

ATENCIÓN CLÍNICA A USUARIOS DE LA IPS DEL CENTRO DE PROYECCIÓN  
SOCIAL S.S PAPA FRANCISCO DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

Lina Paola Padilla Díaz

000245755

Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Humanas

Facultad de Psicología

Bucaramanga, Colombia

2018

ATENCIÓN CLÍNICA A USUARIOS DE LA IPS DEL CENTRO DE PROYECCIÓN  
SOCIAL S.S PAPA FRANCISCO DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

Lina Paola Padilla Díaz

Trabajo de Grado para optar al título de Psicóloga

Gladys Rocío Campos Cáceres

Psicóloga Magister en Familia

Asesora Servicio Social

Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Humanas

Facultad de Psicología

Bucaramanga, Colombia

2018

## **Agradecimientos**

Es de vital importancia hacer mención a todos aquellos que hicieron parte de mi proceso profesional a lo largo de estos cinco años, comenzando por Dios porque me permitió alcanzar mi sueño de ser una gran profesional, a mis padres porque me ayudaron a ser el ser humano y la mujer que hoy día soy, a mi esposo porque siempre estuvo a mi lado motivándome a no desistir por más difícil que fuera una situación y finalmente, le agradezco profundamente a mi hija por enseñarme a ser hija y mamá, pero sobre todo, por ser mi motor y mi fuerza en cada paso que doy para ser la mejor versión de mi para ella.

Así mismo, agradecer al Centro de Proyección Social y su personal de trabajo, tanto de la Facultad de Psicología como de Derecho, puesto que confiaron en mi proceso educativo y me brindaron todas las competencias y habilidades que se necesitan para ser un profesional íntegro, a todos y cada uno de los usuarios que creyeron en mí y fortalecieron mis conocimientos permitiendo brindarles una orientación psicológica óptima y de calidad que permitiera mejorar su calidad de vida.

## 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                | 15 |
| 2. Metodología                           | 23 |
| 2.1. Población                           | 23 |
| 2.2. Recursos                            | 23 |
| 2.3. Instrumentos                        | 23 |
| 2.4. Procedimiento                       | 24 |
| 3. Resultados                            | 25 |
| 4. Discusión                             | 32 |
| 5. Conclusiones                          | 34 |
| 6. Sugerencias y Recomendaciones         | 35 |
| 7. Referencias                           | 36 |
| 8. Anexos                                | 39 |

## Índice de tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Población atendida en la IPS del CPS | 25 |
| Tabla 2. Instrumentos y técnicas aplicadas    | 29 |

## Índice de gráficas

|  |    |
|--|----|
| Gráfica 1. Población total cubierta          | 27 |
| Gráfica 2. Motivos de consulta predominantes | 28 |
| Gráfica 3. Remisiones de Caso                | 28 |

## Índice de anexos

|  |     |
|--|-----|
| Anexo 1. Formato de Recepción de Caso                              | 39  |
| Anexo 2. Consentimiento Informado para menores de edad             | 43  |
| Anexo 3. Consentimiento Informado para mayores de edad             | 46  |
| Anexo 4. Historia Clínica (niños)                                  | 48  |
| Anexo 5. Historia Clínica (adultos)                                | 56  |
| Anexo 6. Ficha de Identificación (para padres o acudientes)        | 63  |
| Anexo 7. Formato de Historial de Desarrollo (para menores de edad) | 65  |
| Anexo 8. Encuesta de Satisfacción                                  | 68  |
| Anexo 9. Acta de Cierre de Caso (menores de edad)                  | 69  |
| Anexo 10. Acta de Cierre de Caso (mayores de edad)                 | 70  |
| Anexo 11. Formato de Remisión de Caso                              | 71  |
| Anexo 12. Autorización para Aplicación de Pruebas                  | 72  |
| Anexo 13. Batería de Pruebas Psicológicas                          | 74  |
| Anexo 14. Guía para Elaboración de Informes                        | 78  |
| Anexo 15. Formato de Revisión de Historias Clínicas (auditorias)   | 106 |

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** ATENCIÓN CLÍNICA A USUARIOS DE LA IPS DEL CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL S.S PAPA FRANCISCO DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

**AUTOR(ES):** Lina Paola Padilla Díaz

**PROGRAMA:** Facultad de Psicología

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

### RESUMEN

El servicio social realizado se orientó a ofrecer atención psicológica desde el área de psicología clínica en modalidad de consulta externa en la IPS UPB ubicada en el CPS SS Papa Francisco, durante el segundo semestre del año 2018, a los usuarios y consultantes particulares o remitidos de entidades educativas, de salud, de trabajo entre otras que solicitaban procesos de intervención. Los modelos terapéuticos utilizados respondieron a los enfoques cognitivo conductual y sistémico, orientando así las intervenciones individuales y familiares implementadas. Así mismo, se llevaron a cabo procesos de evaluación y valoración psicológica que buscaban clarificar y/ establecer diagnósticos y orientar planes de tratamiento. Se atendieron 18 consultantes, 67% hombre y 33% mujeres. Se realizaron intervenciones a nivel individual, familiar y de pareja. Entre los resultados más significativos, se identificaron que las principales problemáticas diagnósticas de la población estuvieron relacionadas con dificultades académicas y comportamientos disruptivos. Los trastornos de la conducta más prevalentes fueron los presentados por los niños y adolescentes, mientras que en adultos fueron trastornos de corte clínico-psiquiátrico tales como hipomanía y cutting. Respecto a los procesos de evaluación psicológica se desarrollaron tres, predominando la población de menores de edad y la valoración de inteligencia como demanda del servicio. Se apoyó otros procesos administrativos de la IPS, tales como los acompañamientos a estudiantes de práctica de psicología de pre y posgrado en su proceso formativo y la auditoría de las historias clínicas manejadas por los estudiantes que realizaban su práctica en la IPS UPB.

### PALABRAS CLAVE:

psicología clínica, servicio social, psicología de la salud, evaluaciones psicológicas.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** CLINICAL ATTENTION TO USERS OF THE IPS OF CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL S.S PAPA FRANCISCO OF THE UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

**AUTHOR(S):** Lina Paola Padilla Díaz

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Gladys Rocío Campos Cáceres

### ABSTRACT

The social service carried out was aimed at offering psychological care from the area of clinical psychology in the form of outpatient consultation at the IPS UPB located in the CPS SS Papa Francisco, during the second semester of 2018, to users and private or referred consults. of educational entities, of health, of work among others that requested intervention processes. The therapeutic models used respond to the cognitive behavioral and systemic approaches, thus guiding the individual and family interventions implemented. Likewise, evaluation and psychological assessment processes were carried out that sought to clarify and/or establish diagnoses and guide treatment plans. 18 consultants were attended, 67% male and 33% female. Interventions were carried out at individual, family and couple level. Among the most significant results, it is identified that the main diagnostic problems of the population were related to academic difficulties and disruptive behaviors. The most prevalent behavioral disorders were those presented by children and adolescents, while in adults they were clinical-psychiatric disorders such as hypomania and cutting. Regarding the psychological evaluation processes, three developed, predominantly the population of minors and the assessment of intelligence as demand for the service. Other administrative processes of the IPS were supported, such as the accompaniment of undergraduate and postgraduate psychology students in their training process and the audit of the medical records handled by the students who practice at IPS UPB.

### KEYWORDS:

psychology clinic, social service, health psychology, psychological evaluations.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## **Introducción**

El presente informe aborda el trabajo desarrollado en el marco del servicio social en el campo clínico en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco (en el adelante CPS) ubicado en el municipio de Piedecuesta. La actividad se ha focalizado en la atención psicológica individual orientada por el modelo sistémico, el modelo cognitivo-conductual y la evaluación psicológica a través de los procesos de valoración e intervención mediante el uso de la entrevista inicial para el conocimiento del motivo de consulta y el diligenciamiento de los formatos establecidos por la IPS. La comunidad consultante pertenece a Piedecuesta, donde sus problemáticas se enmarcan en situaciones familiares y escolares básicamente.

De esta forma se presenta aquí una revisión teórica de los elementos conceptuales que orientan el ejercicio profesional y la presentación de resultados preliminares de lo realizado hasta la fecha en la IPS del CPS.

Para lograr el abordaje de problemáticas como las estrategias de aprendizaje - enseñanza y hábitos de estudio, dificultades en el aprendizaje, pautas de crianza, dificultades en la relación de pareja, entre otros, se han realizado actividades acordes a la temática según el caso, las cuales han dejado como resultado la promoción de herramientas en pro del mejoramiento global del usuario o la familia que ha asistido a atención psicológica, dejando claro que este trabajo presenta de manera preliminar los resultados obtenidos a través de las diferentes intervenciones psicológicas a nivel individual, de pareja y familia en los usuarios consultantes de la IPS del Centro de Proyección Social en el segundo semestre del año 2018.

