



Seccional Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

APOYAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA
IPS BUCARAMANGA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA



SILVIA JULIANA ARGUELLO ZABALA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2018



Seccional Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

APOYAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA
IPS BUCARAMANGA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

SILVIA JULIANA ARGUELLO ZABALA

Trabajo de grado para obtener el título de Psicóloga

TRABAJO DE GRADO EN LA MODALIDAD SERVICIO SOCIAL

DIRIGIDO POR Ps. Mg. LINA PATRICIA MENDEZ MORENO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2018

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Agradezco al ser supremo,

quien me cuida y protege, por ir de mi mano y llenar mi vida de sabiduría y entendimiento para cada reto que me coloca la vida.

Al Ángel de mi vida, mi Mamá Esperanza Zabala quien es mi ejemplo seguir, motivación, por todo su apoyo y entrega en el tiempo transcurrido de mi carrera y vida.

Por enseñarme la valentía y la fuerza para luchar por cada uno de mis sueños y metas.

A mi *Papá Javier Arguello* por su colaboración a lo largo de mi carrera y enseñanzas.

Sin el ejemplo de ustedes no sería lo que soy actualmente.

A mi hermano *Jonathan* por ser mi compañía y darme la felicidad de hacerme tía de Emanuel y Victoria.

A mi *Familia Zabala Dávila* que estuvo conmigo en mi formación y creyeron en mí, en especial a mi Tía Amparo por el apoyo, ayuda y soporte brindado.

A mis amigas *Silvia Carreño* y *Leidy Liemann* por ser más que compañeras de carrera, confidentes, por la motivación y seguir adelante.

A cada uno de mi equipo de trabajo en el *Instituto de Familia y Vida*, en especial a *Nicolás, Karen, Carlos, Dayanne* y *Gabriela* con sus conocimientos me hicieron crecer personal y profesionalmente. A cada profesor en mi camino universitario como fueron las Docentes *Magda Acevedo* y *Lina Méndez* por guiarme a lo largo de mi carrera, por su asesoría en este proyecto, por compartir sus conocimientos y contribuir a un desarrollo integro. Por último, le agradezco a todas aquellas personas que ayudaron a la realización del proyecto, sin la voluntad de ellos no hubiese sido posible.

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana” Carl Gustav Jung

Tabla de Contenidos

Capítulo 1	5
Introducción	5
Capítulo 2	6
Información de la Institución	6
Capítulo 3.	8
Objetivos	8
Referente conceptual.....	9
Capítulo 4.	15
Metodología	15
Población	15
Instrumentos	15
Análisis del cumplimiento de objetivos	16
Capítulo 5.	45
Discusión	45
Conclusiones	48
Recomendaciones	50
Capítulo 6.	51
Referencias.....	51
Capítulo 7.	61
Anexos	61

Lista de anexos

- Anexo 1. Formato Recepción de casos de Instituto de Familia y Vida.
- Anexo 2. Formato Consentimiento Informado para Consulta psicológica.
- Anexo 3. Formato Historia clínica para menores de edad
- Anexo 4. Formato Historia clínica para adultos.
- Anexo 5. Formato historia clínica Familiar y de Pareja
- Anexo 6. Acta cierre de caso
- Anexo 7. Modelo Informe Psicológico

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	APOYAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA IPS BUCARAMANGA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
AUTOR(ES):	Silvia Juliana Arguello Zabala
PROGRAMA:	Facultad de Psicología
DIRECTOR(A):	Lina Patricia Méndez Moreno

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 Bucaramanga. Dentro de las actividades se destaca el proceso de evaluación e intervención psicológica a 12 usuarios de la IPS Bucaramanga, los principales motivos de consulta fueron: conductas disruptivas (28%), aplicación de pruebas psicológicas (18,5%), violencia sexual (12,0%), violencia intrafamiliar (9,3%). Se realizaron 36 horas de intervención utilizando técnicas de intervención sistémica y cognitivo-conductual. Se desarrolló el proceso de auditorías de historias clínicas durante el periodo 2018-1, se encontró como relevante espacio en blanco sin diligenciar con un (75,6%) no contaban con una impresión diagnóstica establecida 62,1 y no se encuentra el consentimiento completamente diligenciado (65%) de la muestra. Estos resultados apuntan a proponer de refuerzo en el cumplimiento de la normatividad vigente. Finalmente por medio del Instituto de familia y vida se logra materializar las diferentes asignaturas a lo largo de la carrera por medio del desarrollo de competencias para la valoración, intervención y entrega de resultados, teniendo satisfactoriamente logros en el manejo de procesos y formatos institucionales. Los diferentes casos que se acudieron a la IPS lograron desarrollar habilidades que permitió el enriquecimiento profesional y personal.

PALABRAS CLAVE:

Psicología clínica, Evaluación psicológica, Intervención, Auditoria Historias Clínicas.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: SUPPORT THE PROCESSES OF PSYCHOLOGICAL ATTENTION IN THE IPS BUCARAMANGA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

AUTHOR(S): Silvia Juliana Arguello Zabala

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Lina Patricia Mendez Moreno

ABSTRACT

The following document gives an account of the work in social service modality whose objective of the work was support the processes of psychological attention in the IPS Bucaramanga. Within the activities, the psychological evaluation and intervention process to 12 users of the IPS Bucaramanga, the main reasons of consultation were: disruptive behavior (28%), application of psychological tests (18.5%), sexual violence (12.0%), intrafamily violence (9.3%). 36 hours of intervention were performed using intervention techniques systemic and cognitive behavioral. The process of audits of medical records during the period was developed 2018-1, it was found as relevant blank space without filling in with one (75.6%) they did not have a established diagnostic impression 62.1 and full consent is not met (65%) of the sample. These results are aimed at proposing a reinforcement of compliance with current regulations. Finally, through the Institute of Family and Life, the different subjects are materialized throughout the career through the development of competencies for the assessment, intervention and delivery of results, having satisfactory achievements in the handling of processes and institutional formats. The different cases that they went to the IPS they managed to develop skills that allowed professional and personal enrichment.

KEYWORDS:

Clinical Psychology, Psychological Evaluation, Intervention, Audit
Stories Clinics

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

CAPÍTULO I

Introducción

El siguiente trabajo es la evidencia del proceso realizado durante trabajo de grado para optar por el título de psicóloga en la modalidad de servicio social, ejecutado en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, teniendo en cuenta que es uno de los dos centros de proyección social ubicado en el centro de la ciudad de Bucaramanga. El objetivo de esta institución es apoyar los procesos de formación integral de estudiantes de pregrado y posgrado de la facultad de psicología, facilitando un espacio de práctica profesional de atención en procesos psicológicos a la población que lo requiera en el área metropolitana de Bucaramanga, obedeciendo a los objetivos misionales académicos, investigativos y de proyección social de la Universidad.

Agregando a lo anterior aspectos organizacionales se señala que la misión de la IPS UPB es 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 de riesgo y vulnerabilidad en los estratos con bajas posibilidades de acceso de la región, del mismo modo la posibilidad en los estudiantes de psicología el desenvolvimiento en competencias clínicas y éticas, contribuyendo a la formación de profesionales íntegros y con valores éticos desde el humanismo cristiano, para la sociedad actual.

CAPÍTULO II

Información de la institución

Misión.

Es misión de la IPS UPB 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 del servicio de atención psicológica en la IPS UPB Bucaramanga

Objetivos específicos

- Brindar atención psicológica a los usuarios que se presenten a la IPS- UPB
- Realizar evaluación psicológica según los requerimientos de los usuarios de la IPS-UPB.
- Realizar auditorías de historias clínicas de los practicantes de pregrado y posgrado
- Realizar una base de datos con los principales motivos de consulta de familia y/o pareja con el fin de documentar la base de datos del observatorio de familia
- Apoyar los procesos académicos de los practicantes de pregrado y posgrado con respecto a: informes psicológicos, utilización de pruebas psicométricas y diligenciamiento de historia clínica.

Referentes conceptuales para el abordaje del Servicio Social

En la actualidad la salud se encuentra establecida como un derecho constitucional y es un derecho importante dentro de la declaración universal de los derechos humanos, es por esto que es difícil definir de manera unánime este término, debido a que a lo largo del tiempo ha sido tema de interés de varias ciencias por lo que actualmente no hay un consenso de una definición global para esta palabra. Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (2006) aborda este concepto de una manera integral, definiendo la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social; no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (p.1). De igual forma, Hernández, Ehrenweig y Yépez (2010) destacan el elemento psicológico, al afirmar que “el bienestar psicológico es un determinante fundamental de la salud y a la vez un componente principal de ella”. Es por esto, que se puede considerar la salud como un proceso complejo ya que integra el bienestar psicológico, social y físico.

Por lo anterior, se puede afirmar que cuando se habla de salud, se supone de inmediato un estado de bienestar, armonía, equilibrio y satisfacción en cada área del desarrollo del individuo (personal, social, emocional, familiar) y no representa para el individuo algún grado de molestia o malestar (Vidarte, Velez, Sandoval & Alfonso, 2011).

Durante décadas unas de las principales ramas de la psicología, ha sido el ámbito clínico, la cual se define como la aplicación de principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados para evaluar, diagnosticar, modificar y prevenir los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento considerado anormal (Colegio Oficial de Psicólogos, 2015). Es por esto, que en el transcurso del tiempo se ha considerado el

nacimiento de nuevos enfoques como lo es el cognitivo-conductual, en donde se explica que las diferentes conductas del individuo en el entorno son consecuencia de los procesos superiores; debido a esto, se han vinculado diferentes campos de acción con la psicología clínica, los cuales permiten establecer una regulación en el individuo, teniendo en cuenta la prevención de enfermedades, cambio en estilo de vida, atención en enfermedades crónicas y rehabilitación (Reynoso, & Seligson, 2005).

