

**PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL MODELO
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL
CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE PIEDECUESTA**

**TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD PASANTÍA PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

INFORME DE PASANTÍA

KATHERINE SARMIENTO GALVIS



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA- BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2011**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL MODELO
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL
CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE PIEDECUESTA**

TRABAJO DE GRADO

**EN MODALIDAD PASANTÍA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

INFORME DE PASANTÍA

KATHERINE SARMIENTO GALVIS

DIRECTOR

PEDRO PABLO OCHOA



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA- BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2011**

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
RESUMEN	6-8
JUSTIFICACIÓN	9-10
OBJETIVOS	11
Objetivo General	
Objetivos específicos	
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	12-13
MARCO TEÓRICO	14-20
Terapia cognitivo-conductual	
Lenguaje	
Dificultades en el aprendizaje	
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO	21
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	22-29
DISCUSIÓN	30-32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33-34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXOS	36-44

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Formato de historia clínica

Anexo 2: Ejemplo de informe psicológico

Anexo 3: Ejemplo de informe de resultados del WISC R

Anexo 4: Consentimiento informado Infancia-adolescencia y adultos

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortaleza y la sabiduría necesarias para afrontar todos los obstáculos que se presentan en el camino.

A mis padres, por brindarme el apoyo incondicional para hacer de esta experiencia una de las mejores de mi vida no solo como profesional sino como persona.

A mi familia, que siempre me ha transmitido los mejores valores y la creencia en mis capacidades, permitiéndome ser mejor cada día.

A la Universidad Pontificia Bolivariana, por darme la oportunidad de pertenecer a una entidad que no solo forma profesionales sino seres humanos con calidad y excelencia humana.

Y a todas aquellas personas, que nos vamos encontrando en el camino y que con su compañía, apoyo y enseñanzas me permitieron crecer cada día, afrontar las situaciones difíciles y levantarme sabiendo que siempre existiría una luz en el camino y que a través de su valor espiritual hacen que las adversidades puedan ser superadas, puesto que para Dios no hay imposibles.

Gracias...

RESUMEN

El presente informe tiene como finalidad dar a conocer la información recolectada durante la realización del trabajo de grado en modalidad pasantía en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, durante el primer semestre del año en curso. El programa que se desarrolló tuvo como nombre: “Programa de Atención Psicológica bajo el modelo cognitivo-conductual para la población atendida en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta”. El número de consultantes que solicitaron el servicio psicológico fue de 77, de los cuales 41 eran remitidos por las instituciones educativas y 36 eran particulares. De estos 77 consultantes, 52 pertenecían al género masculino y 25 al género femenino. Dentro del servicio psicológico que se realizó, se trabajaron 2 orientaciones profesionales a bachilleres que deseaban conocer en que carreras profesionales se adecuaba su perfil y también se realizaron 6 valoraciones psicológicas para procesos de matriculas en los que se evaluaría la conducta y personalidad de los aspirantes a las instituciones que tenían convenios con el Centro de Proyección Social. El 47% de los consultantes pertenecían a la categoría de infantes (2-11 años), siendo esta la mayor población atendida, el 38% pertenecían a la categoría de adolescentes (12-17 años) y por último el 15 % pertenecían a la categoría de adultos jóvenes (18-39), los cuales hacen referencia a los rangos de edad de consultantes atendidos. Las hipótesis diagnosticas de mayor reincidencia fueron: la agresividad (31 consultantes), bajo rendimiento académico (19 consultantes), aislamiento (17 consultantes) y por ultimo dificultades del aprendizaje (8 consultantes).

Dichos datos validan los resultados expuestos en informes pasados y dejan entrever la importancia que sigue teniendo el hecho de fortalecer las acciones en el trabajo con la población infantil y adolescente en materia de, promoción y prevención e intervención, enmarcadas en el modelo cognitivo-conductual desde el cual, se resaltan la reestructuración cognitiva, la terapia racional emotiva, la terapia de resolución de problemas, la terapia de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de estudio, refuerzo positivo, la psicoterapia y la vinculación con redes de apoyo. La iniciativa de trabajar dichas temáticas surge a través de las problemáticas que se presentan en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta. En conclusión la utilización del enfoque cognitivo-conductual permite debido a su

eficacia, eficiencia y versatilidad ajustarse a las situaciones y problemáticas encontradas.

PALABRAS CLAVES: Enfoque cognitivo-conductual, atención psicológica, dificultades en el aprendizaje, pautas de crianza, estrategias, habilidades sociales, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, hipótesis diagnósticas, consultantes.

AUTOR (A): Katherine Sarmiento Galvis

DIRECTOR (A): Pedro Pablo Ochoa

FACULTAD: Psicología

ABSTRACT

The objective of this report is to announce the information gathered during the realization of the grade work in modality internship at the Center of Social Projection of Piedecuesta, during the first semester of the school year. The program that was developed was named "Psychological Care Program under the cognitive-behavioral model for the population served at the Center of Social Outreach of Piedecuesta". The number of patients who sought psychological support was 77, of which 41 were referred by educational institutions and 36 were private individuals. Of these 77 patients, 52 were males and 25 were females. Within the psychological service that was carried out, 2 were high school guidance counselors who wanted to know which careers suited their profile, and 6 psychological assessments also were carried out for the processes of registering those who would have their behavior and personality evaluated from the applicants of the institutions that had agreements with the Center of Social Projection. 47% of the consultants belonged to the category of infants (2-11 years), this being the biggest assisted population, 38% belonged to the category of adolescents (12-17 years) and lastly 15% belonged to the category of young adults (18-39), which makes reference, to the ranges of assisted patients age's. The diagnostic hypothesis of the greatest recidivism were: aggressiveness (31 patients), low academic yield (19 patients), isolation (17 patients) and finally, learning difficulties (8 patients).

These data validate the results presented in prior reports and hint at the continuing importance of the fact that strengthening the actions in working with children and adolescents in terms of promotion and prevention and intervention, framed in the cognitive-behavioral model, which highlights restructuring cognitive, rational emotive therapy, the therapy of problem resolution, self-control therapy, training in social abilities, technical study, positive reinforcement, psychotherapy and linking with support networks. The initiative of working with these issues arises through the problems that are presented at the Center of Social Outreach of Piedecuesta. In conclusion, the use of the cognitive-behavioral model allows for effectiveness, efficiency and versatility to adjust to situations and problems encountered.

KEY WORDS: Cognitive-behavioral approach, counseling, learning difficulties, rules of upbringing, strategies, social skills, problem-solving, cognitive restructuring, rational emotive therapy, diagnostic hypothesis, consultants.

AUTHOR: Katherine Sarmiento Galvis

DIRECTOR: Pedro Pablo Ochoa

FACULTY: Psychology

JUSTIFICACIÓN

La Psicología permite trabajar de manera holística en relación a las estrategias de intervención que se realicen con los consultantes, permitiendo que se ajuste de manera adecuada a cada problemática una serie de estrategias de intervención.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, realizado por el Ministerio de la Protección Social con el apoyo de la OPS, al menos 40% de los colombianos ha tenido alguna vez un trastorno mental, siendo los más frecuentes: trastornos de ansiedad 24.0 %, trastornos del afecto 13.9 %, uso de sustancias psicoactivas 10.7 % e ideación suicida 12.3%. Por otra parte, uno de los datos más preocupantes del estudio es que sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibió algún tipo de atención y la situación se agrava en cuanto a atención especializada, pues solamente una de cada 20 personas, con tres o más trastornos, recibieron atención psiquiátrica.

Por consiguiente se hace necesario brindar a las instituciones encargadas de ofrecer este servicio psicológico, las herramientas o estrategias necesarias para el total abordaje de dichas problemáticas relacionadas con la salud mental de los consultantes.

Ahora bien, el Centro de Proyección Social, cuenta con el servicio de Psicología, ofreciendo atención individual, grupal, terapia de pareja, intervenciones familiares, evaluaciones psicológicas y orientación profesional, las cuales requieren de un enfoque holístico que permita la intervención a través de múltiples estrategias que abarquen las problemáticas mencionadas anteriormente. Durante el proceso de Pasantía que se realizó en el Centro de Proyección Social se identificaron problemáticas en relación a: pautas de crianza inadecuadas, dificultades en el aprendizaje, trastornos del aprendizaje y dificultades en la expresión del lenguaje, los cuales por medio del enfoque cognitivo- conductual pueden ser trabajados con óptimos resultados.