## **Justificación**

Las razones que sustentaron el servicio social realizado en el segundo semestre de 2018 en el CPS, se apoyan en la importancia de mantener un servicio de calidad acorde a las necesidades y demandas de la población y a los requisitos legales que se tienen por estar habilitados como IPS, en la línea de ser un sitio de aprendizaje y servicio desde la psicología clínica. La confluencia de estos factores propone el reto de mejorar las condiciones de aprendizaje y atención, a través de la implementación de los procesos y procedimientos diseñados para tal fin, con el uso adecuado de los recursos e implementos con los que se cuenta para dar la atención psicológica.

De esta forma, se apoya el cumplimiento de objetivos misionales de la institución en lo relacionado con la proyección social, a través de estrategias de acompañamiento y orientación para mejorar la salud mental de la población del área de influencia de la UPB.

Por tal razón, se hace importante ofrecer un servicio psicológico óptimo, de alta calidad y oportuno a la población Piedecuestana dentro de las instalaciones de la IPS del Centro de Proyección Social que, mediante la atención primaria y acompañamiento terapéutico, promueva el reconocimiento y desarrollo de estrategias de afrontamiento o de resolución de conflictos propios del individuo, con el fin de instaurar en los consultantes herramientas que ayuden a afrontar las múltiples situaciones que se presentan en su diario vivir.

## **Objetivos**

### **General**

Brindar atención psicológica a usuarios remitidos al Centro de Proyección Social ubicado en Piedecuesta.

### **Específicos**

a) Implementar procesos terapéuticos a nivel individual, familiar y de pareja a los consultantes remitidos a la IPS del Centro de Proyección Social.

b) Realizar procesos de evaluación psicológica (de inteligencia, de personalidad, entre otros) a los usuarios consultantes de la IPS.

c) Apoyar el proceso de práctica de los estudiantes de psicología y especialización que realizan la práctica clínica en la IPS del Centro de Proyección Social.

d) Apoyar el proceso de auditoría de Historias Clínicas de los estudiantes de pregrado y posgrado que realizan práctica clínica en la IPS del Centro de Proyección Social.

e) Participar en las actividades administrativas o de logística requeridas por el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana.

## **Contextualización de la Institución**

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

El CPS atiende de manera humanitaria las necesidades de la comunidad construyendo y prestando de manera oportuna los servicios a quienes más los necesitan. Tiene por misión 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. Tiene como visión ser un punto de referencia donde converja la comunidad Piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos.

De manera particular, la IPS ofrece servicios de consulta externa en Psicología, de manera gratuita y oportuna y tiene como misión apoyar los procesos de docencia, investigación y proyección social de la Universidad a través de la oferta de atención psicológica oportuna, segura y efectiva a población en situación de riesgo y vulnerabilidad de los estratos menos favorecidos de la región, y como sitio de prácticas posibilitar en los estudiantes de Psicología de pre y pos grado el desarrollo de competencias clínicas y éticas, contribuyendo así a la formación de profesionales competentes e íntegros y la ratificación de los valores desde el humanismo cristiano, para el bien de la sociedad. Su objetivo principal es apoyar los procesos de formación integral de estudiantes de pre y posgrado de la Facultad de Psicología, proporcionando un espacio de práctica profesional de atención en procesos psicológicos a la población consultante del área metropolitana de

Bucaramanga, respondiendo a los objetivos misionales académicos, investigativos y de proyección social de la Universidad.

## Referentes Conceptuales

Uno de los motivos para la demanda de atención de los servicios que ofrecen los centros de proyección de la Universidad Pontificia Bolivariana es el acompañamiento y orientación psicológica, especialmente en el campo clínico. Es por ello que el Servicio Social prestado en el Centro de Proyección Social está enfocado en dicho área y campo de estudio. De manera particular, el ejercicio profesional se centra en el área de la psicología de la salud, definida por Matarazzo (citado por Mebarak & Suárez, 2016) como los aportes que da la psicología en los diferentes niveles de atención en salud (promoción, prevención y tratamiento), identificando las causas de las dificultades, sus posibles factores asociados y la elaboración de un diagnóstico de la situación, aportando así a mejorar los servicios de salud y la formulación de políticas de atención.

Además, este autor, define la psicología de la salud como:

Conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias (p. 1).

Así mismo, es importante tener en cuenta que la Asociación Psicológica Americana afirma que la Psicología Clínica se caracteriza por ser de servicio social, útil para enseñar e investigar, dedicada al diagnóstico, tratamiento y estudio de los desórdenes de comportamiento (Nietzel, Bernstein & Milich, citados en Garzón, 2008). Sin embargo, dichas concepciones han sido modificadas debido a los cambios y demandas socioculturales que han llevado a los psicólogos a evaluar la evidencia y efectividad de los enfoques existentes e implementados en consulta, con el fin de determinar un tratamiento idóneo según fuese el caso atendido, teniendo como base los

supuestos éticos de brindar a los consultantes los mejores tratamientos disponibles y evaluar, a su vez, sus intervenciones.

En consonancia con lo anterior, el Congreso de EEUU, en 1989, creó unas guías con la colaboración y auspicio de la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Americana, APA (Compas et al., 1998; Echeburúa & Corral, 2001; Hamilton & Dobson, 2001, Mustaca, 2004 a, 2004b); donde señala que la eficacia de un tratamiento se aprecia a través de tres criterios: a) existencia de al menos dos estudios rigurosos de distintos investigadores que demuestren superioridad al tratamiento farmacológico, al placebo o a otro tratamiento, con diseño experimental intergrupar de un N = 30 por grupo como mínimo, o una serie de estudios de caso único (9 como mínimo); b) contar con un manual de tratamiento; y c) los sujetos a prueba deben estar claramente identificados en función de un manual, como el DSM-IV (citados en Rey Anacona, y Guerrero-Rodríguez, 2012).

De acuerdo a las anteriores consideraciones, se hace necesario establecer un buen manejo teórico para orientar las intervenciones psicológicas. De esta forma, las orientaciones teóricas a utilizar en las atenciones dadas en el Servicio Social en curso serán las propuestas por los modelos: sistémico y cognitivo-conductual. Por ello, es importante mencionar que en la psicología convergen un sinnúmero de interacciones dadas en el espacio de consulta, por ejemplo, hablar del enfoque sistémico daría paso a interpretaciones que involucran el entorno y a la persona misma en constante evolución y cambio, es decir, que da paso para definir el enfoque sistémico de la psicología como “un sistema de intervención dinámico, abierto, en permanente evolución, y los procesos individuales y colectivos de aprendizaje allí situados son procesos aleatorios, interdependientes y complejos” (Garzón, 2008, p. 162), que se van vislumbrando mediante el uso



adecuado de preguntas enfocadas a solucionar una situación en específico que esté generando un malestar en el consultante.

De igual manera, afirma Elkaim (1998), que “podemos estar constituidos por ensambles hechos de elementos no reductibles a nosotros y ser sin embargo singulares y únicos. Podemos ser no separables de nuestro contexto, sin por ello evitar nuestra responsabilidad a nivel ético” (p. 113). En el mismo sentido, Maturana (1998), menciona que “un ser humano no es un individuo sino en el contexto de los sistemas sociales en los que se integra, y sin seres humanos individuales no habría fenómenos sociales humanos” (p. 125), aspecto éste que tiene implicaciones éticas y políticas en cuanto a la responsabilidad profesional del terapeuta por su participación en el contexto terapéutico, concebido como un ámbito de construcción de autoimágenes y visiones del mundo de los participantes, incluido él mismo, en el devenir de la interacción paciente-terapeuta (citado en Garzón, 2008).

En otras palabras, los procesos de co-aprendizaje demandan el trabajo sobre la autorreferencia a lo largo del proceso formativo para que el clínico pueda reconstruir las premisas, ideas, conceptos, prejuicios e imaginarios asociados a lo psicopatológico, al cambio, el conocimiento, la exploración y su accionar en la terapia; puesto que, es a partir de la reflexión y la autorreferencia como se explora y modeliza una realidad a través de conversaciones en los órdenes epistemológicos, paradigmáticos y teóricos de segundo orden (Garzón, 2008). Es por ello que, desde el enfoque sistémico, se basarán las atenciones psicológicas en la Terapia Breve Centrada en Soluciones, por su contenido terapéutico de alto impacto en corto tiempo, dejando en el consultante clarificado que en sí mismo están presentes los medios necesarios que le ayudarán a afrontar de la mejor manera su situación y rediseñar nuevas formas de afrontamiento.

