

Acompañamiento al Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta en el Área de
Psicología desde el enfoque cognitivo-conductual.

Martha Liliana Hernández Flórez

Asesor

Caroline Maclay Muñoz, MA, PhD(c)

Interna Doctoral en Psicología Clínica

Supervisor de Pasantía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2015

Acompañamiento al Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta en el Área de
Psicología desde el enfoque cognitivo-conductual.

Martha Liliana Hernández Flórez

En la modalidad de pasantía para optar por el título de Psicóloga

Asesor

Caroline Maclay Muñiz, MA, PhD(c)

Interna Doctoral en Psicología Clínica

Supervisor de Pasantía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2015

A mis padres por darme la oportunidad de ser profesional, por su paciencia y todo su amor.

A mi hermana por su apoyo incondicional. A Juanjo por llegar a mi vida y llenarla de alegría. A él por sus mimos. A mis amigos por hacer éste camino divertido. A mi supervisora por orientar mi trabajo y ser amiga. A todos mis profesores por compartir sus conocimientos y experiencias.

Tabla de contenido.

Introducción.	8
Contextualización de la institución.	9
Objetivo general.	11
Objetivos específicos.	11
Referente conceptual.	12
Metodología.	22
Participantes.	22
Instrumentos.	22
Procedimiento.	25
Resultados.	26
Discusión y conclusiones.	32
Referencias.	37
Anexos.	43

Índice de anexos.

Anexo 1. Entrevista estructurada y consentimiento informado.

Anexo 2. Historia clínica.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ACOMPAÑAMIENTO AL CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL (CPS) EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

AUTOR(ES): MARTHA LILIANA HERNANDEZ FLOREZ.

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): CAROLINE MACLAY MUÑIZ.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue apoyar los procesos que se realizan en el área de psicología del Centro de Proyección Social. Para cumplir con el objetivo, se realizaron distintas actividades durante el proceso de pasantía. La actividad principal fue la realización de consultas clínicas. La población a la que se brindó algún tipo de atención estuvo compuesta por 19 niños y adolescentes entre los 6 y 22 años de edad. El motivo de consulta con más prevalencia fue el mal comportamiento en el colegio. El 74% de la población asistió de una a tres sesiones, el 26% restante asistieron a cinco y más sesiones y se cerraron cuatro casos por cumplimiento de objetivos.

PALABRAS CLAVES:

Salud mental, Psicología Clínica, Terapia Cognitivo Conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: ACCOMPANYING TO THE SOCIAL PROJECTION CENTER (CPS) IN THE AREA OF PSYCHOLOGY FROM THE COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH.

AUTHOR(S): MARTHA LILIANA HERNANDEZ FLOREZ.

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: CAROLINE MACLAY MUÑIZ.

ABSTRACT

The objective of this work was to support the processes taking place in the area of psychology Social Projection Center. To meet the objective, different activities were carried out during the internship. The main activity was conducting clinical consultations. The population that some care was provided consisted of 19 children and adolescents between 6 and 22 years old. The reason for consultation was more prevalent misbehavior at school. 74% of the population attended one to three sessions, the remaining 26% attended five or more sessions and four cases were closed for achieving objectives.

KEYWORDS:

Mental Health, Clinical Psychology, Cognitive-Behavioral Therapy.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción.

El presente trabajo de grado pretende exponer las labores realizadas y las destrezas desarrolladas en el área clínica como parte del proceso de Pasantía de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga.

Es importante dar a conocer que el proceso de pasantía es un ejercicio de práctica que elabora un estudiante para poder obtener su título de profesional. Para lograr dicho título, la pasante, autora de este informe, eligió la modalidad de pasantía pues, tiene un gran interés en la rama clínica de la psicología y un gran aprecio a la institución en la que realizó su trabajo.

La facultad de Psicología ha trabajado en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco (CPS) desde su apertura en el 2006. Durante los primeros años, la demanda en atención psicológica no sobrepasaba las 350 consultas, sin embargo, con el paso de los años, el número de personas que solicitaban consulta psicológica aumentó notablemente triplicando la cifra inicial. A raíz de esta gran demanda, cada semestre llegan al CPS pasantes, estudiantes de práctica de los últimos semestres de pregrado en Psicología, estudiantes de especialización en Psicología Clínica, todos ellos provenientes de la Universidad Pontificia Bolivariana. A su vez, se han ido integrando estudiantes candidatos a doctorado en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Puerto Rico.

Con el crecimiento notorio en el área de psicología que cada año se presenta en el CPS y gracias a los trabajos de pasantías anteriores como el que realizó la pasante Cindy Hernández (2014), quién logró caracterizar una muestra de consultantes que acuden al CPS teniendo en cuenta datos sociodemográficos, motivos de consulta, asistencia y cierres de caso, se puede tener un panorama de cuáles son las problemáticas más frecuentes que se presentan en consulta psicológica. En dicho trabajo, Hernández encontró que la problemática más frecuente son las pautas de crianza. Así que éste trabajo pretende ayudar al CPS a seguir siendo el lugar donde acuden los piedecuestanos cuando se enfrentan a distintas problemáticas que generan malestar

que afecta su salud mental y bienestar psicológico. Asimismo, fortalecer y poner en práctica los conocimientos en psicología que la pasante obtuvo durante el tiempo de su pregrado. Por otra parte, se espera desarrollar distintas destrezas y competencias que un psicólogo clínico debe poseer para lograr desempeñar un buen trabajo como profesional de la salud.

Contextualización de la institución.

El Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga (CPS), es un espacio de retribución a la comunidad piedecuestana que abrió sus puertas para desarrollar proyectos sociales el 28 de Junio de 2006 (Centro de Proyección Social, s.f.).

Tiene como misión orientar y desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad piedecuestana y sus alrededores, con la convicción de prestar un excelente servicio para su bienestar. Su visión es ser un punto de referencia donde converja la comunidad Piedecuestana y sus alrededores, involucrando las facultades de la Universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos (Centro de Proyección Social, s.f.).

Sus objetivos son atender de manera equitativa las necesidades de la comunidad, construir con base en el respeto, relaciones de confianza, comunicación entre el Centro de Proyección y la comunidad. Finalmente, prestar de manera oportuna los servicios a la comunidad, creando lazos de cooperación y compromiso (Centro de Proyección Social, s.f.).