Debido a que la demanda de población con la que se trabaja en el Centro de Proyección Social es alta, se hace necesario el apoyo de un pasante en psicología que cubra gran parte del tiempo requerido para trabajar con dicha población, puesto que las labores de los estudiantes de práctica, se reducen a 3 meses y medio por semestre, con un horario de 20 horas semanales; mientras que el pasante alcanza a cubrir 6

meses con una intensidad semanal de 40 horas, en otras palabras fortalece y ofrece disponibilidad de tiempo completo en el Centro de Proyección Social. También es importante mencionar la importancia de contratar a un Psicólogo de planta, puesto que debido a esta demanda de población se necesita el apoyo de personal constante y permanente; que este en total disposición, capacidad y experiencia para el trabajo que se realiza junto con los practicantes y los pasantes.

Siguiendo el orden de ideas, se ha creado la propuesta “programa de atención psicológica bajo el modelo cognitivo-conductual para la población atendida en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta” como proyecto de grado en modalidad pasantía. El enfoque escogido se debe a la alta efectividad y eficiencia de sus procesos interventivos y a la confiabilidad científico-técnica que ofrece. Según Chambless & Ollendick (2001), los procedimientos y técnicas cognitivo-conductuales son las intervenciones de elección específicas más útiles y efectivas para la mayor parte de los problemas de salud mental, tanto en adultos como en niños.

Como conclusión, es importante resaltar que dicho programa de atención psicológica, se planteó en base a las necesidades que presentaba el Centro de Proyección Social en la atención psicológica como lo son: 1. Asesoría psicológica para los estudiantes remitidos de las instituciones académicas en convenio con el Centro de Proyección Social; 2. Asesoría psicológica para las personas particulares que asisten al Centro de Proyección Social por diferentes problemáticas; 3. Brindar estrategias en las dificultades en el aprendizaje que se relacionan con el bajo rendimiento académico y la deserción de la misma en dichas instituciones; 4. Brindar estrategias en pautas de crianza, que permitieran desde casa una serie de reglas, normas y límites que los consultantes carecían para el normal y buen desarrollo en diferentes contextos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Fortalecer el trabajo psicoterapéutico en los ambientes académicos, familiares, personales y sociales de la población atendida en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, generando estrategias de resolución y afrontamiento a los conflictos o situaciones problemas que se desencadenan en la vida diaria de la población, permitiendo acciones preventivas en futuros trastornos y déficits que impidan un mejor desenvolvimiento en el desarrollo.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar las principales situaciones por las cuales la población asiste a consulta al Centro de Proyección Social.
- ✓ Implementar estrategias de solución de problemas que le permitan a los consultantes un mejor abordaje del problema.
- ✓ Fortalecer acciones preventivas en las familias, en relación a conflictos familiares y problemas paternos filiales.
- ✓ Intervenir de manera grupal e individual con el núcleo familiar en la problemática que presente la población asistente.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, busca abrir un espacio donde los estudiantes de las diferentes facultades formen equipos interdisciplinarios que participen en proyectos de desarrollo social. Buscando sensibilizar a los estudiantes en un contexto comunitario, donde ejerzan su profesión con el propósito de transformar el mundo a través de una mejor calidad humana.

Dentro de su misión, El Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, busca orientar y desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad, por lo tanto tiene como visión, ser punto de referencia donde converja la comunidad Piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la Universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos.

De acuerdo con la misión de la Universidad Pontificia Bolivariana, que es la formación integral de las personas que la constituyen, mediante la evangelización de la cultura, la búsqueda constante de la verdad, en los procesos de docencia, investigación, proyección social y la reafirmación de los valores desde el humanismo cristiano, para el bien de la sociedad, el Centro de Proyección Social infunde los siguientes valores:

- El compromiso con la sociedad y el desarrollo de las comunidades.
- El reconocimiento y el respeto de los seres humanos.
- La vocación de servicio.
- La honradez.
- La solidaridad.
- La justicia.
- La creatividad e innovación, liderazgo y lealtad.
- La eficiencia, el ordenamiento y equidad de los recursos humanos.

El Centro de Proyección ha desarrollado diversos proyectos y servicios sociales abordados desde una mirada interdisciplinaria que permite el trabajo coyuntural de carreras como Psicología, Comunicación Social, Derecho, e Ingeniería Industrial y Civil, presentándose de la siguiente manera:

PSICOLOGÍA: Brinda acompañamiento psicológico a personas que no tienen acceso a este servicio. Desarrollo de proyectos psicosociales a los diferentes colegios públicos en el municipio de Piedecuesta y veredas aledañas, realizando talleres a estudiantes, docentes y padres de familia.

FORMACIÓN HUMANÍSTICA: Brinda acompañamiento y apoyo al sector educativo, donde se determinan estrategias pedagógicas, procesos de reconocimiento y confrontación con la realidad social. Además ofrece asesoría en relaciones interpersonales en problemáticas de relación escuela- familia- sociedad.

CIENCIAS BÁSICAS: Ofrece la realización de cursos preparativos para la presentación del ICFES a los estudiantes de Piedecuesta y Veredas aledañas que desean reforzar sus conocimientos.

CONSULTORIO JURÍDICO: Ofrece a la comunidad de Piedecuesta asesorías, designación de apoderados judiciales, ante las personerías, comisarías de familia e inspecciones de policía, Fiscalías locales, procuraduría y Juzgados Municipales.

Dentro de los casos que se atienden en el consultorio jurídico de la UPB están:

Acciones Populares.

Acciones de Tutela.

Derechos de Petición. Asesorías Integrales.

COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO: Realiza estudios de identificación y posicionamiento del CPS en el Municipio de Piedecuesta. Además acompaña y realiza registros fotográficos y fílmicos de los diferentes proyectos que se llevan a cabo con las diferentes facultades.

INGENIERÍA INDUSTRIAL: Desarrolla proyectos de productivos hacia los sectores más vulnerables del municipio de Piedecuesta. Además brinda acompañamiento a las famiempresas y dirige a la empresa de confecciones Unik's.

INGENIERÍA CIVIL: Realiza acompañamiento y asesoría a la población que requiere la legalización de planos y levantamiento de los mismos en construcciones que deben ser legalizadas ante la oficina de Planeación Municipal.

MARCO TEÓRICO

ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL

Hoy en día, la terapia cognitivo-conductual se ha convertido en una opción efectiva y eficiente para el tratamiento de múltiples perturbaciones psicológicas. “La Psicoterapia Cognitiva es la escuela clínica que más creció en las últimas décadas, esto se debe fundamentalmente a la validación científica que muestra de una manera clara e inequívoca los logros, mejorías y curaciones que se obtienen con este modelo” (Beck, J; 2000).

Si bien, se han diseñado intervenciones de corte empírico para trastornos psicológicos específicos, todo terapeuta en ejercicio coincidirá en que es poco frecuente el “clásico paciente de libro de texto”. En otras palabras, debido a enormes variaciones de factores referentes tanto al entorno del paciente como al ambiente mismo (ej.: raza, edad, religión, posición económica, diagnósticos comorbidos, gravedad de síntomas, etc.), incluso entre personas que asisten a consulta externa con el mismo problema o diagnóstico, los tratantes se dan cuenta de que necesitan ajustar su tratamiento a las características y circunstancias únicas de un paciente determinado (Nezu, Nezu y Lombardo; 2006, p. IX).

Es de esta forma que las herramientas cognitivo-conductuales, nos empiezan a dar una serie de técnicas adecuadas y asociadas a un déficit específico que esté afectando la calidad de vida y el desarrollo del ser humano.

Según Beck, (1967-1976), “La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, aprendizaje entre otros)” (párr. 24). Por lo tanto, implica que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de percibir el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Es de esta forma que el terapeuta cognitivo, guía al paciente en sus procesos de pensamiento, para hacer de su actuar un modo más realista y adaptativo en relación a su problemática, de tal manera que pueda ir eliminando la sintomatología. La terapia cognitiva utiliza un sin número de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de desmitificar las aparentes creencias y los supuestos desadaptativos, a través de estrategias de aprendizaje.

“Las metas de esta importante actividad de terapia son dos: 1. Elaborar un plan de tratamiento general que ayude al paciente a alcanzar sus metas y 2. Identificar los componentes y métodos del tratamiento necesarios para una aplicación óptima del plan de tratamiento general” (Nezu, Nezu y Lombardo; 2006, p.37).

El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. En 1926 el alemán Lungwitz “crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica renovada, muy parecida a la actual psicoterapia cognitiva de Beck”. Otros autores que desde el psicoanálisis han ejercido una influencia sobre la psicoterapia cognitiva han sido: Freud en su obra "El Yo y el Ello" (1923) describe dos modos de funcionamiento mental, el "Proceso primario" que concierne al funcionamiento mental inconsciente, guiado por el principio del placer, y que concierne a los mecanismos de condensación y desplazamiento, y el "Proceso secundario" de naturaleza pre-consciente y consciente, y que concierne a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc.), y que son guiadas por el principio de realidad. Para él, el segundo modo de funcionamiento deriva del primero, al imponer la realidad exterior restricciones a la consecución de los deseos.

