

Apoyo a los procesos de atención clínica en la IPS Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana de Piedecuesta Santander.



APOYO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA IPS CENTRO DE  
PROYECCIÓN SOCIAL SU SANTIDAD PAPA FRANCISCO DE LA UNIVERSIDAD  
PONTIFICIA BOLIVARIANA DE PIEDECUESTA SANTANDER

Anggy Juliana Rueda Galvis

ID 00223199

Universidad Pontificia Bolivariana  
Escuela de Ciencias Humanas  
Facultad de Psicología  
Bucaramanga, Colombia  
2018

Apoyo a los procesos de atención clínica en la IPS Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana de Piedecuesta Santander.



APOYO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA IPS CENTRO DE  
PROYECCIÓN SOCIAL SU SANTIDAD PAPA FRANCISCO DE LA UNIVERSIDAD  
PONTIFICIA BOLIVARIANA DE PIEDECUESTA SANTANDER

Anggy Juliana Rueda Galvis

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Gladys Rocío Campos Cáceres  
Psicóloga Magister en Familia  
Asesora Servicio Social

Universidad Pontificia Bolivariana  
Escuela de Ciencias Humanas  
Facultad de Psicología  
Bucaramanga, Colombia  
2018



### **Agradecimientos**

En primer lugar, agradecer a Dios quien es y será el gestor principal de cada proyecto que emprenda, a mi familia por su apoyo constante e incondicional, a mi esposo e hija que son mi principal motivación, a mi querida madre quien desde el inicio de mi existencia me ha brindado lo mejor de sí, a mi hermano mayor que desde su partida me permitió comprender la belleza de la simplicidad. También quiero agradecer a los docentes y profesionales que intervinieron en el desarrollo de cada competencia que tuve la oportunidad de adquirir durante el proceso de formación a nivel personal y profesional.

Agradezco a los miembros de la planta del Centro de Proyección Social, con los que he compartido durante este año y medio, mis ilusiones, mi trabajo y esfuerzo. El paso por el CPS fue en lo personal el génesis de esta hermosa carrera por la que estoy a puertas de iniciar como profesional. Finalmente quiero agradecer a cada uno de los consultantes que tuve la oportunidad de atender, pues depositaron su confianza y tiempo en mí, permitiéndome realizar procesos de intervención enfocados en mejorar su calidad de vida y mis competencias y sentido humano como psicóloga.



## Tabla de contenido

1. Introducción	10
1.1. Justificación	11
1.2. Objetivo general	12
1.3. Objetivos específicos	12
1.4. Contextualización de la Institución	13
1.5. Referente conceptual	14
2. Metodología	21
2.1. Participantes	21
2.2. Instrumentos	21
2.3. Recursos	21
2.3.1. Técnicos y tecnológicos	21
2.3.2. Físicos	21
2.3.3. Humanos	22
3. Resultados	23
3.1. Población cubierta	23
3.2. Problemáticas atendidas	25
4. Discusión	30
5. Conclusiones	33
6. Sugerencias y recomendaciones	34
7. Referencias	35
8. Anexos	40



## Índice de tablas

Tabla 1. Población cubierta	23
Tabla 2. Aplicación de instrumentos	27



## Índice de graficas

Gráfica 1. Género de la población cubierta	24
Gráfica 2. Ubicación geográfica de la población cubierta	25
Gráfica 3. Nivel socioeconómico de la población cubierta	25
Gráfica4. Motivos de consulta frecuentes en menores de edad	26
Gráfica 5. Motivos de consulta frecuentes en mayores de edad	26
Gráfica 6. Motivos de remisión	27
Gráfica 7. Promedio de asistencia a sesiones	28
Gráfica 8. Motivos de cierre de caso de la población atendida en la IPS	28



## Índice de anexos

Anexo 1. Formato de recepción de caso	40
Anexo 2. Consentimiento informado menores de edad	44
Anexo 3. Consentimiento informado mayores de edad	47
Anexo 4. Historia clínica para niños	50
Anexo 5. Historia clínica para adultos	58
Anexo 6. Historia clínica para familia y pareja	66
Anexo 7. Guía de identificación para padres	72
Anexo 8. Ficha de historial del desarrollo para menores de edad	73
Anexo 9. Encuesta de satisfacción	77
Anexo 10. Acta de cierre de caso	78
Anexo 11. Autorización para la aplicación de pruebas	79
Anexo 12. Formato de remisión interna	80
Anexo 13. Formato de remisión externa	82
Anexo 14. Guía para la elaboración de informes	83
Anexo 15. Batería de pruebas	109
Anexo 16. Formato de revisión de historias clínicas	113



## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** APOYO A LOS PROCESOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA IPS CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL SU SANTIDAD PAPA FRANCISCO DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA DE PIEDECUESTA SANTANDER.

**AUTOR(ES):** Anggy Juliana Rueda Galvis

**PROGRAMA:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Gladys Rocío Campos Cáceres

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de grado se centró en apoyar los procesos de atención clínica en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de Piedecuesta, con el propósito de brindar una atención adecuada a la población consultante. La muestra cubierta fue de 24 personas, las cuales se encuentran en tres esferas del ciclo vital, 14 niños, entre el rango de edad 5 a 12 años, 6 adolescentes entre los 14 y 16 años de edad y 4 adultos entre los 22 y 48 años de edad. El nivel socioeconómico prevalente de la población fue el estrato 3 con 13 usuarios catalogados en este nivel. El motivo de consulta frecuente en la población menor de edad fue comportamientos disruptivos y en la mayor de edad dificultades de pareja. El motivo de cierre de casos de la población atendida se dio por cumplimiento de objetivos con una frecuencia de 14 de la muestra total. Además, el informe expone el apoyo realizado al proceso a los practicantes de psicología de pregrado y especialización, como también las auditorias de historias clínicas realizadas en la IPS.

### PALABRAS CLAVE:

Salud mental, Psicología clínica, Atención psicológica, Ciclo vital, Consulta

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO





### GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** SUPPORT TO THE PROCESSES OF CLINICAL ATTENTION IN THE IPS CENTER OF SOCIAL PROJECTION HIS HOLINESS POPE FRANCIS OF THE PONTIFICAL BOLIVARIAN UNIVERSITY OF PIEDECUESTA SANTANDER.

**AUTHOR(S):** Anggy Juliana Rueda Galvis

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Gladys Rocío Campos Cáceres

### ABSTRACT

The objective of this grade work was focused on supporting the processes of clinical care in the Social Projection Center His Holiness Pope Francisco of Piedecuesta, in order to provide adequate care to the consulting population. The sample covered was 24 people, which are in three spheres of the life cycle, 14 children, between the age range 5 to 12 years, 6 adolescents between 14 and 16 years of age and 4 adults between 22 and 48 years of age. The prevailing socioeconomic level of the population was stratum 3 with 13 users classified at this level. The reason for frequent consultation in the underage population was disruptive behaviour and difficulties in the elderly couple. The reason for the closure of cases of the population attended was due to the fulfilment of objectives with a frequency of 14 of the total sample. In addition, the report exposes the support given to the process to undergraduate and specialization psychology practitioners, as well as the audits of clinical histories carried out in the IPS.

### KEYWORDS:

Mental health, Clinical psychology, Psychological care, Life cycle, Consultation

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**



## 1. Introducción

El presente servicio social se desarrolla en la IPS del Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana que atiende a la población Piedecuestana que pertenecen a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; y busca mejorar su calidad de vida y cuidado de la salud mental, definida por el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 (Ley de salud mental) como “un estado activo que se manifiesta a diario por medio de la conducta y contacto con otros, permitiendo a los individuos manifestar sus capacidades cognitivas, emocionales y mentales para continuar la vida, entablar relaciones y aportar a su grupo social” (p.1).

En relación a los modelos para realizar intervención psicológica los enfoques de mayor acogida para los profesionales en el área clínica son el cognitivo conductual y el sistémico. El modelo cognitivo conductual, permite a los individuos evidenciar cambios en periodos cortos de tiempo (Vera, 2005), por su parte el modelo sistémico desde la terapia breve centrada en soluciones, busca aumentar y fortalecer la comprensión de los usuarios sobre sus situaciones problemas y los comportamientos que están reforzando dicha situación, como también de sus habilidades y motivos para ejecutar acciones al respecto (Herwitt & Gantiva, 2009). Por las características anteriormente expuestas de estos enfoques es que se consideran los apropiados para orientar el proceso de pasantía en modalidad de servicio social.

Este informe presenta de forma preliminar los resultados obtenidos a través de la intervención psicológica a nivel individual, de pareja y familia a los usuarios consultantes de la IPS del Centro de Proyección Social.



## 1.1 Justificación

La situación actual de salud mental en el país ha sido reportada como de cuidado por el estudio de salud mental en Colombia, realizado en el año 2017. Estos resultados indican la necesidad de implementar y ofrecer servicios de acompañamiento para la población que presenta sufrimiento y desigualdad, desde el abordaje clínico, se hace pertinente para prevenir la cronificación de situaciones emocionales y afectivas que en el largo plazo afectan el desarrollo individual, familiar y social. Según el Ministerio de salud (2017), “muchos problemas de salud mental comienzan a manifestarse al final de la infancia o al inicio de la adolescencia, la depresión es el trastorno mental que más afecta a los jóvenes y que más discapacidad produce” (p.2). Con los adultos la tendencia a presentar dificultades de salud mental es igualmente importante.

De acuerdo con las anteriores consideraciones, es importante ofrecer un servicio de atención y asesoría psicológica a la población consultante de Piedecuesta, que aborde aspectos atención primaria y acompañamiento en salud mental, para promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas para que los consultantes logren por sus propios medios hacer frente a las múltiples situaciones de la cotidianidad.



## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Apoyar los procesos de atención clínica ofrecidos en la IPS de la UPB ubicada en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de Piedecuesta Santander.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Brindar atención clínica a nivel individual, de pareja y familia a la población consultante de la IPS del CPS.

Realizar procesos de evaluación psicológica a la población consultante de la IPS del CPS.

Apoyar el proceso de práctica de los estudiantes de psicología y especialización que realizan la práctica clínica en la IPS del CPS.

Apoyar el proceso de auditoría de historias clínicas de los estudiantes de pre grado y posgrado que realizan práctica clínica en la IPS del CPS.



### **1.3 Contextualización de la institución**

La Universidad Pontificia Bolivariana cuenta con dos centros de proyección social ubicados en Bucaramanga y Piedecuesta: Instituto de Familia y Vida y Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco respectivamente. Uno de los servicios ofrecidos en estos centros es la atención psicológica, ofrecida desde las prácticas de psicología de pre y pos grado, formalizados a partir de la constitución como IPS con objeto social diferente, orientados a fortalecer el rol académico del estudiante en la práctica, con el objetivo de brindarles herramientas para la vida profesional y del mismo modo ofrecer un óptimo servicio a la comunidad.

El Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco, abrió sus puertas el 02 de agosto del 2006, con la finalidad de “retribuirle a la comunidad Piedecuestana en servicio, el hecho de haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana mantuviera un espacio para la formación e investigación de la ciencia de los Profesionales”.

La misión está enfocada a 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.

Para lograr lo anterior, este Centro de Proyección, ofrece a la comunidad los servicios de Atención Psicológica; Consultorio Jurídico; Centro de Conciliación; Asesoría Empresarial y Programas de Formación Humanística en los colegios oficiales de Piedecuesta; entre otros.



#### **1.4 Referente conceptual**

La Psicología “se ocupa de los procesos y fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos” (Fernandez, Santolaya & Santolaya, 2017, p.99). Abarca significativamente los diversos ámbitos relacionales del ser humano, la influencia que ejercen sobre su desarrollo intrapersonal e interpersonal, motivo por el cual se enfoca en “el desarrollo intelectual, emocional, biológico, psicológico, social y en los aspectos conductuales del funcionamiento humano durante toda la vida, en diferentes culturas y en todos los niveles socioeconómicos” (Citado por Bregman et al, 2015, p.206).

Así mismo, se centra en la promoción y prevención de la salud mental, la cual definida por la OMS (2016) como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (P. 3).

En Colombia existe una fuerte prevalencia de afectación a nivel de salud mental, en especial en la población adolescente como lo menciona Posada (2013), quien reporta la prevalencia de los trastornos mentales, perjudica significativamente a la población entre los 9 y 23 años de edad, ya sea por los diversos cambios o exigencias a nivel personal, social o familiar. Existen además otros factores que como en la etapa de la adolescencia actúan como condicionantes, como los son los factores hereditarios, biológicos, el género, el nivel socioeconómico y educativo, factores culturales y de estrés como la inmigración, los conflictos o los desastres sociales, la edad, las enfermedades, entre otros (Esteban, et al., 2012).