Para dar cumplimiento a sus objetivos, el CPS comienza a liderar un proceso de unión interdisciplinar con diferentes facultades de la Universidad Pontificia Bolivariana ofreciendo diferentes procesos educativos a sus estudiantes como prácticas profesionales y pasantías. Inicialmente, la facultad de Psicología empieza su labor realizando atención al público según sus necesidades en forma individual o grupal, terapia de pareja, asesoría organizacional a

famiempresas, orientación vocacional y acompañamiento psicosocial a colegios públicos de Piedecuesta, con la intención de fortalecer el sano desarrollo de los usuarios, promover la salud mental y fomentar la calidad de vida. Por su parte, la facultad de Comunicación Social y Periodismo comienzan a prestar su servicio hacia la comunidad. Posteriormente, en el 2008 se vincula la facultad de Derecho creando un espacio para la atención jurídica y el centro de conciliación (Centro de Proyección Social, s.f.).

Objetivo General.

Apoyar los procesos que se realizan en el área de psicología del Centro de Proyección Social con la intención de fortalecer los servicios psicológicos que allí se ofrecen. A su vez, se espera que la pasante desarrolle las destrezas clínicas necesarias para ejercer la profesión en Colombia. Por otra parte, la pasante debe desarrollar las competencias expuestas en el documento “Competencias disciplinares y profesionales del psicólogo en Colombia” elaborado por la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología donde hace referencia al diseño de programas de intervención, la evaluación y definición de metas, y la intervención.

Objetivos específicos.

- Para desarrollar la competencia de evaluación, se propuso utilizar métodos de evaluación psicológicos que fueran acordes a las necesidades de los consultantes, con el fin de poder corroborar o descartar los posibles diagnósticos, redactar informes psicológicos y proveerles recomendaciones que den lugar.
- En la competencia de diseños de programas, se crearon planes de tratamiento acordes a las necesidades particulares de los consultantes. A su vez, se formuló metas de tratamientos; forma coherentes, factibles, específicas y verificables.
- En la competencia de intervención, se implementaron alternativas de intervención clínica de forma planeada y coherente con la información obtenida en la evaluación de caso, y acorde con el enfoque.

Referente Conceptual.

Para lograr lo anterior, a continuación se expondrán los referentes teóricos que se tomaron como base que fundamentaron la pasantía realizada en el CPS. Se hará un recorrido por definiciones como: salud, salud mental, bienestar psicológico y psicología clínica. Adicionalmente, se presentarán las funciones de un psicólogo clínico y cuáles son las competencias que deberán desarrollar como profesionales según la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI). Finalmente, se expondrá algunas de las terapias cognitivo-conductuales, desde sus orígenes, principales exponentes y postulados.

Para comenzar la trayectoria teórica que fundamenta este trabajo, se expondrá en primera medida la definición de salud que para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006), es “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Para complementar el concepto de salud, la OMS (2004), propone que el concepto de salud mental debe incluir el bienestar subjetivo, las competencias de autonomía y el reconocimiento de la habilidades que el sujeto posee para realizarse intelectual y emocionalmente. De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que la salud mental es el estado de bienestar en el que se encuentra un sujeto que es capaz de reconocer sus habilidades, de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad. A su vez, tiene que ver con la capacidad de recuperación emocional y espiritual que permite disfrutar la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza (Myers, McCollam & Woodhouse, 2005). De acuerdo a lo anterior, se podría afirmar que una persona que goza de buena salud mental está en completo bienestar psicológico (Oramas, Santana & Vergara, 2006).

La salud mental, está siendo influenciada por gran cantidad de factores que pueden generar malestar y desequilibrio; desde la psicología y más específicamente con la psicología clínica se busca proteger la salud mental del consultante (Pelechano, 2007). Así pues,

Goldenberg (citado por Díaz & Núñez 2010), define la psicología clínica “...como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido” (p.5).

La psicología clínica centra su interés en la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden afectar el bienestar físico y/o mental del individuo; ya sea por tratarse de psicopatologías o de dificultades tanto en la adaptación al medio como en la resolución de problemas (Díaz & Núñez, 2010). Es decir, estudia el comportamiento que supone algún trastorno o malestar para la persona o para los demás (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003). Su objetivo fundamental, es reducir el malestar que un consultante experimenta, ayudándolo a funcionar de una manera más satisfactoria o adecuada dentro de su grupo social como dentro de la sociedad en general (Pérez, 1981).

Korchin (citado por Díaz & Núñez, 2010) va más allá y plantea que la psicología clínica debe preocuparse no sólo por entender sino también por mejorar la conducta humana cuando se presenta una percepción de malestar. Según este autor, el aspecto clínico consiste en mejorar la situación de la persona que enfrenta un malestar, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, y procurando al mismo tiempo mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro.

Para la American Psychological Association [APA] (1981), un psicólogo clínico “...es un profesional que aplica principios y procedimientos para comprender, predecir y aliviar los problemas psicológicos, intelectuales, emocionales y conductuales” (p. 654).

Para poder definir el concepto Kendall y Norton- Ford (1988), aportan una definición de psicólogo clínico en la cual firman que son psicólogos porque se han entrenado para utilizar el conocimiento psicológico en su trabajo como profesionales, son clínicos porque tratan de comprender a la gente en su complejidad natural y en las constantes transformaciones de

adaptación que presentan (Wyatt, 1968 citado por Kendall & Norton- Ford, 1988), son científicos porque conocen y emplean el método científico para lograr objetividad, precisión y veracidad en su actividad profesional y, finalmente, son también profesionales porque prestan servicios humanísticos importantes a la comunidad, asisten a personas, grupos sociales y comunidades en general en la solución de problemas psicosociales y en el mejoramiento de su forma de vida.

Acorde a la definición que ofrece Kendall y Norton- Ford sobre el psicólogo clínico, en Colombia, ASCOFAPSI (Ballesteros, González & Peña, 2011), propone una serie de competencias genéricas que se esperan encontrar en las personas formadas en psicología; estas son agrupadas en seis categorías: Diseño de programas, evaluación y definición de metas, intervención, comunicación, investigación y seguimiento. Con lo expuesto anteriormente se podría concluir que desde la academia se busca que el psicólogo en formación pueda desarrollar estas competencias para que logre desenvolverse con mayor seguridad en los diferentes quehaceres y ramas de especialización de la profesión.