“La teoría cognitiva plantea que todas las perturbaciones psicológicas, tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas” (Farrè, J; 2003, p. 642-652), por lo tanto una evaluación y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos, también influye en gran medida la percepción que el sujeto tiene de esa realidad y como esta es experimentada e interpretada.

“Para corregir esas conductas desadaptativas, las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la Terapia Cognitivo Conductual utiliza una mezcla de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente (cliente) en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta” (Contreras & Oblitas, 2001, párr.32).

En resumen, los enfoques de terapia cognitivo-conductual están dirigidos principalmente a la modificación de pensamientos equívocos que tienen las personas

acerca del mundo y de ellas mismas. Promueve en los individuos una postura flexible, realista, adaptativa y funcional sobre la vida, combinando técnicas dirigidas a realizar cambios en el pensamiento con otras que se enfocan en cambios conductuales y experienciales.

LENGUAJE

La lengua como parte de interacción social con el medio que lo rodea, es un sistema muy complejo. Los niños la adquieren en pocos años y la parte más esencial se adquiere en los primeros 4 o 5 años de vida. “Las conductas analizadas como percepción, cognición, motricidad, memoria, etc., no son independientes del lenguaje” (Farrè, J; 2003, p. 242-272). El lenguaje presta asistencia a aquellas conductas ayudando en la organización, estabilización y afinación de la información”. Pero las competencias de tipo verbal del sujeto, le proporcionan vivir en un proceso de creación de nuevos elementos lingüísticos, los cuales tienen como característica esencial expresar e interpretar continuamente enunciados nuevos, así estén sujetos a las mismas reglas. El lenguaje es el producto de un aprendizaje muy complejo y es el vehículo más importante para la adquisición de nuevos aprendizajes.

Por consiguiente, el lenguaje puede ser apreciado como un método avanzado que le permite al ser humano vislumbrar la forma de la realidad y la generalización de una forma extraordinaria. La psicología considera el lenguaje como el medio que utiliza el habla para lograr el proceso de comunicación, lo que lleva a que el lenguaje percibido como el grupo de signos fonéticos, visivos u otros, sirvan para la comunicación del proceso del pensamiento o la ejecución de una conducta.

Se destaca, que, además de una herramienta para la comunicación el lenguaje es un instrumento para el pensamiento y para el proceso de la actividad mental, influyendo sobre la conducta, permitiendo la abstracción de gran parte de la actividad humana. A partir de la adquisición de lenguaje, también se encuentra la conexión entre lenguaje y pensamiento. Así entonces, una de las preocupaciones de la psicología incluye el lenguaje, la formación de conceptos, la resolución de problemas y la creatividad, todos ellos relacionados entre sí y complementarios en sus elementos o sus fines.

“La psicología del lenguaje tiene como objetivo principal llegar a un entendimiento cada vez más amplio de los procesos de producción, comprensión y evolución del lenguaje normal y patológico, y colaborar así mismo en el diseño de

procedimientos clínicos y educativos en este ámbito”. (Farré, J; 2003, p. 243). A pesar de encontrar diferentes significados al lenguaje, todavía resulta una tarea extremadamente difícil contestar la pregunta ¿qué es el lenguaje? Y esto es así, porque el lenguaje como toda una actividad de mayor complejidad, requiere ser observado desde diferentes puntos de vista, sin que ninguna perspectiva pueda agotar toda su esencia.

Aunque existen tendencias diversas, la psicología en general aporta una visión que enfatiza no tanto el estudio de la estructura del lenguaje sino su origen, su significado, sus cambios y sus usos individuales y sociales. Los psicólogos estudian el lenguaje que las personas utilizan cuando comprenden lo que escuchan; por tanto se ocupan del lenguaje vivo, cambiante, múltiple y concreto, que se modifica con los usos cotidianos, que se deforma para satisfacer las necesidades de diversos grupos sociales y que se recrean en prácticas artísticas y lúdicas, públicas e íntimas, individuales y colectivas. En nuestros días, influidos por las teorías Vigotsky, otros estudios han analizado el papel del lenguaje como mediador cultural e instrumento para conocer, comunicarse y crear mundos al mismo tiempo nuevo y compartido.

Desde entonces, la psicolingüística se ha interesado por una amplia variedad de temas cuyos límites pueden considerarse hasta ciertos puntos confusos, si bien la riqueza de los conocimientos que ha generado es indiscutible. Se ha ocupado, por ejemplo, de cómo percibimos el habla de nuestros semejantes y de qué manera esa percepción se relaciona con la comprensión y producción del lenguaje; también ha estudiado las relaciones entre conocimiento y lenguaje, sobre todo, ha permitido incorporar una visión evolutiva, específicamente psicológica del lenguaje. Así ha surgido un nuevo ámbito de estudio, la llamada psicolingüística del desarrollo, que tiene por objeto estudiar la evolución del lenguaje infantil, al tiempo que genera teorías y datos sobre el cambio lingüístico en general. (Farré, J; 2003, p. 242).

DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE

Ahora bien cuando se habla de lenguaje encontramos una relación directa entre lenguaje y dificultades en el aprendizaje del mismo, siendo este último un medio para adquirirlo.

Pero entonces también nos hacemos la pregunta sobre ¿Cuáles son las dificultades en el aprendizaje y cómo se adquieren? Los investigadores creen que “los problemas del aprendizaje son causados por diferencias en el funcionamiento del cerebro y la

forma en la cual éste procesa información”. Los niños con problemas del aprendizaje no son “tontos” o “perezosos”; de hecho, ellos generalmente tienen un nivel de inteligencia promedio o superior al promedio. Lo que pasa es que sus cerebros procesan de manera diferente.

Los problemas en el aprendizaje ¡Son muy comunes! Hasta 1 de cada 5 personas en los Estados Unidos tiene un problema del aprendizaje. Casi 3 millones de niños (de 6 a 21 años de edad) tienen alguna forma de problema del aprendizaje y reciben educación especial en instituciones dedicadas para ello. De hecho, más de la mitad de todos los niños que reciben educación especial tienen un problema del aprendizaje (Reporte Anual al Congreso, Departamento de Educación de los Estados Unidos, 2002).

Cuando un niño presenta problemas en el aprendizaje se pueden evidenciar algunas de las siguientes características:

- Puede tener problemas en aprender el alfabeto, hacer rima de las palabras o conectar las letras con sus sonidos.
- Puede cometer errores al leer en voz alta, y repetir o detenerse a menudo.
- Puede no comprender lo que lee.
- Puede tener dificultades con deletrear palabras.
- Puede tener una letra desordenada o tomar el lápiz torpemente.
- Puede luchar para expresar sus ideas por escrito.
- Puede aprender el lenguaje en forma atrasada y tener un vocabulario limitado.
- Puede tener dificultades en recordar los sonidos de las letras o escuchar pequeñas diferencias entre las palabras.
- Puede tener dificultades en comprender bromas, historietas cómicas ilustradas, y sarcasmo.
- Puede tener dificultades en seguir instrucciones.

- Puede pronunciar mal las palabras o usar una palabra incorrecta que suena similar.
- Puede tener problemas en organizar lo que él o ella desea decir o no puede pensar en la palabra que necesita para escribir o conversar.
- Puede no seguir las reglas sociales de la conversación, tales como tomar turnos, y puede acercarse demasiado a la persona que le escucha.
- Puede confundir los símbolos matemáticos y leer mal los números.
- Puede no poder repetir un cuento en orden (lo que ocurrió primero, segundo, tercero).
- Puede no saber dónde comenzar una tarea o cómo seguir desde allí.

(Aguilera, A; 2004).

Los problemas del aprendizaje tienden a ser diagnosticados cuando los niños llegan a la edad escolar. Esto es, porque la escuela se concentra en aquellas cosas que pueden ser difíciles para el niño, leer, escribir, matemática, escuchar, hablar, razonar. Los maestros y los padres observan que el niño no está aprendiendo como se esperaba. Es posible que la escuela solicite una evaluación para ver cuál es la causa del problema.

Dicha problemática suele ser diagnóstica a principios de la infancia, la niñez o la adolescencia, etapa que es abordada específicamente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos «infantiles» y «adultos». Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Además, varios trastornos incluidos en otros apartados del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales suelen tener su inicio durante la infancia o la adolescencia”. (APA, 1995. p. 39).