De esta manera, Venegas (citado por Lazo, 2016), plantea que la Terapia Centrada en Soluciones "es un tipo de terapia que busca que el paciente pueda identificar los momentos en su vida actual que están más cerca del futuro deseado" (p. 306) y, de esta forma, examinar qué es diferente en tales ocasiones; con ello, se brinda al consultante la ayuda necesaria para tomar consciencia de esos pequeños logros y a repetir las cosas que pueden obtener cuando el problema no existe o cuando no es tan grave, es decir, que la función de los terapeutas que emplean dicha terapia, ayudan al paciente a dirigirse hacia el futuro preferido que han identificado, que se adapta a casos tales como ser consumo de drogas, alcohol, enfermedades crónicas y terminales.

Además de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, existen diferentes tipos de intervenciones psicológicas que han mostrado gran efectividad en las intervenciones terapéuticas, dentro de las cuales también se destaca el modelo Cognitivo Conductual, el cual se centran en diversas áreas de la enfermedad, siendo principales para brindar los servicios de salud, estado emocional y calidad de vida. Por tal razón, se hace hincapié en las Terapias Cognitivo Conductual (en adelante TCC) debido a que se basan en la manera de pensar y la forma de actuar de los individuos frente a un evento o situación en específico, es decir, que en esta terapia se cree posible modificar o reacondicionar pensamientos o comportamiento con el fin de superar los problemas que aquejan la salud emocional y, en algunos casos, también la salud física. Normalmente, se utiliza en personas con problemas de comportamiento o problemas de salud mental que implican una conducta no deseada como lo son las adicciones, los trastornos de ansiedad y las fobias.

Por consiguiente, la TCC es un tipo de terapia de conversación donde se realiza una combinación de terapia cognitiva donde se busca estimular los procesos de pensamiento, con la terapia conductual, la cual se concentra en la conducta que responde a estos pensamientos (Bupa, 2011). Dentro de las técnicas más comunes se incluyen: a) cuestionar las creencias negativas y

reemplazarlas con mejores alternativas y b) resolver problemas donde se logre desarrollar las capacidades de un paciente para sobrellevar situaciones difíciles.

Es por ello que, la Terapia Cognitivo Conductual, es considerada un tratamiento a corto plazo, puesto que, suele durar entre seis semanas y seis meses, donde llevan a cabo sesiones individuales de tratamiento a las que se suele asistir semanalmente. La cantidad de sesiones dependerá del trastorno y del compromiso con el tratamiento. A veces, la TCC se administra junto con medicamentos contra los trastornos de ansiedad, la depresión moderada a grave y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Bupa, 2011).

Así pues, hablar de técnicas cognitivo-conductuales, es hablar de técnicas que pueden ser aplicadas en distintos trastornos, la diferencia estriba en adaptar estas intervenciones a las características y limitaciones de los pacientes actualmente atendidos; por ello, es fundamental tener en cuenta la naturaleza de sus problemas, es decir, se cita a personas que sufren un trastorno caracterizado por la heterogeneidad, por la gravedad o severidad, con presencia de deficiencias en el funcionamiento cognitivo o con una hipersensibilidad a la activación emocional, sin embargo, no es sencillo reconocerlo, por tal razón, con facilidad pueden producirse dificultades en el establecimiento de una relación terapéutica adecuada; este aspecto cobra especial relevancia en el tratamiento de trastornos muy ligado a lo cual se encuentra la importancia de respetar la percepción que del mundo pueden y suelen mantener estos pacientes (Fowler citado por Cuevas-Yust & Perona-Garcelán, 2002).

No obstante, es vital anexar lo mencionado por Bordín (citado por Salgado, 2016) acerca de la alianza terapéutica, donde afirma que

La alianza comprende entonces, el acuerdo entre objetivos y metas del tratamiento.

Por lo tanto, puede ser dividida en tres componentes: objetivos, tareas y lazo. Los

“objetivos” refieren a la cantidad de acuerdo que comparten el paciente y el terapeuta en relación a las expectativas y resultados. Las “tareas” hacen referencia al acuerdo entre paciente y terapeuta en cuanto apropiado y útil es lo que se realiza en la terapia para llevar adelante el tratamiento. El “lazo” hace referencia a los vínculos afectivos entre el paciente y el terapeuta (p. 4).

Del mismo modo, Salgado (2016), menciona que Mitchell, Eubanks-Carter, Muran, & Safran (2011) también toman los aportes de Bordin (1979) para señalar que la alianza se divide en tres aspectos importantes que se generan desde el primer encuentro o desde la primera sesión entre paciente-terapeuta, los cuales son: a) acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas del tratamiento; b) acuerdo entre paciente y terapeuta en los objetivos del tratamiento; c) un lazo personal y afectivo entre el paciente y el terapeuta.

Además, es necesario esclarecer que dentro de las diferentes intervenciones terapéuticas se puede, también, generar una ruptura de la alianza terapéutica; Goldberg (2016) afirma que existen dos tipos:

a) alianza terapéutica obstructiva en la medida en que no logra detectar el punto de urgencia en un determinado momento del tratamiento, o cuando aferrado a enfoques previos no logra descifrar las nuevas problemáticas para las cuales el paciente requiere de la función analítica; y b) La alianza terapéutica constructiva se vuelve clave en los momentos críticos de la terapia, cuando el terapeuta no encuentra una estrategia que aborde el foco problemático actual, el paciente coopera con su análisis aportando nuevas asociaciones con las que, de modo inadvertido, orienta al terapeuta a corregir su enfoque. Si el desencuentro clínico resulta duradero, el paciente

colaborador puede interrumpir el tratamiento, en cuyo caso la decisión no puede catalogarse como resistencial (p. 2).

Sumado a ello, la evaluación en psicoterapia se vuelve esencial en los procesos de atención o consulta psicológica, debido a que enmarcan los procedimientos que se realizarán en los espacios de consulta de manera conjunta el terapeuta y el paciente. A través de dicha valoración, se logra discriminar información valiosa para el curso adecuado de la intervención terapéutica a realizar según sea el motivo de consulta esclareciendo de manera objetiva los métodos y técnicas adecuadas para hacer un proceso eficaz con los consultantes mediante el uso de la comunicación efectiva y asertiva de sus conocimientos y pautas de valoración (Ludewig, 2003). En función de lo anterior, se hace visible el proceso de elección de la técnica más apropiada donde se genere un vínculo profesional de empatía y confianza puesto que, de no ser así, muy bien lo afirma Barraca (2009) aportando que:

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).

Finalmente, es vital hacer hincapié en que se está asumiendo e implementando una metodología científica en los procesos de evaluación e intervención, que ha permitido pasar de explicaciones unicasales a modelos multicausales y multidimensionales, y de enfoques o teorías particulares a procesos psicológicos básicos transdiagnósticos, dando paso a la interacción de forma compleja; es por ello que, surge la Psicología Clínica Basada en Evidencia (PsCIBE) como un estándar de práctica clínica fundamentado en el Modelo Científico-Practicante, que hace referencia al rol integrador del psicólogo clínico como investigador y practicante, dado que la experiencia en la

práctica clínica referencia al psicólogo clínico en tanto que debe desarrollar las habilidades para realizar los procesos de evaluación, diagnóstico, formulación de caso y planeación del tratamiento, pero incluye también su experiencia interpersonal, su continua adquisición de habilidades y actualización del conocimiento, su comprensión de los contextos culturales, entre otros factores (Trujillo & Quant, 2015).

## **Metodología**

Teniendo en cuenta que una de las mayores prioridades y demandas de la IPS del CPS es brindar atención psicológica a usuarios que así lo soliciten, se hace fundamental para el desarrollo del Servicio Social ofrecer acompañamiento psicológico de manera profesional, oportuna y eficaz a nivel individual, de pareja y/o familia a los consultantes.

### **Población**

Usuarios que asisten a la IPS del CPS para atención psicológica remitidos por institución educativa, particular y EPS.

### **Recursos**

Dentro de los recursos empleados para la realización del Servicio Social se tuvieron en cuenta la batería de pruebas de evaluación psicológica, material físico de cada formato exigido por la IPS para el diligenciamiento con el usuario y el consultorio debidamente equipado con ventilación, escritorio y computador, así como las salas de reuniones y baños aseados. Finalmente, se debe dejar claro que los recursos humanos con que se contó fueron personal de vigilancia, personal de servicios generales, secretaria, coordinador del centro y los practicantes de pregrado y especialización en Psicología Clínica.

### **Instrumentos**

Se hizo uso de la batería de pruebas de evaluación psicológica establecida en la IPS del CPS específicamente las que evalúan inteligencia, implementándose los procesos y procedimientos establecidos para la atención psicológica mediante el uso de los formatos de Recepción de Casos, Consentimiento Informado para Adultos y para Menores de Edad, Historia Clínica, Historial de Desarrollo, Ficha de Identificación para Padres, Remisión de Casos, Cierre de Casos y Encuesta de Satisfacción.