Por otro lado, en el mismo documento, ASCOFAPSI, establece otras competencias específicas para psicólogos clínicos. Estas son divididas en cinco categorías: evaluación y definición de metas, diseño de programas, intervención, seguimiento y comunicación.

En la evaluación y definición de metas, se espera que el psicólogo clínico pueda utilizar métodos de evaluación y métodos de formulación de caso coherentes al enfoque establecido de psicología clínica (Ballesteros, González, & Peña, 2011). Del mismo modo, se espera que logre establecer objetivos y prioridades de evaluación a partir de entrevistas con los consultantes y personas relevantes de su contexto. Utilizar de manera adecuada sistemas internacionales de clasificación diagnóstica como el DSM IV y hacer uso de la información obtenida para integrar y formular metas de cambio terapéutico se hace indispensable en la labor del psicólogo clínico (Ballesteros, González, & Peña, 2011).

El psicólogo clínico debe tener habilidades en diseño de programas de intervención, éstos deben ser coherentes con la información obtenida en la etapa de evaluación, así como con el enfoque establecido y que este enfoque se adapte a las condiciones reales de vida de los consultantes y cuyos objetivos atiendan las características sociodemográficas relevantes de los mismos (Ballesteros, González, & Peña, 2011).

Se hace necesario que el psicólogo pueda tener claro cuando remitir a sus consultantes para evaluación e intervención por parte de otros profesionales cuando sea necesario, reconocer la fundamentación teórica y metodológica de distintas alternativas de intervención e implementar alternativas de intervención clínica coherente a los datos obtenidos en la evaluación y a su modelo de actuación.

Ahora bien, el psicólogo clínico desde su formación científica, tiene distintas actividades en las que desempeña un papel importante. Para Amoros (1980), las principales funciones que tiene un psicólogo clínico son el diagnóstico, tratamiento e investigación de los problemas que tienen que ver con el comportamiento humano. De igual manera, sostiene que “...la principal tarea es explicarse y comprender las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever esos comportamientos y encontrar el medio de modificar la conducta” (p. 363).

Pérez (1981), amplía la lista de actividades y destaca la “evaluación y diagnóstico a nivel de personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes; la investigación aplicada y fundamental en personalidad, psicología anormal y evaluación de técnicas y métodos de investigación clínicos; la consultoría y psicoterapia a nivel de individuos, grupos y familias” (p. 57). Es así como el profesional en psicología clínica participa en actividades relacionadas a la investigación, así como la evaluación, diagnóstico y prevención de la psicopatología, trabajando en diversos escenarios, como “...universidades, hospitales generales y psiquiátricos, clínicas psicológicas y la práctica independiente” (Compas, 2002, p. 25). La psicología clínica

ofrece una gran diversidad de actividades en las que pueden involucrarse sus profesionales como lo son la investigación, enseñanza, evaluación, tratamiento, prevención, consultoría, administración (Compas & Gotlib, 2002).

Según lo presentado anteriormente se podría establecer que las funciones del psicólogo clínico se derivan de distintas herramientas que se presentan como alternativas de tratamiento para las problemáticas psicológicas manifestadas en el consultante. No existe un enfoque único (Pelechano, 2007), sin embargo, Labrador Estupiñá y García (2010), afirman que el más utilizado en la práctica clínica habitual es el cognitivo-conductual, con técnicas de modificación de la conducta.

Trasfondo Histórico de la Terapia Cognitiva – Conductual (TCC).

Hablando en términos históricos, la TCC surge en los inicios de los años sesenta por las aportaciones publicadas en el libro de Ellis (1962), titulado “Razón y emoción en psicoterapia”, que contiene las ideas fundamentales de su pensamiento, y a un artículo publicado en el año 1963 por Beck llamado “Thinking and Depression” (Becoña & Oblitas, s.f) en el cual se describe el papel de la cognición en la depresión (Beck, 1963). La TCC tiene fondos teóricos diferentes, pues mientras Beck y Ellis fueron originalmente psicoanalistas, teóricos como Meichenbaum, Goldfried y Mahoney fueron entrenados en modificación de la conducta (Knapp & Beck, 2008). Meichenbaum afirma que “un catalizador fundamental en el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual fue la creciente insatisfacción con las bases teóricas y empíricas del enfoque terapéutico conductual estricto” (1997, p. 39).

Este enfoque consta de tres fases: la evaluación, la intervención propiamente dicha y el seguimiento. A su vez, se fundamenta en cuatro pilares teóricos básicos: los aprendizajes clásico, respondiente/operante, social y cognitivo (Sparrow, 2008). Por otra parte, estudia las reacciones emocionales, fisiológicas o comportamentales desencadenadas ante unas

determinadas creencias o pensamientos respecto a una situación particular. Así, “presenta un modelo compuesto por conductas, cogniciones y emociones que no aparecen casi nunca en estado puro, sino que las tres interactúan de forma integral y holística incluyéndose unas a otras” (Ellis, 1997, p. 95).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se refiere a una clase de intervenciones que comparten la premisa básica de que los trastornos mentales y los trastornos psicológicos son mantenidos por factores cognitivos (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012). El principal supuesto de esta terapia sugiere que “las cogniciones desadaptativas contribuyen al mantenimiento de la angustia emocional y problemas de comportamiento” (Hofmann, et al., 2012, p. 1).

El éxito de este enfoque se evidencia en los resultados significativos en el tratamiento para depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, la fobia social, desorden obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, ira, bulimia nerviosa, entre otros (Buttler, Chapman, Forman & Beck, 2006 citado por Hollon, 2010). Con el gran crecimiento de las problemáticas que son tratadas por la TCC, han surgido a lo largo del tiempo una diversidad de técnicas que han alcanzado diversos grados de aplicación y éxito (Dobson & Scherrer, 2004 citado por Knapp & Beck, 2008).