Los trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia suelen categorizarse en diferentes tipos de trastornos que se presentan en las diferentes etapas del desarrollo, como lo son:

- Retraso mental: leve, moderado, grave y profundo y de gravedad no especificada.
- Trastornos del aprendizaje: de la lectura, del cálculo, de la expresión escrita y del aprendizaje no especificado.
- Trastorno de las habilidades motoras: desarrollo de la coordinación.
- Trastornos de la comunicación: lenguaje expresivo, mixto del lenguaje receptivo-expresivo, fonológico, tartamudeo y de la comunicación no especificado.
- Trastornos generalizados del desarrollo: autista, rett, desintegrativo infantil, asperger, generalizado del desarrollo no especificado.
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: predominio del déficit de atención, predominio del déficit de hiperactividad-impulsividad de tipo combinado, disocial, negativista desafiante.
- Trastornos de la ingestión y de las conductas alimentarias de la infancia o la niñez: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
- Trastornos de tics: trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.
- Trastornos de la eliminación: encopresis y enuresis.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO

“Programa de Atención Psicológica Bajo el modelo Cognitivo-conductual para la población atendida en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta”

ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

ENFOQUE: cognitivo-conductual, en donde se trabajó: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, estrategias de resolución de problemas, autoestima y autoconcepto; con los que se pretendió que los consultantes identificaran de manera progresiva la visión que tenían de sí mismo, cómo se percibían ante los otros, identificaran sus creencias irracionales, pensamientos automáticos con los cuales rigen sus vidas y las formas como solucionan sus problemas, brindándoles estrategias para la intervención de dichas problemáticas.

POBLACIÓN: 76 consultantes individuales y 1 pareja residentes del municipio de Piedecuesta, que solicitaron la atención psicológica individual al Centro de Proyección Social, ya sean remitidos o de forma particular que requieran la atención.

PROCEDIMIENTO: registro de historia clínica, motivo de consulta, encuadre, plan a seguir, aplicación de pruebas (opcional), cierre de caso y ficha de registro de atención.

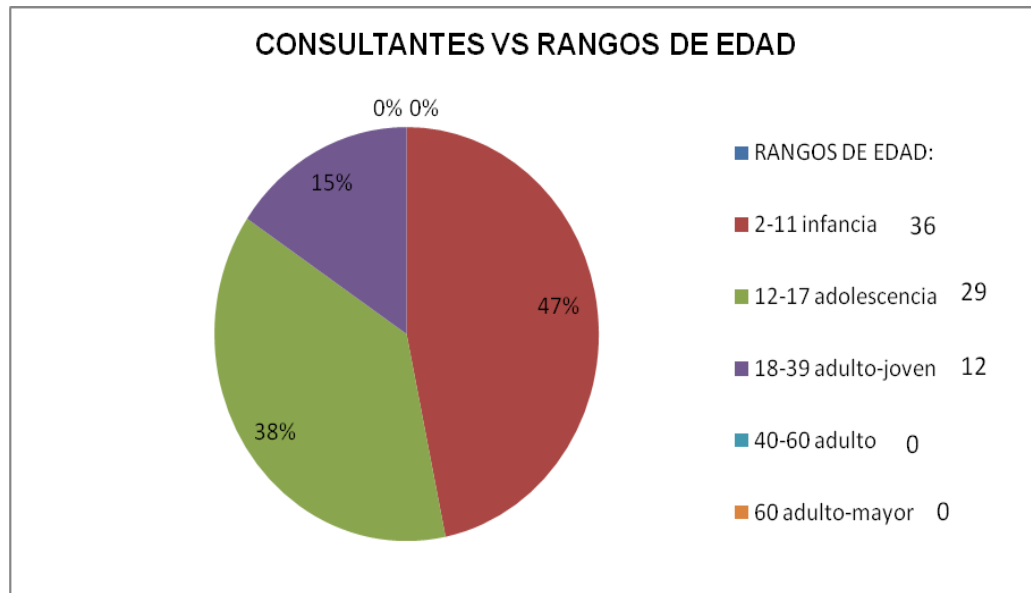
SISTEMATIZACIÓN DE DATOS:

Se recopilaron las generalidades del proceso de atención psicológica, así como también los resultados presentados gráficamente.

PROCEDIMIENTO: las generalidades del proceso de atención psicológica se archivaron en Microsoft Excel y se realizaron gráficas estadísticas que permitieron un análisis detallado.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

FIGURA 1
CONSULTANTES VS RANGOS DE EDAD



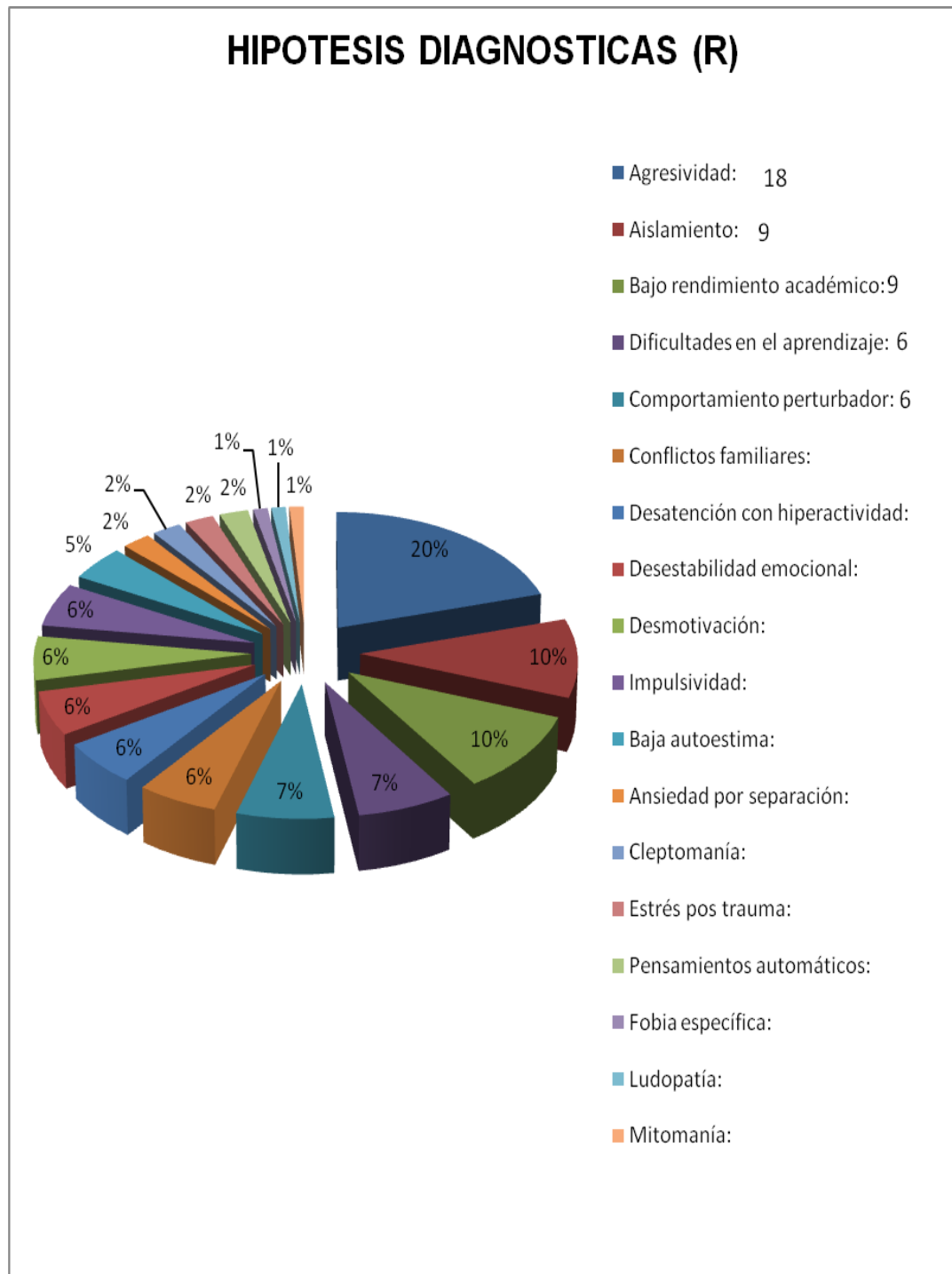
La figura 1, muestra que el 47% (36 consultantes), pertenecían a la categoría de “Infancia”, la cual se caracterizó entre los rangos de edad de: 2-11 años; el 38% (29 consultantes), pertenecían a la categoría de “Adolescencia”, la cual se caracterizó entre los rangos de edad de: 12-17 años y por último el 15% (12 consultantes), pertenecían a la categoría de “Adulto-joven”, la cual se caracterizó entre los rangos de edad de: 18-39 años. Estos datos muestran también una gran similitud con la información expuesta en los informes de pasantía de Briseño (2009) en donde el 71 % de los consultantes eran menores de edad y los 29 restantes eran mayores de 18, y de Galvis (2008), donde el 77% fueron menores y los 23% mayores de edad. De acuerdo a esta información, se encontró que la mayor población que asiste al Centro de Proyección Social son los infantes y los adolescentes, etapas en las que de acuerdo con los criterios del DSM-IV, son las etapas de mayor vulnerabilidad para los comienzos de los trastornos que tienen inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia; etapas en las que se trabajó con las diferentes situaciones problemáticas que presentan relación con los criterios diagnósticos de este manual.