Es por ello que el psicólogo clínico, no solo se encarga de diagnosticar los trastornos del individuo, sino se enfoca en generar un trabajo multidisciplinar con diferentes profesionales de la salud aportando sus conocimientos para generar un diagnóstico certero, en el cual se pueda implementar un tratamiento efectivo en el paciente encaminado a la mejoría de sus síntomas y la calidad de vida del mismo (Vargas, & Jaramillo, 2015).

En un sentido similar, Riviere (2000) afirma que la salud mental se debe concebir como la capacidad de mantener con el mundo relaciones transformadoras y dialécticas que le permitan al individuo solucionar las contradicciones internas y las de éste con el contexto social. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por concientizar y hacer visible la importancia de la salud mental como uno de los ejes principales para una atención integral y con calidad en el área de la salud, son mínimos los programas y las políticas que existen y que priorizan la promoción y la prevención de las enfermedades mentales, llegando a considerar el grado de bienestar y mejoramiento que pueden generar en la persona.

Por otro lado, con respecto al bienestar psicológico su definición varía dependiendo de cada autor para Oramas, Santana y Vergara (2006) este término lleva implícita la

experiencia personal de cada individuo, se puede considerar como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico el cual está conformado por otras influencias, tales como la satisfacción de necesidades de diferente naturaleza, a pesar de que tiene elementos transitorios y reactivos, su estabilidad es de mayor influencia.

En cuanto al tema de bienestar existe un enfoque cuyo principal autor define el bienestar psicológico como:

El esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos (Carol Ryff citado por Ortiz & Castro, 2009; p. 27).

De igual forma, el bienestar psicológico es un indicador positivo en cuanto a la relación de la persona con su medio y consigo misma, teniendo en cuenta perspectivas afectivas y valorativas que se integran en la proyección futura. Es por eso, que este concepto está formado por variables del autoconcepto como autoconciencia, autoestima y autoeficacia, componentes que se encuentran relacionados entre ellos y le brindan al individuo sentido de vida (Oramas, Santana y Vergara, 2006).

Es por esto, que para Carmona, Rozo y Mogollón (2005) está claro que el proceso de salud en la actualidad no se ve solo como una atención médica, sino también se tienen en cuenta intervenciones de otras áreas de estudio. La psicología es una de esas áreas que ha mostrado gran interés en la atención integral de la salud y en la calidad de vida relacionada con la salud, en especial la psicología clínica la cual tiene como fin encontrar y brindar estrategias de promoción y prevención de los problemas

psicológicos que afectan significativamente la cotidianidad del sujeto (Echeverri, 2010; Piña & Rivera, 2006).

La psicología clínica puede entonces entenderse como la rama de la psicología especializada en estudiar el comportamiento de la persona en relación con la salud y la enfermedad, es decir cuando el comportamiento de la persona llega a generar un grado de afectación en su funcionalidad y representa diversas dificultades en los áreas de vida (social, individual, familiar, escolar, laboral, entre otras) (Benavides, Rosero, Suárez, Flórez, & Bastidas, 2014).

Durante décadas una de las principales ramas de la psicología ha sido el área clínica, la cual según el Colegio Oficial de Psicólogos (2015) se puede definir como la aplicación de conocimientos científicos, técnicas y principios implementados con el fin de evaluar, diagnosticar, prevenir y modificar los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento considerado anormal.

Para Fuentes y Salvador (2012) citado por López (2013) plantea que la psicología clínica es una especialidad de las ciencias de la salud, en donde por medio de la implementación de estrategias de diagnóstico, evaluación, tratamiento, investigación y rehabilitación de los trastornos mentales puede aportar significativamente a las políticas de prevención de salud mental, además de lograr hacer aportes a los fenómenos, procesos psicológicos, relacionales y comportamentales que afectan en el estado de salud y enfermedad de los sujetos.

De igual forma, Martínez (2003) propuso que la psicología clínica es un área de especialización de la psicología que ocupa sus conocimientos y aplica sus métodos al estudio y la comprensión de los trastornos del comportamiento y mentales, donde a

través de las evaluaciones psicológicas se logra identificar en el paciente condiciones psicopatológicas y recursos que permitan desarrollar e implementar un diseño de protocolos y de tratamiento orientado a acciones preventivas y correctivas.

Por otro lado, se considera que el campo de la psicología clínica se debe demarcar como “aquel preocupado por el sujeto sufriente como objeto de su intervención, el cual es objetivado de manera diversa por la mirada del clínico” (Bedoya, 2010, p. 76). Para Peláez (2012) la psicología clínica tiene como objetivo principal el bienestar y la adaptación, ambas permiten el despliegue del trabajo clínico, en donde desde esta perspectiva se aborda el sufrimiento y el bienestar, desde ahí se realiza el trabajo de intervención. Este proceso, se encuentra orientado por métodos cualitativos y positivos, que se diferencian por la predicción y explicación, por la interpretación, la causa, el análisis y la comprensión. Cada uno de estos sostenidos en la observación como método principal (Peláez, 2009).

En general se puede abordar la psicología clínica como un campo de aplicación que implica diversos procedimientos y métodos de evaluación psicológica que permiten el diagnóstico de un trastorno mental específico. Esto significa que este campo cuenta con sus propios modelos, procedimientos, métodos y herramientas para poder establecer un diagnóstico o una condición psicopatológica y realizar un tratamiento, con la finalidad de lograr identificar el trastorno e implementar medidas y herramientas para buscar remediar o prevenir el problema (Moreno, 2015).

Por otro lado, es importante destacar la labor del psicólogo clínico que resalta la capacidad que tiene para analizar diversos factores como el contexto, la historia, las fortalezas y la vulnerabilidad de la persona a que se le está brindando la ayuda,

considerando al sujeto como un ser integral y de esta forma eliminando la visión dogmática del modelo específico; así como lo afirma Helio Carpintero (entrevistado por González, 2008) al decir que en toda una “serie de patologías, las conductas, las ideas, actitudes y expectativas del paciente, cumplen un enorme papel en el éxito o fracaso del tratamiento, y en ese nivel el psicólogo puede jugar un papel sumamente eficaz” (p. 127). Por eso cabe recalcar que el psicólogo debe tener como característica principal al momento de realizar sus labores, el saber discernir, escuchar y entender a toda persona que demande o solicite algún tipo de ayuda o asistencia.

El trabajo que realiza el psicólogo clínico es un ejercicio de carácter profesional bajo una perspectiva que integra aspectos psicológicos, biológicos y sociales en el cual se hace importante una relación interdisciplinaria que permita que se dé un trabajo en equipo logrando así un mayor bienestar y mejoramiento del funcionamiento afectivo de las personas (Sánchez, 2008). Este ejercicio clínico se concibe como una práctica narrativa en donde cuya finalidad es que el consultante logre encontrar en el espacio clínico que se brinda condiciones que le permitan reconstruir su historia y mejorar la calidad de vida, en pocas palabras el sentido de la clínica es ofrecer al sujeto recursos para la construcción de su historia (Redondo, 2013).

Es por esto, que el psicólogo clínico no sólo diagnostica los trastornos del individuo sino que se enfoca en poder generar un trabajo multidisciplinar con diversos profesionales de salud si el caso lo requiere, con el fin de generar un diagnóstico certero para así implementar un tratamiento adecuado encaminado siempre a la mejoría de los síntomas y a la calidad de vida del mismo paciente (Vargas, & Jaramillo, 2015).

La Psicología Clínica es la rama que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar algún malestar y sufrimiento al individuo humano. (Resnick, 1991, p,1) Así mismo, se ha encontrado que aquellos tratamientos que incluyen técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a regular emociones, son efectivas en la reducción del comportamiento externalizante de los niños, así como los niveles de estrés en los padres (Cuenca y Mendoza, 2017). Así como se ha encontrado que la participación de las familias y de los profesores en programas de prevención primaria favorecerá, en mayor medida, la adecuada adaptación social de los niños, al tiempo que reducirá la probabilidad de aparición de conductas antisociales (Hanisch et al., 2010), y que los padres, en el proceso de socialización, actúan como modelos que los hijos imitan, al tiempo que estimulan o inhiben determinados comportamientos en función de los estilos de crianza que practican.

El enfoque estructural, refiere que la persona es un miembro que hace parte de diversos contextos y el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos; la familia entonces es considerada como factor significativo en el proceso de adaptación individual y social. Se habla de que el sujeto responde ante las tensiones de la familia y la familia responde a las tensiones de cada uno de sus miembros en un proceso mutuo y constante de adaptación (Eguiluz 2005).

CAPÍTULO IV

Metodología

Para el desarrollo de esta modalidad de grado, como servicio social los procesos de atención estuvieron basados en el enfoque sistémico y cognitivo conductual para el análisis de cada caso utilizando estrategias de intervención sistémicas y cognitivo conductuales para el abordaje de los casos.

Población

Se llevó a cabo la atención y evaluación psicológica de 12 consultantes, realizando aproximadamente 35 horas de consulta y el promedio de consultas realizadas fue de 3 sesiones. Entre estos niños, adolescentes, adultos y parejas en el cual los principales motivos de consulta se encuentran: dificultad en las relaciones familiares, aplicación de pruebas psicológicas, sistema de evaluación de niños y adolescentes (SENA), proceso de orientación vocacional e inteligencia.

Además, se realizaron 7 sesiones de capacitación para estudiantes de pregrado y se auditaron 124 historias clínicas que corresponden al trabajo realizado por la IPS durante el 2018 primer semestre.

Instrumentos

Para lograr la atención psicológica se utilizaron los consultorios disponibles de la institución o la sala de juegos, en intervención infantil, donde se usaron loterías, rompecabezas y cuentos. Además, el proceso de atención brindado por la IPS demanda el diligenciamiento de formatos como: recepción de caso, consentimiento informado, historia clínica acorde para cada caso, pruebas psicológicas, certificados de asistencia, informes de evaluación o intervención individual y familiar, remisiones de caso, actas de cierre de proceso.