Dichas técnicas se pueden conglomerar en tres grandes grupos: Las terapias de habilidades de afrontamiento, las terapias de resolución de problemas y las terapias de reestructuración (Mahoney, 1995 citado por Knapp & Beck, 2008). Las terapias de habilidades de afrontamiento hacen énfasis en el desarrollo de un repertorio de habilidades diseñadas para dar al paciente los instrumentos necesarios para hacer frente a una variedad de situaciones problemáticas; las terapias de resolución de problemas se centralizan en el desarrollo de estrategias generales para hacer frente a una amplia gama de dificultades personales; y las terapias de reestructuración hacen hincapié en el supuesto de que los problemas emocionales

son consecuencia de pensamientos desadaptativos, siendo el objetivo del tratamiento replantear los pensamientos distorsionados y promover pensamientos adaptativos (Mahoney, 1995 citado por Knapp & Beck, 2008). En otras palabras, se ha generado técnicas basadas en la información, dirigidas al aumento y/o disminución de conductas, al cambio de las cogniciones, a la reducción de ansiedad, a la autorregulación de la conducta, al entrenamiento en la solución de problemas y el control de las cogniciones (Gavino, 1997). Así, entre las técnicas que más se destacan se encuentran terapia cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva de Albert Ellis.

Terapia cognitiva de Beck.

Aaron Beck, para los años '60 expone, que "...todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes" (Beck, 2000, p.17). La terapia cognitiva tiene como concepto principal la cognición que según Beck (1979), se define como cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico que tiene lugar en la corriente de la conciencia del sujeto. El modelo cognitivo afirma que trastornos disfuncionales, trastornos psiquiátricos y los trastornos psicológicos o de comportamiento son caracterizados por el pensamiento disfuncional y repercute en el afecto y la conducta (Beck, 1979).

Estos pensamientos disfuncionales que obstaculizan la percepción objetiva de la realidad, se denominan distorsiones cognitivas. Corey (2009), expone que existen siete distorsiones cognitivas que son; las inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, etiquetado y etiquetado incorrecto, y el pensamiento dicotómico.

Las inferencias arbitrarias, se refieren a hacer conclusiones sin apoyo de pruebas relevantes, como el "catastrofismo" o pensando en el peor escenario y malos resultados para la mayoría de las situaciones. A su vez, la abstracción selectiva, consiste en la formación de

conclusiones basadas en un detalle aislado de un evento ignorando el resto de información significativa, el supuesto es que los hechos que importan son los relacionados con el fracaso (Corey, 2009).

Por otro lado, la sobregeneralización se define como un proceso en el que se resaltan las creencias extremas sobre algún incidente o algo que salió mal para aplicarlos de manera inapropiada a eventos diferentes. Para Corey (2009), la magnificación y minimización consisten en percibir un caso o situación en mayor o menor medida de lo que realmente merece. La personalización se puede definir como la tendencia de los individuos para relacionar los acontecimientos externos a sí mismos, incluso cuando no hay ninguna base para hacer esta conexión (Corey, 2009).

Entre otras de las distorsiones cognitivas antes mencionadas se encuentra el etiquetado y el etiquetado incorrecto, que implican retratar la identidad propia sobre la base de imperfecciones y errores cometidos esto permite definir una “verdadera identidad” (Corey, 2009). A su vez, el pensamiento dicotómico, implica la ubicación de las experiencias en extremos, es un pensamiento polarizado que etiqueta los eventos en términos de color negro o blanco (Corey, 2009).

La terapia cognitiva surge originalmente como un tratamiento para la depresión, sin embargo, su campo de acción se ha ampliado de manera que se utiliza en procesos de diversas problemáticas, tales como: trastornos adictivos, ansiedad, pánico, esquizofrenia, procesos básicos, trastornos de personalidad, psicopatología de la infancia y la adolescencia, psicosis, trastornos alimentarios, discapacidad intelectual, terapia de aceptación y compromiso, trauma, terapia de pareja y terapia sexual (Pérez, 2007; Royal College of Psychiatrists, 2009). La terapia cognitiva se caracteriza por clara evidencia en eficacia y efectos perdurables en el tiempo para casi todos los trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y la psicosis (Butler, Chapman, Forman, y Beck, 2006 citado por Hollon, 2010).

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) nace cuando Albert Ellis comienza a trabajar en descubrir la gran ineficiencia del psicoanálisis y en desarrollar técnicas más racionales para sus clientes (Ellis & Grieger, 2003). “La TREC es una forma de terapia que enseña a los pacientes cómo usar los métodos cognitivos, emocionales y conductuales que son más eficientes para lograr los deseos, propósitos y metas” (Dumont & Corsini, 2003, p. 87). A su vez, TREC tiene como principio “ayudar a los clientes a percatarse de sus creencias contraproducentes y a sustituirlas con afirmaciones más autoestimulantes” (Kendall & Norton-Ford, 1988, p. 580). Su supuesto básico es que las personas contribuyen a sus propios problemas psicológicos, así como a los síntomas específicos, por las rígidas y extremas creencias que poseen acerca de los eventos y situaciones (Corey, 2009). Se basa en la suposición de que las cogniciones, las emociones y las conductas interactúan significativamente y tienen una recíproca causa y efecto en dicha interacción (Corey, 2009).

La esencia de la TREC se puede resumir considerando el modelo ABC de Ellis: “A” hace referencia a un acontecimiento activador. El factor central es “B”, éste que se refiere a las creencias que el consultante tiene con respecto a la situación que se presenta. Por último se encuentra “C” que representa las consecuencias (emocionales y conductuales) que según el consultante resultaron de ese acontecimiento activador (Kendall & Norton-Ford, 1988).

Otras técnicas de la TCC.

Economía de fichas.

Según Gavino (1997), la economía de fichas “consiste en el establecimiento o reorganización de las contingencias ambientales mediante el control de los estímulos reforzadores que existen en el ambiente del sujeto” (p. 29). Se utilizan elementos físicos como

fichas, pegatinas o tarjetas para reforzar la conducta deseada cada vez que ella ocurra, para motivar al sujeto a implementarla (Soler, Herrera, Buitrago & Barón, 2009).

Entrenamiento en solución de problemas.