De tal manera que cuando las capacidades para hacer frente a dichos factores y situaciones de la cotidianidad se ven afectadas notoriamente, se debe considerar la intervención psicológica, comprendida como la solicitud de orientación por parte de un profesional que se apoya en diversas herramientas como la entrevista, las técnicas de evaluación e intervención y los diversos instrumentos que permitan realizar un tamizaje de los aspectos relevantes para el manejo de la situación (Ibáñez & Echeburúa, 2015). Este proceso implica diversas fases que articuladas de forma adecuada pronostican la identificación de la situación problema, que a su vez permite la consideración de un diagnóstico, que posibilita contrastar la información obtenida en consulta con los trastornos ya establecidos en los manuales de diagnóstico clínico, y por medio de la evaluación que se basa en la aplicación de instrumentos acordes la problemática corroborar o descartar dichos hallazgos e iniciar el proceso de selección del tratamiento más apropiado.

De manera que el proceso de selección de la técnica idónea requiere habilidades de evaluación, rastreo de información rigurosa y la capacidad de generar un vínculo profesional de confianza; ya que de no ser así según Barraca (2009):

Las Técnicas más poderosas pueden resultar inútiles si el terapeuta no ha desarrollado un repertorio de actuación que en el contexto particular de la clínica le permita ser comprendido, motivar al paciente y solventar las dificultades que surjan a lo largo de la terapia (p.110).

En este punto y en el de todas las intervenciones, el rol del psicólogo como director es fundamental ya que es quien da apertura a la concientización del consultante. Es indispensable resaltar sus logros generando un clima empático y mediante sus capacidades



profesionales dirigirse a entablar objetivos que mejoren significativamente el malestar de los consultantes, además de ser el encargado de “brindar una respuesta acorde a la consulta en términos comprensibles para el entrevistado” (Menéndez, Bodon & Mayorga, 2006, p.19).

También en el proceso de selección de las técnicas de tratamiento adecuadas se debe tener en cuenta la problemática a atender ya que, según su severidad, varía el tipo de tratamiento y el tiempo que requiere de atención, como lo es el caso de trastornos diagnosticados, los cuales requieren un tiempo prolongado de intervención, bajo técnicas que respondan a dicha situación en particular, como también el tipo de problemáticas que requieran un cambio de esquema de pensamiento y comportamiento en el individuo.

Uno de los modelos de intervención que responde a estas necesidades a considerar es el modelo cognitivo conductual, debido a que es un enfoque terapéutico que enlaza el rol que ejercen los pensamientos y comportamientos con las motivaciones del individuo (Carratalá & Arialaguer, 2015), y que a su vez cuenta con mayor apoyo empírico, por ende, las técnicas conductuales se fundamentan en la evidencia, debido a que en su mayoría requieren la modificación de la conducta del sujeto procurado la conservación de la salud mental (Vera, 2005). Dos de estas técnicas que demuestran dicha característica de eficacia son la economía de fichas (EF) y la terapia de relajación (TR). La EF funciona como modificador de conductas determinadas mediante la utilización de diversos reforzadores, que potencializan las conductas que se desean fomentar en el individuo y gradualmente extingue las conductas indeseadas (Soler, Herrera, Buitrago & Barón, 2009). Así mismo la TR destaca por su eficacia, debido a que reduce los niveles de la activación fisiológica a causa de estresores, convirtiéndose de alta utilidad en el ámbito clínico, de manera que es una técnica que se logra





acoplar a los diversos motivos de consulta en especial los relacionados con ansiedad (Blanco, et al., 2014).

Además de las técnicas del enfoque cognitivo conductual existe otro que plantea técnicas de intervención altamente efectivas y es el enfoque sistémico, comprendiendo al sistema como alguna entidad conformada por partes dependientes entre sí, que siendo dinámicas crean una sucesión de hechos que constituyen el maniobrar de dicho sistema, que da lugar a un obrar sistémico del individuo con componentes conductuales coligados a la multiplicidad de ámbitos en que se desarrolla (Medina, 2004). Dicho sistema es la familia, primer sistema relacional del ser humano, entendida actualmente como la institución fundamental de la sociedad, conformada por personas que comparten fuertes lazos sentimentales y rigen su estructura de acuerdo al contexto cultural en el que se encuentren (Gutierrez, Díaz, Roman, 2016). Este concepto de familia ha sufrido diversas modificaciones, ya sea por la influencia de factores legales, económicos, emocionales, culturales, entre otros (Moreno, 2014).

De acuerdo con la comprensión del modelo sistémico que se enfoca en el individuo y su sistema relacional surgen diversas estrategias relevantes como la terapia breve centrada en soluciones (TBCS), que requiere una potenciación de las habilidades del sujeto y así mismo, se define como una estrategia terapéutica organizada y dirigida a aumentar y fortalecer la comprensión de los usuarios sobre sus situaciones problemas y los comportamiento que están reforzando dicha situación, como también de sus habilidades y motivos para ejecutar acciones al respecto (Hewitt & Gantiva, 2009). De acuerdo a esto Tarragona (2006) afirma:

Una faceta característica de la Terapia Centrada en Soluciones es que le dedica mucha más atención a explorar las soluciones que a investigar los problemas.



Es importante conocer lo que aflige al cliente para entender mejor qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida, cuál es el cambio que quiere lograr (p. 519).

Otra característica primordial es que la TBCS, de acuerdo con lo referido por Lazo (2016), “es un tipo de terapia que busca que el/la paciente pueda identificar los momentos en su vida actual que están más cerca del futuro deseado y, de esta forma, examinar qué es diferente en tales ocasiones” (p. 306).

Análoga a la TBCS el modelo sistémico abarca otro tipo de terapia que se centra en la solución, pero desde una perspectiva diferente y es la intervención desde la terapia estratégica breve, donde se hace indispensable la concientización al cambio en los aspectos personales y relacionales, de modo que es un tipo de intervención que se adecua a sistemas de pareja, ya que según Hernández (citado por Herrera & Torres, 2017) desde:

La terapia estratégica breve, los problemas que son motivo de consulta mantienen por la interacción de los consultantes con su entorno significativo, y el objetivo de cualquier estrategia terapéutica es activar las diferentes dimensiones el cambio, tales como las experiencias emocionales, los marcos de referencia, las reglas y pautas de interacción conyugal, los marcadores de contexto, la identidad, la conciencia y la intencionalidad (p.3).

De esta forma, la terapia se centra en comprender como funciona el sistema y que las personas logren una concientización que potencialice su visión de la problemática y promueva el cambio.



Además de dirigirse a abordar sistemas de relación conyugal, el modelo sistémico se centra como eje principal la familia; en donde el terapeuta como lo menciona Sandoval (2007), es quien:

Pone énfasis en las relaciones al interior de la familia, trabaja con todo el grupo familiar y establece alianzas con los distintos miembros del sistema familiar. Así puede obtener resultados en corto tiempo ya que evalúa e interviene desde la primera sesión (p.4).

En consecuencia, vale la pena resaltar la comprensión sistémica de la relación terapéutica, entendida como un absoluto, en donde las acciones del terapeuta como las del consultante o los miembros de su sistema se influyen de forma mutua (Ceberio & Linares, 2005).

Por lo anteriormente mencionado modelo sistémico destaca por su amplio campo de acción y además ofrece la oportunidad de realizar intervenciones cortas y eficaces que permite a los consultantes realizar por sus propios recursos la identificación de sus responsabilidades frente a las diversas problemáticas y que durante el desarrollo de la intervención obtendrán diversos logros, que los harán conscientes de la severidad de los inconvenientes por los que atraviesan y que cuentan con las herramientas propias para darle solución.

Por consiguiente, es un modelo que mediante sus técnicas se adecua a las exigencias reales del quehacer clínico en donde “los tratamientos psicológicos deben implicar períodos de rehabilitación, y no convertir a sus usuarios en “pacientes crónicos”, sino ayudarles a recuperarse lo más rápidamente” (Labrador, Fernández & Ballesteros, 2011, p.319).



Igualmente, es de eficaz aplicación dentro del contexto de la IPS del CPS, debido a que en su mayoría las problemáticas de los consultantes requieren acciones prontas que potencialicen sus habilidades en resolución de problemas, de manera que haya una respuesta de fortalecimiento personal y relacional del individuo y se procure el mantenimiento de su salud mental.



## **2. Metodología**

### **2.1 Participantes**

Personas remitidas a la IIPS por instituciones educativas, EPS, IPS y particulares que requieren los servicios de psicología.

### **2.2 Instrumentos**

Para realizar la atención psicológica se contó con baterías de evaluación psicológica (de personalidad, de inteligencia), se implementaron los procesos y procedimientos establecidos para la atención psicológica y los respectivos formatos de recepción de caso (Anexo 1), Consentimiento informado para menores de edad (Anexo 2), consentimiento informado para mayores de edad (anexo 3). Historia clínica para niños (Anexo 4), Historia clínica para adultos (Anexo 5), Historia clínica para familia y pareja (Anexo 6), Guía de identificación para padres (Anexo 7), Ficha de historial del desarrollo (Anexo 8), Encuesta de satisfacción (Anexo 9), Acta de cierre de caso (Anexo 10), Autorización para la aplicación de pruebas (Anexo 11), Formato de remisión interna (Anexo 12), Formato de remisión externa (Anexo 13), Guía para la elaboración de informes (Anexo 14).

### **2.3 Recursos**

#### **2.3.1 Técnicos y tecnológicos.**

Baterías de pruebas de evaluación psicológica (Anexo 15. listado de pruebas), equipos de cómputo.

#### **2.3.2 Físicos.**

Sede de la IPS, consultorio amoblado y respectivamente equipado con equipo de cómputo, sala de juntas y baños.



### **2.3.3 Humanos.**

Coordinador del CPS, Secretaria, Personal de servicio de vigilancia, Personal de servicios generales, Estudiantes en práctica de pregrado y especialización clínica y Psicóloga en servicio social.



### 3. Resultados

De acuerdo con los objetivos planteados se han generado diversos resultados, con relación a la atención clínica a nivel individual, de pareja y familia a la población consultante de la IPS del CPS y procesos de evaluación psicológica a la población consultante de la IPS del CPS.

#### 3.1 Población cubierta

Durante el tiempo transcurrido en la práctica clínica en el Centro de Proyección Social hasta la fecha se ha atendido una población de 24 usuarios que oscilan entre los 5 y 48 años de edad que se encuentran en estrato socioeconómico 1, 2 y 3. La tabla No. 1 presenta la población atendida y algunas de sus características.

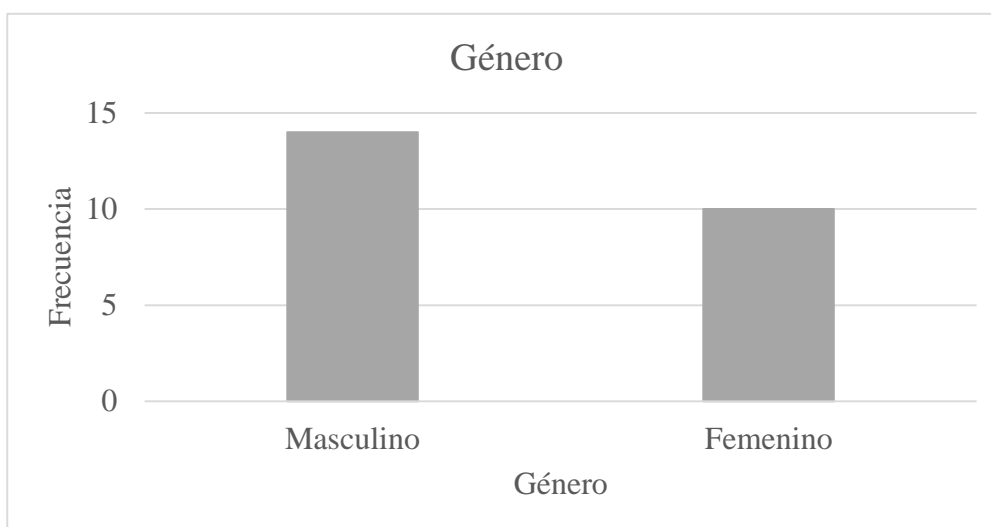
**Tabla 1.** *Población cubierta.*

Consultante	Edad	Género	Motivo de consulta	Remitido	N. sesiones	Estrato	Inasistencias	Cierre
VG	5	F	Comportamiento disruptivo	Particular	6	3	0	Cumplimiento de objetivos
SL	6	M	Comportamiento disruptivo	Particular	6	3	0	Cumplimiento de objetivos
JP	7	F	Aplicación de Wppsi III	EPS	3	3	0	Cumplimiento de objetivos
SP	7	M	Comportamiento disruptivo	Particular	6	2	0	Cumplimiento de objetivos
DH	7	M	Atención dispersa	Particular	6	1	0	Cumplimiento de objetivos
ST	7	M	Hiperactividad	Particular	4	3	0	Inasistencia
DF	8	F	Atención dispersa	Particular	1	1	2	Inasistencia
VC	8	F	Bullying	Particular	5	3	0	Inasistencia
ES	9	M	Dificultades de aprendizaje	Colegio	6	1	1	Remisión a EPS
LG	10	F	Aplicación de Wisc IV	Colegio	3	3	1	Cumplimiento de objetivos
JP	10	F	Timidez	Particular	6	3	0	Remisión a especialización
JJ	12	M	Rendimiento Académico	Colegio	3	1	2	Inasistencia
OC	12	M	Aplicación de Wisc IV	Colegio	3	2	0	Cumplimiento de objetivos
JP	12	M	Duelo no resuelto	Colegio	6	3	0	Cumplimiento de objetivos
DL	14	M	Rendimiento Académico	EPS	5	2	1	Inasistencia
OG	15	M	comportamiento disruptivo	Particular	2	1	1	Inasistencia
YR	16	F	comportamiento disruptivo	Particular	1	3	1	Cumplimiento de objetivos
BF	16	M	Ideación suicida	Colegio	1	1	1	Cumplimiento de objetivos
NG	16	F	comportamiento disruptivo	Colegio	6	3	0	Cumplimiento de objetivos
BQ	16	M	Rendimiento Académico	Colegio	6	3	0	Cumplimiento de objetivos



