXX obtuvo un **CI total de 68**, con un intervalo de confianza de **64-74** y un rango percentil **2** que lo ubica en la categoría **Muy Bajo**.

Al valorar los elementos que componen la prueba, se observa el **índice de Comprensión Verbal (CV)**, con un puntaje de **81** y un **intervalo de 75-89** que corresponde a Promedio Bajo. Este índice se ha evaluado mediante tareas que le exigían definir palabras (Vocabulario, Pe = 5), expresar similitudes conceptuales entre palabras (Semejanzas, Pe = 8) y responder a cuestiones que implican conocimiento de principios generales y situaciones sociales (Comprensión, Pe = 7). Por lo tanto, presenta dificultad en la capacidad frente al razonamiento con información previamente aprendida, adquisición de información y conocimientos generales que ha tomado de su medio, y la capacidad para recordar y evocarlos, empleando la memoria a largo plazo. Así mismo se encontró un nivel promedio bajo en inteligencia cristalizada, que indica la baja capacidad de relacionar los estímulos recibidos con los conocimientos previos y la experiencia dentro del contexto. Se evidenció así mismo, índices bajos en adecuación en las tareas que implican la capacidad de comprensión verbal, el juicio social o sentido común, conocimiento de normas convencionales de conducta, juicio moral y ético, evaluación de situaciones sociales y expresión verbal.

En el índice de **Razonamiento Perceptual (RP)**, el valor obtenido por el evaluado fue de **79** y un **intervalo de 76-88**, y se clasifica en Límite; es una medida del razonamiento fluido, el procesamiento espacial y la integración viso motora del paciente. Esta capacidad se ha evaluado mediante tres pruebas: Cubos (Pe = 5), en la que tuvo que reproducir un modelo construido empleando cubos, Conceptos (Pe = 7), tarea consistente en seleccionar el dibujo de un grupo que no forma parte del mismo, y Matrices (Pe = 8), prueba muy adecuada para evaluar la inteligencia fluida consistente en completar un matriz.

El resultado obtenido por el evaluado entre las tres tareas, evidencia dificultad en aptitud en el razonamiento viso-espacial y habilidad en tareas que implican organización perceptual, así como baja capacidad de síntesis, análisis, coordinación viso motora, visualización espacial y conceptualización abstracta. De esta manera, la habilidad para percibir detalles en estímulos visuales y de jerarquizar los importantes de los menos significativos, es límite.

En el índice de **Memoria de Trabajo (MT)**, obtuvo un puntaje de **65** con un intervalo de **60-75** lo que indica una puntuación Muy Bajo en las dos subpruebas Retención de dígitos (Pe=2), Sucesión de Números y Letras (Pe=6), lo que indica mayor dificultad en la manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo, formación de imágenes viso espaciales y velocidad de procesamiento.

Finalmente, en el índice de **Velocidad de Procesamiento**, obtuvo un puntaje de **62** que se ubica en un **intervalo de 58-76** el cual lo sitúa en un nivel de puntuación Muy Bajo. En este índice no predominaron habilidades a nivel personal debido a que los puntajes obtenidos por el niño en las dos subpruebas Claves (Pe=1) y Búsqueda de Símbolos (Pe=5), arrojan un rendimiento bajo, lo que indica que presenta baja capacidad para

explorar, ordenar, secuenciar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz.

X.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

XXXX, con una edad cronológica de XX años, XX meses y XX días, consiguió un índice de Comprensión Verbal de 81, del mismo modo, el índice de Razonamiento Perceptual logró un puntaje de 79. Por otro lado, en el índice de Memoria de Trabajo alcanzó un puntaje de 65 y por último en la categoría Velocidad de Procesamiento de 62, lo que quiere decir que todas las pruebas se ubican entre Muy Bajo / Promedio Bajo. De la misma manera, obtuvo un CI Total de 68 dentro del intervalo de confianza de 64-74, el desempeño general de la prueba se clasifica según el Manual de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños IV como Muy Bajo.

Es decir, en relación con niños de una edad comparable, XXX, tiene actualmente un funcionamiento Muy Bajo en una medida estandarizada de la capacidad intelectual.