Este proceso ayuda al sujeto a tener una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas y aumentar la probabilidad de elegir las respuestas más eficientes de entre esas alternativas (Gavino, 1997). Gavino (1997), expone los cinco pasos para su aplicación que consisten en la orientación y sensibilización hacia los problemas; definición y formulación del problema; generación de soluciones alternativas; identificación, valoración de consecuencias y toma de decisiones; ejecución de la solución y verificación.

Entrenamiento asertivo.

Para Elizondo (2000 citado por Gaeta & Galvanovskis, 2009) la asertividad es la habilidad para expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, sin recurrir a comportamientos agresivos ni pasivos. Para lograr este entrenamiento, se deben seguir los siguientes pasos: instrucciones, ensayo de conducta para sustituirla por una más apropiada, modelado, retroalimentación, reforzamiento, tareas para la transferencia del entrenamiento (Gavino, 1997).

Técnica de relajación progresiva de Jacobson.

La técnica de relajación progresiva de Jacobson comienza con la relajación de algunos músculos para extender la relajación progresivamente a todo el cuerpo (Ángeles & Hernández, 2007). Se desarrolla a través de tres pasos. El primero tiene que ver por la tensión y relajación de un grupo de músculos; el segundo consiste en revisar mentalmente cada grupo de músculos comprobando que están relajados; el tercero implica la relajación mental en la que se debe pensar en una escena agradable o se debe mantener la mente en blanco (Álvarez, et al., 2008).

Metodología.

Participantes.

Usuarios del Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco que acuden a psicología por distintas problemáticas. Durante la pasantía asistieron trece niños y niñas de 6 a 12 años y seis jóvenes de 13 a 22 años.

Instrumentos.

Para la atención clínica ofrecida durante todo el periodo de pasantía se utilizaron los siguientes instrumentos.

- Consentimiento informado: Documento en donde se exponen los parámetros del tratamiento psicológico. El consultante o su acudiente, en caso de ser menor de edad, debe autorizar por medio de una firma la intervención que se realizará para ayudar a disminuir su malestar. (Ver anexo 1).

- Entrevista estructurada: La entrevista se realiza de acuerdo al formato de recepción de casos diseñado en el CPS y en ella, se recopila información para obtener un panorama general del motivo de consulta. (Ver anexo 1).

- Historia clínica: Este documento diseñado en el CPS contiene la información necesaria que se requiere para poner a diseñar un plan de intervención adecuado a las necesidades de los consultantes. Este documento está distribuido en datos sociodemográficos, historial de la situación, historial de desarrollo, relaciones familiares y sociales, conductas de riesgo, diagnóstico y seguimiento. (Ver anexo 2).

En cuanto a la evaluación específica con pruebas psicométricas, se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Escala Wechsler de Inteligencia para niños IV - WISC-IV: Instrumento administrado de manera individual para evaluar el funcionamiento intelectual de los niños. El WISC IV se encuentra organizado por 15 subpruebas, de las cuales, 10 son esenciales y cinco

complementarias. Estas subpruebas se agrupan en cuatro índices: índice de comprensión verbal (ICV), el índice de razonamiento perceptual (IRP), índice de memoria de trabajo (IMT) y el índice de velocidad de procesamiento (IVP), al sumar estos índices, se obtiene la Escala de Coeficiente Intelectual Total (CIT), la cual sirve para ubicar a la persona evaluada dentro de la norma poblacional (Esquivel, Heredia & Gómez-Maqueo, 2007). La confiabilidad de la prueba se obtuvo mediante la evaluación de la consistencia interna utilizando “la muestra normativa y el método división por mitades de la prueba corregida según la fórmula de Spearman-Brown” (Wechsler, 2005, p. 34). Los coeficientes de confiabilidad para las subescalas van de .79 (Búsqueda de símbolos, y Registros) a .90 (Sucesión de letras y números); los restantes van de .80 a .89 (Wechsler, 2005).

- Escala Wechsler de Inteligencia para adultos IV - WAIS-IV: Instrumento clínico de aplicación individual diseñado para evaluar la capacidad cognitiva en adolescentes y adultos con edades de 16 a 90 años (Wechsler, 2008). El WAIS-IV se encuentra organizado por 15 subpruebas, de las cuales, 10 son esenciales y cinco complementarias. Estas subpruebas se agrupan en cuatro índices: índice de comprensión verbal (ICV), el índice de razonamiento perceptual (IRP), índice de memoria de trabajo (IMT) y el índice de velocidad de procesamiento (IVP), al sumar estos índices, se obtiene la Escala de Coeficiente Intelectual total (CIT), que sirve para ubicar a la persona evaluada dentro de la norma poblacional.

- Dibujo de la figura humana de Goodenough: Esta mide madurez mental y no evalúa rasgos o dinámica de la personalidad, como lo hacen otras versiones del test del dibujo de la figura humana, permite entonces, obtener el nivel de madurez conceptual a partir de dibujos de la figura humana (Esquivel, Heredia & Gómez-Maqueo, 2007).

- Búsqueda Autodirigida SDS: Es una herramienta de orientación vocacional autoaplicable, autocalificable y autointerpretable. Su administración requiere de dos cuadernos: uno de autoevaluación y otro de clasificaciones ocupacionales. Entre sus funciones

principales se destaca la orientación vocacional ayudando a las personas con incertidumbre vocacional, como aquellas que se preguntan qué carrera estudiar, quienes quieren sustentar una elección tentativa y los que desean estar seguros de que no han ignorado alternativas obvias (Holland, Fritzsche & Powell, 2005).

- Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 - CMASR-2: Es un instrumento de autoinforme de 49 reactivos, diseñado para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños entre 6 y 19 años de edad. Puede ser administrado de manera individual o grupal. El niño responde a cada oración con un Sí o un No, Sí para los reactivos que describan los sentimientos o las acciones del niño y No cuando los reactivos no describan las percepciones que el niño tiene de sí mismo. Al calificar la prueba, se generan seis escalas divididas así: la primera puntuación mide la actitud defensiva y la segunda las respuestas inconsistentes. Las cuatro restantes ofrecen una puntuación de Ansiedad total y puntuaciones para tres escalas relacionadas con la ansiedad (ansiedad fisiológica, inquietud y ansiedad social) (Reynolds & Richmond, 2012).

Procedimiento.