VG	22	F	Problemas de pareja	Particular	2	3	1	Inasistencia
LS	30	F	Problemas familiares	Particular	6	2	0	Cumplimiento de objetivos
CG	32	M	Aplicación de MMPI	EPS	3	2	0	Cumplimiento de objetivos
LR	48	M	Problemas de pareja	Particular	3	2	0	Remisión a especialización

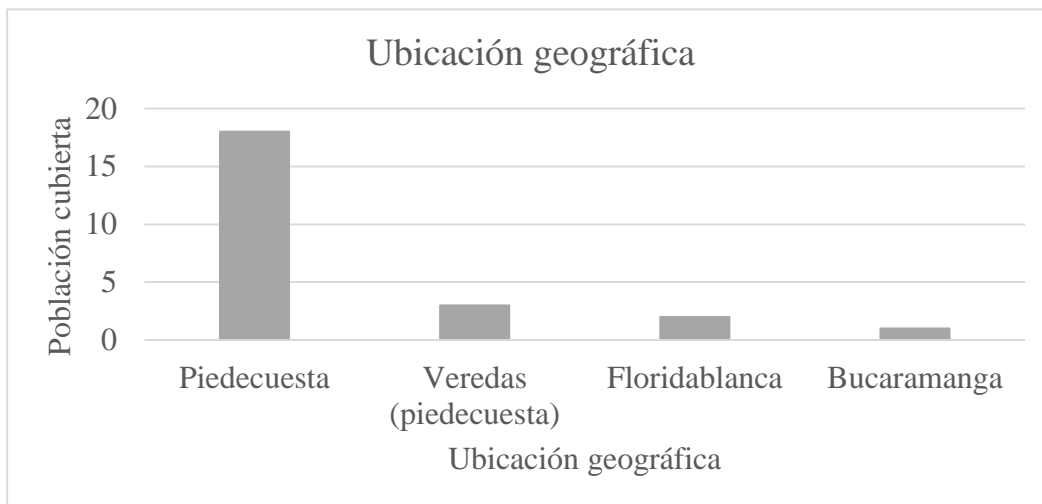
De acuerdo a la tabla anteriormente descrita, cabe resaltar que en la población consultante prima la solicitud por parte del género masculino con 14 consultantes y por su parte el género femenino con 10 consultantes (Gráfica 1).



**Gráfica 1.** *Género de la población cubierta.*

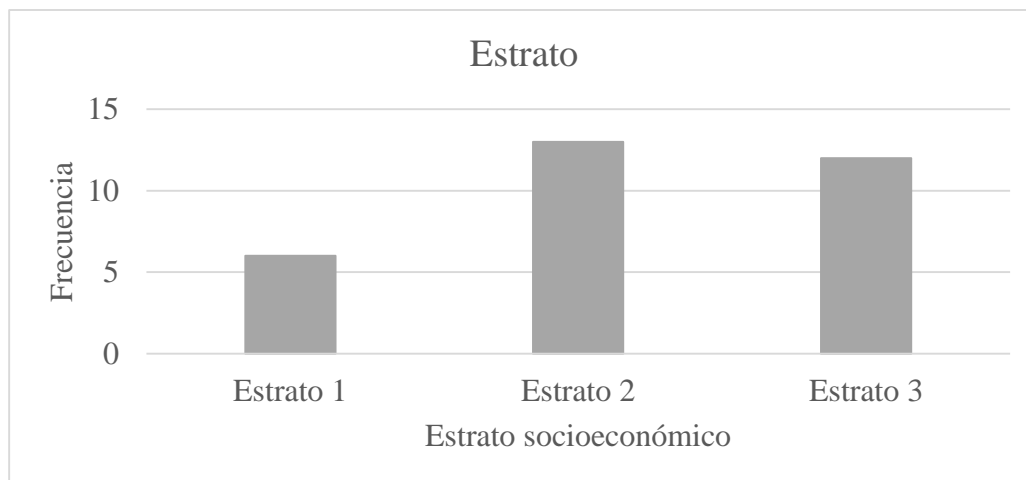
Referente a la ubicación geográfica fue posible apreciar que la mayoría de usuarios asistentes a la IPS en busca del servicio de psicología, pertenecen al municipio de Piedecuesta con una frecuencia de 18 consultantes; además como dato relevante 3 de los sujetos asistentes pertenecen a áreas rurales de Piedecuesta (vereda blanquiscal, las amarillas y miraflores). 2 consultantes al municipio de Floridablanca y 1 a la ciudad de Bucaramanga (Gráfica 2).





**Grafica 2.** *Ubicación geográfica de la población cubierta.*

En cuanto al nivel socioeconómico de la población atendida, 6 pertenecen al estrato 1, 5 al estrato 2 y 13 al estrato 3, siendo 3 el nivel socioeconómico prevalente (Grafica 3).



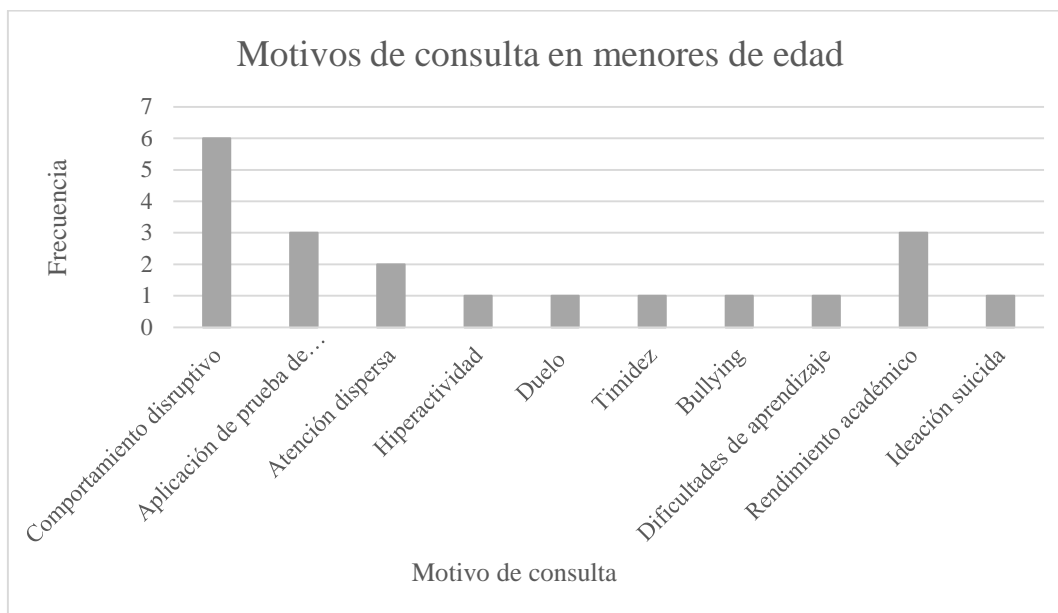
**Grafica 3.** *Nivel socioeconómico de la población cubierta.*

### 3.2 Problemáticas atendidas

El proceso de intervención psicológica se desarrolló en función de las diferentes situaciones con las que acudían los usuarios en busca de atención, los motivos frecuentes

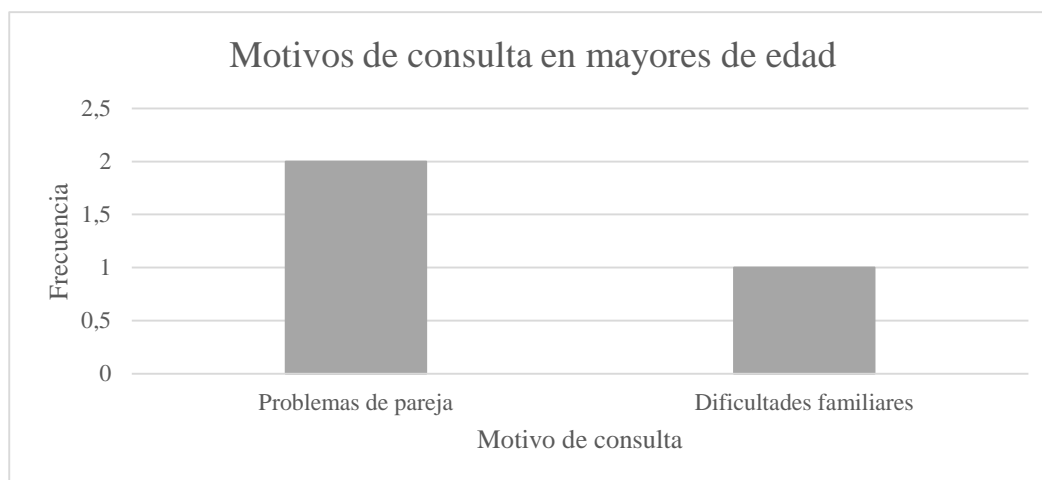


en menores de edad fueron comportamiento disruptivo, rendimiento académico y valoración de coeficiente intelectual por aplicación de prueba de inteligencia (Grafica 4).



**Grafica 4.** *Motivos de consulta frecuente en menores de edad.*

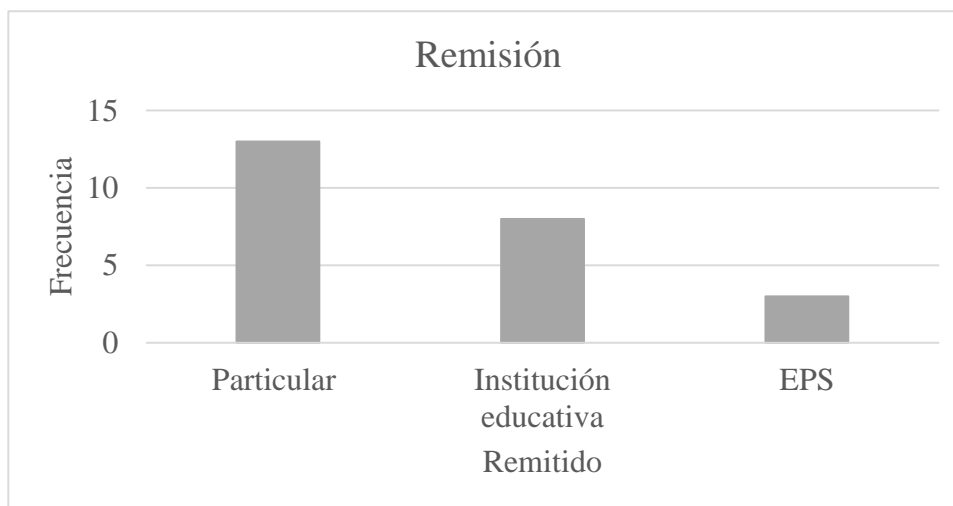
En cuanto a la población adulta de los motivos de consulta frecuentes fueron problemas de pareja y dificultades familiares (Gráfica 5).



**Grafica 5.** *Motivos de consulta en mayores de edad.*



Además, cabe resaltar que 13 de los consultantes asistieron a asesoría psicológica de manera particular, 8 remitidos por Institución educativa y 3 remitidos por EPS.