FIGURA 2
CONSULTANTES VS GÉNERO



La figura 2, muestra que la población que reporta mayor asistencia a la consulta psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, pertenece al género masculino con el 68% (52 consultantes) y los consultantes del género femenino representaba al 32% (25 casos). Estos datos se asemejan a los presentados en informes de pasantes anteriores. Según Briceño (2009), la población que tuvo mayor asistencia a la consulta psicológica era del género masculino con un 72 % y del género femenino tan solo el 28%. A su vez, según Galvis (2008), el porcentaje fue de 59 % para el género masculino y 41% para el femenino. También cabe mencionar que la mayor parte de estos consultantes eran niños y adolescentes remitidos por las instituciones académicas. Con esta información se pudo observar que la población masculina en relación con los datos de los consultantes remitidos, evidencia que en las instituciones académicas las problemáticas, cambios de conducta, estrategias de afrontamiento y características de la personalidad son más evidentes en el género masculino, ya que los niños varones tienen más problemas que las mujeres, destacándose con mayor relevancia y por esta razón se presentan más remisiones de este género.

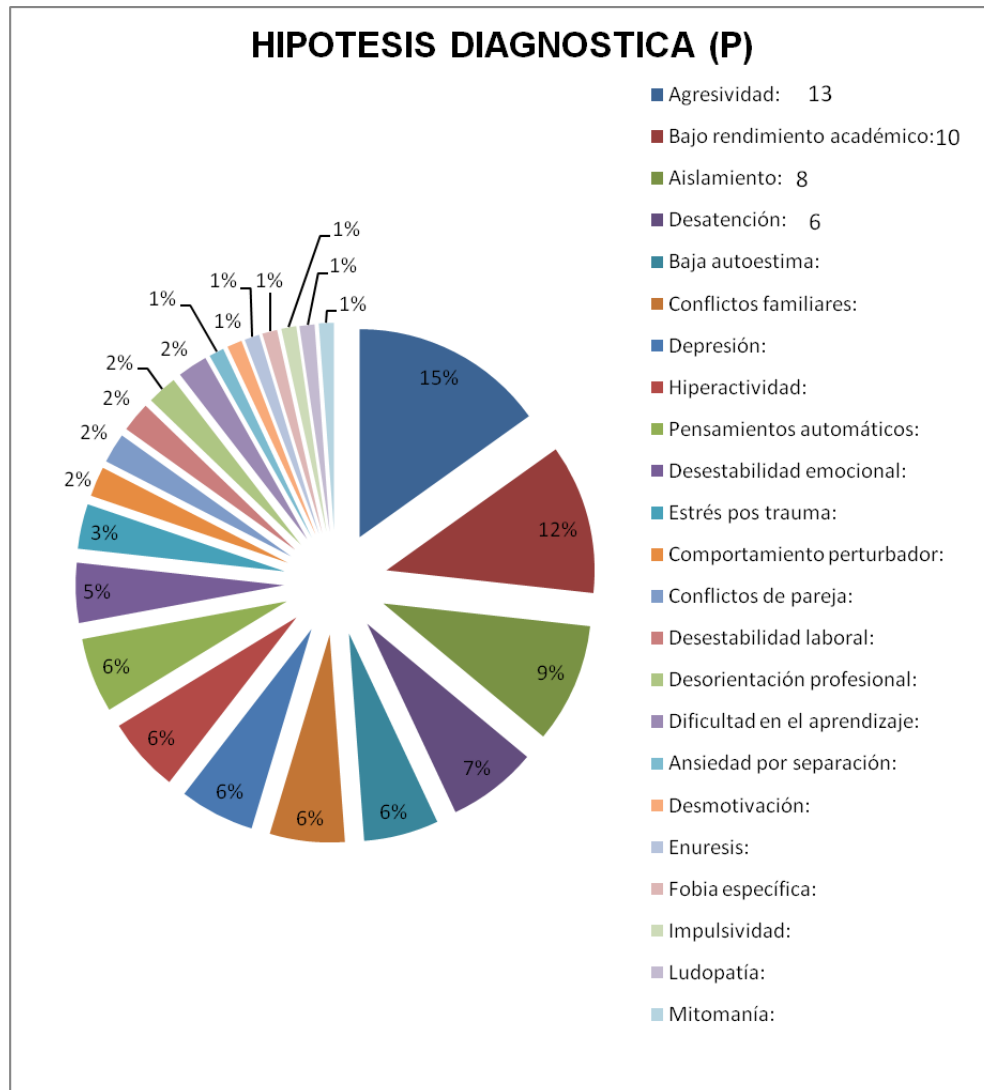
FIGURA 3
HIPOTESIS DIAGNOSTICA REMITIDOS



En la figura 3, se observa que las hipótesis diagnósticas de mayor relevancia de los consultantes remitidos (41) fueron: la agresividad representada en un 20 % (18 consultantes); aislamiento 10% (9 consultantes), bajo rendimiento académico representados en el 10 % (9 consultantes, dificultades en el aprendizaje 7% (6 consultantes) y comportamiento perturbador 7% (6 consultantes). Los anteriores

datos evidencian que la agresividad puede ser una estrategia aprendida, ya sea por imitación o motivada por la frustración frente a las situaciones problemas; la cual Esta siendo utilizada como herramienta de solución inadecuada frente a las diferentes problemáticas que enfrentan, esta hipótesis diagnóstica se encuentra en relación con el bajo rendimiento académico que generan comportamientos perturbadores y mantienen a estos consultantes aislados y rechazados dentro de un grupo. Ahora bien cabe mencionar que con menor reincidencia también se presentaron hipótesis diagnósticas por: conflictos familiares (6%), desatención con hiperactividad (6%), desestabilidad emocional (6%), desmotivación (6%), impulsividad (6%), baja autoestima (5%), ansiedad por separación(2%), cleptomanía (2%), estrés pos trauma (2%), pensamientos automáticos (2%), fobia específica (1%), y ludopatía (1%), y mitomanía (1%).

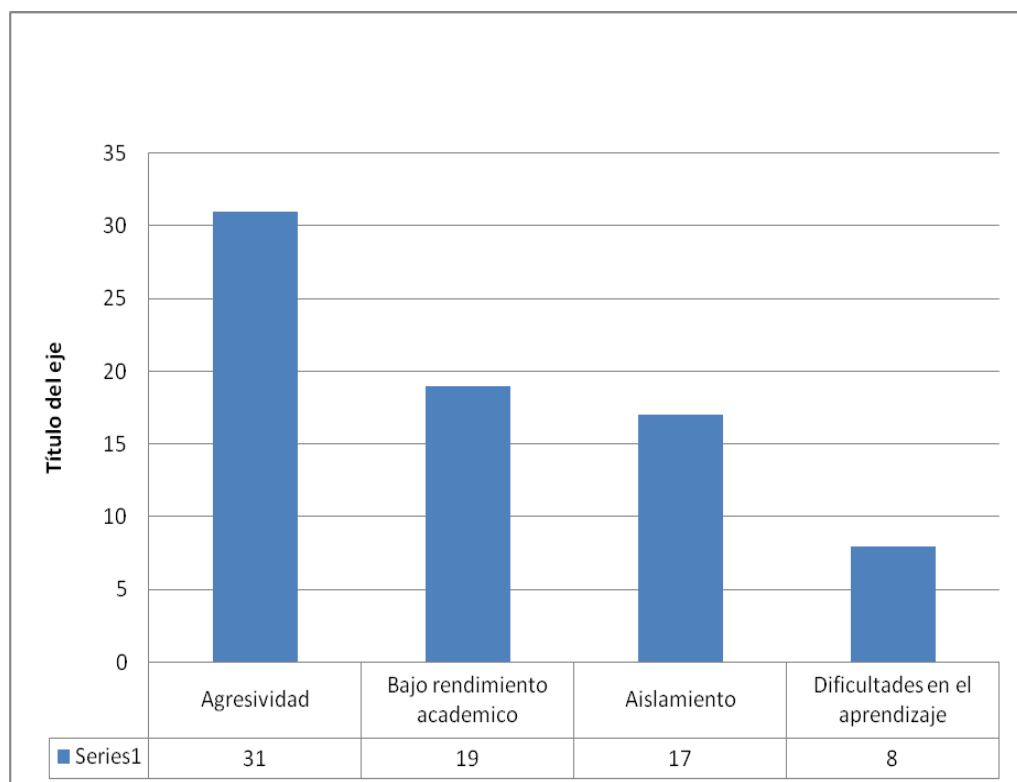
FIGURA 4
HIPOTESIS DIAGNOSTICA PARTICULARES