El procedimiento que se siguió para la realización de la pasantía consta de tres fases divididas así:

Primera fase: Evaluación e identificación de necesidades en psicología clínica del CPS a través de informes de pasantías anteriores, informes de prácticas académicas realizadas en este lugar y demás documentos pertinentes.

Segunda fase: Se iniciará atención psicológica a personas que acuden al CPS buscando este servicio. Las consultas clínicas se inician firmando el consentimiento informado y con la recepción de caso utilizando el formato de entrevista estructurada. Seguido a la recepción del caso, se realizan las entrevistas de evaluación que son orientadas por el formato de historia

clínica. Se realizan evaluaciones psicométricas si son necesarias para dar inicio a la intervención. Finalmente, se espera poder dar cierre a todos los casos atendidos durante el tiempo de pasantía o remitirlos según lo amerite el caso.

De igual manera, se apoyará al CPS en las distintas actividades que se realizan en el municipio (asistencia a colegios, escuelas de padres, inducción a los estudiantes que inician prácticas académicas tanto de pregrado como de especialización, entre otras).

Tercera fase: Por último, se entregarán los resultados en el informe de pasantía y se sustentará al comité de trabajo de grado de la Universidad Pontificia Bolivariana y a los funcionarios del CPS.

Resultados.

La población que recibió atención psicológica en el CPS estuvo compuesta por 19 consultantes, con edades entre los 6 y los 22 años. El rango de edad que tuvo más prevalencia en atención fue entre los 6 y 8 años divididos así: cinco niños de 6 años, uno de 7 y tres de 8 años.

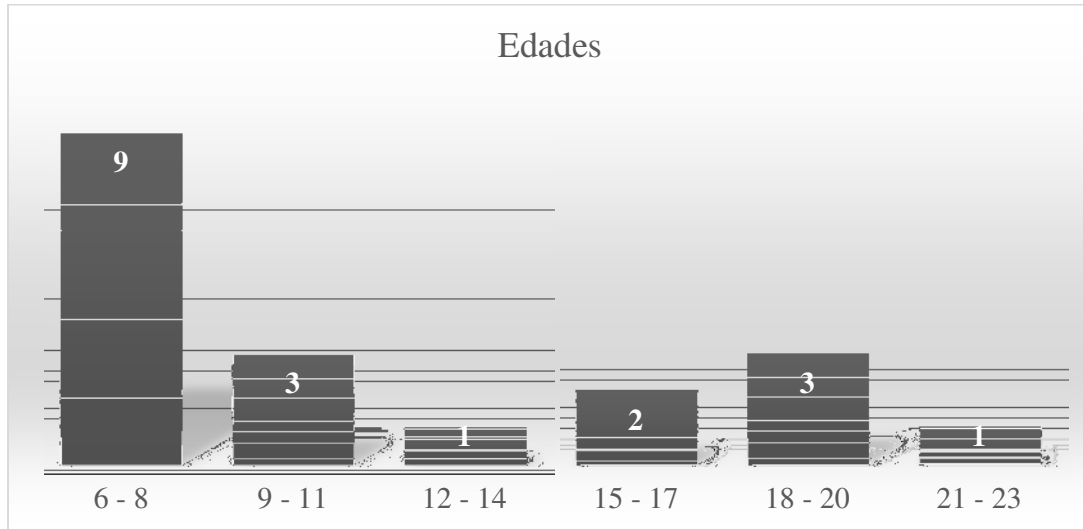


Gráfico 1. Edades de los consultantes que asistieron a psicología.

Como se observa en la siguiente gráfica de género, se evidenció más presencia de población masculina con un 63% versus la femenina representada en un 37%.

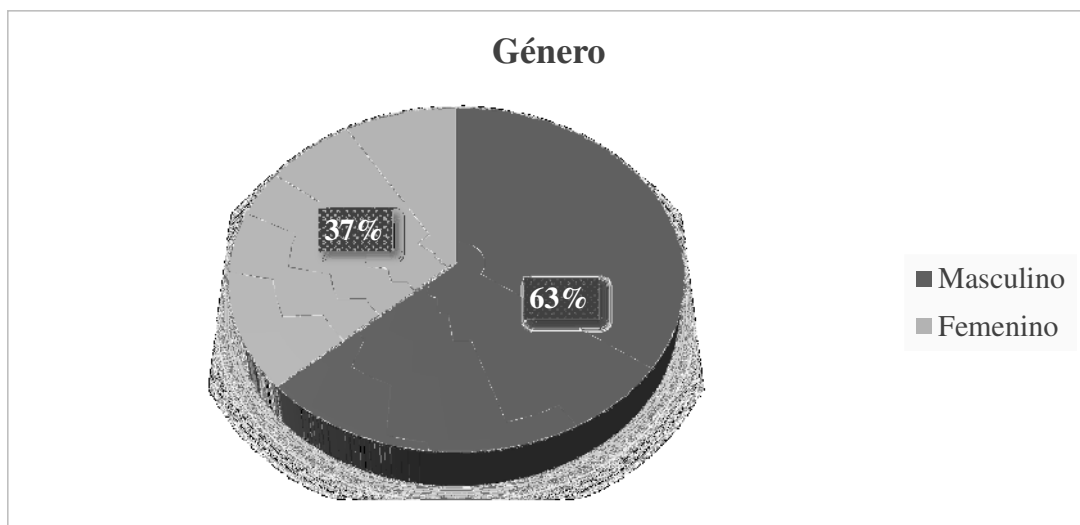


Gráfico 2. Género de los consultantes.

Doce de los consultantes asistieron de manera particular a las consultas, cinco fueron remitidos por la institución educativa, uno fue remitido por la comisaría de familia y uno por la Fundación para la Atención Integral de la Niñez con Retardo Mental [Fundar].