**Grafica 6.** Motivo de remisión

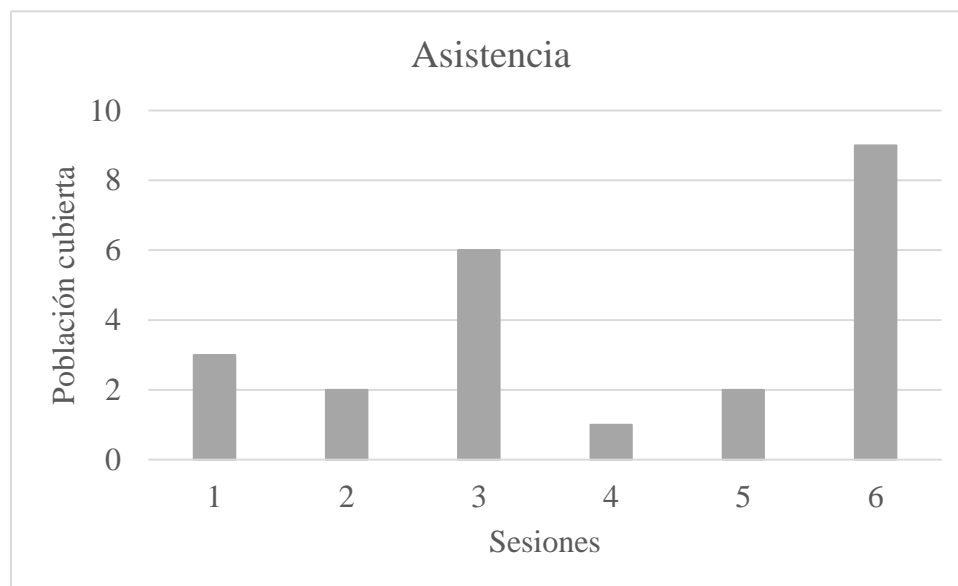
De la población atendida, a 7 de los consultantes se les realizó valoración psicológica a través de la aplicación de instrumentos de evaluación psicométrica con que cuenta la IPS.

**Tabla 2.** valoraciones psicológicas

Consultante	Género	Edad	Instrumento aplicado
JP	Femenino	7	WPPSI-III
ES	Masculino	9	Test de Goodenough
LG	Femenino	10	WISC IV
OC	Masculino	12	WISC IV
JJ	Masculino	12	WISC IV
NG	Femenino	15	Test de la figura humana
CG	Masculino	32	MMPI

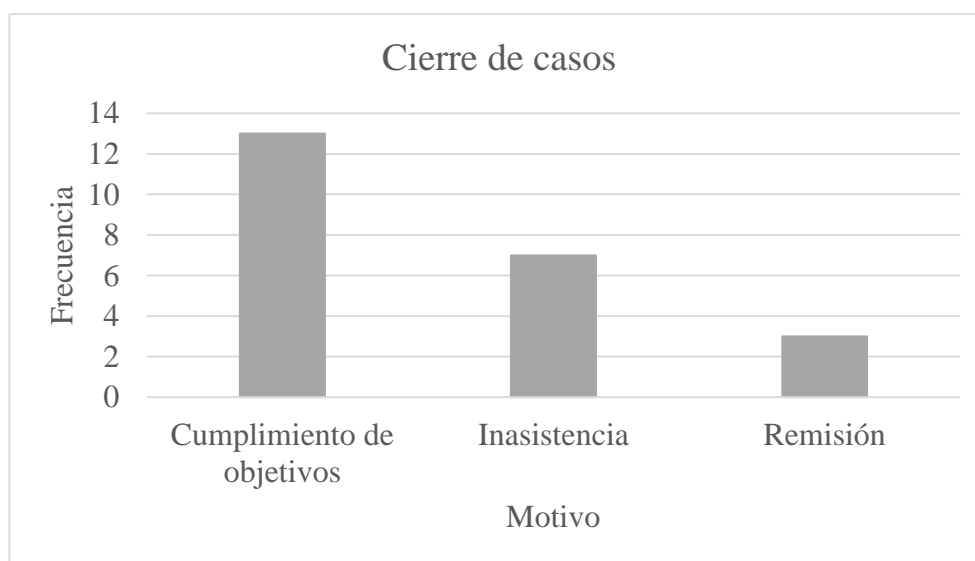


Cabe precisar en cuanto a la asistencia a asesoría psicológica, que 6 es el número de sesiones promedio a las que acudió la población cubierta (Gráfica 8).



**Gráfica 7.** Promedio de asistencia a sesiones

De los casos atendidos los cierres se dieron por diversos motivos, entre ellos 13 por cumplimiento de objetivos, 7 por inasistencia y 3 por remisión 1 a EPS y 2 a psicólogo de especialización dentro de la IPS (Gráfica 9).





**Gráfica 8.** *Motivos de cierre de casos de la población atendida en la IPS*

En cuanto al apoyo del proceso de práctica a estudiantes de pregrado y especialización se logró a través de la implementación del proceso de inducción, capacitación en herramientas de abordaje terapéutico como el familiograma y asesoría permanente en valoraciones psicológicas.

Respecto al proceso de auditoría de historias clínicas de los estudiantes de pre grado y posgrado que realizan práctica clínica en la IPS del CPS, contempló la revisión periódica de las historias clínicas elaboradas por los practicantes, teniendo como guía el formato diseñado para tal fin (Anexo 16). se realizaron 6 auditorías.



#### 4. Discusión

La IPS del Centro de Proyección Social se caracteriza por la atención psicológica, y por medio de este servicio impulsar el bienestar de la salud mental de la población Piedecuestana y sus alrededores. De acuerdo con los resultados obtenidos durante el proceso de servicio social se observa que los hombres fueron quienes más consultaron (14 de 23 consultantes), manteniendo la tendencia presentada en la IPS en el último año. Al revisar la edad de los consultantes es claro que la mayoría son niños entre los 5 y 12 años, quienes acuden por dificultades comportamentales y de aprendizaje, que inciden negativamente en su desarrollo integral. También se encontró que en la población adulta entre los 22 y 48 años de edad, quienes más acudieron al servicio fueron mujeres, en una proporción de 2 a 1, correspondiente a lo señalado por otros autores como Gaviria (2009), que señala que las mayores consultantes del servicio psicológico son las mujeres, debido a factores de vulnerabilidad que ellas presentan (genéticos, sociales, de rol y relación) que terminan siendo determinantes en la salud mental.

Con relación a los motivos de consulta frecuentes en la población atendida, se encontró que en el caso de los niños fue comportamientos disruptivos (actitud desafiante, dificultad para acatar normas, impulsividad, entre otras), que como lo mencionan Pelegrín y Garcés (2008), puede estar reforzada por el ambiente relacional del niño (familia, colegio, amigos) y por la adaptación a dichos entornos, que puede llegar a entorpecer su visión del mundo y generar comportamientos que irrumpen en su desarrollo adecuado.

En el caso puntual de los adolescentes el motivo de consulta prevalente fue rendimiento académico, ya que múltiples causas influyen en los cambios a nivel personal y social que ocurren en esta etapa y en el que la familia ejerce un rol indispensable como actor positivo o



negativo en el desarrollo del ámbito personal y relacional del adolescente, estudios como el de Moreno y Chauta (2012), destacan que en las interacciones familiares, las relaciones distantes, carentes de afecto incrementan la posibilidad de que el adolescente manifieste conductas relacionadas con el rendimiento académico y deserción escolar, como también de conductas de vandalismo lo que permite resaltar el segundo motivo de consulta frecuente en los adolescentes, conductas disruptivas.

Por otro parte en la población adulta el motivo de consulta recurrente fue problemas de pareja en 2 de los 3 casos atendidos, en donde las dificultades en los mecanismos utilizados en la resolución de problemas afectan significativamente la dinámica de la relación, tal y como lo plasma Isidro de Pedro y Hernández (2014), resaltando que cuando las dificultades al interior de la relación permanecen sin solución ya sea por ausencia de habilidades en resolución o por el uso de las equivocadas, el vínculo relacional empieza a experimentar fracturaciones que al pasar del tiempo terminan reluciendo y modificando de manera negativa la dinámica de la pareja.

En lo referente al motivo de cierre de caso, el que se presentó en mayor frecuencia fue cumplimiento de objetivos en 14 de los 24 casos atendidos, es preciso anotar que el compromiso de los participantes permite la realización de dicho cumplimiento. Pero también el porcentaje de inasistencia se presentó de manera considerable 7 de la población total atendida, en este caso como lo menciona Procel (2005), es importante tener en cuenta que no siempre la ausencia de consultante se da por falta de compromiso, puede ser que el alguno de los casos, la persona note cierta y evolución y considere que por sus propios medios puede solventar su situación. De manera que en los casos de inasistencia es importante valorar el



proceso que se realizó, los avances realizados por el consultante hasta el momento de su deserción.

De acuerdo al motivo por el cual las personas atendidas llegaban a la IPS es interesante destacar que 13 de 24 asistentes llegaron de forma particular, lo que en comparación con años anteriores en la IPS se daba principalmente por remisiones de los colegios con los cuales la IPS tenía convenio instruccional. De manera que este resultado permite destacar que la IPS del CPS se ha venido posicionando de manera positiva en el municipio de Piedecuesta y sus alrededores

Para finalizar es importante mencionar el promedio de asistencia al proceso de intervención por parte de los usuarios se encuentra entre 3 y 6 sesiones, de manera que concuerda al promedio de asistencia reportando durante el año pasado en la IPS. Así mismo es importante resaltar que fueron las mujeres quienes en mayor medida asistieron a consulta aun cuando el consultante inicial era el hombre (Conyugue).





## 5. Conclusiones

De acuerdo al proceso realizado durante el servicio social en la IPS se atendieron 24 usuarios que acudieron a la IPS en busca de iniciar un proceso de intervención psicológica.

Durante el proceso de atención la población que en mayor medida acudió a asesoría psicológica fueron menores de edad entre los 5 y 16 años de edad.

El motivo de consulta más frecuente de la población atendida en menores de edad fue comportamientos disruptivos y en mayores de edad problemas de pareja.

El proceso de valoración psicológica más solicitado fue el de evaluación del cociente intelectual.

De acuerdo al proceso de acompañamiento a los practicantes de pre y posgrado se realizaron jornadas de capacitación en cuanto al funcionamiento de la IPS y manejo de la estructura de genograma.

Referente al proceso de revisión de historias clínicas de los estudiantes de pre y posgrado, se realizaron 7 auditorías a historias clínicas de estudiantes en práctica de especialización clínica.



## **6. Sugerencias y recomendaciones**

Se recomienda en cuando a la intervención psicológica población joven promover la realización de espacios como talleres dirigidos a niños y adolescentes con el objetivo de promocionar y prevenir conductas de riesgo a nivel académico y personal, ya que es una población altamente vulnerable

Se recomienda efectuar procesos mayormente rigurosos de auditoria de historias clínicas, con el objetivo de garantizar que la información de cada consultante sea diligenciada de manera completa y correcta.

Se sugiere fomentar más la utilización de protocolos creados por los estudiantes y que reposan en la IPS para la atención de problemáticas específicas, con el objetivo de realizar una intervención óptima y estructurada.

Se sugiere fomentar espacios de retroalimentación del proceso desarrollado por parte de los practicantes de pre y posgrado y pasantía (servicio social), para fortalecer la intervención psicológica y ambiente laboral.