Análisis del cumplimiento de los objetivos

Atención y evaluación psicológica durante el Servicio Social.

En el proceso de la modalidad de grado se llevaron a cabo diversas funciones, dentro de ellas el apoyo a la atención psicológica y/o evaluaciones requeridas. De acuerdo con lo anterior, el principal objetivo de este proceso fue brindar atención psicológica a los usuarios de la IPS y en total durante la práctica se atendieron 12 personas, realizando aproximadamente 35 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 durante el servicio social

Edad	F	%
7-11	2	16,7
12-17	4	33,3
18-39	3	25,0
40-59	3	25,0

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

La población atendida osciló con edades comprendidas entre los 7 y 59 años. La edad con mayor porcentaje de atención fue 12 a 17 años y representa el 33,3% (n=4), las edades como 18-59 años representan el 25,0% (n=6) Y el 16,7% (n=2) edades comprendidas de 0 a 11 años.

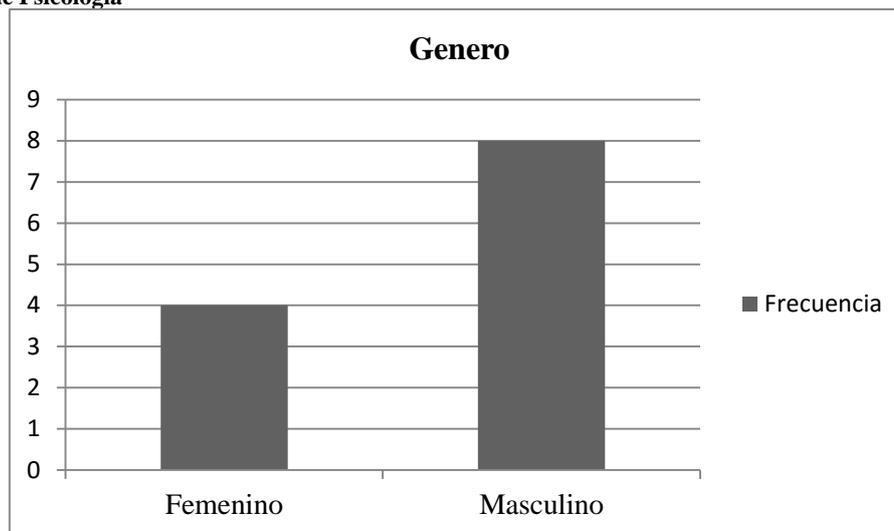


Figura 1. Distribución de la muestra por género

La muestra estuvo compuesta por 12 consultantes, de los cuales el 33,33% (n=4) son mujeres y el 66,67% (n=8) son hombres.

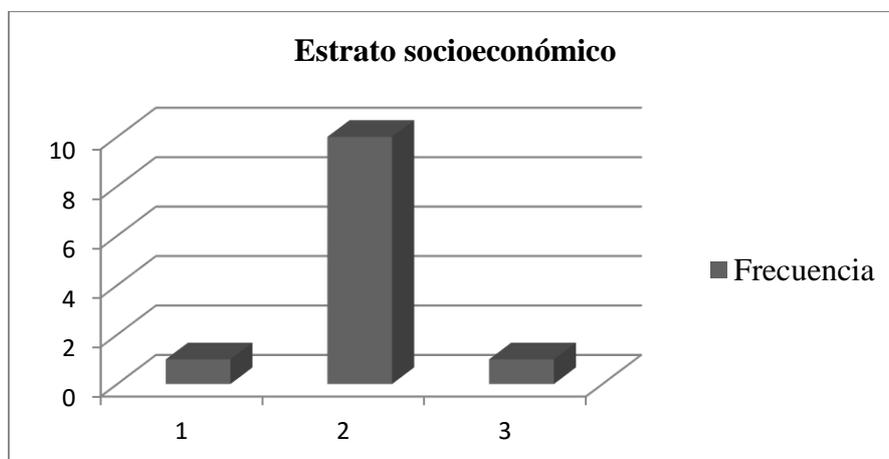


Figura 2. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico

La población que se atendió comprendió en diferentes estratos cuya frecuencia es: estrato 1 con porcentaje de 8,33% (n=1), estrato 2 con porcentaje 83,33% (n=10), estrato 3 con porcentaje 8,33% (n=1).

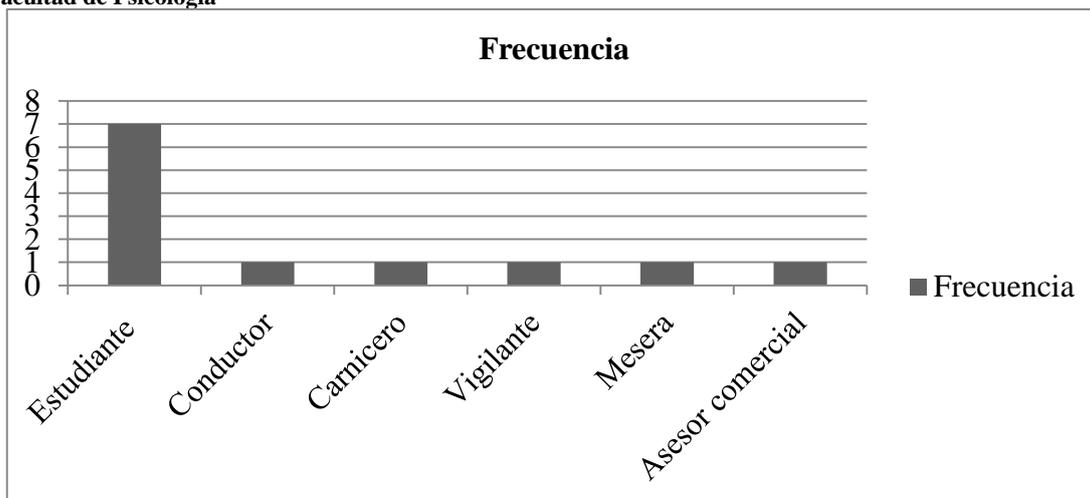


Figura 3. Distribución de la muestra por ocupaciones

La mayoría de la población atendida fueron estudiantes ($n=7$), los demás tienen ocupaciones diversas conductor, carnicero, vigilante, mesera y asesor comercial ($n=5$)

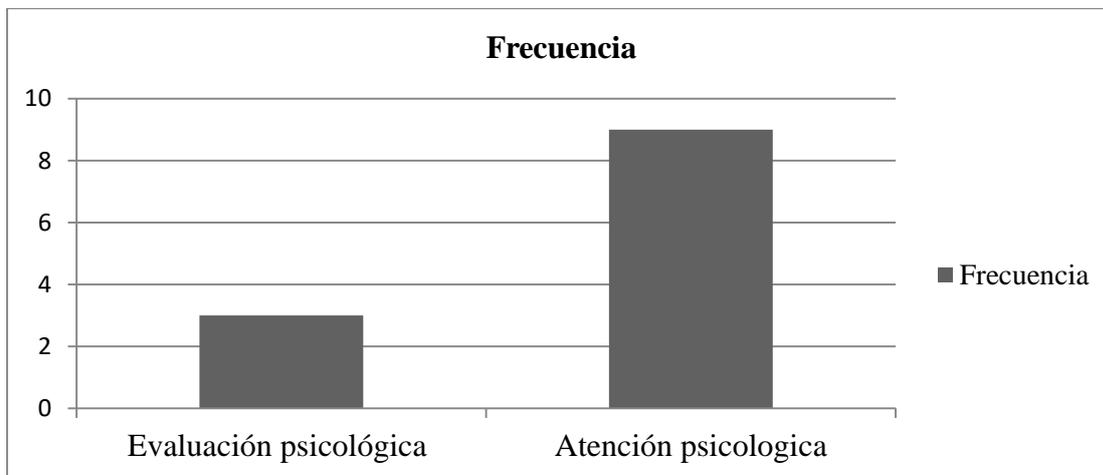


Figura 4. Distribución de la muestra por tipo de servicio que se presta

La atención psicológica fue la que tuvo la mayor frecuencia ($n=9$) y la evaluación psicológica fue la siguiente ($n=3$).

Evaluación psicológica.

Durante el proceso de servicio social especifica las evaluaciones realizadas en la IPS. A través del motivo de consulta se identifica si es necesario la aplicación de pruebas psicométricas en el mismo sentido se muestra una identificación dada del paciente, motivo de consulta manifestado, pruebas aplicadas y la frecuencia.

Tabla 2

Procesos de evaluación realizados durante la pasantía

<i>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</i>	<i>MOTIVO DE CONSULTA</i>	<i>PRUEBAS APLICADAS</i>	<i>N° PRUEBAS APLICADAS POR SUJETO</i>
<i>A.B.S</i>	"Comportamientos agresivos , ausencia de ganas de estudiar"	Sistema de evaluación para niños y Adolescentes (SENA)	1
<i>K.G.G</i>	"Acompañamiento por dificultades de elección académica "	Escala de intereses y preferencias vocacionales Kuder-C	1

E.Y.R.R	"Aplicación pruebas de inteligencia"	Escala de inteligencia Weschler para niños (WAIS-IV)	1
---------	--------------------------------------	--	---

Teniendo en cuenta los 12 pacientes atendidos, tres de ellos fueron evaluados teniendo en cuenta el motivo de consulta referido o las necesidades de cada uno de ellos. Se realizaron 3 informes de las pruebas aplicadas.

Considerando el cumplimiento de las evaluaciones se manejaron las siguientes pruebas: Escala Wechsler de Inteligencia para adultos IV (WAIS-IV), Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA), Escala de intereses y preferencias vocacionales Kuder-C

1.3 Sesiones de capacitación con el equipo de trabajo IPS 2018-01.

Dentro de las actividades satélites del Servicio Social se llevaron a cabo espacios donde se cumplieran procesos de retroalimentación grupal, análisis de los casos durante la práctica con las estudiantes de pregrado de la IPS.