## **Procedimiento**

Se han llevado a cabo las atenciones psicológicas comenzando por la presentación del psicólogo; diligenciamiento de Consentimiento Informado para Menores de Edad y para Mayores de Edad (según sea el caso), así como Formato de Desarrollo e Identificación para Padres e Historia Clínica. Finalmente, se procede a aplicar pruebas y realizar los informes respectivos.



## Resultados

Se brindó acompañamiento psicológico a través de la IPS en el Centro de Proyección Social a 18 usuarios, donde se intervino de manera individual, familiar, de pareja y en aplicación de pruebas, ya sea por particular y por remisión de instituciones educativas –colegio y universidad- o Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS). Para estos procesos se utilizaron los formatos y guías existentes en la IPS (Ver Anexo 1. Formato de Recepción de Caso, Anexo 2. Consentimiento Informado para menores de edad, Anexo 3. Consentimiento Informado para mayores de edad, Anexo 4. Historia Clínica (niños), Anexo 5. Historia Clínica (adultos), Anexo 6. Ficha de Identificación (para padres o acudientes), Anexo 7. Formato de Historial de Desarrollo (para menores de edad), Anexo 8. Encuesta de Satisfacción, Anexo 9. Acta de Cierre de Caso (menores de edad), Anexo 10. Acta de Cierre de Caso (mayores de edad), Anexo 11. Formato de Remisión de Caso, Anexo 12. Autorización para Aplicación de Pruebas, Anexo 13. Batería de Pruebas Psicológicas y Anexo 14. Guía para Elaboración de Informes).

**Tabla 1.** Población atendida en la IPS del CPS durante el proceso de Servicio Social.

| Usuario | Edad | Género | Estrato | Motivo de Consulta        | Remisión                    | No. de Sesiones | Cerrado / Activo                      |
|---------|------|--------|---------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| DS      | 13   | M      | 2       | Rendimiento académico     | Institución educativa       | 7               | Cumplimiento de objetivos             |
| CH      | 5    | M      | 3       | Retraso en el desarrollo  | Institución educativa / EPS | 3               | Remisión a especialista               |
| MO      | 49   | F      | 3       | Duelo no resuelto         | Particular                  | 5               | Remisión a Psiquiatría                |
| JM      | 5    | M      | 3       | Comportamiento disruptivo | Institución educativa       | 2               | Inasistencia continuada               |
| MR      | 7    | M      | 2       | Anhedonia                 | Institución educativa       | 4               | Inasistencia continuada               |
| EP      | 18   | F      | 2       | Cutting                   | Particular                  | 3               | Remisión a Especialista y Psiquiatría |

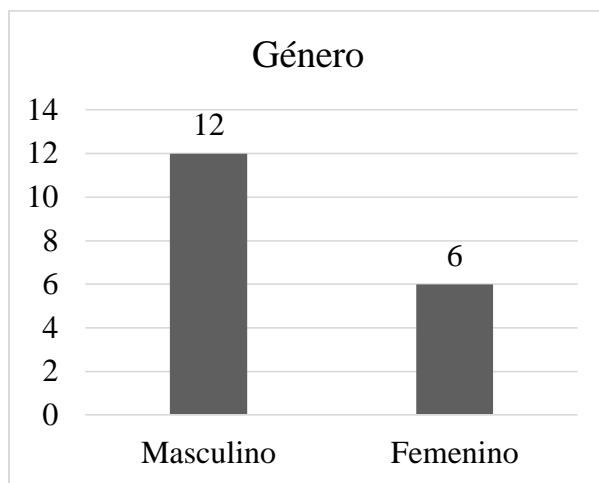
|    |    |   |   |   |                       |   |                           |
|----|----|---|---|---|-----------------------|---|---------------------------|
| DS | 12 | M | 3 | Rendimiento académico y Duelo no resuelto         | Institución educativa | 9 | Cumplimiento de objetivos |
| JS | 6  | M | 2 | Rendimiento académico y comportamiento disruptivo | Particular            | 4 | Inasistencia continuada   |
| ZB | 25 | F | 3 | Aplicación de WAIS                                | Institución educativa | 3 | Cumplimiento de objetivos |
| DR | 13 | M | 3 | Rendimiento académico y                           | Institución educativa | 1 | Inasistencia continuada   |
| JR | 8  | M | 3 | Rendimiento académico y comportamiento disruptivo | Institución educativa | 7 | Cumplimiento de objetivos |
| DA | 11 | F | 3 | Rendimiento académico y Anhedonia                 | Institución educativa | 6 | Cumplimiento de objetivos |
| AS | 9  | F | 1 | Rendimiento académico y pautas de crianza         | Institución educativa | 6 | Cumplimiento de objetivos |
| CS | 9  | M | 1 | Rendimiento académico y comportamiento disruptivo | Institución educativa | 2 | Inasistencia continuada   |
| JC | 12 | M | 2 | Rendimiento académico                             | Institución educativa | 4 | Remisión a Especialista   |
| CN | 11 | M | 1 | Bullying y Atención dispersa                      | Particular            | 2 | Remisión a especialista   |
| DB | 11 | M | 2 | Rendimiento académico y Anhedonia                 | Institución educativa | 4 | Remisión a pasante        |
| HV | 11 | F | 3 | Aplicación de WISC                                | Institución educativa | 1 | Remisión a pasante        |

En concordancia al cumplimiento de objetivos planteados para el buen desarrollo del Servicio Social, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Implementar procesos terapéuticos a nivel individual, familiar y de pareja a los consultantes remitidos a la IPS del Centro de Proyección Social.**

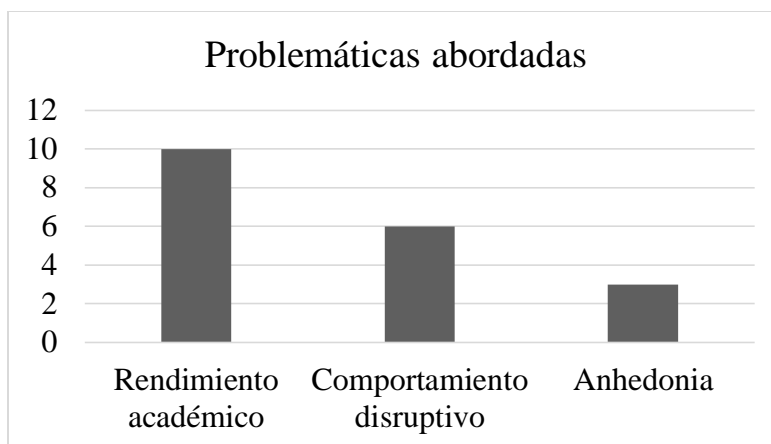
Con relación a la población atendida, se encontró que las edades de los consultantes estuvieron comprendidas entre los 5 y 49 años, de los cuales 15 pacientes eran menores de edad y 3, mayores de edad.

Además, se evidenció que la mayor asistencia a atención psicológica fue del género masculino con un total de 12 usuarios y una menor asistencia por parte del género femenino presentándose solo 6 asistencias del total de la población cubierta.

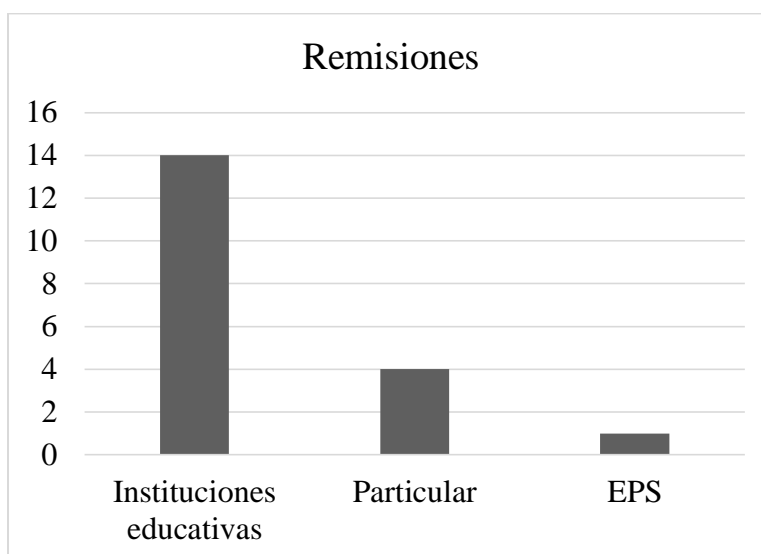


**Gráfica 1.** Población total cubierta.

Por otra parte, el estrato 3 fue el de mayor demanda dentro de las atenciones psicológicas presentándose un total de 9 usuarios del total de la población atendida. Seguido de ello, se evidenció que los motivos de consulta con mayor demanda en los pacientes que asistieron al centro fueron (10) por –bajo- rendimiento académico, (6) por comportamiento disruptivo –en institución educativa y/o en casa- y (3) por anhedonia; de los cuales 14 casos fueron remitidos por instituciones educativas, 4 por remisión particular y 1 por remisión de la EPS.