## 7. Referencias

- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n2/v20n2a01.pdf>
- Blanco, C., Estupiñá, F., Labrador, F., Fernández, I., Bernaldo de Quirós, M., y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30 (2), 403-4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188003>
- Bregman, C., López, W., y García, F.(2015). La psicología clínica en las publicaciones hispanoamericanas: Un análisis bibliométrico del período 2012-2014. *Terapia Psicológica*, 33 (3), 205-219. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art05.pdf>
- Carratalá, E., & Arjalaguer, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2 (1), 37-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4771/477147185005.pdf>
- Ceberio, M.R., Linares, J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, España: Paidós Ibérica, S.A.
- Esteban, M., Puerto, L., Fernández, X., Jiménez, R., Gil, A., & Hernández, V.(2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229-240. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005>



Fernández, J., Santoyola, F., y Santoyola, J. (2017). La acreditación en psicología clínica en España. *Terapia psicológica*, 35(1), 95-110. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78550673009>

Gaviria, A. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 38(2), 316-324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421008>

Gutiérrez. R., Díaz, K., y Román. (2016). El concepto de familia en México. Una revisión desde la mirada antropológica. *Ciencia ergo-sum*. 23(3), 219-228. Recuperado de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-ElConceptoDeFamiliaEnMexico-5713921.pdf>

Herrera, C., y Torres, S. (2017). Comprensión de las dinámicas de relación de parejas del mismo sexo a partir de la intervención clínica sistémica. *Universitas Psychologica*, 16 (1). recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/647/64750138010/64750138010.pdf>

Hewitt, N., y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/10>

Ibáñez, C., y Echeburúa, E. (2015). Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. *Clínica y Salud*, (1), 17-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.10.008>

Isidro de Pedro, A., y Fernández, I. (2014). Rosas y espinas en las relaciones de parejas de novios: amor, expectativas y problemas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 385-393. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851785038>



Labrador, F., Fernández, P., y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27 (2), 319-326. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051007>

Lazo, D. (2016). Terapia breve centrada en soluciones aplicada al caso de una persona diagnosticada con Vih/Sida. *Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 14 (2), 303-333. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461546437005.pdf>

Ley No 1616 de 2013. Ley de salud mental, Republica de Colombia, Bogotá, 21 de enero de 2013. Recuperado de [http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Ley\\_1616\\_de\\_2013.pdf](http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Ley_1616_de_2013.pdf)

Ministerio de la salud, (2017). *Boletín de salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>

Medina, M. (2004). El enfoque sistémico construccionista: consideraciones sobre su aplicación en el contexto de orientación profesional. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 99-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730110.pdf>

Menéndez, P., Bodón, C., y Mayorga, P. (2006). Aplicación del Modelo de Situación Clínica a la Consulta Psicológica. *Anuario de Investigaciones*, (13), 19-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139942002>

Moreno, F. A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. España: Descleé de Brouwer, S.A.



Moreno, J., y Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6 (1), 155-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770006>

Organización Mundial de la salud. (2016). *Centro de Prensa. Notas Descriptivas. Salud Mental*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (1), 97-498. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84329152001>

Procel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. Recuperado de <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf>

Sandoval, L. (2007). La primera entrevista familiar desde un enfoque sistémico (tesis de posgrado). Universidad de Azuay, Cuenca, Ecuador.

Soler, F., Herrera, J., Buitrago, S., y Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5 (2), 373-390. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916260012>

Tarragona, M. (2006). Las terapias postmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14 (3), 511-532. Recuperado de [https://my.laureate.net/Faculty/webinars/Documents/Psicologia2014/terapias%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS.pdf\\_posmodernas.%](https://my.laureate.net/Faculty/webinars/Documents/Psicologia2014/terapias%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS.pdf_posmodernas.%)



Vera, P., Valenzuela, P., Abarca, O., y Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 8 (1), 121-132. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552005000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100007)



## 8. Anexos

### Anexo1. Formato de recepción de caso

		<b>RECEPCION DE CASOS</b> <b>Código: PS-FO-152</b> <b>Versión: 03</b>					
Ciudad:	Piedecuesta	Fecha	Día:		Mes:		Año:
<b>1. DATOS DEMOGRAFICOS</b>							
<b>1.1 DATOS DE LA PERSONA A SER ATENDIDA</b>							
Nombre y Apellidos						Edad	
Dirección de Residencia						Estrato	
No. Telefónico				No. Celular			
Escolaridad				Ocupación			
Remitido por				Entidad (EPS)			
<b>2. DATOS PARA SNIES</b>							
<b>2.1 CICLO VITAL:</b>		8 – Comunidades		12 – Reclusión			
1 - Primera Infancia (0-5)		9 - Empresas, Mypimes		13 - Consumo de Sustancias			
2 - Niñez (6-11 años)		10 - Entidades Gubernamentales		14 - Necesidades Educativas - Especiales Personas en Condición de Discapacidad			
3 - Jóvenes (12-26 años)		<b>2.2 CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN:</b>		15 - Necesidades Educativas Especiales - Personas con Talentos Excepcionales			
4 - Adultos (26-60 años)		1 - Vulnerabilidad Social - Violencia Intrafamiliar		16 - Habitantes de Frontera			
5 - Adultos mayores (mayor 60 años)		2 - Vulnerabilidad Social - Violencia Sexual		17- Afectados por la Violencia - Desplazamiento			
6 - Todas las anteriores		3 - Vulnerabilidad Social - Riesgo o Abandono		18 - Afectados por la Violencia - Reincorporación			
<b>2.3 POBLACIÓN POR GRUPO:</b>		4 - Vulnerabilidad Social - Habitante de Calle		19 - Afectados por la Violencia - Desmovilización			
1 - Familia		5 - Vulnerabilidad Social - Mujeres Cabeza de Familia		20 - Afectados por la Violencia - Víctimas de Minas Antipersonal			
2 - Géneros		6 - Vulnerabilidad Social - Otro		21 - Afectados por la Violencia - Secuestro			
3 - Profesionales		7- Vulnerabilidad Económica - Desempleo		22 - Grupos Étnicos - Indígenas			
4 - Grupos Étnicos		8 - Vulnerabilidad Económica - Explotación Laboral		23 - Grupos Étnicos - Afrocolombianos			





5 - Campesinos	9 - Vulnerabilidad Económica - Tráfico de Personas	24 - Grupos Étnicos - Rom o Gitano
6 - Mujeres	10 - Vulnerabilidad Económica - Prostitución	25 - Otra
7 - Empleados	11 - Vulnerabilidad Económica – Otro	

### 3. DATOS DEL CONTACTO

Nombre y Apellidos		Edad	
Parentesco			
Dirección de Residencia		Estrato	
No. Telefónico		No. Celular	

### 4. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD EXPUESTA


### 5. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

SUBSISTEMA IMPLICADO				DIFICULTAD IDENTIFICADA				
Individuo		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?	¿Cuál?	Otra conducta de riesgo		
Comunitario		Social						

### 6. ASIGNACIÓN DE CITA

Nombre del Psicólogo/a en formación asignado (a)	
Fecha	
Hora	

### 6.1 INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO



Personas que deben asistir a la primera cita	
<b>6.2 ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA</b>	
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.	
<b>7. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO</b>	
<b>8. NOMBRE Y FIRMA</b>	
Firma:	
Nombre completo de quien hace la recepción	
<b>9. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.</b>	
<p>Atendiendo lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, reglamenten y/o adhieran, autorizo a la Universidad Pontificia Bolivariana con Nit. 890.902.922-6, Institución de Educación Superior, privada de utilidad común, sin ánimo de lucro y con Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 48 de febrero de 1937, expedida por el Ministerio de Gobierno, a realizar el tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formato, conforme a las siguientes finalidades: a) Efectuar la gestión pertinente para la asignación y coordinación de citas y/o consultas. b) Prestar los servicios de atención psicológica que sean requeridos por el paciente. c) Realizar seguimiento de manera constante. d) Constatar información requerida para adelantar trámites internos. e) Contactar a través de medios telefónicos y/o electrónicos para procurar la prestación de los servicios de psicología. f) Realizar los reportes que se consideren oportunos señalar en la historia clínica. g) Mantener apropiadamente las historias clínicas, garantizando la salvaguarda y preservación de la información de los pacientes. h) Gestionar de forma adecuada los procedimientos internos que se requieran adelantar en aras de prestar de forma apropiada los servicios ofrecidos por el Instituto. Declaro que me fue informado que la Universidad Pontificia Bolivariana efectuará tratamiento de datos sensibles relativos a información que se relaciona con la condición de la población tales como vulnerabilidad económica y/o social y datos que revelan el origen racial o étnico de la persona. Entiendo que por la calidad de estos datos personales estoy facultado para realizar la entrega de dicha información o responder cuestionamientos relacionados con la mismo, comprendiendo la necesidad de suministrar los mismos para que la Universidad pueda adelantar todas las gestiones pertinentes que conllevan la prestación de los servicios de psicología. La presente autorización se otorga de manera extensiva a los datos personales recolectados mediante jornadas de actualización de datos personales vía telefónica, personal y/o electrónica, realizadas por la Universidad. La Universidad Pontificia Bolivariana le informa que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización, aclaración y supresión, mediante comunicación a la dirección <a href="mailto:datos.personales.bga@upb.edu.co">datos.personales.bga@upb.edu.co</a>. Lo invitamos a que consulte nuestro Manual de Políticas de Tratamiento de Información y Protección de Datos Personales en <a href="http://www.upb.edu.co">www.upb.edu.co</a>.”</p>	



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Anexo 2. Consentimiento informado menores de edad

 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p style="text-align: center;"><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-153 Versión: 03</p>
--	---

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor,

\_\_\_\_\_, identificado (a) con la T.I. No. \_\_\_\_\_, y en conjunto con él (ella), manifestamos que hemos sido informados sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

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

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

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

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

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



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

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

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

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

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

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

Firman, Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Menor: _____	D.I.	No.
Nombre del Menor: _____	_____	
Firma del Representante del Menor: _____	C.C.	No.
Nombre Representante del Menor: _____	_____	



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

**Nota:** El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.



### Anexo 3. Consentimiento informado mayores de edad

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD</b> <b>Código: PS-FO-154</b> <b>Versión: 03</b>
---	---

Por medio de la presente, \_\_\_\_\_ mayor y vecino (a) de la ciudad de \_\_\_\_\_ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

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

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

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

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

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

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS



y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección [datos.personales.bga@upb.edu.co](mailto:datos.personales.bga@upb.edu.co).

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

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

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

Firman, Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Usuario: Nombre del Usuario:	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) en formación Nombre Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Firma Psicólogo (a) Asesor (a) Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____ No. T.P. _____

**Nota:** El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio






*profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2016 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.*




#### Anexo 4. Historia clínica para niños y adolescentes

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

Folio No.





 <p>Universidad Pontificia Bolivariana REGIONAL TUCUÁN Calle 100 No. 100</p>	<p><b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
---	---

**3.5 Percepción de la situación desde el / la menor**


**3.6 Redes de apoyo del / la menor**


**4. ASPECTOS FAMILIARES**


**4.1 Familiograma**

--

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

}



	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04
---	--

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

**4.2 Observaciones generales del ambiente familiar**

**5. HISTORIAL DE DESARROLLO**

**5.1 PRENATAL**

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


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

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

Observaciones generales:

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



 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARANGUA	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04
---	--

**5.2 PERINATAL**

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

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

**5.3 POSNATAL**

¿El menor fue alimentado con leche materna?  
 Ψ No.   
 Ψ Si.  ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé?  
 Ψ No.   
 Ψ Si.  ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Observaciones del destete en cualquiera de los casos:

**6. DESARROLLO PSICOMOTOR**

Qué edad tenía el menor cuando empezó a:

Sostener la cabeza por su propia cuenta		Voltearse solo	
Dar sus primeros pasos		Caminar	
Sentarse sin ayuda		Sentarse sin ayuda	
Vestirse sin ayuda		Vestirse sin ayuda	
Control de Esfínter vesical o avisar para ir a orinar		Control de esfínter anal	

Observaciones del desarrollo psicomotor:

**7. DESARROLLO DEL LENGUAJE**


¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear?

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

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

Folio No.



 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Piedecuesta, Santander	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04
--	--

**8. ESCOLARIDAD**

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

¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingreso a la Institución Educativa por primera vez?  
 Ψ No.  Ψ Si  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sido el rendimiento académico del menor?  
 Ψ Bueno  Ψ Regular  Ψ Deficiente

¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares?  
 Ψ No.  Ψ Si  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

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

¿Cómo es la relación del menor con sus maestros?  
 Ψ Excelente.  Ψ Mala.   
 Ψ Buena.  Ψ Muy mala.   
 Ψ Regular.

¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros?  
 Ψ Excelente.  Ψ Mala.   
 Ψ Buena.  Ψ Muy mala.   
 Ψ Regular.

¿El menor ha sido cambiado de Colegio?  
 Ψ No.  Ψ Si  ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_  
 ¿Porque razón? \_\_\_\_\_

A parte de la actividad académica o escolar, ¿el usuario asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como danzas, fútbol, entre otros?  
 Ψ No.  Ψ Si  ¿Cuál o cuáles? \_\_\_\_\_

**9. ANTECEDENTES MÉDICOS**

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

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

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

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

Folio No.



 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL PIEDECUESTA</small>	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 04				
¿Cuáles enfermedades mentales han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?			
¿El menor ha presentado dificultades para conciliar sueño? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/>					
¿El menor ha presentado dificultades de alimentación? _____ ¿Qué tipo de dificultades? _____					
<b>10. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)</b>					
<b>Conducta</b>	<b>Edad de inicio</b>	<b>Dificultades presentadas a causa de esta situación</b>		<b>Alternativas para manejar la problemática</b>	
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					
<b>11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)</b>					


Folio No.