Tabla 3

Sesiones de retroalimentación realizada durante el Servicio Social

<u>Eje</u>	<u>N° sesiones</u>	<u>Temas</u>
Clínico	1	Formatos como recepción de caso historia clínica, menor de edad, adulto y pareja.
	2	Guía de consulta de los criterios

diagnósticos de DSM-V

	1	Prueba Kuder (Prueba de orientación vocacional)
Pruebas	2	Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)
	4	Escala Weschler de inteligencia para niños (WISC-IV) y Escala de inteligencia para adultos (WAIS)

Nota: N° sesiones = Número de sesiones

1.4 Historias clínicas auditadas 2018.

En el desarrollo del servicio social se continuó con el proceso de auditoría de historias clínicas, para cumplir con la visión institucional la cual plantea un sistema de gestión de calidad que permita el progreso continuo de los servicios ofrecidos por la IPS. Para las auditorias se utilizó una lista de chequeo y realizar bases de datos que permitan identificar falencias en el diligenciamiento de historias clínicas.

Tabla 4

Porcentaje de distribución de las auditorias por persona responsable realizadas

Personas encargadas de auditar	F	%
Laura Marcela Nieto	30	27,0
Silvia Juliana Arguello Zabala	81	73,0

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

En total se auditaron 111 historias clínicas, la mayoría fueron auditadas por Silvia Juliana Arguello Zabala con un 72,97% (n=81), seguido de Laura Marcela Nieto con el 28,95% (n=30).

De la misma manera, se revelan los resultados de la lista de chequeo con la que se auditaron las historias clínicas.

Evidencia de registro de la fecha de recepción

Registro de la fecha de recepción	F	%
No	2	1,80%
Si	109	98,20 %

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Se halló que el 98,72% (n=77) de las historias clínicas tiene registrada la fecha de recepción. Por el contrario, el 1,28% (n=15) no tenían registro de la fecha de recepción.

Tabla 6

Evidencia de registro del número de historia clínica

Evidencia de registro del número de Hc	F	%
No	10	9,01
Si	101	91,0

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Se halló que el 91,0% (n=101) tienen el número de historia clínica registrado. Sin embargo, el 18,44% (n=10) no tienen número de historia clínica.

Tabla 7

Evidencia de registro de datos sociodemográficos

Registro total de datos sociodemográficos	F	%
No	47	42,34
Si	64	57,66

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Se muestra a través de la auditoria que el 57,66% (n=64) teniendo en cuenta las historias auditadas cumplen con el registro total de datos sociodemográficos. Por otro lado, el 42,34% (n=47) se evidencias espacios en los datos sociodemográficos.

Tabla 8

Evidencia de espacios en blanco

Hay espacios en blanco sin diligenciar	F	%
No	27	24,32
Si	84	75,68

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Con la información recopilada muestra 75,68% (n=84) de las historias auditadas tienen espacios en blanco y solo el 24,32% (n=27) se encuentran diligenciadas en su totalidad.

Tabla 9

Evidencia de uso de siglas y abreviaturas

Uso de siglas y abreviaturas	F	%
No	110	99,10
Si	1	0,90

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Con lo anterior se evidencia que el 99,10% (n=110) de las historias clínicas no se encuentran con uso siglas o abreviaturas. Sin embargo, el 0,90% (n=1) se encuentra el uso de siglas y abreviaturas en el registro de la historia clínica.

Tabla 10

Evidencia de anotaciones a lápiz

Cuenta de anotaciones a lápiz	F	%
No	89	80,18
Si	22	19,81

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Los resultados que se muestran son 80,18% (n=89) no se hallan anotaciones a lápiz, No obstante el contrario el 19,81% (n=22) se encuentran historias con el uso de a lápiz.

Tabla 11

Evidencia de tachones, borrones o uso de corrector

Uso de tachones, borrones o uso de corrector	F	%
No	101	90,99
Si	10	9,01

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

En la revisión se evidencio que el 90,99% (n=101) de las historias clínicas no se evidencian tachones, borrones o uso de corrector, Por el contrario el 27,37% (n=10) incumplen con este apartado.

Tabla 12

Evidencia de escritura legible

Cuenta de escritura legible	F	%
No	4	3,60
Si	107	96,40

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

El 96,40% (n=107) de las historias clínicas poseen una escritura que es legible. Por otro lado, el 3,60% de las historias auditadas no cuentan con una escritura legible.

Tabla 13

Evidencia de impresión diagnóstica establecida

Impresión diagnóstica establecida	F	%
No	69	62,16
Si	42	37,84

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

En la recolección de datos con la auditoría permite identificar que el 62,16% (n=69) de las historias clínicas no posee una impresión diagnóstica establecida en el momento de la auditoría. En consecuencia, el 37,84% (n=42) se encontraba una impresión diagnóstica establecida.

Evidencia de descripción concreta y clara de plan de tratamiento

Cuenta de descripción concreta y clara del seguimiento terapéutico

	F	%
No	30	27,03
Si	81	72,97

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Frente a la descripción concreta y clara del seguimiento muestra El 72,97% (n=81) de las historias auditadas posee una descripción concreta y clara del plan de tratamiento y el 27,03% (n=30) aun no manifiestan un plan de tratamiento.

Tabla 15

Evidencia de seguimiento con fecha y hora de atención

Cuenta de seguimiento terapéutico con fecha y hora de atención

	F	%
No	21	18,92
Si	90	81,08

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

En esa misma línea el 81,08% (n=90) de historias auditadas poseen en sus seguimientos con fecha y hora de atención y el 18,92% (n=21) no se encuentra este apartado en sus seguimientos.

Tabla 16

Evidencia de seguimiento con firma del psicólogo/a tratante

Cuenta de seguimiento terapéutico con nombre y firma del psicólogo	F	%
No	25	22,52
SI	86	77,48

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

Dentro del seguimiento se encuentra el 77,48% (n=86) de historias auditadas contienen seguimientos con la firma respectiva del psicólogo/a tratante en cada sesión y el 22,52% (n=25) no posee lo anterior mencionado.

Tabla 17

Evidencia de consentimiento debidamente diligenciado

Cuenta de consentimiento informado bien diligenciado	F	%
No	72	64,86
Si	39	35,14

Nota: F= frecuencia, %= Porcentaje.

Respecto al diligenciamiento del consentimiento se evidencia 35,14% (n=39) de historias auditadas tienen los consentimientos informados debidamente diligenciados, de tal manera, firma del usuario, firma del psicólogo en formación y firma del supervisor de práctica. Mientras tanto 64,86% (n=72) tienen consentimientos donde puede faltar la firma del usuario o de algún psicólogo.

Evidencia de anexo de pruebas, formatos y demás

Cuenta de formatos de pruebas, informes y demás	F	%
No	110	99,10
Si	1	0,90

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Por otra parte en el apartado de anexos se encuentra 0,90% (n=1) de historias auditadas posee anexos de pruebas psicológicas, informes, formatos y demás. El 99,10% (n=110) no tienen ningún anexo anterior mencionado.

Tabla 19

Evidencia de seguimiento hecho inmediatamente después de la atención

Informe de cada sesión es debidamente diligenciado después de la atención	F	%
No	20	18,02
Si	91	81,98

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Así mismo el 81,98% (n=91) de historias auditadas realizaron los seguimientos inmediatamente después de la atención y el 18,02% (n=20) no poseen seguimientos al día.

1.5 Actividades administrativas IPS-UPB.

Durante el tiempo de práctica se realizaron 7 reuniones administrativas en las que se informaban novedades de los servicios, necesidades para alguna intervención, se rindieron informes sobre los trabajos realizados por cada estudiante.

Tabla 20

Reuniones administrativas realizadas en el segundo semestre de 2017

Nº reunión	Fecha	Tema
1	01-feb-18	Presentación e inducción de las normativas de la IPS, a cargo de la Coordinadora de la IPS Magda Yaneth Acevedo
2	14-feb-18	Se dio a conocer el cronograma de actividades del semestre y los horarios de asistencia de los practicantes de pregrado. Generar la revisión de las recepciones del 2017 segundo semestre para crear una base de datos.
3	07-mar-18	Verificación de casos atendidos, revisión de lista de espera, revisión bibliográfica para de los temas con mayor frecuencia en motivos de consulta.
4	01-abr-18	A partir de esta fecha se llevan a cabo reuniones semanales para informar a cada practicante las actividades que lleva el instituto a cabo, mostrar el avance de cada proyecto propuesto en su plan de trabajo
5	02-may-18	Capacitación del Instrumento Caracterización de la población que se atiende en los centros universitarios de atención psicológica a nivel nacional - ISUAP.

Nota: Nº reunión= Número de reunión

1.6 Bases de datos sociodemográficos consultantes 2018

Tabla 21|

Distribución por edad de los consultantes de la IPS durante el 2018

Edad	F	%
0-11	27	25,0
12-17	23	21,3
18-39	41	38,0
40-59	14	13,0
60 o más	3	2,8

F= frecuencia, %= Porcentaje

Nota: En esta tabla se muestran las edades con mayor frecuencia dentro de la muestra

La población atendida osciló con edades comprendidas entre los 3 y 66 años. La edad con mayor porcentaje de atención fue 18 a 39 años y representa el 38,0% (n=41), las edades como 0-11 años representan el 25,0% (n=27) y el 21,% las edades comprendidas en 12-17 años

Figura 5. Distribución de la muestra por género

Los resultados indican que el 50% de los 108 consultantes atendidos durante el 2018 son hombres y el 50% corresponde son mujeres.