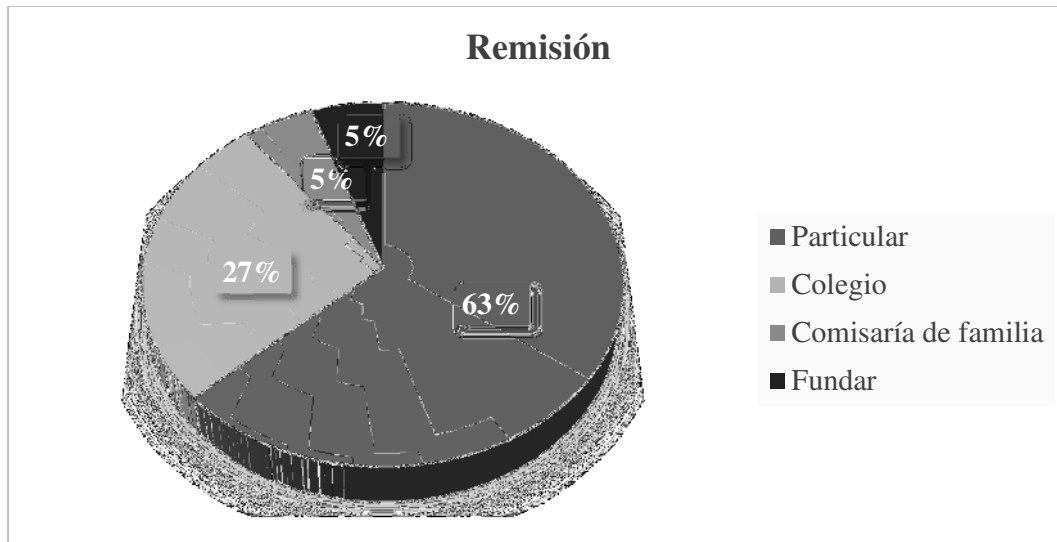


Gráfico 3. Entidades que remiten.

La mayoría de los casos asistieron de manera particular es por esto que los motivos de consulta fueron diversos. Sin embargo, el motivo de consulta con más demanda estuvo relacionado a la indisciplina en los colegios. Los motivos de consulta se exponen en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Motivos de consulta.

Motivo de consulta	<i>f</i>	%
Mal comportamiento en el colegio	5	26
Miedo de ir al colegio	4	21
Desobediencia	3	16
Rasgos de ansiedad	2	11
Orientación vocacional	2	11
Consumo de SPA	1	5
Evaluación CI	1	5
Motivación escolar	1	5

Con nueve consultantes sólo se logró realizar la primer a consulta donde se diligencia el formato de recepción de caso, posteriormente fueron remitidos a otros psicólogos dentro del CPS. Tres consultantes dejaron de asistir por decisión de sus acudientes pues ya no presentaban los síntomas que motivaron acudir al psicólogo. Un consultante asistió a la primera consulta en donde se aplicó un instrumento de orientación vocacional y al ser un instrumento autodirigido, se logró obtener los resultados en la misma sesión. De igual manera, se aplicó el WAIS IV a un consultante en la una sola sesión. Por otro lado, se logró seguimiento de más de cinco sesiones con cinco casos y se cerraron cuatro de ellos por haber cumplido con los objetivos.

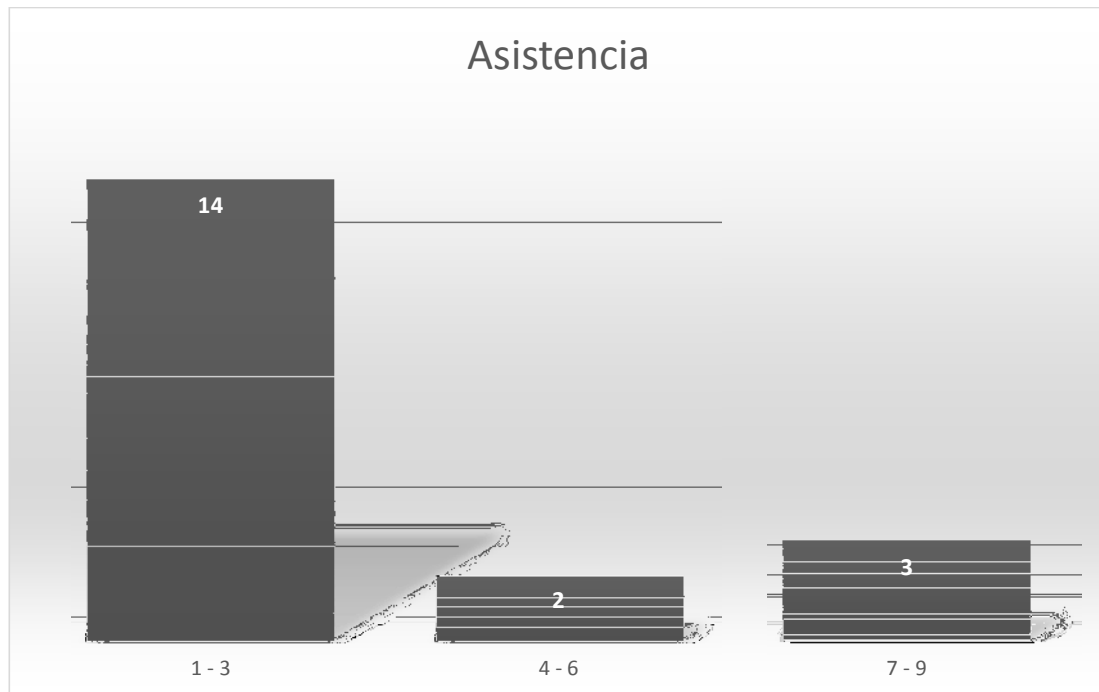


Gráfico 4. Asistencia de los consultantes a las sesiones.

Las intervenciones realizadas se resumen en la siguiente tabla. Se pueden agrupar en siete tipos de intervención adaptadas para cada caso y tipo de población.

Tabla 2. Tipo de intervenciones realizadas en niños y adolescentes.

Tipo de intervención	Niños	Adolescentes
Economía de fichas	X	
Entrenamiento en pautas de crianza	X	
Técnicas de estudio	X	X
Entrenamiento en solución de problemas	X	X
Entrenamiento asertivo	X	X
Técnicas de relajación	X	X
Aplicación de pruebas psicométricas	X	X

Como se mencionó anteriormente, se realizó la recepción de siete casos que fueron remitidos a profesionales de psicología del CPS y actualmente se encuentran activos. Se encontró que uno de los principales cierres de caso es la inasistencia de los consultantes a pesar de las constantes llamadas que se realizan para programar nuevas citas. Al acercarse la fecha de finalización de la pasantía, queda un caso activo para ser remitido a otro psicólogo que disponga de tiempo para ello.