RECOMENDACIONES:

- Se solicita realizar valoración desde el área de psicopedagogía con el fin de explorar estrategias básicas para el aprendizaje así como hábitos de estudio, con el fin de desarrollar estrategias que permitan fortalecer las capacidades de XXX, para así lograr enriquecer el proceso de aprendizaje.
- Se recomienda realizar una evaluación por neurología en las subescalas memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, asimismo, realizar actividades que permitan el desarrollo de éstas.
- Debido a los cambios abruptos frente a las tres reubicaciones familiares realizadas en los últimos 2 años, el cambio de colegio y la dificultad que XXX afirma tener para conocer y relacionarse con nuevas personas, es importante tener en cuenta los procesos de adaptación del joven en el entorno familiar y escolar, así como su estado emocional al momento de evaluar su coeficiente intelectual.

Cierre del informe psicológico

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial

FIRMAS

XXXX

Psicóloga en Formación
Practicante Psicología área Clínica IPS UPB

XXX

Psicóloga Encargada IPS UPB
Reg. No. XXXXX

XXX

Supervisora de Práctica.
Reg. No. XXX

EJEMPLO DE INFORME DE VALORACIÓN FAMILIAR

INFORME DE VALORACIÓN FAMILIAR

El presente informe de Atención Psicológica, se elabora y se entrega a petición de XXXXXX (, fechado el XX de XXX de XXX, quién lo solicita para efectos de CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA A VALORACIÓN Y TERAPIA PSICOLÓGICA, del niño XXXX, identificado con Tarjeta de Identidad XXXXXX de XXXX, acompañado por su progenitora XXXX, identificada con Cédula de Ciudadanía XXXXX de XXXXX.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE ÍNDICE:

Nombre Completo: XXXX

Tarjeta de Identidad: XXXX

Fecha de Nacimiento: XXXXXX de 2007

Edad: 8 años

Escolaridad: II Básico

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

III. REMITIDO POR:

XXXXX – Operador Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

La remisión es debida a problemas de comportamiento en el niño, el cual reacciona de manera violenta, utiliza un lenguaje agresivo con los pares y tiene dificultades en el respeto de la disciplina.

IV. OBJETIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO:

XXXXXX es remitido con el objetivo de realizar un acompañamiento psicológico que busque mejorar su comportamiento.

V. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR:

XXXX vive en familia monoparental, conformada por madre de 41 años, una hermana de 21 años y un hermano de 11 años. Otro hermano de 13 años vive actualmente con la familia de su madrina. Los contactos con el padre de XXXX son esporádicos, desde la separación de los padres, ocurrida en los primeros años de vida del niño.

En el subsistema materno-filial son presentes dificultades relativamente al respeto de la disciplina, mientras el ejercicio de la autoridad es compartido entre la madre y la hermana mayor. En la relación entre las dos mujeres se manifiestan conflictos intergeneracionales que generan tensiones emocionales fuertes. También, en el subsistema fraterno, se evidencia una relación conflictiva entre XXXXX y su hermana mayor. El origen de los conflictos fraternos reposa en el difícil manejo de la disciplina impartida por la hermana al hermano menor y la desobediencia de éste último.

Las relaciones con la familia extensa son escasas. Sin embargo, la relación entre la madre y dos de sus hermanas representa una fuente de apoyo emocional y material muy importante para toda la familia.

VI. ANTECEDENTES:

En 2014, la madre recibió un diagnóstico de cáncer, que actualmente se encuentra en un estado muy avanzado y grave. Esta situación dolorosa y angustiante para todos los integrantes del sistema familiar y el debilitamiento físico de la madre han generado cambios importantes en la estructura y en la dinámica familiar, pues el ejercicio de la autoridad se fue en parte trasladando de la madre hacia la hija mayor de 21 años. Además, la incapacidad laboral provocada por la enfermedad significó una pérdida significativa de los ingresos para el sostenimiento familiar y, por lo tanto, el rol de proveedor económico fue asumido por la hija mayor. Durante los últimos 7 años, la familia ha cambiado diferentes veces su domicilio en sectores vulnerables de la ciudad y vive con escasos recursos económicos y materiales.