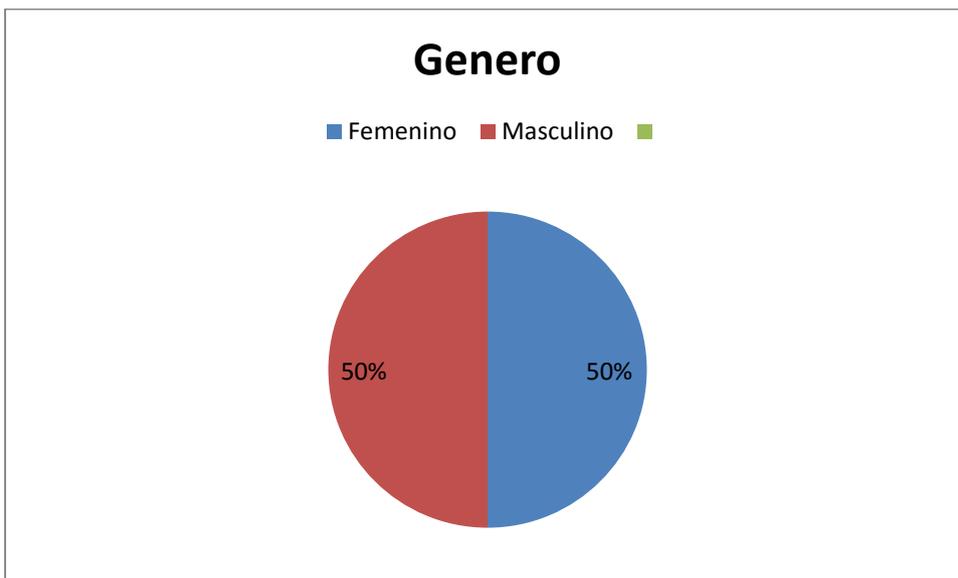
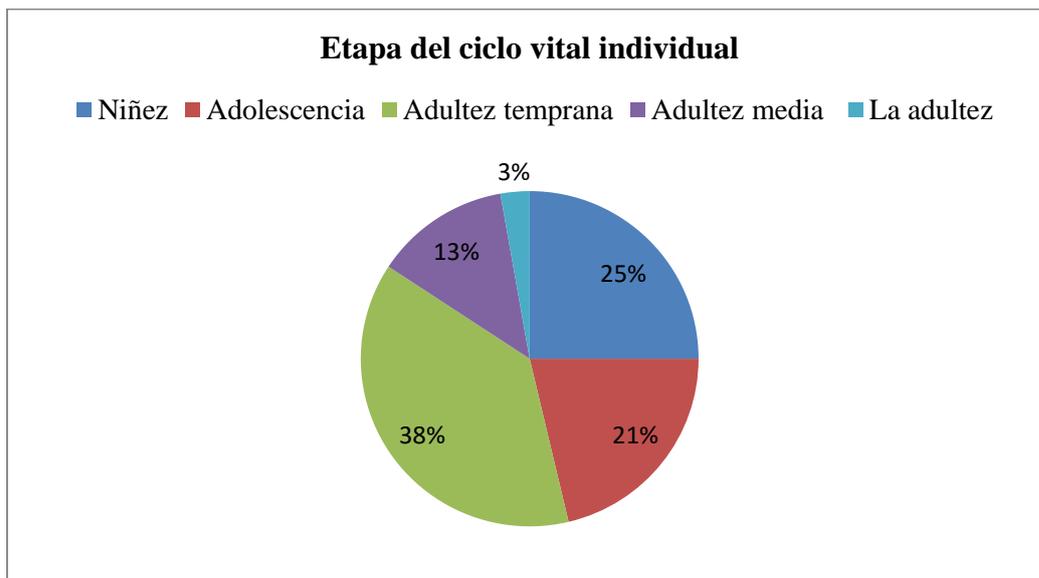


Figura 6. Distribución de la muestra por estrato



La muestra conseguida revela que el estrato con mayor frecuencia en la IPS es: estrato 2 con un 41,7%, luego, estrato 3 con un 29,6%, estrato 1 con un 20,4%, estrato 4 con un 3,7% y un 4,7% no refieren estrato socioeconómico.

Figura 7. Distribución de la muestra por etapa del ciclo vital individual



Nota: La categoría niñez comprende edades entre los 0-11 años, la adolescencia desde los 12-17 años, la adultez temprana comprende edades entre los 18-39 años. La adultez media contiene el rango de los 40-59 años y la adultez desde los 60 o más años.

La población que más acude a los servicios de IPS fueron adultez temprana niños con un 38%, seguido de Niñez con un 25%. Asimismo, una población que también acude a la institución son los adolescentes con un 21%, el 13,1% Adulthood media y tan solo un 3% se encuentran en la adultez

Etapa del ciclo vital familiar

Ciclo vital familiar	F	%
Conformación de la pareja	10	9,3
Familia con hijos adolescentes	24	22,4
Familia con hijos escolares	34	31,8
Familia con hijos pequeños	19	17,8
Salida de los hijos del hogar	10	9,3
No refiere	6	5,6
No aplica	5	4,7

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

Se evidencia en los resultados la etapa del ciclo vital familiar con más frecuencia de los consultantes de la IPS es: hijos escolares 31,8% (n=34) seguido con hijos adolescentes 22,4% (n=24), después, familia con hijos pequeños 17,8% (n=19) Salida de los hijos del hogar con un 9,3%. Por lo tanto, el 9,3% se encuentra en conformación de la pareja, No obstante el 4,7 de la muestra no refieren la etapa del ciclo vital familiar, la familia.

Ocupación

Ocupación	F	%
Estudiante	80	74,1
Administradora	7	6,5
Asesor comercial	6	5,6
Desempleado	5	4,6
Comerciante	2	1,9
Conductor	2	1,9
Ama de casa	2	1,9
Mesera	1	0,9
Vigilante	3	2,8

Nota: Esta tabla se muestran las nueve ocupaciones con mayor frecuencia dentro de la muestra analizada.

F= frecuencia, %= Porcentaje.

Se halló en la población que el 74,1% (n=80) de los usuarios de la IPS son estudiantes, la siguiente muestra se desempeñan en administrar un establecimiento el 6,5% (n=7) mientras tanto el 5,6% laboran como asesores comerciales (n=6) por otro lado el 5,6% (n=5) en la muestra se destaca la ocupación de vigilante en 2,8% (n=3) también dentro de la muestra se encuentran actualmente desempleados , mientras que el 1,9% (n=2) son comerciantes, el 1,9 % (n=2) son conductores, el 1,9% con el mismo porcentaje se encuentra ama de casa, el 0,9% (n=1) refiere ser mesera..

Tabla 24

Institución educativa

Institución Educativa	F	%
Universidad minuto de Dios	3	2,78
Colegio Bilingüe Yikanda	4	3,70
Colegio Tecnológico	5	4,63
Fundecol	5	4,63
Liceo Rey David	6	5,56
Cooperativo Comfenalco	6	5,56
Colegio virrey Solís	8	7,41
No refiere	9	8,33
Unidades Tecnológicas de Santander	10	9,26
Colegio Salesiano Eloy Valenzuela	12	11,11
Instituto Santa María Goretti	15	13,89
No aplica	18	16,67

Nota: En esta tabla se muestran las diez instituciones educativas con mayor frecuencia dentro de la muestra analizada. La categoría no aplica hace referencia diferentes usuarios no se encuentran realizando estudios en la actualidad, se encuentran laborando. *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

La información manifestada por los consultantes determinó la superioridad en la opción denominada no aplica con el 16,67% (n=18) haciendo referencia a personas que en el momento de la atención no realizaban algún estudio por el contrario su ocupación

era laborar o estudiar. La segunda elección con frecuencia fue la del Instituto Santa Maria Goretti con un 13,89% (n=15).

De la misma manera, el colegio con la siguiente frecuencia fue Colegio Salesiano Eloy Valenzuela 11,11% (n=12), continuando con las Unidades Tecnológicas de Santander con el 9,26% (n=10), el Colegio Virrey Soliz con el 7,41% (n=8), el Colegio Comfenalco con el 5,56% (n=6), con la misma el mismo porcentaje el Colegio Liceo David 5,56% (n=6) el Colegio Fundecol con el 4,63% (n=5), el Instituto tecnológico Salesiano con el 4,63% (n=5), el Colegio Bilingüe Yikanta con el 3,70% (n=4) y la Universidad Minuto de Dios con el 2,78% (n=3).

Tabla 25

Estado civil

Estado civil	<i>F</i>	%
No aplica	60	55,56%
No refiere	21	19,44%
Casado	10	9,26%
Soltero	7	6,48%
Divorciado	4	3,70%
Unión libre	4	3,70%
Separado	2	1,85%

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

La opción con mayor frecuencia fue la opción no aplica el 55,56% (n=60), siguiente de la opción de no refiere puntuando 19,44,% (n=21), los usuario con estado civil casados representan el 9,26% (n=10) de los consultantes, de la misma manera los usuarios solteros representan el 6,40% (n=7), los divorciados el 3,70% (n=4), unión

libre con el 3,70% (n=4) y el 1,85% (n=2) refieren como encontrarse separado, mas no divorciado.