**Gráfica 2.** *Motivos de consulta predominantes en la población atendida.*



**Gráfica 3.** *Remisiones de Caso de la población atendida.*

Las problemáticas que se abordaron en terapia individual estuvieron referidas a dificultades de aprendizaje, falta de organización para establecer horarios de estudio en casa y, por otra parte, en atención familiar se intervino en forma paralela con el paciente y la familia en temas relacionados con la crianza y el manejo de la autoridad, especialmente se trabajaron los temas de pautas de crianza y estilos parentales.

A su vez, se llevó a cabo acompañamiento psicológico a los padres, brindándoles herramientas para el adecuado uso de los castigos y refuerzos a través de técnicas como la economía de fichas

y de material físico y audiovisual. De igual manera, para el establecimiento de límites claros a sus hijos junto a un proceso de respeto por la autoridad, se trabajó con lecturas de artículos científicos orientados hacia los estilos parentales, esclareciendo en los padres los límites que deben estar enmarcados en sus hijos con el fin de lograr una educación plena en los mismos.

De igual modo, se trabajó un caso individual -en paralelo con la familia- debido a que la dificultad del paciente no solo afectaba su desempeño académico y social, sino también afectaba su familia nuclear, más exactamente a los padres de la paciente, para lo cual se vio pertinente trabajar con ambos padres en el fortalecimiento de su rol parental sin descuidar la relación de pareja.

**Realizar procesos de evaluación psicológica (de inteligencia, de personalidad, entre otros) a los usuarios consultantes de la IPS.**

Se desarrollaron procesos de evaluación de inteligencia (2), aplicación de escalas para evaluar técnicas de aprendizaje (2) e implementación de actividades encaminadas a incrementar hábitos de estudio en los pacientes que presentan bajo rendimiento académico (10), test para evaluar pautas de crianza en padres y cuidadores (4), gracias a que la IPS cuenta con un banco de más de 20 instrumentos de evaluación en excelente estado; de manera que el proceso de entrevista, evaluación y presunto diagnóstico permitieron la utilización de las técnicas adecuadas para brindar al consultante una atención óptima, de calidad y confiable.

Tabla 2. *Instrumentos y técnicas aplicadas.*

| <b>Usuario</b> | <b>Edad</b> | <b>Género</b> | <b>Remisión</b>             | <b>Instrumento aplicado</b>                       |
|----------------|-------------|---------------|-----------------------------|---|
| <b>DS</b>      | 13          | M             | Institución educativa       | Horario de estudio en casa e Inventario de Felder |
| <b>CH</b>      | 5           | M             | Institución educativa / EPS | Escala de Goodenoug                               |

|           |    |   |                       |   |
|-----------|----|---|-----------------------|---|
| <b>JS</b> | 6  | M | Particular            | Horario de estudio en casa                        |
| <b>ZB</b> | 25 | F | Universidad           | WAIS-IV   |
| <b>DS</b> | 12 | M | Institución educativa | Horario de estudio en casa e Inventario de Felder |
| <b>JR</b> | 8  | M | Institución educativa | Horario de estudio en casa y Economía de Fichas   |
| <b>DA</b> | 11 | F | Institución educativa | Horario de estudio en casa y Economía de Fichas   |
| <b>AS</b> | 9  | F | Institución educativa | Horario de estudio en casa                        |
| <b>CS</b> | 9  | M | Institución educativa | Horario de estudio en casa                        |
| <b>HV</b> | 11 | F | Institución educativa | WISC-IV   |

**Apoyar el proceso de auditoría de Historias Clínicas de los estudiantes de pregrado y posgrado que realizan práctica clínica en la IPS del Centro de Proyección Social.**

Se apoyaron los procesos de evaluación e intervención que realizan los practicantes de pregrado y posgrado de la Facultad de Psicología, realizando las siguientes acciones:

1. Inducción a practicantes de pregrado y posgrado respectivamente, acerca del funcionamiento de la IPS del Centro de Proyección Social (Misión, Visión, Lineamientos y Reglamentos) como también, sobre el rol del psicólogo practicante (funciones) dentro la IPS.
2. Apoyo constante ante las inquietudes que presentaban los estudiantes de pregrado y posgrado en Psicología Clínica (manejo adecuado de los formatos, aplicación de pruebas,

activación de rutas de emergencia, elaboración de familiogramas e informes psicológicos, entre otras).

De igual manera, se realizaron (aproximadamente) 32 auditorías de cada una de las Historias Clínicas diligenciadas por 5 estudiantes de especialización en práctica de Psicología Clínica a través del formato establecido por la IPS del CPS para su evaluación: el formato de Lista de Chequeo de Historia Clínica (Ver Anexo 15. Formato de Revisión de Historias Clínicas), arrojando por resultado que los estudiantes en práctica debían mejorar aspectos de redacción, ortografía, diligenciamiento de seguimientos una vez terminada la sesión y en elaboración de familiograma o genograma según lo requería el caso atendido.

## **Discusión**

El Centro de Proyección Social se ha caracterizado, desde que abrió sus puertas a la comunidad, por brindar servicios de calidad a la población Piedecuestana, dentro de dichos servicios, el CPS brinda a través de la IPS la atención psicológica a personas de todas las edades, lo que ha permitido ofrecer bienestar en cuanto a Salud Mental a dicha población e incluso se ha expandido, a tal punto que hoy por hoy se encuentra dentro de las recepciones de caso usuarios de cualquier parte de la ciudad. A partir de los resultados obtenidos durante el Servicio Social prestado se observa que el género masculino fue el que más consultó, puesto que la asistencia fue de 12 -de 18- consultantes, arrojando que se sigue manteniendo la tendencia del último año en la IPS. Así mismo, se realiza una revisión en cuanto a las edades de los consultantes y se logra identificar que la mayoría de la población atendida es menor de edad presentándose que asisten a consulta debido a dificultades de aprendizaje, comportamiento disruptivo -en casa e institución educativa- y estados de ánimo -anhedonia- lo cual afectaba negativamente el desarrollo integral de casa usuario, según fuere su motivo de consulta.

En cuanto a los motivos de consulta de la población adolescente, la cual fue atendida en mayor parte durante el Servicio Social, se reconoce que asistían debido a que presentaban rendimiento académico -bajo- e incluso repitencia escolar recurrente, en su mayoría las razones que sustentaban los usuarios para presentarse dicha problemática era por motivos familiares (separación de los padres, mala relación o comunicación con uno o los dos padres) y por motivos sociales (malas amistades), lo que fue corroborado Moreno y Chauta (2012), donde destacan que en las interacciones familiares, las relaciones distantes y carentes de afecto incrementan la probabilidad de que un adolescente presente conductas disruptivas tales como bajo rendimiento académico y deserción escolar, hasta conductas de vandalismo.



Por otro parte, la población adulta que asistió presentó como motivo de consulta problemas de tipo relacional en los dos casos atendidos, demostrándose que la población adulta acudió, específicamente, por dificultades en sus mecanismos de afrontamiento ante las dificultades o situaciones altamente estresoras, lo que hacía que no presentaran una adecuada resolución de problemas provocando afectaciones significativas en su dinámica relacional.

A su vez, los motivos de Cierre de Caso que se presentaron con mayor frecuencia fueron Cumplimiento de Objetivos (6), Remisión de Caso a Especialista (5), así mismo, se hace necesario resaltar que un tercer aspecto fue la Inasistencia Continuada (5), es por ello que se hace necesario denotar lo mencionado por Procel (2005) donde explica que no siempre la ausencia de consultante es por falta de compromiso, también puede darse porque la persona nota cierto progreso y decide que ya no es necesario seguir asistiendo pues considera que ya tiene las herramientas necesarias para afrontar futuras situaciones por sus propios medios.

Finalmente, se hizo un análisis de la Recepción de Caso de las personas que solicitaban atención psicológica en la IPS, donde se logró destacar que 14 de 18 consultantes asistieron principalmente por remisiones de instituciones educativas, ya sea colegios -con los cuales el CPS tiene convenio de practicantes- o universidades.

## **Conclusiones**

En torno al proceso realizado durante el servicio social en la IPS del CPS, se logra concluir que el número de usuarios que fueron atendidos este año aumentó significativamente con un total de 18 pacientes que acudieron para iniciar una intervención psicológica; también, se reconoce que la población de menores de edad se encontraba entre los 5 y 13 años, lo que indica que cada año los padres asisten con sus hijos -cada vez a más temprana edad- evitando que una situación considerada como problemática avance hasta un punto crítico.