### Anexo 5. Historia clínica para adultos

		<b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO</b>							
Nombres y Apellidos			Edad	Género		Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Profesión / Ocupación					
Remitido por		Entidad (EPS)					
<b>2. DATOS DEL ACUDIENTE</b>							
Nombre y Apellidos			Parentesco		Edad	Estado Civil	
Dirección Residencia			No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular	
<b>3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO</b>							
<b>3.1 Motivo de Consulta</b>							

Folio No.





 <p>Universidad Pontificia Bolivariana BOGOTÁ - COLOMBIA</p>	<p><b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FD-081 Versión: 03</p>
---	---

<b>3.5 Redes de apoyo del / la consultante</b>

<b>4. ASPECTOS FAMILIARES</b>
-------------------------------

<b>4.1 Familiograma</b>

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

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




 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada MinEducación</p>	<p><b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

<b>4.2 Observaciones generales del ambiente familiar</b>
<b>5. ÁREA PERSONAL</b>
<b>6. ÁREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)</b>

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



 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small> <small>Wiglatu Mhuacacacú</small>	<b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03
--	--

<b>7. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA</b>
---



<b>8. AREA LABORAL / OCUPACIONAL</b>
--------------------------------------

Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

<b>Observaciones generales de la historia laboral</b>
---


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



 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small> <small>Vigilada Mineducación</small>	<b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03
---	--

<b>7. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA</b>
---



<b>8. AREA LABORAL / OCUPACIONAL</b>
--------------------------------------

Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

<b>Observaciones generales de la historia laboral</b>
---


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



 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARARAMA</small> <small>1959</small>	<b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> Código: PS-FO-081 Versión: 03
---	--

12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

13. PLAN DE TRATAMIENTO


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







**Anexo 6. Historia clínica para familia y pareja**

		<b>HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA</b> Código: PS-FO-079 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. de Historia
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO</b>							
Nombres y Apellidos			Edad	Estado Civil	No. Documento de Identidad		
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad			Profesión / Ocupación				
Entidad (EPS)			Tipo de Afiliación				
Nombre de la Pareja		Edad	Estado Civil	No. Documento de Identidad			
Lugar y Fecha de nacimiento			Dirección de Residencia				
Estrato	No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad			Profesión / Ocupación				
Entidad (EPS)			Tipo de Afiliación				
Remitidos por:							




 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p><b>HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA</b> Código: PS-FO-079 Versión: 03</p>
--	---

2. SITUACIÓN ACTUAL	
<b>2.1 Motivo de Consulta</b>	

Folio N°.



 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p><b>HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y DE PAREJA</b> Código: PS-FO-079 Versión: 03</p>
--	---

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

<b>4. ATRIBUCIÓN DE SIGNIFICADOS EN RELACIÓN AL MOTIVO DE CONSULTA</b>
<b>4.1 Subsistema conyugal</b>
<b>4.2 Subsistema filial</b>
<b>4.3 Subsistema parento filial</b>









## Anexo 7. Guía de identificación para padres

 Universidad Pontificia Bolivariana FACULTAD DE EDUCACIÓN	<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN PARA PADRES</b>
--	--

A continuación, encontrará una serie de preguntas con relación a la dificultad que está experimentando usted y su hijo/a. Siendo usted el acudiente más cercano del menor, por favor responda las preguntas conforme su conocimiento de cómo fue el desarrollo de la dificultad que los trae a consulta. Agradecemos responder con la mayor sinceridad puesto que la información será de gran utilidad en el proceso de atención clínica psicológica de su hijo/a.

DATOS PERSONALES Y FECHA		
Nombres y Apellidos del acudiente:		
Nombres y apellidos del menor:		
Fecha:		
MOTIVO DE CONSULTA		
¿Qué dificultad se intenta resolver?		
¿Hace cuánto apareció la dificultad?: _____	Atribuye la aparición de la dificultad a factores a) Familiares b) Colegio c) Sociales d) Propios de su hijo/a	¿Cómo consideró la situación desde su aparición?: a) Muy importante b) Moderadamente importante c) De poca importancia
¿Cómo se detectó la dificultad?		
Desde su perspectiva, ¿cómo debe resolverse la dificultad?	¿Cómo debe prevenirse la aparición dificultad?	
<b>INTENTOS PREVIOS PARA SOLUCIONARLO</b>		
¿Qué medidas ha llevado a cabo para dar fin a la dificultad?		
<b>PERCEPCION DE LA SITUACIÓN</b>		
¿Cómo lo hace sentir la dificultad que experimentan?		
¿A quién afecta más la dificultad? a) Familia b) Pareja c) Mi hijo/a d) Mi mismo	¿Qué espera obtener al final de las sesiones programadas?	





## Anexo 8. Ficha de historial del desarrollo para menores de edad

 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA VIGILADA MIMEDUCACIÓN	<b>FICHA DE HISTORIAL DE DESARROLLO PARA ACUDIENTES</b>
---	---

A continuación encontrará una serie de preguntas con relación a la experiencia del embarazo y el desarrollo psicomotriz del paciente. Siendo usted el acudiente más cercano del menor, por favor responda las preguntas conforme su conocimiento de cómo fue el desarrollo del menor, en caso de no recordar o no poseer información al respecto por favor indicar en el espacio de la respuesta la frase: “sin información”. En caso de no entender alguna pregunta por favor deje el espacio de respuesta en blanco. Agradecemos responder con la mayor sinceridad puesto que la información será de gran utilidad en el proceso de atención clínica psicológica del paciente menor de edad.

<b>1. DATOS PERSONALES Y FECHA</b>
Nombres y Apellidos del acudiente:
Nombres y apellidos del menor:
Fecha:

<b>2. HISTORIAL DE DESARROLLO</b>		
<b>2.1 PRENATAL</b>		
¿Qué edad tenía la mamá en el momento del embarazo?: _____	¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos?: a) SI. ¿Cuántos? _____ b) NO	Cuál era la condición Médica General de la mamá durante el embarazo?: a) Saludable b) Con algún tipo de complicaciones
Describa brevemente las condiciones y reacciones emocionales que tuvo la mamá durante el embarazo:		
Describa las condiciones y reacción de la familia de la mamá y del padre del menor durante el embarazo:		
<b>2.2 PERINATAL</b>		
¿Cuántos meses de embarazo tenía en el momento del nacimiento del menor?: _____	¿Qué tipo de parto tuvo?: a) Vaginal o natural b) Cesárea	¿Cuánto tiempo duró el parto desde el inicio de las contracciones y dilatación



		hasta el nacimiento del bebé?: _____	
¿Hubo alguna condición médica relevante en el menor al momento de su nacimiento? a) SI. ¿Cual? _____ b) NO			
<b>2.3 POSNATAL</b>			
¿El menor fue alimentado con leche materna? a) NO tiempo? _____			
		b) SI. ¿Por cuánto tiempo? _____	
¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé? a) NO tiempo? _____			
		b) SI. ¿Por cuánto tiempo? _____	
<b>3. DESARROLLO PSICOMOTOR</b>			
¿Qué edad tenía el paciente cuando empezó a...			
¿Sostener la cabeza por su propia cuenta?		¿Voltearse sólo?	
			¿Sentarse sin ayuda?
			¿Comer solo?
¿Dar sus primeros pasos?		¿Caminar?	
			¿vestirse sin ayuda
¿Controlar esfínter vesical o avisar para ir orinar?		¿Controlar esfínter anal?	
			¿Gatear?
<b>4. DESARROLLO DEL LENGUAJE</b>			
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear? _____			
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir sus primeras palabras? _____			
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir frases completas? _____			
<b>5. ESCOLARIDAD</b>			
¿A qué edad ingresó el menor a una institución educativa?: _____			
¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingresó a la institución educativa por primera vez? a) NO b) SI. ¿Cual? _____			
¿Cómo ha sido el rendimiento escolar del menor?			



a) Bueno	b) Regular	c) Deficiente
¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares?		
b) NO		
b) SI. ¿Cuales? _____		
¿Qué materias requerían un mayor esfuerzo por parte del menor para ser aprobadas?		
¿Cómo es la relación del menor con sus maestros?		
a) Excelente		
b) Buena		
c) Regular		
d) Mala		
e) Muy mala		
¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros?		
a) Excelente		
b) Buena		
c) Regular		
d) Mala		
e) Muy mala		
¿El menor ha sido cambiado de colegio?		
a) NO		
b) SI. ¿Cuántas veces? _____		
A parte de la actividad académica o escolar, ¿el paciente asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como dazas, futbol, entre otros?		
a) NO		
b) SI. ¿Cuál o cuáles? _____		
<b>9. ANTECEDENTES MÉDICOS</b>		
<b>A continuación se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental DEL PACIENTE. En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco “ninguna”.</b>		
¿Cuáles enfermedades médicas diagnosticadas ha presentado el paciente?		¿Cuál ha sido el tratamiento?
¿Cuáles enfermedades mentales diagnosticadas ha presentado el paciente?		¿Cuál ha sido el tratamiento?
<b>A continuación se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental DE LA FAMILIA DEL PACIENTE. En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco “ninguna”.</b>		





## Anexo 9. Encuesta de satisfacción

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	<p><b>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CONSULTA PSICOLÓGICA</b> Código: PS-FO-087 Versión: 02</p>
---	---

TÍTULO DE INFORMACIÓN

### Estimado Usuario:

El objetivo principal de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga es obtener un alto nivel de satisfacción de nuestros usuarios, por lo tanto, con el propósito de mejorar nuestros servicios, le solicitamos atentamente responder a éste cuestionario con la mayor sinceridad de su parte, ya que este instrumento nos ayudará a considerar las áreas en las cuáles intervenir para proporcionar un mejor servicio.

Fecha	Día	Mes	Año

Por favor marque con una X la respuesta deseada así:

Califique de (1) a cinco (5) Donde:


CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
5	EXCELENTE
4	BUENO
3	REGULAR
2	DEFICIENTE
1	MALO

PREGUNTAS DE ANÁLISIS		CALIFICACIÓN				
		5	4	3	2	1
<b>ACCESIBILIDAD:</b> Como califica la facilidad que usted tuvo para acceder a los servicios que presta la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga (Comunicación telefónica, Ubicación física del lugar)						
<b>EFFECTIVIDAD:</b> Como califica la percepción que usted tiene de la atención prestada para la solución de sus necesidades o problemáticas						
<b>CONFORT:</b> Califique como fue su permanencia en la IPS desde el punto de vista de:	Comodidad					
	Tiempo de espera para ser atendido					
	Señalización					
<b>Calidez:</b> Califique como fue el trato humano recibido por usted en la IPS por parte de:	Secretaria					
	Servicios Generales					
	Coordinación					
	Psicólogos					

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**



### Anexo 10. Acta de cierre de caso

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

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

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

En constancia se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

_____ <b>Firma</b>	_____ <b>Firma</b>
_____ <b>Nombre del Practicante</b>	_____ <b>Nombre Supervisor de Práctica</b>



**Anexo 11. Autorización para la aplicación de pruebas**

 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>		<p><b>AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS</b> Código: PS-FO-171 Versión: 01</p>						
<b>Ciudad</b>		<b>Fecha</b>	<b>Día</b>		<b>Mes</b>		<b>Año</b>	
<b>DATOS CONSULTANTE</b>								
Numero H.C.								
Edad								
Fecha para aplicación								
<b>DATOS EVALUADOR</b>								
Nombre del practicante								
Cargo en la institución								
Nombre supervisor								
<b>DATOS DE LA PRUEBA</b>								
Nombre								
atografía								
Justificación para la aplicación								
Se autoriza la aplicación de la prueba		Si ____			No ____			
Observaciones								
Fecha de aprobación								


\_\_\_\_\_  
Firma Evaluador

\_\_\_\_\_  
Firma Supervisor

\_\_\_\_\_  
Firma Coordinador



## Anexo 12. Formato de remisión interna

 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small>	<b>REMISIÓN DE CASOS</b> Código: PS-FO-083 Versión: 03
--	--

### 1. FECHA DE REMISIÓN

Día:		Mes:		Año:	
------	--	------	--	------	--

### 2. DATOS DEL PACIENTE

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

### 3. DATOS DEL CONTACTO

Nombre y Apellidos		Edad	
Parentesco			
Dirección de			
No. Telefónico		No. Celular	

### 4. MOTIVO DE REMISIÓN

--





4. ÁREA A LA CUAL SE REMITE	
Área	

5. FIRMA	
Firma	
Nombre completo	



### Anexo 13. Formato de remisión externa

 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación	<b>CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA PIEDECUESTA</b>
	<b>FORMATO DE REMISIÓN</b>

<b>NOMBRE</b>	
<b>FECHA</b>	
<b>EDAD</b>	

<b>REMITIDO A:</b>
<b>ANTECEDENTES:</b>
<b>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:</b>

PSICOLOGA  
T.P No.