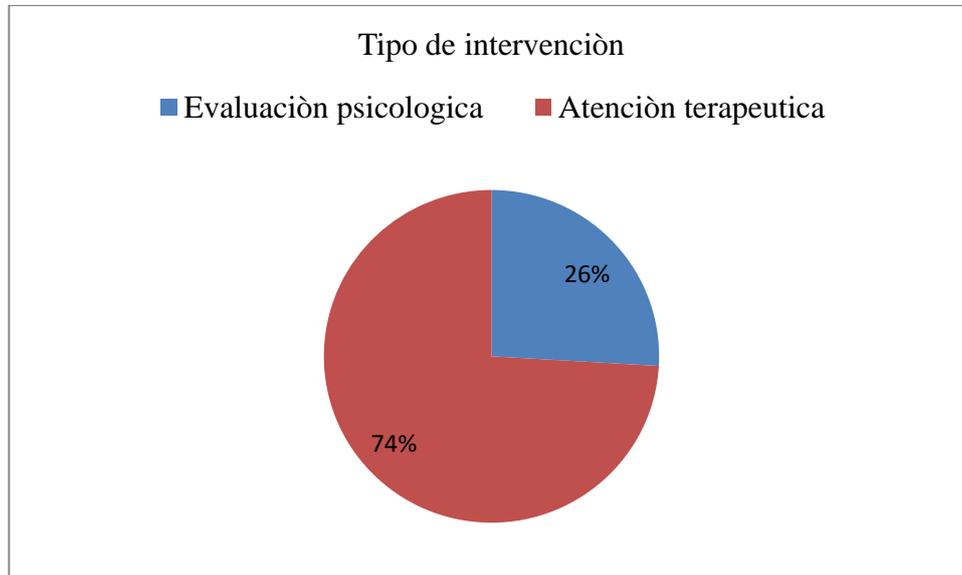


Figura 8. Distribuciòn sobre el tipo de intervencìon

El tipo de intervencìon con mayor frecuencia fue: atenciòn terapèutica con el 74,5%, evaluaciòn psicològica con el 26,3%.

Motivos de consulta más frecuentes

Motivos de consulta	F	%
Conductas disruptivas	30	27,8
Aplicación pruebas	20	18,5
Violencia sexual	13	12,0
Violencia intrafamiliar	10	9,3
Dificultades familiares	10	9,3
Conflictos de pareja	10	9,3
Complicaciones de adicción	8	7,4
Ruptura con el cónyuge	5	4,6
Habilidades académicas	2	1,9

Nota: En esta tabla se muestran los diez motivos de consulta con mayor frecuencia dentro de la muestra analizada

F= frecuencia, %= Porcentaje.

El motivo de consulta con mayor frecuencia fue el de conductas disruptivas con el 42,62% (n=26), víctimas de abuso sexual con el 6,56% (n=4), violencia intrafamiliar con el 6,15% (n=11), aplicación de pruebas de inteligencia con el 5,59% (n=10), dificultades académicas con el 5,59% (n=10), dificultades familiares con el 5,59% (n=10), problemas de pareja con el 5,03% (n=9), problemas de adicción con el 3,91% (n=7), separación de los papás con el 3,35% (n=6) y separación con el cónyuge con el 3,35% (n=6).

Tabla 27

Motivo de consulta más frecuente en la niñez (0-11 años)

Motivos de consulta	F	%
Conductas disruptivas	10	9,25%
Violencia sexual	3	2,78%
Habilidades académicas	1	0,92
Aplicación pruebas	7	6,49%
Dificultades familiares	3	2,78

Nota: En esta tabla se muestran los cinco motivos de consulta con frecuencia significativa en la etapa del ciclo vital mencionada: niñez (0-11 años)

F= frecuencia, **%**= Porcentaje.

El motivo de consulta con mayor frecuencia en la niñez fue el de conductas disruptivas con el 42,62% (n=26), abuso sexual con el 6,56% (n= 4), acompañamiento por separación de los papás con el 6,56% (n=4), aplicación de pruebas de inteligencia con el 6,56% (n=4), entre otros.

Tabla 28

Motivo de consulta más frecuente en la adolescencia (12-17 años)

Motivos de consulta	F	%
Conductas disruptivas	10	9,26%
Aplicación pruebas de inteligencia	8	7,41%
Violencia sexual	5	4,63%
Violencia intrafamiliar	2	1,85%

Nota: Con lo anterior se muestran los cuatro motivos de consulta con mayor frecuencia en la etapa del ciclo vital mencionada: adolescencia (12-17 años)

F= frecuencia, %= Porcentaje.

Además de los motivos de consulta mencionados anteriormente en la adolescencia muestra conductas disruptivas con el 9,26% (n=10), aplicación de pruebas con el 7,41% (n= 8), violencia sexual con el 4,63% (n=5), violencia intrafamiliar con el 1,85% (n=2), entre otros.

Motivo de consulta más frecuente en adultez temprana (19-39 años)

Motivos de consulta	F	%
Violencia intrafamiliar	7	6,48
Aplicación pruebas	5	4,63
Dificultades familiares	5	4,63
Conflictos de pareja	5	4,63
Ruptura con el cónyuge	4	3,70
Violencia sexual	2	1,85
Complicaciones de adicción	2	1,85

Nota: En esta tabla se muestran los siete motivos de consulta con mayor frecuencia en la etapa del ciclo vital: adultez temprana (19-39 años)

F= frecuencia, %= Porcentaje.

El motivo de consulta con mayor relevancia en la adultez temprana fue violencia intrafamiliar con el 6,48% (n=7), aplicación de pruebas de inteligencia 4,63% (n= 5), dificultades familiares con el 4,63% (n=5), conflictos de pareja el 4,63% (n=5), Ruptura con el conyugue representando 3,70% (n=4) el 1,85% (n=2) De violencia sexual y complicaciones de adicción.

Motivo de consulta más frecuente en adultez media (40-59 años)

Motivos de consulta	F	%
Complicaciones de adicción	5	4,63
Ruptura con el cónyuge	4	3,70
Dificultades familiares	3	2,78
Conflictos de pareja	3	2,78
Violencia sexual	3	2,78

Nota: En esta tabla se muestran los cinco motivos de consulta con mayor frecuencia en la etapa del ciclo vital denominada: adultez media (40-59 años)

F= frecuencia, %= Porcentaje.

El motivo de consulta con mayor frecuencia en la adultez temprana fue complicaciones de adicción con medicamentos, juegos de azar entre otros 4,63% (n=5), seguidamente ruptura con su pareja con 3,70% (n=4) dificultades familiares con el 2,78% (n=3) con la misma frecuencia se encuentran conflictos de pareja y violencia sexual.

Motivo de consulta más frecuente en adultez (60 o más años)

Motivos de consulta	F	%
Dificultades familiares	2	1,85
Conflictos de pareja	1	0,92

Nota: En esta tabla se muestran los dos únicos motivos de consulta en la etapa del ciclo vital: adultez (60 o más años)

F= frecuencia, %= Porcentaje.

El motivo de consulta con mayor frecuencia en la adultez fue dificultades familiares con 1,85% (n=2) y conflictos de pareja con 0,92% (n=1)

Tabla 32

Tipología familiar

	F	%
Extensa	42	39,05%
Nuclear	35	32,40%
Reconstituida	12	11,11%
No refiere	10	9,2%
Monoparental con jefatura femenina	4	3,7%
Monoparental con jefatura masculina	3	2,7%
Unipersonal	2	1,85

Nota: *F*= frecuencia, %= Porcentaje.

La tipología familiar con superior frecuencia dentro de la información analizada fue: extensa con el 39,05% (n=42), nuclear con el 32,40% (n=35), reconstituida con el

11,11% (n=12), no refiere 9,02% (n=10), monoparental con jefatura femenina con el 3,7% (n=4), monoparental con jefatura masculina con el 2,7% (n=3) y unipersonal con el 1,85% (n=2).

CAPÍTULO V

Discusión

Recopilando los datos obtenidos durante el periodo de Servicio Social, se pueden resaltar aspectos importantes en relación a la intervención psicológica que se llevó a cabo en el fortalecimiento y orientación en cada una de las áreas que brinda el Instituto de Familia y Vida.

Durante el proceso se manifestaban diferentes problemáticas en donde el individuo llega a consulta, no solo agobian el área personal de este mismo, sino también su contexto social, laboral y familiar, no obstante se debe tener en cuenta cada aspecto, de tal manera que se logre hacer una intervención completa en el proceso como lo menciona Manzanera- Escarti, R; Ibañez-Tarin, C; Scoufalos, S & Arbesú-Priet, J. (2007): “Toda enfermedad puede ser concebida como una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan en conjunto en su origen y evolución.” Pp.425.

Con lo anterior se interpreta que durante el proceso, se encontró que cada aspecto se relacionaba con el motivo de consulta, la interacción de dichos aspectos sociales y biológicos mencionados anteriormente centrando los procesos desde una postura epistemológica sistémica y cognitivo conductual.

En relación con la intervención se evidencio que el 50% hace referencia a 54 mujeres y un 50% hace referencia a 54 hombres que hicieron parte de un proceso de intervención.

Para Labrador, F; Estupiñan, F & García, M. (2010) "Pueden sugerirse diversas explicaciones a este dato. Una, que las mujeres presenten más problemas psicológicos que los hombres, es algo que reflejan los datos epidemiológicos sobre ansiedad y depresión, pero no es tan evidente en otros problemas. Otra que los hombres sean más reacios a demandar ayuda psicológica" pp.623

Para continuar con lo anterior se logra destacar la importancia que tiene la intervención psicológica sin importar el género que acuda, puesto que muestran entre los diagnósticos: Síntomas de negativista desafiante, ansiedad, estrés postraumático e hiperactividad, se tuvo en cuenta que el consultante tiene un papel importante en el trabajo terapéutico que se plantee, identificando lo que afecta en el desenvolvimiento en la sociedad.

Los resultados más significativos asociados a los datos sociodemográficos de la muestra refieren que el 42% de los consultantes que se acercan a recibir atención psicológica pertenecen a estratos socioeconómicos uno y dos, lo que según la literatura indicaría un mayor riesgo a sufrir trastornos mentales como lo afirman Órtiz-Hernández, López-Moreno & Borges, (2007) en su investigación, en donde realizan una revisión de múltiples estudios concluyendo que en los adultos de países de América Latina el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de: intento de suicidio, sintomatología depresiva, trastornos mentales comunes (básicamente depresión y ansiedad) y con trastornos mentales evaluados mediante entrevistas diagnósticas.