En la figura 4, se observa que las hipótesis diagnósticas de mayor relevancia de los consultantes particulares (36) fueron: la agresividad representada en un 15 % (13 consultantes); bajo rendimiento académico representados en el 12 % (10 consultantes, aislamiento 9 % (8 consultantes) y desatención 7% (6 consultantes). En comparación con la figura 3, los anteriores datos evidencian de nuevo que la agresividad es una de las mayores estrategias de resolución de problemas que los infantes y adolescentes están utilizando como herramienta de solución frente a las diferentes problemáticas que enfrentan, esta hipótesis diagnóstica se encuentra en relación con el bajo rendimiento académico que generan comportamientos perturbadores y mantienen a estos consultantes aislados, generando desatención frente a las temáticas expuestas que se dan en los ambientes educativos. Ahora bien cabe mencionar que con menor reincidencia también se presentaron hipótesis diagnósticas de los consultantes particulares por: baja autoestima (6%), conflictos

familiares(6%), depresión(6%), hiperactividad(6%), pensamientos automáticos(6%), desestabilidad emocional(5%), estrés pos trauma(3%), comportamiento perturbador(2%), conflictos de pareja(2%), desestabilidad laboral(2%), desorientación profesional(2%), dificultad en el aprendizaje(2%), ansiedad por separación(1%), desmotivación(1%), enuresis(1%), fobia específica(1%), impulsividad(1%), ludopatía(1%) y mitomanía(1%).

FIGURA 5
HIPOTESIS DIAGNOSTICA DE MAYOR REINCIDENCIA ENTRE CONSULTANTES REMITIDOS Y PARTICULARES



En la figura 5, se observa que entre los consultantes remitidos y particulares (77 consultantes), las hipótesis diagnósticas de mayor reincidencia fueron: agresividad, presentándose en 31 de los consultantes, bajo rendimiento académico, presentándose en 19 de los consultantes, aislamiento, presentándose en 17 de los consultantes y el aislamiento presentándose en 8 de los consultantes. Estos datos evidencian que la mayor problemática que requiere de atención con la población infantil y adolescente son las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, terapia de autocontrol, estrategias en habilidades sociales y estrategias de aprendizaje, técnicas que fueron trabajadas desde el enfoque cognitivo- conductual planteado en el: “Programa de Atención Psicológica Bajo el modelo Cognitivo-conductual para la

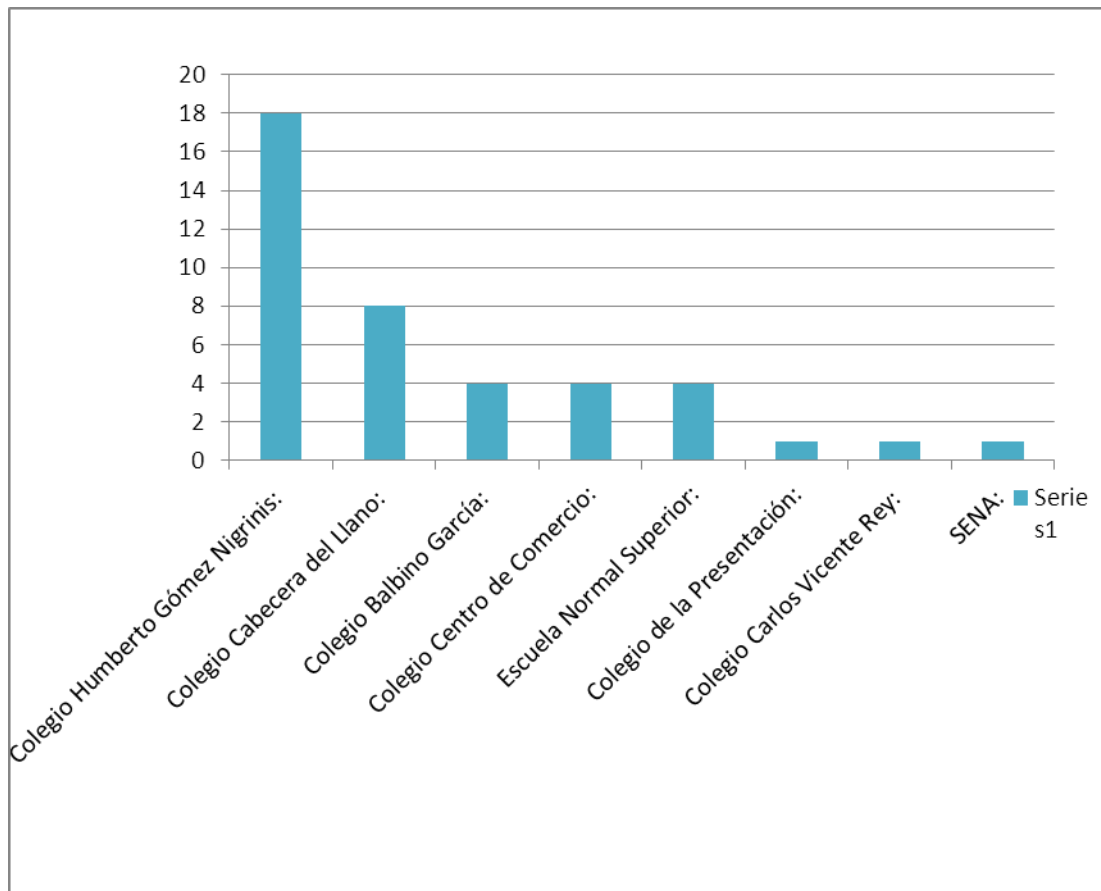
población atendida en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta”, el cual fue mencionado en párrafos anteriores.

TABLA 1
TÉCNICA UTILIZADA Y ACTIVIDAD UTILIZADA A CONSULTANTES

Terapia de resolución de problemas	Capacidad de resolución de problemas
Terapia de autocontrol	Estrategias en habilidades de autocontrol
Técnicas de estudio	Estrategias de aprendizaje
Entrenamiento en habilidades sociales	Estrategias en habilidades sociales
Reestructuración cognitiva	Identificar Pensamientos automáticos
Terapia racional emotiva	Identificar Creencias irracionales
Refuerzo positivo	Autoconcepto-autoestima
Terapia de pareja	aumentar aceptación
Terapia de juego	Observación y evaluación de conductas
Pautas de crianza	Normas, figuras y límites de autoridad

En la tabla 1, se mencionan las técnicas utilizadas y la actividad que sugiere cada técnica para la intervención de las diferentes problemáticas. Las técnicas y las actividades fueron trabajadas en base a las hipótesis diagnósticas que se evidenciaron durante las consultas tanto de consultantes remitidos como de consultantes particulares, con la finalidad de darle una estructura a las consultas y un orden que permitieran en los consultantes identificar los objetivos de las técnicas utilizadas y las tareas que se querían lograr; también que al final del proceso se hiciera una retroalimentación con las técnicas utilizadas y poder determinar los avances tanto positivos como negativos de la estrategia utilizada.

FIGURA 6
REMISIONES POR INSTITUCIONES



En la figura 6, se muestra que el mayor número de consultantes remitidos por institución educativa (41), fue la del colegio Humberto Gómez Nigrinis con una recepción de 18 consultantes, seguido de esta institución se encuentra el colegio Cabecera del Llano con una recepción de 8 consultantes, Colegio Balbino García con 4 consultantes, Colegio Centro de Comercio con 4 consultantes, Escuela Normal Superior con 4 consultantes, Colegio de la Presentación con 1 consultante, Colegio Carlos Vicente Rey con 1 consultante y por ultimo Instituto de Educación Superior SENA con 1 consultante. Las remisiones de estas instituciones académicas se realizaron, por los siguientes hipótesis diagnosticas: agresividad, bajo rendimiento académico, comportamiento perturbador, aislamiento, dificultades en el aprendizaje, desorientación profesional, hiperactividad con desatención; siendo estas las hipótesis diagnosticas de mayor reincidencia.