**Anexo 14. Guía para la elaboración de informes**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**IPS PSICOLOGÍA**

**DOCUMENTO DE ELABORACIÓN DE INFORMES  
PSICOLÓGICOS**

**Elaborado por Ps. GLADYS ROCIO CAMPOS CÁCERES  
Docente encargada IPS Psicología**

**Junio 2017  
EL INFORME PSICOLÓGICO**

**1. PRESENTACIÓN**

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

**2. GENERALIDADES**

El informe psicológico es considerado un documento científico puesto que la información registrada y las conclusiones presentadas surgen a partir del análisis de elementos que presentan garantías de confiabilidad que avalan su coherencia y pertinencia. Es además un medio de comunicación dado que en él se emite



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

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

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

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

### **3. TIPOS DE INFORME**

Los informes a trabajar son específicamente tres:

1. Informe de Evaluación Psicológica: la información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta y el final del proceso de evaluación



2. Informe de Intervención Psicológica: la información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta y el final de tratamiento
3. Informe de Evaluación Familiar: la información a registrar corresponde a la obtenida entre la primera consulta familiar y el final del tratamiento familiar.

#### 4. NOCIONES GENERALES PARA ELABORAR LOS INFORMES

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

- ¿Quién lo solicita?  
El propio interesado  
Familiares  
Superiores (jefes del trabajo)  
Profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, neurólogos, terapeutas)  
Docentes  
Entidades estatales  
Otros (jueces, compañías de seguro, policía, etc.)
- ¿Quién va a recibir el informe?  
Paciente  
Familiar  
Su médico  
Otro profesional de la salud  
Otros profesionales (abogado, juez, directivo de empresa, etc.)  
Organismos o instituciones
- ¿Cuál es la finalidad del informe?  
Facilitar los datos acerca de la salud mental de la persona estudiada con vistas a una posterior intervención terapéutica  
Promoción laboral (ascensos y asunción de responsabilidades)  
Incorporación a una organización (selección de personal)  
Solicitud de subvenciones (minusvalías)  
Intervención jurídica (proceso civil o penal)
- ¿Qué tipo de información se solicita?  
Intensiva (datos específicos acerca de la inteligencia, ciertos rasgos de personalidad, habilidades, aptitudes, etc.)  
Extensiva (análisis exhaustivo acerca del funcionamiento cognitivo, de personalidad, etc. de la persona objeto de estudio).
- ¿Cuáles instrumentos de evaluación se necesitan?  
Técnicas no estructuradas o no estandarizadas (entrevistas)  
Técnicas estructuradas y estandarizadas (pruebas psicotécnicas)



## 5. CLASIFICACIÓN DE LOS INFORMES SEGÚN EL MEDIO DE COMUNICACIÓN EMPLEADO:

Los informes pueden ser orales o escritos.

### 5.1 INFORME ORAL O VERBAL:

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

#### **Objetivos de la entrevista de devolución de la información:**

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

#### **Directrices para realizar la entrevista de devolución:**

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

- a) Preparación e inicio: esta etapa considera la importancia de preparar a los pacientes; reservar un tiempo adecuado (en ocasiones la entrevista de devolución puede durar más de una sesión), iniciar la entrevista recordando al paciente lo que vamos a hacer y animándole a que participe activamente
- b) Explicación de la formulación y el diagnóstico: aquí se presenta al paciente la lista de problemas o situaciones identificadas; se hace la formulación clínica al paciente; se le ilustra cómo el modelo funciona en los distintos problemas del paciente; se explica el desarrollo de cada problema y del caso en general; se informa del diagnóstico y se apoyan los aspectos que favorezcan el cambio.
- c) Elección de tratamiento y consentimiento informado. Es este apartado se ofrecen las opciones de tratamiento; se discuten todos los aspectos positivos y negativos de cada opción; se identifican posibles obstáculos y dificultades que se pueden presentar en el proceso de intervención; se comunica si el terapeuta se hace cargo de la intervención o si se deriva a otro terapeuta o profesional; se pide al paciente que realice cualquier pregunta o comentario; se le pregunta al paciente cuál es la mejor opción a seguir; se recomienda al paciente que se tome tiempo para pensar al respecto y se contestan todas las preguntas que formula el paciente.



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

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

**Recomendaciones para llevar a cabo el informe verbal:**

- La persona que hace la devolución o que presenta los resultados de la evaluación ha de ser la misma persona que ha llevado el proceso de evaluación.
- El profesional establecerá una secuencia de aproximación y abordaje de las diversas cuestiones a tratar.
- Es preciso concientizar al paciente de la importancia de la participación en el proceso.
- Es importante recordar que al consultante no solo le preocupan los aspectos negativos de su personalidad.
- En función de la persona, problema, gravedad, etc., se puede comenzar por las cuestiones positivas y continuar con las negativas poco a poco o mezclar aspectos positivos y negativos.
- No debe quedarse en la simple enumeración de problemas, hay que señalar posible inicio, desarrollo, connotaciones, evolución y pronóstico.
- Cada problema o dato negativo ha de ir acompañado, en la medida de lo posible, de una propuesta de solución.
- Se debe continuamente que el consultante comprenda adecuadamente las afirmaciones e informaciones sobre su situación.
- La observación de las reacciones de la otra persona ha de ser continua con el fin de captar manifestaciones de angustia y preocupación.
- No se limita el tiempo para el informe, pueden ser dos sesiones.
- No se debe dejar que el consultante abandone el consultorio con una actitud negativa.
- Las orientaciones o consejos se deben plantear de forma breve, concisa, organizada e insistiendo en aclarar cualquier duda.
- La devolución de la información es un derecho del paciente y un deber del psicólogo que se compromete desde la aceptación del caso.

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

- Sobreestimar la fragilidad del paciente y no contrastar con él la formulación del caso



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

## **5.2 INFORME ESCRITO**

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

### **Razones y objetivos del informe escrito**

1. El paciente tiene derecho a la información asistencial
2. Es un testimonio archivable y duradero de los resultados de la evaluación
3. Es una fuente de información en el contraste de hipótesis formuladas durante la evaluación
4. Es necesario para comunicar los resultados al paciente
5. Es un documento legal para decisiones jurídicas
6. Es uno de los mejores instrumentos de comunicación entre los profesionales
7. Permite ahorrar tiempo y esfuerzo a la hora de recabar una información en intervenciones futuras
8. Es una ayuda para sistematizar la información de la que se dispone

### **Directrices para la redacción de un informe psicológico**

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

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

### **Errores más frecuentes**

- Falta de fundamentación científica objetiva





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

### **Modelos de protocolos para elaborar informes escritos:**

#### **Protocolo de Informe según Fernández-Ballesteros (1999):**

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

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

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

#### **Protocolo de Informe según Klopfer (1960)**

1. Indicación de las pruebas realizadas
2. Comportamiento del paciente durante el examen
3. Aspectos intelectuales de la personalidad
4. Aspectos afectivos de la personalidad
5. Áreas básicas de conflicto
6. Técnicas de adaptación e inadaptación
7. Indicadores de síntomas
8. Implicaciones predictivas

#### **Protocolo de Informe según Maloney y Ward (1976)**

1. Datos personales



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

#### **Protocolo de Informe según Cohen y Swerdlik (2001)**

1. Datos demográficos
2. Razones para el envío
3. Pruebas aplicadas
4. Resultados
5. Recomendaciones
6. Resumen

#### **6. CLAVES PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS**

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

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



## 7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

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

## 8. ASPECTOS ÉTICOS

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

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

## 9. ERRORES MÁS FRECUENTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES

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

- 1) Datos de identificación del profesional y paciente
- 2) Firma
- 3) Sobreabierto
- 4) Ausencia de fechas

Errores de Contenido: son aquellos referidos a:

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

### Bibliografía

Brunete; M., Esteban, V.; Fernández, T.; Noriega, A.; Ortega, M.; Santacruz, D. (s.f.). **CÓMO ESCRIBIR UN INFORME PSICOLÓGICO.** Centro de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. España  
Pérez, E.; Muñoz, M.; Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales) **PAPELES DEL PSICÓLOGO**, vol. 24, núm. 86, septiembre-



diciembre, pp. 48-60 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España.

El informe y la comunicación de los resultados de la evaluación. Tomado de [www.uhu.es/susana\\_paino/EP/Informe.pdf](http://www.uhu.es/susana_paino/EP/Informe.pdf)

## **MODELOS PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES**

### **INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Ciudad y fecha

#### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE**

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

#### **2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO**

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

#### **3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:**

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

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

6. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA



7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. *Cierre del informe psicológico*

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

13. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la evaluación

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

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

## INFORME DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Ciudad y fecha

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:



Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN
4. PROCESO DE INTERVENCIÓN: Número de entrevistas (sesiones) realizadas, nombre y breve descripción de los instrumentos de evaluación en el evento que se hayan utilizado.
5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)
6. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ACORDADOS CON EL (LA) CONSULTANTE
7. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PROPUESTAS E IMPLEMENTADAS EN EL TRATAMIENTO (de acuerdo con el modelo teórico orientador: cognitivo conductual / sistémico)
8. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN
9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. *Cierre del informe psicológico*

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

12. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la intervención

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

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

## INFORME PSICOLÓGICO DE EVALUACIÓN FAMILIAR

El presente informe de Atención Psicológica, se elabora y se entrega a petición de **XXXXXX (persona que solicitó la valoración)**, fechado **XXX (día / mes / año)**, quién lo solicita para efectos de **XXXX (motivo por el cual se solicitó la valoración)**, de **NOMBRE DEL CONSULTANTE / O INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE ASISTEN**, identificado con **DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. de XXXX**, acompañado por **XXXX (persona que acude al proceso)**.



## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE ÍNDICE:

Nombre Completo:

Documento de Identidad:

Fecha y lugar de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

### 3. ENTIDAD QUE REMITE Y MOTIVO DE REMISIÓN:

### 4. OBJETIVO DE LA VALORACIÓN FAMILIAR:

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

### 6. ANTECEDENTES

### 7. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA CONSULTANTE

### 8. OBJETIVOS INTERVENTIVOS

### 9. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO REALIZADO

### 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*Cierre del informe psicológico*

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

## 11. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la intervención

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor



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

## EJEMPLO DE INFORMES

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

#### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre Completo:** XXXXXXXXX  
**Fecha de Nacimiento:** XX de Marzo de XXXX  
**Edad:** 13 años  
**Género:** Masculino  
**Escolaridad:** Sexto Bachillerato  
**Fecha de Aplicación:** 28 de Abril del 2017  
**No. de sesiones:** 3

#### II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:  
Centro donde se realiza la evaluación:  
Fecha de inicio del proceso de evaluación:  
Fecha de finalización del proceso de evaluación:

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

#### IV. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

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

#### V. ANTECEDENTES





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

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

**Farmacológico:** No registra

**Quirúrgico:** No registra.

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

**Terapéutico:** No registra.

**Evolutivo:** No registra.

## VI. OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

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

## VII. PRUEBAS APLICADAS Y DESCRIPCION:

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

## VIII.RESULTADOS

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

### PUNTUACIONES DEL WISC- IV OBTENIDAS POR EL PACIENTE

índice/test	puntuación	Intervalo	percentil	Categoría
-------------	------------	-----------	-----------	-----------



<b>Comprensión verbal</b>	<b>81</b>	<b>75-89</b>	<b>10</b>	<b>Promedio bajo</b>
Semejanzas	8	-		
Vocabulario	5	-		
Comprensión (Información)	7	-		
(Palabras en contexto)	-	-		
<b>Razonamiento Perceptivo</b>	<b>79</b>	<b>76-88</b>	<b>8</b>	<b>Límite</b>
Cubos	5	-		
Conceptos con dibujos	7	-		
Matrices (Figuras incompletas)	8	-		
	-	-		
<b>Memoria de trabajo</b>	<b>65</b>	<b>60-75</b>	<b>1</b>	<b>Muy Bajo</b>
Dígitos	2	-		
Números y letras (Aritmética)	6	-		
	-	-		
<b>Velocidad de procesamiento</b>	<b>62</b>	<b>58-76</b>	<b>1</b>	<b>Muy Bajo</b>
Claves	1	-		
Búsqueda de símbolos (Registros)	5	-		
	-	-		
<b>CI total</b>	<b>68</b>	<b>64-74</b>	<b>2</b>	
<b>Índice de Capacidad General</b>	<b>68</b>	<b>64-74</b>		<b>Muy Bajo</b>

## IX .ANALISIS DE RESULTADOS

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

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



convencionales de conducta, juicio moral y ético, evaluación de situaciones sociales y expresión verbal.