Frente a la estructura familiar los resultados más significativos asociados a la estructura familiar, indican que el 42% de los usuarios se encuentra en una familia extensa, y 35% en una familia nuclear, respecto con lo anterior la familia cual es un factor protector en su salud mental, pues en esta etapa el apoyo de su familia es crucial, debido a que los mismos

puede ser un factor de riesgo o un factor protector en la inserción a conductas de riesgo, puesto que cumple un papel fundamental en el desarrollo de sus miembros, brindando protección, afecto y socialización, además de la transmisión de valores, normas y pautas de comportamiento. Si hay una carencia en la presencia de estos factores, se aumenta el riesgo en la salud mental de los jóvenes (Agudelo, 2008; Torres, Osorio, López & Mejía, 2006). Lo cual también es confirmado en afirmaciones de Londoño et al. (2010) en la que señala que la prevalencia y aparición de alteraciones en la salud mental, son el resultado de factores que influyen en el desarrollo del adolescente, que pueden ser de tipo familiar, debido a una separación, divorcio, abandono o abuso de tipo sexual e intrafamiliar.

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2004) la violencia intrafamiliar afecta directamente en la salud mental, para una mejor atención se debe realizar dinámicas sociales, es decir por medio de grupo en la que se generen espacio en los cuales se les brinde el apoyo necesario para las personas que han sufrido la violencia. Por ende, no es pertinente personalizar e individualizar el problema. Por su parte, se evidencia un 9,3% en edades comprendidas en 19-39 años que buscaron atención en la violencia intrafamiliar dentro del Institución de Familia y Vida, destacando que la puntuación no estuvo tan alta en comparación con las conductas disruptivas, de igual manera se resalta la importancia de trabajar en pro para disminuir totalmente ese porcentaje de violencia, según Barraza & Méndez (2012) menciona que la violencia escolar y la salud mental están correlacionados, por los daños físico y psicológicos que se producen dentro de los pares de forma silenciosa en las instituciones educativas.

En lo referente con las auditorias de las historias clínicas se evidencian datos relevantes como el se encontró que el 75% de las historias clínicas tienen espacios en blanco y el 62% no poseen una impresión diagnóstica establecida, sin mencionar que el

65% de las historias clínica no contaba con el debido diligenciamiento del consentimiento informado.

Según el Ministerio de Salud Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

“Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.

Del mismo modo dentro de la historia clínica se encuentran características que son la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.

Después de analizar los resultados con los objetivos, planteado al inicio de la práctica se puede concluir que el servicio social tuvo una notable aceptación por parte de la comunidad, visto desde la posibilidad de acercamiento, tratamiento y realización de las actividades, permitiendo el alcance las metas anteriormente trazadas.

Se logró el acercamiento hacia la población donde se estableció una apropiada comunicación y empatía, favoreciendo el óptimo desarrollo en cada una de las actividades realizadas

La población que requiere el servicio de psicología en el Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga, en su gran mayoría fue la población adultez temprana comprendida desde los 18 a 39 años con problemáticas relacionada con pautas de crianza, conductas disruptivas y aplicación de pruebas.

Por lo tanto también se atendió consultantes que actualmente se encontraban estudiando en diferentes instituciones educativas a nivel de primaria, secundaria y pregrado. Con lo anterior se puede resaltar el valor para que la institución brinde servicios conformes a las necesidades de sus usuarios, Considerando que los motivos de consultas más frecuentes durante el último año para elaborar instructivos del proceder para una atención eficaz, también que permitan estandarizar los procesos y garantizar la calidad de los servicios.

De igual manera, mantener la base de datos con las auditorías de las historias clínicas del semestre que permiten crear estrategias que disminuyan los errores al diligenciar un formato de historia clínica como es mencionado por la pasante anterior de Instituto en sistematizar las historias clínicas a través de un programa, que permita la corrección

eficaz de algún apartado de la misma manera contribuir con el buen uso del papel y el ambiente.

En lo referente a las auditorías realizadas se encontró que la mayoría de historias clínicas tienen espacios en blanco. No obstante no poseen una impresión diagnóstica establecida, sin mencionar que más de la mitad de las historias clínicas auditadas no contaba con el debido diligenciamiento del consentimiento informado.

Sin embargo se hizo una segunda auditoria en el mes de mayo poder verificar las correcciones si estaban debidamente diligenciadas, se encontraron sin acciones correctivas luego de las reuniones que se hacían semanalmente para saber cuáles eran sus inquietudes.

Es necesario, la revisión de estos apartados con un psicólogo encargado de orientar, asesorar e indicar el manejo de las historias clínica que varían en función de la persona que será atendida.

Para finalizar, por medio del Instituto de familia y vida se logra materializar la diferentes asignaturas a lo largo de la carrera por medio del desarrollo de competencias para la valoración, intervención y entrega de resultados, teniendo satisfactoriamente logros en el manejo de procesos y formatos institucionales, la vinculación con algunas de las actividades administrativas de la IPS permitió el acercamiento al rol del psicólogo egresado. Los diferentes casos que se acudieron a la IPS lograron desarrollar habilidades que permitió el enriquecimiento profesional y personal.

Recomendaciones

Se sugiere dar uso de los protocolos de intervención como herramienta guía para futuros practicantes de la IPS , también la revisión de los protocolos que actualmente se encuentran en la institución y que pueden ser de herramientas de ayuda frente al tratamiento de alteraciones psicológicas, los cuales están propuestos para intervenir los motivos de consulta más frecuente.

Se sugiere estudiar e implementar estrategias que permitan la vinculación y el mantenimiento de los consultantes al proceso terapéutico, reduciendo la tasa de deserción, mantenimiento y finalización el seguimiento terapéutico.

CAPÍTULO VI

Referencias

- Agudelo, M.E. (2008). Dinámica familiar y salud mental de niños y adolescentes en familias que han vivido la separación de los padres. *Revista facultad de trabajo social*, 24(24), 47-65.
- Barraza, A & Méndez, A. (2012). La violencia escolar y la salud mental. Más allá de la educación como experiencia cognoscente. Recuperado de <http://iunaes.mx/wp-content/uploads/2013/04/coleccionlibro1.pdf>
- Bedoya, M. (2010). La construcción de la historia subjetiva en la clínica psicológica. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, (1), 71-78
- Benavides, M., Rosero, N., Suárez, J., Flórez, J., & Bastidas, J. (2014). Determinantes sociales del proceso salud–enfermedad de los universitarios. Área de salud, Universidad Nacional de Colombia–Bogotá. *Acta Odontológica Colombiana*
- Carmona, L., Rozo, C & Mogollón, A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (1), 62-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230108>
- Colegio Colombiano de psicología. (2015). Campo Psicología clínica. Recuperado de, <http://www.colpsic.org.co/productos-y-servicios/campo-psicologia-clinica/85>
- Echeverri, J. (2010). Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2), 47-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000200005&lng=pt&tlng=es.
- Eguiluz, L. (2005). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México D.F.: Editorial Pax.

Hernandez, Z., Ehrenweig, Y., & Yepez, L. (2010). Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. *Revista costarricense de psicología*, 29(42), 17-34.

Hernández, T., De la Torre, J., Espinosa, M., Lara, B & Gutiérrez, S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37, 89-93. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/37/37_HdzPaz.pdf.

González, H. (2008). Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, 18, (1), 121-129.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

Manzanera-Escarti; R; Ibañez-Tarín, C; Scoufalos, S & Arbesu-Priet, J. (2007). 1. Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión. *Aproximación práctica*;33(8):425-9

Martínez, J. C. (2003). *Psicología clínica y Psiquiatría*. *Papeles del Psicólogo*, 85, 1-10. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1073>

Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917006>.

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2004). *Salud mental y violencia intrafamiliar*.

Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Bacerlona. Paidos

Ministerio de Salud (1999). Resolución 1995 de 199. Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003 de 2014. Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Minuchin, S. (1979). Familias y terapia familiar. Bacerlona. Paidos

Moreno, J. E. C. (2015). Psicología clínica: revisión contextual y conceptual. Revista

Electrónica Psyconex, 6(9), 1-20.

Labrador, F; Estupiñá, F & García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la

práctica clínica: tratamientos y resultados. Psicothema 2010. Vol. 22, no 4, pp. 619-626

López, R. (2013). Desarrollo de la especialidad en Psicología clínica en Costa Rica:

perspectivas futuras. Revista costarricense de psicología, 32, (1), 43-60.

Órtiz-Hernández, L., López- Moreno, S. & Borges, G. (2007). Desigualdad

socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana.

Cadernos de saude pública, 23(6), 1255-1272. Recuperado de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007000600002&script=sci_abstract&tIng=es

Organización mundial de la salud. (2006). Constitución de la organización mundial de

la salud. Documentos básicos, suplemento de la 45° edición.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Definición Salud Mental. Recuperado de

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7(1-2), 34-9.
- Ortiz, J & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería*, 15 (1), 25-31. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100004>.
- 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. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04>.
- Peláez, G. (2012). Módulo de estudio: Fundamentos de la Psicología clínica. Departamento de Psicología. Universidad de Antioquia. Texto en proceso de publicación.
- 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.
- Resnick, J. H. (1991). Finally, a denition of clinical psychology: A message from the President, Division 12. *The Clinical Psychologist*, 44, 3-11
- Sánchez E. (2008). Psicología clínica. En J. Vera., & M. Hurtado. *La profesionalización y transdisciplina en la psicología clínica. Reseña de "Psicología clínica"* de Sánchez E., *P. Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16, (2), 411-415
- Vargas, M. G., & Jaramillo, G. P. P. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: avances de la*

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.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>

Vidarte, J., Vélez, C., Sandoval, C & Alfonso, M. (2011). Actividad física: estrategia

de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (1), 202 – 218.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>

Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Una perspectiva*

conductual. México: El Manual Moderno.

Riviere, G. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías

sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 16(6).