Actualmente, XXXX es remitido a acompañamiento psicológico por presentar un comportamiento disruptivo tanto en el contexto educativo de la Institución XXXX como en la casa. La madre refiere reacciones violentas con los pares cuando el niño ve perjudicados sus intereses personales, un lenguaje agresivo hacia los demás y dificultades en el respeto de la disciplina impartida en el hogar.

No es la primera vez que la familia asiste a acompañamiento psicológico, sin embargo en las ocasiones anteriores no se ha logrado un mejoramiento significativo del comportamiento.

VII. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA CONSULTANTE:

A la consulta asiste el sistema familiar conformado por XXX (identificado como paciente índice), su progenitora y, a partir de un segundo momento, su hermano de 11 años. En consulta, la familia muestra una actitud general de colaboración, es recursiva y participa activamente en las actividades propuestas durante las sesiones. Se evidencia también un trato amoroso y una comunicación respetuosa entre los miembros de la familia. Se observa una variación adecuada de los afectos, de acuerdo al tipo de tema abordado y al contenido emocional relacionado.

La exploración de los diferentes puntos de vista sobre el modo de vivir y de entender los problemas de comportamiento de XXXX, permite evidenciar en el niño una narrativa personal centrada en los aspectos negativos de su conducta. El niño se autodescribe como “agresivo, violento y desobediente”. En cambio, la narrativa de la madre se enfoca en un sentimiento de impotencia frente al difícil manejo de la disciplina y del respeto en la casa y en la imposibilidad de seguir asumiendo el rol de madre cabeza de hogar de la misma manera antecedente el diagnóstico de cáncer.

VIII. OBJETIVOS INTERVENTIVOS:

Se considera importante:

- Abordar las narrativas familiares dominantes y favorecer la construcción de un discurso más apreciativo e incluyente sobre la personalidad y las cualidades de los integrantes del sistema familiar, en particular del niño (paciente índice).
- Resignificar el síntoma del paciente índice de acuerdo con el contexto de vida y el tipo de interacciones familiares.
- Acompañar al paciente índice en la búsqueda de comportamientos alternativos cuando se siente invadido por la cólera.

- Acompañar a la madre en la búsqueda de estrategias educativas alternativas que permitan una reafirmación de su rol de autoridad materno y una mejor relación con los hijos.
- Fortalecer los vínculos entre los miembros de la familia y ayudarla a restablecer sentimientos de protección y seguridad.

IX. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO REALIZADO:

Se realizaron seis encuentros de una hora y media (1h30) cada uno y con frecuencia semanal. Se citaron a consulta XXX y su progenitora. A partir del segundo encuentro, se involucró también al hermano de 11 años.

En cada encuentro, se acordaron aproximadamente 30 minutos de coloquio individual con la madre, con el fin de ofrecer un espacio de apoyo para la madre. Durante este tiempo, los niños pudieron descansar en un salón de juegos adyacente, antes de ser llamados nuevamente en consulta para realizar el cierre del encuentro.

A continuación, se muestra un cuadro con las consultas a las que ha asistido la familia en mención:

Número de sesión	Fecha
1	Octubre XX de XXX
2	Octubre XX de XXX
3	Noviembre XX deXXX
4	Noviembre XX deXXX
5	Noviembre XX deXXX
6	Noviembre XX deXXX

Con la familia, se exploraron las pautas relacionales que favorecen el persistir de las conductas problemáticas en el niño. Se identificaron las diferentes emociones que subyacen estas dinámicas relacionales y su conexión con los cambios provocados por la

situación de salud crítica de la madre. Con ambos niños, se identificaron estrategias alternativas para el manejo de la rabia y de la agresividad, utilizando técnicas de exteriorización, dibujos y cuentos infantiles.

Para el manejo de la disciplina en la casa y para el restablecimiento del rol de autoridad de la madre, se co-construyeron estrategias para volver explícitas y claras las normas de comportamientos y los relativos premios y sanciones.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La familia participa al proceso de intervención de manera constante y comprometida.