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

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

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

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

## **X.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES:**

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

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

### **RECOMENDACIONES:**



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

#### *Cierre del informe psicológico*

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

#### **FIRMAS**

\_\_\_\_\_

**XXXX**

Psicóloga en Formación  
Practicante Psicología área Clínica IPS UPB

\_\_\_\_\_

**XXX**

Psicóloga Encargada IPS UPB  
Reg. No. XXXXX

\_\_\_\_\_

**XXX**

Supervisora de Práctica.  
Reg. No. XXX

### **EJEMPLO DE INFORME DE VALORACIÓN FAMILIAR**

#### **INFORME DE VALORACIÓN FAMILIAR**

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



acompañado por su progenitora XXXX, identificada con Cédula de Ciudadanía XXXXX de XXXXX.

### **I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE ÍNDICE:**

**Nombre Completo:** XXXX

**Tarjeta de Identidad:** XXXX

**Fecha de Nacimiento:** XXXXXX de 2007

**Edad:** 8 años

**Escolaridad:** II Básico

### **II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO**

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

### **III. REMITIDO POR:**

XXXXX – Operador Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

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

### **IV. OBJETIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO:**

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

### **V. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR:**

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



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

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

## **VI. ANTECEDENTES:**

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

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



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

#### **VII. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA CONSULTANTE:**

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

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

#### **VIII. OBJETIVOS INTERVENTIVOS:**

Se considera importante:

- Abordar las narrativas familiares dominantes y favorecer la construcción de un discurso más apreciativo e incluyente sobre la personalidad y las cualidades de los integrantes del sistema familiar, en particular del niño (paciente índice).
- Resignificar el síntoma del paciente índice de acuerdo con el contexto de vida y el tipo de interacciones familiares.



- Acompañar al paciente índice en la búsqueda de comportamientos alternativos cuando se siente invadido por la cólera.
- Acompañar a la madre en la búsqueda de estrategias educativas alternativas que permitan una reafirmación de su rol de autoridad materno y una mejor relación con los hijos.
- Fortalecer los vínculos entre los miembros de la familia y ayudarla a restablecer sentimientos de protección y seguridad.

#### **IX. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO REALIZADO:**

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

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

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

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

Con la familia, se exploraron las pautas relacionales que favorecen el persistir de las conductas problemáticas en el niño. Se identificaron las diferentes emociones





que subyacen estas dinámicas relacionales y su conexión con los cambios provocados por la situación de salud crítica de la madre. Con ambos niños, se identificaron estrategias alternativas para el manejo de la rabia y de la agresividad, utilizando técnicas de exteriorización, dibujos y cuentos infantiles.

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

## **X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

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

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

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

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

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

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



Las dificultades en el manejo de la agresividad y el consiguiente comportamiento disruptivo del paciente índice no han todavía mostrado un mejoramiento significativo en todos los ámbitos. Sin embargo, los cambios observados a nivel del sistema relacional familiar y en las narrativas familiares son fundamentales para lograr ulteriores mejoramientos. Por lo tanto, se recomienda continuar con un proceso interventivo que abarque la problemática del paciente índice teniendo en cuenta de la difícil y dolorosa situación que la familia está enfrentando y de los otros factores contextuales que afectan el desarrollo familiar.

#### *Cierre del informe psicológico*

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

#### **XI. FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

XXXXXXXX

Psicóloga Practicante

Ps. XXXXX

Supervisora de Práctica

Reg. No

\_\_\_\_\_

Ps. XXXX

Encargada IPS UPB

Reg. No

**INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA  
ESCALA DE INTELIGENCIA DE GOODENOUGH**



Ciudad y fecha: Piedecuesta, 28 de julio de 2018

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

### 3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

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

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

Permite medir la inteligencia general por medio del análisis del dibujo de una figura humana. Evaluando y computando el número de detalles acertados que contiene la figura realizada, se logra obtener una valoración cuantitativa del "saber" implicado en la representación humana típica, arrojando como resultado la Edad Mental y la Edad Cronológica para contrastarlo con su Coeficiente Intelectual y de esa manera, descartar problemas en el aprendizaje debido a déficit cognitivo o retraso mental.

6. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN



Se logra evidenciar en el dibujo realizado por el consultante Christopher Alejandro Herrera Contreras, con documento de identidad N°1.097.118.630 de Bucaramanga, que su Edad Mental corresponde con su Edad Cronológica, debido a que el número de acierto obtenidos en su dibujo arroja como resultado que se encuentra en una Edad Mental de 5 años con 6 meses, lo que corresponde a su Edad Cronológica actual. Así mismo, se deja por sentado que el menor posee un Coeficiente Intelectual Normal, sin embargo, su trazo se encuentra afectado a falta de una orientación académica adecuada por su condición.

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

## 9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

## 10. CONCLUSIONES

## 11. RECOMENDACIONES

## 12. *Cierre del informe psicológico*

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

## 13. FIRMAS:

---

Lina Paola Padilla Díaz  
Psicóloga en Formación  
Pasante Psicología área Clínica IPS UPB

---

Gladys Rocío Campos Cáceres  
Supervisora de Práctica.  
Reg No:

---

Magda Acevedo  
Psicóloga Encargada IPS UPB  
Reg. No:

---

Ps. XXXX  
Encargada IPS UPB

14. Reg. No



**Anexo 15. Batería de pruebas**

**PRUEBAS PSICOLOGICAS - CPS**

	<b>Nombre de la Prueba</b>	<b>Contenido</b>
1.	<b>Dibujo de la Familia</b>	1 texto de interpretación de Joseph M. Lluís Font
2.	<b>Casa-Árbol-Persona</b>	1 manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP (J. Buck y W. Warren)
3.	<b>IDARE – Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado</b>	1 manual e instructivo 25 hojas de respuesta
4.	<b>CTI – Inventario de pensamiento constructivo (Seymour Epstein)</b>	1 manual 10 cuadernillos 25 hojas de respuesta 1 hoja con PIN para realizar corrección en línea
5.	<b>MMPI-2 – Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2</b>	1 manual técnico 1 texto de claves para la evaluación del MMPI 2 29 laminillas de calificación 5 cuadernillos de aplicación 25 hojas de respuesta 25 hojas de perfil 1 hoja con PIN para realizar corrección en línea 1 CD de perfil
6.	<b>EHS – Escala de Habilidades Sociales</b>	1 manual técnico 25 hojas de respuesta
7.	<b>EMA – Escala Multidimensional de Asertividad</b>	1 manual técnico 5 cuadernillos 15 hojas de respuesta y perfil 3 plantillas de calificación
8.	<b>BATTELLE – Inventario de Desarrollo</b>	1 manual técnico 1 manual Prueba de Screening 1 manual Personal-social 1 manual Comunicación 1 manual Motora



		<p>1 manual Adaptativa                  1 manual Cognitiva                  9 cartones de estímulos visuales                  25 hojas de anotaciones Prueba de screening                  25 cuadernillos de anotación</p>
--	--	---

9.	<b>WAIS IV – Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos IV</b>	<p>1 manual técnico                  1 manual de aplicación                  15 protocolos de respuesta                  15 cuadernillos de respuesta 1 (Búsqueda de símbolos y Claves)                  15 cuadernillo de respuestas 2 (Cancelación)                  Plantillas de calificación (Búsqueda de símbolos) Lado A, B y C                  Plantilla de calificación de Cancelación)                  1 juego de cubos (9 cubos)                  1 libreta de estímulos 1                  1 libreta de estímulos 2</p>
10.	<b>WIPPSI III – Escala de Inteligencia Wechsler para Preescolar y Primaria III</b>	<p>1 manual técnico                  1 manual de aplicación                  15 protocolos de registro de 2 años 6 meses a 3 años 11 meses                  15 protocolos de registro de 4 años 0 meses a 7 años 3 meses                  15 cuadernillos de respuesta (Búsqueda de símbolos y Claves)                  14 rompecabezas (balón, hot-dog, ave, reloj, coche, pez, oso, mano, casa, manzana, perro, estrella, ternero, árbol)                  1 juego de cubos (6 rojos, 4 blancos y 4 bicolor)                  1 libreta de estímulo 1                  1 libreta de estímulo 2                  1 plantilla de calificación de claves                  1 plantilla de calificación Búsqueda de símbolos</p>
11.	<b>WISC IV – Escala Wechsler de Inteligencia para Niños IV</b>	<p>1 manual técnico                  1 manual de aplicación                  15 protocolos de registro                  15 cuadernillos de respuestas 1 (Búsqueda de símbolos y Claves)                  15 cuadernillos de respuestas (Registros)                  1 plantilla de calificación Registro                  1 plantilla de calificación de Búsqueda de símbolos A                  1 plantilla de calificación Búsqueda de Símbolos B</p>



		1 plantilla de calificación Claves A 1 plantilla de calificación Claves B 1 juego de cubos (9 cubos)
12.	<b>FIGS – Prueba de Frases Incompletas con Aplicación a la Industria</b>	1 manual técnico 25 cuadernillos de aplicación 25 Hojas de calificación
13.	<b>16 PF – Cuestionario Factorial de la Personalidad</b>	1 manual técnico 1 guía de interpretación en la práctica clínica 10 cuadernillos de aplicación 25 hojas de respuestas 1 carta con PIN para corrección en línea
14.	<b>Dibujo de la Figura Humana</b>	1 manual Proyección de la personalidad Karen Machover
15.	<b>TAT, CAT-A y CAT-H – Pruebas de Apercepción Temática (Adultos, Niños Animales, Niños Humanos)</b>	1 manual de aplicación 20 estímulos visuales (TAT) 10 estímulos visuales (CAT-H) 10 estímulos visuales (CAT-A)
16.	<b>SDS – Búsqueda Autodirigida</b>	1 guía para usuario profesional 1 manual técnico 5 Tu carrera y vocación 5 Explorador de carreras y ocupaciones 5 Cuaderno de autoevaluación
17.	<b>ICOD – Instrumento de Codependencia</b>	1 manual técnico 25 Hojas de respuestas
18.	<b>CMASR-2 – Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2</b>	1 manual 15 cuestionarios perfil 1 plantilla de calificación
19.	<b>SCL-90 R – Cuestionario de 90 síntomas</b>	1 manual técnico 25 hojas de respuestas
20.	<b>Lauretta Bender, ggestaltico</b>	1 Manual 1 Guía para la aplicación 5 Test Gestaltico Visomotor



		9 tarjetas de gráficos
21.	<b>IDER - Inventario de depresión Estado-Rasgo</b>	1 Manual 25 Cuadernillos de respuestas
22.	<b>Wartegg 16 campos</b>	100 Hojas de respuestas
23.	<b>IPP Interese y Preferencias Profesionales</b>	1 Manual 10 Cuadernillos 25 hojas de respuesta
24.	<b>ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes</b>	1 Manual 5 Manual de Instrucciones 25 Hoja de respuesta Perfil individual 25 Hoja de respuesta





**Anexo 16. Formato de revisión de historias clínicas**

FICHA DE AUDITORIA DE HISTORIA CLÍNICA		
FECHA DE AUDITORIA:		
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA AUDITORIA:		
ÍTEM	SI	NO
TIENE REGISTRADA LA FECHA DE RECEPCIÓN		
TIENE REGISTRADO EL NÚMERO DE HC		
ESTÁN DILIGENCIADOS EN SU TOTALIDAD LOS DATOS DEMOGRÁFICOS		
HAY ESPACIOS EN BLANCO SIN DILIGENCIAR		
HAY USO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS		
HAY ANOTACIONES A LÁPIZ		
HAY TACHONES, BORRONES O USO DE CORRECTOR		
LA ESCRITURA ES LEGIBLE		
TIENE IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ESTABLECIDA		
HAY UNA DESCRIPCIÓN CONCRETA Y CLARA DE LA INTERVENCIÓN EN SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO		
LAS ATENCIONES DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO TIENEN REGISTRADA LA FECHA Y LA HORA EN QUE SE DIO LA ATENCIÓN		
LAS ATENCIONES DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO TIENEN EL NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO TRATANTE		
TIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO		
TIENE ANEXO DOCUMENTOS COMO INFORMES, FORMATOS DE PRUEBAS APLICADAS EN EL PROCESO		
EL INFORME DE CADA SESIÓN ES REALIZADO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
ACCIONES CORRECTIVAS:		
OBSERVACIONES:		