Capítulo VII

Anexos

		RECEPCION DE CASOS Código: P5-FO-152 Versión: 01					
Ciudad:		Fecha	Día:		Mes:		Año:
1. DATOS DEMOGRAFICOS							
DATOS DE LA PERSONA A SER ATENDIDA							
Nombre y Apellidos						Edad	
Direccion de Residencia						Estrato	
No. Telefonico				No. Celular			
Escolaridad				Ocupacion			
Remitido por				Entidad (EPS)			
DATOS DEL CONTACTO							
Nombre y Apellidos						Edad	
Parentesco							
Direccion de Residencia						Estrato	
No. Telefonico				No. Celular			
2. DESCRIPCION DE LA NECESIDAD EXPUESTA							
3. DESCRIPCION DE LA PROBLEMÁTICA							
SUBSISTEMA IMPLICADO				DIFICULTAD IDENTIFICADA			
Individuo	Académica	Violencia Intrafamiliar	Violencia conyugal	Conductas de riesgo	Adicciones		
Pareja	De aprendizaje		Maltrato infantil		Embarazo adolescente		
Parental	Comportamental		Abuso sexual		Pandillismo		
Fraternal	Mental		Otra dificultad		Bullying		
Familiar	De relación	¿Cuál?		Otra conducta de riesgo			
Comunitario	Social			¿Cuál?			

Anexo 1. Formato Recepción de casos de Instituto de Familia y Vida. (Continuación)

4. ASIGNACION DE CITA	
Nombre del Psicólogo en formación asignado (a)	
Fecha	
Hora	
INFORMACION SOBRE EL PROCESO	
Personas que deben asistir a la primera cita	
ORIENTACION 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.	
5. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO	
6. FIRMA	
Nombre completo de quien hace la recepción	
Firma:	

Anexo 2. Formato Consentimiento Informado para Consulta psicológica.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p> <p>VIGILANCIA MINEDUCACIÓN</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD</p> <p>Código: PS-FO-153</p> <p>Versión: 01</p>
--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor , identificado (a) con la T.I. No. _____, y en conjunto con él (ella), certificamos que hemos recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mi representado o para terceros, con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información, que se suministra en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde la identidad de mi representado. Se nos indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluyan la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de medición que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico actual. Posteriormente recibiremos un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentra mi representado, 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. También se nos indicó que podemos revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y nosotros, cuando lo consideremos pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para nosotros.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro del bienestar de mi representado y evitando de esta manera causarle un daño físico o moral. Sé 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 estoy enterado que el psicólogo 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 mi representado en calidad de consultante rehúse la intervención del psicólogo.
- c) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre (s) del (los) Acudiente (s)	
Firma (s) del (los) Acudiente (s)	C.C. No.
Nombre del Representante Legal	
Firma de representante legal (opcional, solo en casos en los cuales haya uno)	C.C.

razón justificada para que los padres no puedan firmar este documento).	
Firma del usuario (solo para mayores de siete años)	T.I. o registro civil No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación Firma del Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) Asesor (a) Firma del Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. No. T.P.

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicología y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga María Sánchez Restrepo, especialista en Educación Médica y Magíster en Psicología.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 01</p>
--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También se que la información que suministro en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la 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 recibire 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. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

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 psicólogo 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 la intervención del psicólogo en formación;
- c) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre del Usuario:	
Firma del usuario:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación	
Firma del Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) Asesor (a)	

Firma del 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 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.

Anexo 3. Formato Historia clínica para menores de edad (Continuación)

		FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 02						
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia	
1. DATOS DEMOGRÁFICOS								
Datos del Paciente								
Nombres y Apellidos			Edad		Genero		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento					Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad			Ocupación		Nombre de la Institución Educativa			
Remitido por			Entidad (EPS)		Tipo de Afiliación a IPS			
2. DATOS DEL ACUDIENTE								
Nombres y Apellidos			Parentesco		Edad		Estado Civil	
Dirección de Residencia			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular		
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE								
Motivo de Consulta								

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología</p>	FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLECENTES Código: PS-FO-080 Versión: 02
Observación general del Paciente (Examen Mental)	
ASPECTOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE CONSULTA	
Historial de la situación	
Intentos previos para solucionarlo	

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 02</p>
---	--

<p>Percepción de la situación desde el adulto (Encargado/Cuidador)</p>
<p>Percepción de la situación desde el/la menor</p>
<p>Redes de apoyo de/la menor</p>

Folio No. |

4. HISTORIAL DE DESARROLLO			
PRENATAL			
Edad de la madre al momento del embarazo		Control Prenatal	Condición Médica General
Condiciones emocionales		Condiciones Familiares	
Observaciones Generales			
PERINATAL			
Parto a Término	Tipo	Duración	
Condiciones médicas del menor al nacer			
Observaciones Generales			
POSNATAL			
Lactancia Materna		Duración de Lactancia	
Tetero		Duración	
Observaciones del destete			

Folio No.

 Universidad Pontificia Bolivariana ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES FACULTAD DE PSICOLOGÍA	FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 02
---	---

5. DESARROLLO PSICOMOTOR							
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Sostén Cefálico		Voltearse		Sentarse sin ayuda		Gatear	
Primeros pasos		Caminar		Control de Esfínteres	Vesical		
Vestirse sin ayuda		Comer solo			Anal		

Observaciones del Desarrollo Psicomotor

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Sostén Cefálico		Sentarse sin ayuda		Frases Completas	
-----------------	--	--------------------	--	------------------	--

Observaciones del Desarrollo del Lenguaje:

7. ESCOLARIDAD					
-----------------------	--	--	--	--	--

Edad de ingreso a Institución educativa

Descripción del proceso de adaptación:

Rendimiento Escolar	Bueno		Regular		Deficiente	
---------------------	-------	--	---------	--	------------	--

Cursos Reprobados

Áreas de dificultad

Relación con maestros

Folio No.	
-----------	--

	FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-060 Versión: 02		
Relación con pares y compañeros			
Cambios de Colegio			
Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)			
8. ANTECEDENTES MÉDICOS			
PERSONALES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
FAMILIARES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos			

Folio No.	
-----------	--

		FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 02			
Patrones de sueño y alimentación					
9. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESENTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia		
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol				Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Evaluación Multiaxial)					
11. PLAN DE TRATAMIENTO					

Folio No.	
-----------	--

	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: P5-FO-081 Versión: 02
---	--



5. AREA PERSONAL			
6. AREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 16 y 22 años)			
7. AREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA			
8. AREA LABORAL / OCUPACIONAL			
Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

Folio No.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: P5-FO-081 Versión: 02</p>
---	---

Observaciones generales de la historia laboral

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. CONDUCTAS DE RIESGO

Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
	Edad de inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia		
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
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

Folio No.

	FORMATO HISTORIA CLINICA PARA ADULTOS Código: P5-FO-081 Versión: 02
---	--

11. OBSERVACION GENERAL DEL USUARIO (Examen físico)

12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)

13. PLAN DE TRATAMIENTO

14. SEGUIMIENTO TERAPEUTICO		
Fecha	Nota	Seguimiento

Folio No.	
-----------	--

		FORMATO HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA Código: PS-FO-079 Versión: 02					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS							
Datos del Usuario							
Nombres y Apellidos			Edad	Estado civil		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato	No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular			
Profesión/ Escolaridad				Ocupación			
Entidad (EPS)				Tipo			
Nombre de la pareja			Edad	Estado civil		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato	No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular			
Profesión/ Escolaridad				Ocupación			
Entidad (EPS)				Tipo			
Remitidos por							
2. MOTIVO DE LA CONSULTA							
						Folio No.	

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología</p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA Código: PS-FO-079 Versión: 02</p>
---	---

3. FAMILIOGRAMA

Empty space for the family diagram.

4. ATRIBUCIÓN DE SIGNIFICADOS EN RELACIÓN AL MOTIVO DE CONSULTA

Subsistema conyugal:

Empty space for the attribution of meanings for the marital subsystem.

Subsistema filial:

Empty space for the attribution of meanings for the filial subsystem.

Folio No.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana FACULTAD DE PSICOLOGÍA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES</p>	<p align="center">FORMATO HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA Código: PS-FO-079 Versión: 02</p>
---	--

Subsistema parento filial:

5. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR

6. EXPLORACIÓN DE RECURSOS FAMILIARES
Descripción del sistema familiar antes de la aparición de las dificultades:

Folio No.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA VIRREYES EDUCACIÓN</p>	FORMATO HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA Código: PS-FO-079 Versión: 02
--	--

Soluciones intentadas por la familia para moderar las dificultades:

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

8. ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Folio No.	
-----------	--

ACTA DE CIERRE DE CASO

Por medio de la presente se da por cerrado el caso de (nombres y apellidos completos y documento de identidad del consultante), debido a (exponga las razones por las cuales usted y su supervisor decidieron cerrar el caso, por ejemplo, inasistencia continuada, solamente vino a la primera entrevista, imposibilidad para contactarlo, no conveniencia del tratamiento, etc).

En constancia se firma a los XXX días del mes de XXXX de 2016.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR

FIRMA DE ESTUDIANTE

FIRMA DE SUPERVISOR

C.C.

C.C.

Anexo 7. Modelo Informe Psicológico

INFORME PSICOLÓGICO

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

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE ÍNDICE:

Nombre Completo:
Tarjeta de Identidad:
Fecha de Nacimiento:
Edad:
Escolaridad:
Nombre del Psicólogo (a):

II. REMITIDO POR:

III. OBJETIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO:

IV. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR:

V. ANTECEDENTES:

VI. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA CONSULTANTE:

VII. OBJETIVOS INTERVENTIVOS:

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO REALIZADO:

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

Número de sesión	Fecha

VIII. 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.

XXXXXXXXXXXXXXXXX
Psicóloga en Formación
Practicante Psicología Clínica IPS UPB

Ps. xxxxxxxxxxxxxxx
(estudios)
Encargada IPS UPB
T.P.

Ps. xxxxxxxxxxxxxxx
(Estudios)
Supervisora de Práctica
T.P.