En los últimos encuentros, se resalta en el discurso y en la actitud de la madre una comprensión más completa y empática de las dificultades de comportamiento del hijo. Así, la aceptación de XXXXX en el contexto familiar se hizo más evidente y permitió que el niño se involucrara fácilmente en el proceso interventivo sin sentirse juzgado negativamente.

Los niños se mostraron partícipes y propositivos en las actividades y manifestaron ser más comprensivos, empáticos y solidarios entre hermanos.

La familia implementó en su vida cotidiana los aprendizajes y las estrategias elaboradas y discute sobre los logros y los aspectos a mejorar.

Dada la participación conjunta de los niños y de la madre en la formulación de reglas y normas de comportamiento, se observó un mayor compromiso por parte de los niños con el respeto de estas normas y se evidenció un más evidente liderazgo de la madre.

El poder expresar las dificultades y los dolores individuales y familiares en un contexto de confianza permitió observar una mayor cohesión y cercanía entre los integrantes del sistema familiar, elemento importante para fortalecer la seguridad y el rol protector del vínculo primario entre madre e hijos.

Las dificultades en el manejo de la agresividad y el consiguiente comportamiento disruptivo del paciente índice no han todavía mostrado un mejoramiento significativo en todos los ámbitos. Sin embargo, los cambios observados a nivel del sistema relacional familiar y en las narrativas familiares son fundamentales para lograr ulteriores mejoramientos. Por lo tanto, se recomienda continuar con un proceso interventivo que

abarque la problemática del paciente índice teniendo en cuenta de la difícil y dolorosa situación que la familia está enfrentando y de los otros factores contextuales que afectan el desarrollo familiar.

Cierre del informe psicológico

La anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial.

XI. FIRMAS

XXXXXXXX

Psicóloga Practicante

Reg. No

Ps. XXXXX

Supervisora de Práctica

Ps. XXXX

Encargada IPS UPB

Reg. No

Anexo 12. Formato agendas personalizadas



FORMATO ASIGNACIÓN DE CITAS

Código: PS-FO-075

Versión: 02

Psicólogo(a):		Semana del		al		Mes:		Año:	
DÍA	HORA	PACIENTE	TELÉFONO	ASISTIÓ		ENTIDAD			
				SI	NO				
LUNES	7:30 - 8:00								
	8:00 - 9:00								
	9:00 - 10:00								
	10:00 - 11:00								
	11:00 - 12:00								
	12:00 - 12:30								
	12:30 - 1:30								
	1:30 - 2:00								
	2:00 - 3:00								
	3:00 - 4:00								
	4:00 - 5:00								
	5:00 - 5:30								
5 - 6 p.m.									
MARTES	7:30 - 8:00								
	8:00 - 9:00								
	9:00 - 10:00								
	10:00 - 11:00								
	11:00 - 12:00								
	12:00 - 12:30								

	12:30 - 1:30						
	1:30 - 2:00						
	2:00 - 3:00						
	3:00 - 4:00						
	4:00 - 5:00						
	5:00 - 5:30						
	MIÉRCOLES	7:30 - 8:00					
8:00 - 9:00							
9:00 - 10:00							
10:00 - 11:00							
11:00 - 12:00							
12:00 - 12:30							
12:30 - 1:30							
1:30 - 2:00							
2:00 - 3:00							
3:00 - 4:00							
4:00 - 5:00							
5:00 - 5:30							
JUEVES		7:30 - 8:00					
		8:00 - 9:00					
	9:00 - 10:00						
	10:00 - 11:00						
	11:00 - 12:00						
	12:00 - 12:30						
	12:30 - 1:30						
	1:30 - 2:15						
	2:15 - 2:30						
	2:30 - 3:15						

	3:15 - 3:30					
	3:30 - 4:15					
	4:15 - 4:30					
	4:30 - 5:15					
	5:15 - 5:30					
VIERNES	7:30 - 8:00					
	8:00 - 9:00					
	9:00 - 10:00					
	10:00 - 11:00					
	11:00 - 12:00					
	12:00 - 12:30					
	12:30 - 1:30					
	1:30 - 2:00					
	2:00 - 3:00					
	3:00 - 4:00					
	4:00 - 5:00					
	5:00 - 5:30					