De igual manera, se concluye que el motivo de consulta más frecuente de la población atendida en menores de edad fue -bajo- rendimiento académico y comportamiento disruptivo -en casa y en la institución educativa; y en mayores de edad, problemas de tipo relacional: a nivel social y familiar, como también, procesos de evaluación psicológica para valoración y/o evaluación del cociente intelectual.

En cuanto al proceso de acompañamiento a los practicantes de pregrado y posgrado, se logra concluir que las jornadas de capacitación brindadas, previo al inicio de las intervenciones psicológicas, respecto al funcionamiento de la IPS y el manejo de los formatos, fue vital para el buen manejo de los procesos asignados a su cargo dejando como resultado Encuestas de Satisfacción valoradas en 4.

Para finalizar, se concluye que la revisión de las 32 Historias Clínicas de 5 estudiantes en práctica de posgrado, resaltaron la importancia de realizar auditorías constantes a los procesos llevados por ellos, puesto que permite reconocer y corregir falencias presentadas referente al manejo de los formatos establecidos por la IPS para las atenciones psicológicas.

### **Sugerencias y Recomendaciones**

Se recomienda realizar los procesos de auditoria de Historias Clínicas de forma constante a los practicantes de especialización en Psicología Clínica con el propósito de avalar o sancionar el registro de la información para cada consultante y de este modo, lograr un diligenciamiento de los formatos de la manera correcta y/o bajo las exigencias de la IPS.

Se sugiere fomentar espacios de socialización de casos de practicantes en pregrado, en posgrado y pasantes en Servicio Social, con el fin de generar en el grupo de psicólogos en formación un fortalecimiento de habilidades y competencias para intervenir en casos ya asignados y en futuros casos.


## 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>
- Bupa (2011). Terapia Cognitivo Conductual. Artículo sobre Salud. Recuperado de <https://www.bupalud.com/contenido/salud-bienestar/vida-bupa/terapia-cognitivo-conductual-tcc#Acerca%20de%20la%20TCC>
- Cuevas-Yust, C., y Perona-Garcelán, S. (2002). Terapia cognitivo-conductual y psicosis. *Clínica y Salud*, 13 (3), 307-342. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618090004>
- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: Su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. 4 (1), 1794-9998. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v4n1/v4n1a14.pdf>.
- Goldberg, J. (2016). Conclusiones de una investigación acerca de alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes. 20 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3396/339646009005/index.html>
- Guibelalde, G. (2016). *Escuelas de la Psicología Clínica Contemporánea*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Lazo, D. (2016). Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada al caso de una persona diagnosticada con VIH/SIDA. *Ajayu. 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/articulo.oa?id=461546437005>
- Ludewig, K. (2003). *Terapia sistémica: Bases de teoría y práctica clínicas*. Barcelona, España: Herder.

- 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>
- Mebarak, M., y Suárez, E. (2016). ¿Qué es y hacia dónde se dirige la psicología de la salud? *Psicología desde el Caribe*, 33 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21351764001>
- 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>
- 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>
- Rey Anacona, C., y Guerrero-Rodríguez, S. (2012). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. 29 (2), 2011-7485. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a10.pdf>
- Rozo-Castillo, J., y Pérez-Acosta, A. (2016). La epistemología estratégica: una propuesta para la psicología y las ciencias del comportamiento. *Tesis Psicológica*, 11 (2), 114-135. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139053829007>
- Salgado, M. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica, 13 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4835/483551471008/html/index.html>

Trujillo, S. y Quant, D. (2015). ¿Qué es eso de Psicología Clínica Basada en Evidencia? – Boletines COLPSIC No. 002. Recuperado de: [http://colpsic.org/aym\\_image/files/Boletines\\_Colpsic\\_002.pdf](http://colpsic.org/aym_image/files/Boletines_Colpsic_002.pdf)

**Anexo 1.** Formato de Recepción de Caso.

|   |             |   |      |  |   |  |         |  |
|---|-------------|---|------|--|---|--|---------|--|
|  |             | <b>RECEPCION DE CASOS</b><br><b>Código: PS-FO-152</b><br><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<br>Personas en Condición de Discapacidad |  |         |  |
| 3 - Jóvenes (12-26 años)  |             | <b>2.2 CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN:</b>                                       |      |  | 15 - Necesidades Educativas Especiales -<br>Personas con Talentos Excepcionales   |  |         |  |
| 4 - Adultos (26-60 años)  |             | 1 - Vulnerabilidad Social - Violencia<br>Intrafamiliar                      |      |  | 16 - Habitantes de Frontera   |  |         |  |
| 5 - Adultos mayores (mayor 60 años)   |             | 2 - Vulnerabilidad Social - Violencia<br>Sexual                             |      |  | 17- Afectados por la Violencia -<br>Desplazamiento                                |  |         |  |
| 6 - Todas las anteriores  |             | 3 - Vulnerabilidad Social - Riesgo o<br>Abandono                            |      |  | 18 - Afectados por la Violencia -<br>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

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>SUBSISTEMA IMPLICADO</b> | <b>DIFICULTAD IDENTIFICADA</b> |
|-----------------------------|--------------------------------|



|             |  |                |  |                         |                    |        |                         |                      |  |
|-------------|--|----------------|--|-------------------------|--------------------|--------|-------------------------|----------------------|--|
| 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

#### 6.2 ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA

Condiciones iniciales de la atención: presentarse 10 minutos antes de la consulta, traer la documentación requerida (fotocopia del documento de identidad del menor de edad y del acudiente, recibo de servicios públicos, si es remitido de alguna institución traer el formato de remisión), cancelación de citas.

#### 7. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO

#### 8. NOMBRE Y FIRMA

|  |  |
|--|--|
| Firma:                                     |  |
| Nombre completo de quien hace la recepción |  |

**9. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.**


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

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

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

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

## Anexo 2. Consentimiento Informado para menores de edad.

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

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: _____<br>Nombre del Menor: _____                                 | D.I. No. _____ |
| Firma del Representante del Menor: _____<br>Nombre Representante del Menor: _____ | C.C. No. _____ |
| Firma del Representante del Menor:<br>Nombre Representante del Menor:             | C.C. No. _____ |
| Firma Psicólogo (a) en formación<br>Nombre Psicólogo (a) en formación             | C.C. No. _____ |

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| Firma Psicólogo (a) Asesor (a)  | C.C. No. _____ |
| Nombre Psicólogo (a) Asesor (a) | No. T.P. _____ |

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

### Anexo 3. Consentimiento Informado para mayores de edad.

|   |   |
|---|---|
|  <p>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana<br/>SECCIONAL BUCARAMANGA<br/>Vigilada Mineducación</p> | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD</b><br><b>Código: PS-FO-154</b><br><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:<br>Nombre del Usuario:                             | C.C. No. _____                   |
| Firma Psicólogo (a) en formación<br>Nombre Psicólogo (a) en formación | C.C. No. _____                   |
| Firma Psicólogo (a) Asesor (a)<br>Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)     | C.C. No. _____<br>No. T.P. _____ |

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

**Anexo 4.** Historia Clínica para niños y adolescentes.

|   |   |
|---|---|
|  <p>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana<br/>SECCION MEDICINA<br/>FACULTAD DE MEDICINA</p> | <p><b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b><br/>Código: PS-FO-080<br/>Versión: 03</p> |
|---|---|

|  |                                    |                         |                         |                        |
|--|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Fecha de recepción                       | Día                                | Mes                     | Año                     | No. De historia        |
| <b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO</b> |                                    |                         |                         |                        |
| <b>Datos del Usuario</b>                 |                                    |                         |                         |                        |
| Nombres y Apellidos                      |                                    | Edad                    |                         | 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 |                         | Ocupación               |                        |
|  |                                    |                         |                         |                        |
| Remitido por                             | Entidad (EPS)                      |                         |                         |                        |
|  |                                    |                         |                         |                        |
| <b>2. DATOS DEL ACUDIENTE</b>            |                                    |                         |                         |                        |
| Nombres y Apellidos                      |                                    | Parentesco              | Edad                    | Estado Civil           |
|  |                                    |                         |                         |                        |
| Dirección de Residencia                  |                                    | No. Teléfono Residencia |                         | No. Teléfono Celular   |
|  |                                    |                         |                         |                        |
| <b>3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO</b>   |                                    |                         |                         |                        |
| <b>3.1 Motivo de Consulta</b>            |                                    |                         |                         |                        |
|  |                                    |                         |                         |                        |
|  |                                    |                         |                         |                        |
|  |                                    |                         |                         |                        |



|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>3.2 Historial de la situación</b> |
|--------------------------------------|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|   |
|---|
| <b>3.3 Intentos previos para solucionarlo</b> |
|---|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
| <b>3.4 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado/Cuidador)</b> |
|--|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|   |
|---|
| <b>3.5 Percepción de la situación desde el/la menor</b> |
|---|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