DISCUSIÓN

En los resultados recolectados durante la experiencia de pasantía en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, se evidencian elementos relevantes que orientan y fortalecen la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual. Aspectos como: el género, los rangos de edad, las dificultades familiares, académicas y sociales influyen de forma significativa sobre los motivos de consulta por los cuales asisten las personas al servicio de psicología.

A partir de los resultados, la población que reporta mayor asistencia a la consulta psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, pertenece al género masculino con el 68% y los consultantes de género femenino representaban al 32% restante. Además la mayoría de los consultantes atendidos pertenecían a las categorías de “infancia” entre los rangos de edad de 2-11 años y “adolescencia” entre los rangos de edad de 12-17 años. Estos datos se asemejan a los presentados en informes de pasantes anteriores. Según Briceño (2009), la población que tuvo mayor asistencia a la consulta psicológica era del género masculino con un 72 % y del género femenino tan solo el 28%. A su vez, según Galvis (2008), el porcentaje fue de 59 % para el género masculino y 41% para el femenino. Estos datos ponen en alerta al profesional que trabaja en la atención psicológica para seguir fortaleciendo el trabajo con esta población y no solo con ellos sino también integrar al grupo de apoyo primario en las asistencias a las consultas y hacer parte de seminarios- talleres que ayuden a brindar ambientes familiares más íntegros donde los padres guíen y acompañen a sus hijos en las situaciones que ellos enfrentan en sus vidas personales, sociales y académicas.

También es importante mencionar que en estas etapas como la infancia y la adolescencia es donde se presentan los mayores cambios tanto a nivel corporal como psicológico y social, donde suele presentarse dificultades en la adaptabilidad al nuevo cambio, a las nuevas amistades, a un nuevo proceso de formación en que los niños y adolescentes requieren del acompañamiento de sus padres de forma continua. Por lo tanto se pretende hacer conciencia con los padres para que ellos sean partícipes en la experiencia de sus hijos y que sean ellos transmisores de herramientas y de experiencias propias de sus vidas que le permitan a sus hijos ver que sus padres también fueron infantes o adolescentes y que han sabido enfrentar las situaciones con un sinnúmero de estrategias que la vida les ofrece.

Otro aspecto que es importante mencionar son las asistencias a las sesiones programadas, aunque este tema no este mencionado en párrafos anteriores, debido a que la asistencia fue alta, no está de más mencionar, que a los consultantes les falta poner más de su parte y realizar un compromiso constante desde el momento de la primera sesión, puesto que comienzan a asistir las primeras sesiones y a las siguientes después de 15 días ó 30 días. Las consultas están programadas cada 8 días en un intervalo de 1 a dos horas por consultante en un periodo de un mes, para ir realizando un seguimiento lo más constante posible, información que se le es explicada a los consultantes en un consentimiento informado previamente y que es firmado por los tutores de los infantes y adolescentes y otro que se le da a los mayores de edad. Es importante que los consultantes cumplan con este compromiso, puesto que de esto dependerán en gran medida unos buenos resultados en el proceso. Se programaron 285 sesiones a las cuales asistieron a 228 sesiones, en intervalo de 1 a 2 horas por consultante, en total 248 horas y 5 minutos en el periodo de enero a junio.

Dentro de las problemáticas encontradas durante el proceso de pasantía en el Centro de Proyección Social, se encontraron: la agresividad, el bajo rendimiento académico, el aislamiento y las dificultades en el aprendizaje; problemáticas que al analizarlas en profundidad no se encuentran excluyentes las unas de las otras, puesto que cuando existen problemáticas que las personas no saben cómo enfrentar recurren a un mecanismo u estrategia que se acomode a los beneficios de cada persona olvidando de qué manera están consiguiendo lo que desean, así sea pasando por encima del que sea; ahora si esto se presenta en ambientes donde existe la interacción con otras personas, generara rechazo y aislamiento frente a hacer parte de un grupo, por ejemplo las instituciones educativas; también el que la agresividad se presente con mayor relevancia evidencia que es un mecanismo que se está utilizando en todos los contextos y que es aprendido desde los diferentes contextos al que pertenecen los seres humanos. Es muy probable que las figuras de autoridad (padres, cuidadores o maestros) en el caso de los infantes y los adolescentes estén utilizando la agresividad hacia ellos como la forma de lograr que sus hijos, estudiantes entre otros realicen la conducta que ellos desean.

Teniendo en cuenta lo anterior, el enfoque cognitivo conductual utilizado en el servicio de asistencia psicológica se ajustó idóneamente a las problemáticas encontradas debido a su versatilidad, eficiencia y efectividad en materia de

intervención. Según Chambless & Ollendick (2001), “los procedimientos y técnicas cognitivo-conductuales son las intervenciones de elección específicas más útiles y efectivas para la mayor parte de los problemas de salud mental, tanto en adultos como en niños”.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El servicio de Atención Psicológica que ofrece el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, ha estado realizando labores sociales de gran impacto, lo que permite que este servicio cada día requiera de mayor demanda de profesionales dedicados a esta labor tan hermosa como lo es la Atención Psicológica a un sinnúmero de personas que se encuentran en situaciones problemáticas que influyen en los ambientes cotidianos en sus vidas y que no les permiten un mayor desenvolvimiento en ellos.

Por consiguiente es importante seguir fortaleciendo las labores psicoterapéuticas que desde el modelo cognitivo propone el acompañamiento, orientación y guía hacia los consultantes que requieren de la asistencia psicológica, proceso que exige personal competente, capaz, flexible e íntegro que pueda no solo ganarse la empatía del consultante sino ser más que su terapeuta un amigo, en el que el consultante pueda depositar con comodidad, tranquilidad lo que le sucede, con la intención de obtener un resultado que sea positivo y benéfico para él.

Otro aspecto a tener en cuenta y que se evidenció en las consultas programadas es seguir en la tarea de desmitificar que: “asistir a consulta psicológica no es un problema de locos”, sino un problema de todos, que es de humanos pasar por una situación difícil que requiera de un tercero que le permita ver más allá de lo que el mismo ser humano “bloquea”, puesto que aun en este siglo, nos encontramos con dicha postura que genera resistencia frente a adoptar un compromiso consigo mismo, ya que lo que se busca no es que el psicoterapeuta plantee y proponga todas las soluciones sino que el mismo consultante haga su proceso de introspección que le permita hacer conciencia de su problemática, en la que pueda reconocer e identificar sus creencias irracionales, sus posturas y pensamientos rígidos y pocos flexibles que no le permiten enfrentar la realidad que lo rodea y que lo atormentan cada día afectando su salud mental y su calidad de vida presentes y futuras.

Debido a que la mayor población con la que se trabajó fueron infantes y adolescentes, se pretende que desde la psicología se trabaje en campañas de promoción y prevención para futuros trastornos mentales que pueden afectar de manera significativa en todas las áreas del ser humano, impidiendo su desenvolvimiento en las mismas; esto a través de la vinculación de los padres y docentes en seminarios talleres, en donde se fortalezcan esas habilidades y destrezas que estas personas tienen debido a sus experiencias y formaciones que han

desempeñado en sus vidas, ahora siendo participes en estos encuentros se logrará que la niñez y la adolescencia se sientan respaldados y que no tienen por qué enfrentar estos cambios del ciclo vital por sí solos, que con la ayuda, acompañamiento y enseñanzas de sus padres, cuidadores y maestros podrán lograr ser adultos de bien.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw & Gary Emery. (1967-1976). *Terapia Cognitiva de la depresión*, segunda edición. Biblioteca de psicología Desclee de brouwer. Bilbao.
- American Psychological Association. (1995). *Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. MASSON S.A. Barcelona.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. (2ª ed.) Gedisa. Barcelona.
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Contreras, A. & Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual, teoría y práctica*. (2ª. Ed.). Colombia: Psicom Editores. Bogotá.
- Estados Unidos. (2002). *Reporte Anual al Congreso*, Departamento de Educación de los Estados Unidos.
- Farrè, J. (2003). *Enciclopedia de la psicología*. El lenguaje. Océano. Barcelona.
- Farrè, J. (2003). *Enciclopedia de la psicología*. Modificación terapéutica de la conducta: las Terapias cognitivas. Océano. Barcelona.
- Ruiz, J; Cano, J; *Manual de psicoterapia cognitiva parte i: teoría y Fundamentos*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual1.htm>
- Nezu, Nezu & Lombardo. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales- UN ENFOQUE BASADO EN PROBLEMAS*. Manual Moderno. Mexico, D.F.

ANEXOS

Anexo 1: Formato de Historia Clínica

--

FECHA DE RECEPCION: DIA _____ MES ____ AÑO _____			
REMITIDO POR:		DIA: MES: AÑO:	
<i>1. DATOS DEMOGRAFICOS</i>			
NOMBRE:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD :		EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR:	
DIRECCION:			
TELEFONO;		OFICINA:	
PROFESION:		OCUPACION:	
ESTADO CIVIL:		RELIGION:	
REMITIDO POR:		FECHA:	
		DIA _____ MES ____ AÑO _____	
NOMBRE DEL PSICOLOGO TRATANTE:			
<i>INFORMACION FAMILIAR</i>			
<i>NOMBRE</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>EDAD</i>	<i>OCUP</i>
<i>3. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE</i>			

Anexo 2: Formato de Informe Psicológico



INFORME PSICOLÒGICO

NOMBRE:
GENERO:
ESTADO CIVIL:

EDAD:
ESCOLARIDAD:
OCUPACIÒN:

DESCRIPCIÒN DEL PROBLEMA

EVALUACIÒN POR AREAS

- Cognitiva
- Social
- Afectiva

Hipòtesis Diagnòstica

AVANCES DURANTE EL PROCESO DE INTERVENCIÒN

RECOMENDACIONES GENERALES

FIRMA

Psicòloga(o) pasante

Asesor Pasantía

Anexo 3: Ejemplo de Informe Prueba de Inteligencia WISC-R**RESULTADOS DE LA PRUEBA WISC R****NOMBRE:** -----**EDAD:** 13 años 3 meses 2 días**DIRECCION:** cll 6 #16-39 Piedecuesta**APLICO:** Katherine Sarmiento Galvis**MOTIVO DE CONSULTA:**

El adolescente es remitido del Colegio Balbino, para que se le realice una prueba de inteligencia, debido a que presenta bajo rendimiento académico y con el reporte de la prueba se pretende reconsiderar el grado escolar al que debería ingresar el estudiante.

CONCLUSIONES

El adolescente evaluado obtiene un coeficiente intelectual ubicado dentro del promedio normal en esta prueba. Dicho de otro modo supera al 67% de la población y su escala de inteligencia se encuentra dentro de una calificación normal.

ANÁLISIS DEL CI DE LA ESCALA

	C.I.	Descripción
ESCALA TOTAL	105	Capacidad intelectual NORMAL, supera 67% de la población.
ESCALA VERBAL	122	Capacidad intelectual SUPERIOR, supera al 89% de la población.
ESCALA MANIPULATIVA	86	Capacidad intelectual MEDIO, supera al 21% de la población.

DIFERENCIA ENTRE CI VERBAL Y CI MANIPULATIVO:

El CI verbal es 36 puntos mayor que el CI manipulativo. Lo cual indica que el desarrollo del adolescente en relación a las subescalas verbales fue superior, evidenciando su habilidad oral y menor desenvolvimiento en actividades de aplicación.

Exclusivas verbal > manipulativo

- Las habilidades verbales están mejor desarrolladas que las manipulativas.
- Las habilidades de procesamiento auditivo-vocal están mejor

desarrolladas que las de discriminación visomotora.

- El conocimiento adquirido como resultado de la experiencia acumulada esta mejor desarrollado que la capacidad inmediata de solución de problemas.
- La persona evaluada puede tener dificultades en su memoria visual inmediata, problemas de percepción visual, poca coordinación espacial, pensamiento concreto y dificultades en razonamiento no verbal.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS ESCALAS VERBAL Y MANIPULATIVA

PRUEBAS VERBALES	PUNT. NAT	PUNT. NOR	PRUEBAS MANIPULATIVAS	PUNT. NAT	PUNT. NOR
INFORMACIÓN	21	11	FIGURAS INCOMPLETAS	15	5
SEMEJANZAS	22	13	HISTORIETAS	15	5
ARITMÉTICA	15	11	CUBOS	25	7
VOCABULARIO	44	12	ROMPECABEZAS	24	10
COMPRENSIÓN	25	11	CLAVES	41	7
DÍGITOS	14	10	LABERINTOS	18	6

ALGUNAS HIPÓTESIS EXPLICATIVAS SOBRE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN CADA ESCALA

INFORMACION: el puntaje obtenido fue medio-alto, en el que se evidencian habilidades en conocimientos generales y asimilación de experiencias. Persona interesada en mejorar sus conocimientos, mantenerse informada y bien actualizada.

SEMEJANZAS: el puntaje obtenido fue superior, demostrando habilidad en comprensión, relaciones conceptuales, pensamiento abstracto y asociativo, demostrando capacidades para conceptualizar, creatividad e imaginación visual.

ARITMETICA: el puntaje obtenido fue superior, demostrando habilidad mental, concentración, razonamiento y cálculo numérico.

VOCABULARIO: el puntaje obtenido fue medio, demostrando habilidades en su fluidez verbal y comprensión de conceptos. Rendimiento esperado en el promedio de la población.

COMPRESION: el puntaje obtenido fue superior, demostrando habilidades en verbalización, capacidad para mostrar una conducta social deseada, pensamiento crítico, sentido común y competencia social.

RETENCION DIGITOS: el puntaje obtenido fue superior, demostrando habilidades en su recuerdo auditivo inmediato, atención, resistencia a la distracción, adaptación rápida a la exigencia de los estímulos, memoria auditiva inmediata.

FIGS INCOMPLETAS: el puntaje obtenido fue medio-alto, demostrando capacidad para discriminar los elementos esenciales de los no esenciales, memoria y agudeza visual.

HISTORIETAS: el puntaje obtenido fue, medio-bajo, demostrando capacidades para ver el conjunto de la situación pero dificultad para seguir la secuencia, comprensión de situaciones sociales, dificultad en la captación de secuencias.

CUBOS: el puntaje obtenido fue medio-bajo, demostrando dificultades en falta de reflexión en la acción, problemas de percepción visual, poca coordinación espacial y visomotora. Pensamiento concreto y dificultades en el razonamiento no verbal.

ROMPECABEZAS: el puntaje obtenido fue medio, demostrando habilidad en la comprensión de la situación, orientación y estructuración espacial, reconocimiento de partes.

CLAVES: el puntaje obtenido fue, medio-bajo, demostrando dificultad en memoria inmediata, previsión asociativa y rapidez motora.

LABERINTOS: el puntaje obtenido fue, medio-bajo, demostrando dificultades en orientación espacial y exploración de nuevas soluciones.

RECOMENDACIONES EDUCATIVAS Y DE REHABILITACIÓN

NOTA IMPORTANTE: Tienen prioridad las recuperaciones de las capacidades por debajo del promedio del propio alumno (comparadas consigo mismo) que las que mantiene por debajo del promedio de la muestra poblacional. Proponer actividades sin errores y adaptadas a la zona de desarrollo próximo (ZDP) del alumno.

Historietas por debajo del promedio:

- Preséntele al adolescente ejercicios de secuencia, que le permitan darle un orden y contar una situación en sus tres momentos inicio, nudo y desenlace.
- Enfatizar las actividades de secuenciación, lectura de una historia corta, y hacer preguntas al niño para que recuerde los detalles y ver si puede seguir instrucciones.

Cubos por debajo del promedio:

- Utilice rompecabezas, cubos, tareas visoespaciales, tareas perceptuales que consistan en desarmar un objeto y armarlo nuevamente, y material gráfico con formas geométricas.
- Enfóquese en las relaciones entre las partes y el todo.

Claves por debajo del promedio:

- Usar ejercicios y juegos de memoria.

Laberintos por debajo del promedio:

- Generar actividades de ensayo y error, reforzando la persistencia.

FIRMA

Psicóloga Pasante

Psicólogo Asesor pasantía

Anexo 4: Formato de Consentimiento Informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, en calidad de representante legal de _____, identificado con documento de identidad No. _____ de _____.

Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el *Centro de Proyección Social de Piedecuesta* se desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso, y quien en los casos que se considere pertinente acompañará las sesiones.

Acepto que la información que aporte a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del Psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar la intervención de _____ quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un menor de edad.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____ En presencia del pasante/practicante de psicología _____,

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía

C.C _____

Psicólogo Asesor

T.P _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, Manifiesto que conozco que el servicio de psicología que ofrece el *Centro de Proyección Social de Piedecuesta* se desarrolla a través de **Psicólogos en Práctica y Pasantías** de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor, quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso y en los casos que se considere pertinente acompañara las sesiones.

Acepto que la información que aporte a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consiente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar el inicio de mi proceso de intervención psicológica.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____. En presencia del pasante/practicante de psicología _____,

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía

C.C _____

Psicólogo Asesor

T.P _____