**4. ASPECTOS FAMILIARES**

**4.1 Familiograma**

| <b>Nombres y Apellidos</b> | <b>Parentesco</b> | <b>Edad</b> | <b>Ocupación</b> | <b>Escolaridad</b> | <b>Relación del menor con esta persona</b> |
|----------------------------|-------------------|-------------|------------------|--------------------|--|
|                            |                   |             |                  |                    |  |
|                            |                   |             |                  |                    |  |
|                            |                   |             |                  |                    |  |
|                            |                   |             |                  |                    |  |
|                            |                   |             |                  |                    |  |
|                            |                   |             |                  |                    |  |
|                            |                   |             |                  |                    |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

**4.2 Observaciones generales del ambiente familiar**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5. HISTORIAL DE DESARROLLO**

**5.1 PRENATAL**

|  |  |                  |                          |
|--|--|------------------|--------------------------|
| Edad de la madre al momento del embarazo |  | Control Prenatal | Condición Médica General |
|  |  |                  |                          |

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| Condiciones emocionales | Condiciones Familiares |
|                         |                        |
|                         |                        |
|                         |                        |
|                         |                        |

**Observaciones Generales**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2 PERINATAL**

|                 |      |          |
|-----------------|------|----------|
| Parto a Término | Tipo | Duración |
|                 |      |          |

**Condiciones médicas del menor al nacer**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |                       |  |                       |         |
|--|--|-----------------------|--|-----------------------|---------|
| Observaciones Generales                    |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
| <b>5.3 POSNATAL</b>                        |  |                       |  |                       |         |
| Lactancia Materna                          |  | Duración de Lactancia |  |                       |         |
| Tetero                                     |  | Duración              |  |                       |         |
| Observaciones del destete                  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
| <b>6. DESARROLLO PSICOMOTOR</b>            |  |                       |  |                       |         |
| Sostén Cefálico                            |  | Voltearse             |  | Sentarse sin ayuda    | Gatear  |
| Primeros pasos                             |  | Caminar               |  | Control de Esfínteres | Vesical |
| Vestirse sin ayuda                         |  | Comer solo            |  |                       | Anal    |
| Observaciones del Desarrollo Psicomotor    |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
| <b>7. DESARROLLO DEL LENGUAJE</b>          |  |                       |  |                       |         |
| Baluceo                                    |  | Primeras palabra      |  | Frases Completas      |         |
| Observaciones del Desarrollo del Lenguaje: |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |
|  |  |                       |  |                       |         |

**8. ESCOLARIDAD**

Edad de ingreso a Institución educativa

Descripción del proceso de adaptación:

Rendimiento Escolar

Bueno

Regular

Deficiente

Cursos Reprobados

Áreas de dificultad

Relación con maestros

Relación con pares y compañeros

Cambios de Colegio

Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)

**9. ANTECEDENTES MÉDICOS****PERSONALES**Enfermedades médicas  
presentadas

Tratamiento


Enfermedades mentales  
presentadas

Tratamiento

| FAMILIAR ES   |                |                   |                   |  |   |
|---|----------------|-------------------|-------------------|--|---|
| Enfermedades médicas presentadas                          |                |                   | Tratamiento       |  |   |
| Enfermedades mentales presentadas                         |                |                   | Tratamiento       |  |   |
| Observaciones sobre antecedentes médicos                  |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
| Patrones de sueño y alimentación                          |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
| <b>10. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)</b>        |                |                   |                   |  |   |
| Conducta  | Edad De Inicio |                   |                   | Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación | Alternativas Para Manejar La Problemática |
| 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> |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |



**Anexo 5.** Historia Clínica para adultos.

|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|---|-----|--|-----|-------------------------|----------------------|------------------------|-----------------|
|  |     | <b>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b><br>Código: PS-FO-081<br>Versión: 02 |     |                         |                      |                        |                 |
| Fecha de recepción  | Día |  | Mes |                         | Año                  |                        | No. De historia |
| <b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO</b>  |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
| <b>Datos 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>   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
| Nombres y Apellidos   |     | Parentesco   |     | Edad                    |                      | Estado Civil           |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
| Dirección de Residencia   |     | No. Teléfono Residencia  |     |                         | No. Teléfono Celular |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
| <b>3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO</b>  |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
| <b>3.1 Motivo de Consulta</b>   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |
|   |     |  |     |                         |                      |                        |                 |









|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>8. ÁREA LABORAL / OCUPACIONAL</b> |
|--------------------------------------|

| Empresa | Cargo | Tiempo de vinculación | Relaciones<br>interpersonales en el<br>ámbito laboral |
|---------|-------|-----------------------|---|
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |
|         |       |                       |   |

|  |
|--|
| Observaciones generales de la historia laboral |
|--|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
| <b>9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES</b> |
|--|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                |
|--------------------------------|
| <b>10. CONDUCTAS DE RIESGO</b> |
|--------------------------------|

| Conducta | Edad De Inicio | Dificultades<br>Presentadas A Causa De<br>Esta Situación | Alternativas Para<br>Manejar La<br>Problemática |
|----------|----------------|--|---|
|          |                |  |   |

|   |                |                   |                   |  |   |
|---|----------------|-------------------|-------------------|--|---|
| 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> |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
| <b>12. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)</b>                  |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
| <b>13. PLAN DE TRATAMIENTO</b>                            |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |
|   |                |                   |                   |  |   |



**Anexo 6.** Ficha de Identificación (para padres).

|   |   |
|---|---|
|  <p>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana<br/>FACULTAD DE EDUCACIÓN<br/>VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO</p> | <p><b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN PARA PADRES</b></p> |
|---|---|

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.

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

| <b>MOTIVO DE CONSULTA</b>                                  |  |   |
|--|--|---|
| ¿Qué dificultad se intenta resolver?                       |  |   |
| ¿Hace cuánto apareció la dificultad?:<br>_____             | Atribuye la aparición de la dificultad a factores<br>a) Familiares<br>b) Colegio<br>c) Sociales<br>d) Propios de su hijo/a | ¿Como consideró la situación desde su aparición?:<br>a) Muy importante<br>b) Moderadamente importante<br>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?

**PERCEPCION DE LA SITUACIÓN**

¿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 7.** Formato de Historial de Desarrollo (menores de edad).

|   |  |
|---|--|
|  <p>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana<br/>FACULTAD DE PSICOLOGÍA<br/>7311163 MINISTERIO</p> | <p><b>FICHA DE HISTORIAL DE DESARROLLO PARA ACUDIENTES</b></p> |
|---|--|

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?:<br>_____  | ¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos?:<br>a) SI. ¿Cuántos? _____<br>b) NO | Cuál era la condición Médica General de la mamá durante el embarazo?:<br>a) Saludable<br>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?:<br>_____                               | ¿Qué tipo de parto tuvo?:<br>a) Vaginal o natural<br>b) Cesárea                           | ¿Cuánto tiempo duró el parto desde el inicio de las contracciones y dilatación hasta el nacimiento del bebé?:<br>_____       |
| ¿Hubo alguna condición médica relevante en el menor al momento de su nacimiento?<br>a) SI. ¿Cual? _____<br>b) NO |   |  |

|  |  |                           |  |                                  |  |              |  |
|--|--|---------------------------|--|----------------------------------|--|--------------|--|
| <b>2.3 POSNATAL</b>  |  |                           |  |                                  |  |              |  |
| ¿El menor fue alimentado con leche materna?  |  |                           |  |                                  |  |              |  |
| a) NO  |  |                           |  | b) SI. ¿Por cuánto tiempo? _____ |  |              |  |
| ¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé?  |  |                           |  |                                  |  |              |  |
| a) NO  |  |                           |  | 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  |  |                           |  |                                  |  |              |  |



## Anexo 8. Encuesta de Satisfacción.

|   |  |
|---|--|
|  | <b>FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CONSULTA PSICOLÓGICA</b><br>Código: PS-FO-087<br>Versión: 02 |
|---|--|

VEHICULO MINEDUCACIÓN

**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) |                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>EFFECTIVIDAD:</b> Como califica la percepción que usted tiene de la atención prestada para la solución de sus necesidades o problemáticas  |                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>CONFORT:</b> Califique como fue su permanencia en la IPS desde el punto de vista de:   | Comodidad                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Tiempo de espera para ser atendido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Señalización                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Calidez:</b> Califique como fue el trato humano recibido por usted en la IPS por parte de:   | Secretaria                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Servicios Generales                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Coordinación                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Psicólogos                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

**Anexo 9.** Acta de Cierre de Caso (menores de edad).

|   |   |
|---|---|
|  <p>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana<br/>SECCIONAL BUCARAMANGA<br/>Vigilada Mineducación</p> | <p><b>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA MENORES DE EDAD</b><br/>Código: PS-FO-080<br/>Versión: 03</p> |
|---|---|

**ACTA DE CIERRE DE CASO**

Por medio de la presente se da por cerrado el proceso de atención del consultante \_\_\_\_\_; identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_, debido a \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_

Nombre Psicólogo en formación

\_\_\_\_\_

Nombre Supervisor de Práctica


\_\_\_\_\_

Firma Psicólogo en formación

\_\_\_\_\_

Firma Supervisor de Práctica

**Anexo 10.** Acta de Cierre de Caso (mayores de edad).

|   |   |
|---|---|
|  <p>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana<br/>SECCIONAL BUCARAMANGA<br/>Vigilada Mineducación</p> | <p><b>FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b><br/>Código: PS-FO-155<br/>Versión: 01</p> |
|---|---|

**ACTA DE CIERRE DE CASO**

Por medio de la presente se da por cerrado el proceso de atención del consultante \_\_\_\_\_; identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_, debido a \_\_\_\_\_.

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


\_\_\_\_\_  
Nombre Psicólogo en formación

\_\_\_\_\_  
Nombre Supervisor de Práctica

\_\_\_\_\_  
Firma Psicólogo en formación

\_\_\_\_\_  
Firma Supervisor de Práctica

**Anexo 11.** Formato de Remisión de Caso.

|   |   |
|---|---|
|  <p><b>Universidad<br/>Pontificia<br/>Bolivariana</b><br/><small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small></p> | <p><b>FORMATO REMISIÓN DE CASOS</b><br/>Código: PS-FO-083<br/>Versión: 02</p> |
|---|---|

| 1. FECHA DE REMISIÓN |  |      |  |      |  |
|----------------------|--|------|--|------|--|
| Día:                 |  | Mes: |  | Año: |  |

| 2. DATOS DEL PACIENTE           |  |             |  |         |  |
|---------------------------------|--|-------------|--|---------|--|
| Nombre y Apellidos del Paciente |  |             |  | 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 Residencia |  |             |  |      |  |
| No. Telefónico          |  | No. Celular |  |      |  |

| 4. MOTIVO DE REMISIÓN |  |
|-----------------------|--|
|                       |  |

| 4. ÁREA A LA CUAL SE REMITE |  |
|-----------------------------|--|
| Área                        |  |

| 5. FIRMA        |  |
|-----------------|--|
|                 |  |
| Firma           |  |
| Nombre completo |  |

**Anexo 12.** Autorización para Aplicación de Pruebas.

|  |   |
|--|---|
|  <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b><br/>SECCIONAL BUCARAMANGA<br/>Vigilada Mineducación</p> | <p><b>AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS</b><br/>Código: PS-FO-171<br/>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                           |  |              |            |  |            |  |            |  |
| ategoría                         |  |              |            |  |            |  |            |  |
| Justificación para la aplicación |  |              |            |  |            |  |            |  |
|                                  |  |              |            |  |            |  |            |  |



|  |  |         |      |
|--|--|---------|------|
|  |  |         |      |
| Se autoriza la aplicación de la prueba |  | Si ____ | No__ |
| Observaciones                          |  |         |      |
|  |  |         |      |
| Fecha de aprobación                    |  |         |      |

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

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

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

Anexo 13. Bateria de Pruebas Psicológicas.

**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<br>25 hojas de respuesta   |
| 4. | <b>CTI – Inventario de pensamiento constructivo (Seymour Epstein)</b>    | 1 manual<br>10 cuadernillos<br>25 hojas de respuesta<br>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<br>1 texto de claves para la evaluación del MMPI 2<br>29 laminillas de calificación<br>5 cuadernillos de aplicación<br>25 hojas de respuesta<br>25 hojas de perfil<br>1 hoja con PIN para realizar corrección en línea<br>1 CD de perfil |
| 6. | <b>EHS – Escala de Habilidades Sociales</b>                              | 1 manual técnico<br>25 hojas de respuesta   |
| 7. | <b>EMA – Escala Multidimensional de Asertividad</b>                      | 1 manual técnico<br>5 cuadernillos<br>15 hojas de respuesta y perfil<br>3 plantillas de calificación  |
| 8. | <b>BATTELLE – Inventario de Desarrollo</b>                               | 1 manual técnico<br>1 manual Prueba de Screening<br>1 manual Personal-social<br>1 manual Comunicación<br>1 manual Motora<br>1 manual Adaptativa   |

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

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

|     |  |  |
|-----|--|--|
|     |  | 1 juego de cubos (9 cubos)   |
| 12. | <b>FIGS – Prueba de Frases Incompletas con Aplicación a la Industria</b>                             | 1 manual técnico<br>25 cuadernillos de aplicación<br>25 Hojas de calificación  |
| 13. | <b>16 PF – Cuestionario Factorial de la Personalidad</b>   | 1 manual técnico<br>1 guía de interpretación en la práctica clínica<br>10 cuadernillos de aplicación<br>25 hojas de respuestas<br>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<br>20 estímulos visuales (TAT)<br>10 estímulos visuales (CAT-H)<br>10 estímulos visuales (CAT-A)  |
| 16. | <b>SDS – Búsqueda Autodirigida</b>   | 1 guía para usuario profesional<br>1 manual técnico<br>5 Tu carrera y vocación<br>5 Explorador de carreras y ocupaciones<br>5 Cuaderno de autoevaluación                   |
| 17. | <b>ICOD – Instrumento de Codependencia</b>   | 1 manual técnico<br>25 Hojas de respuestas   |
| 18. | <b>CMASR-2 – Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2</b>                                   | 1 manual<br>15 cuestionarios perfil<br>1 plantilla de calificación   |
| 19. | <b>SCL-90 R – Cuestionario de 90 síntomas</b>  | 1 manual técnico<br>25 hojas de respuestas   |
| 20. | <b>Lauretta Bender, ggestaltico</b>  | 1 Manual<br>1 Guía para la aplicación<br>5 Test Ggestaltico Visomotor<br>9 tarjetas de gráficos  |
| 21. |  | 1 Manual   |

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

**Anexo 14.** Guía para 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 recluido en hogares Claret: Adolescente que ingresa a la institución por conductas delincuenciales de carácter violento. Se atiende por que atraco 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 sensoriomotoras

- Condiciones socio-ambientales

- Condiciones biológicas (si procede)

g. Orientación y objetivos de cambio e intervención.

h. Valoración de la intervención (si se considera oportuno, después de efectuado un seguimiento).

i. Conclusiones más importantes y recomendaciones pertinentes.

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

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

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

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

1. Datos personales

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

Errores de Contenido: son aquellos referidos a:

- 1) No usar lenguaje claro y dinámico

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

### **Bibliografía**

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

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

El informe y la comunicación de los resultados de la evaluación. Tomado de [www.uhu.es/susana\\_paino/EP/Informe.pdf](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:** XXXXXXXX  
**Fecha de Nacimiento:** XX de Marzo de XXXX  
**Edad:** 13 años  
**Género:** Masculino  
**Escolaridad:** Sexto Bachillerato  
**Fecha de Aplicación:** 28 de Abril del 2017  
**No. de sesiones:** 3

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

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

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

**IV.OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:**

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

**V. ANTECEDENTES**

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

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

**Farmacológico:** No registra

**Quirúrgico:** No registra.

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

**Terapéutico:** No registra.

**Evolutivo:** No registra.

## VI. OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

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

## VII. PRUEBAS APLICADAS Y DESCRIPCION:

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

## VIII.RESULTADOS

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

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

| índice/test                       | puntuación | Intervalo    | percentil | Categoría            |
|-----------------------------------|------------|--------------|-----------|----------------------|
| <b>Comprensión verbal</b>         | <b>81</b>  | <b>75-89</b> | <b>10</b> | <b>Promedio bajo</b> |
| Semejanzas                        | 8          | -            |           |                      |
| Vocabulario                       | 5          | -            |           |                      |
| Comprensión<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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

podieron 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

---

Ps. XXXXX



Psicóloga Practicante

Supervisora de Práctica

Reg. No

---

Ps. XXXX

Encargada IPS UPB

Reg. No

**Anexo 15.** Formato de Revisión de Historias Clínicas (auditorías).

| FICHA DE AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA   |    |    |
|--|----|----|
| FECHA DE AUDITORIA:  |    |    |
| NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA AUDITORIA:  |    |    |
| ITEM   | 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  |    |    |