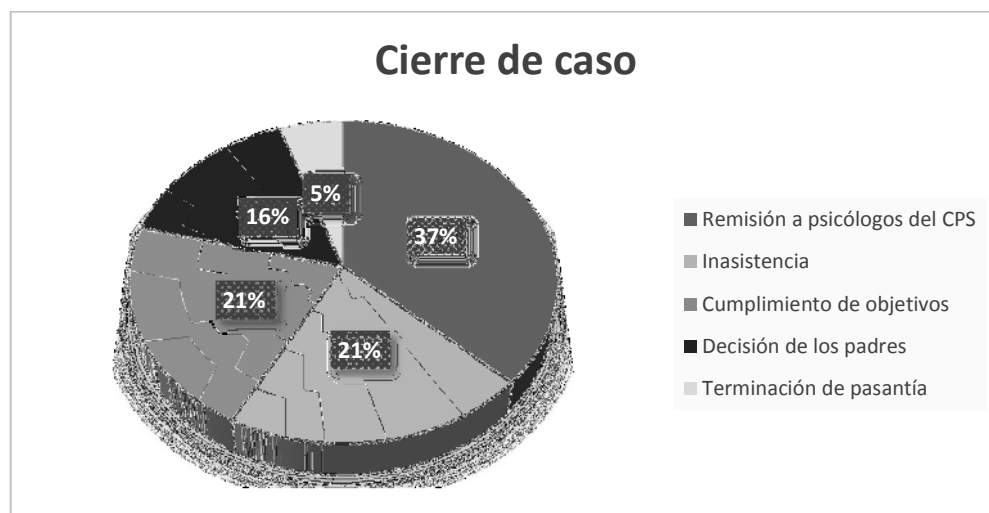


Gráfico 5. Motivo de cierre de casos.

Paralelamente se realizaron dos intervenciones grupales en dos instituciones educativas del municipio. Las intervenciones se realizaron en el espacio de Escuela de Padres que mensual o trimestralmente se ofrecen en estos dos colegios.

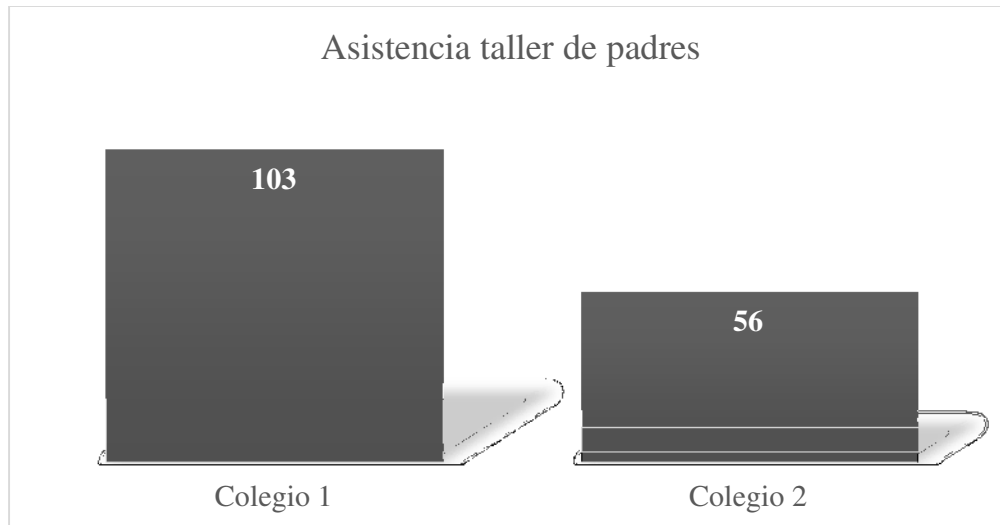


Gráfico 5. Asistencia de al taller de padres realizados en dos colegios.

Los talleres fueron programados por el departamento de Formación Humanística cuyo representante en el CPS es el profesor Gustavo Quintero. El planteó el tema que debía exponerse pues él ya había realizado trabajado ciertos temas con los dos grupos de padres de familia. La dinámica del taller consistió en un saludo inicial, presentación del tema, preguntas de los participantes y un cierre.

El tema principal fue refuerzos, castigos y crianza en general. Durante su transcurso, los padres realizaban preguntas referentes a este tema o a otros como sexualidad, rendimiento académico, sustancias psicoactivas, entre otros.

De igual manera, se realizó en un grupo de cuarto grado de primaria perteneciente a un colegio público del municipio, un taller llamado “Experiencia semilla” que fue planteado por docente Gustavo Quintero, su diseño estructural y aplicación estuvo a cargo de la pasante de Psicología y se contó con la colaboración de la comunicadora social del CPS.

El taller hace parte de la “Ruta de Acompañamiento Ser, Decir y Hacer” la cual es diseñada por la docente de Psicología Tatiana Muñoz, el docente de Comunicación Social Giovanni Bohórquez y el docente de Formación Humanística Gustavo Quintero. Esta ruta tiene como función aprender a intervenir casos de agresión y acoso escolar entre pares (Gómez, 2015).

El taller tenía como objetivo conceptualizar términos referentes a la agresión escolar, bullying para así, disminuir estas conductas y fomentar una sana convivencia en los niños de cuarto grado de primaria. La aplicación del taller se dividió en tres momentos. En el primero momento, se les explicaba a los niños los conceptos de víctima, victimario y conciliador. Cuando ellos tenían claros estos conceptos, cada participante debía elegir un animal que pudiera representar cada uno de los tres actores del conflicto (un animal víctima, un animal victimario y otro con características conciliadoras). Se realizó un conteo para elegir a los animales más votados en cada categoría. En el segundo momento, los niños debían escribir un cuento donde incluyeran a estos animales en un lugar geográfico, se adjudiquen sentimientos y acciones referentes al tema. Finalmente, se realiza un laboratorio en el que los niños deben elegir el animal que quieren representar, elaborar una máscara de dicho animal para representarlo en una obra de teatro.

Discusión.

A lo largo de los años, el CPS ha contado con el apoyo académico en psicología de estudiantes, pasantes y psicólogos especialistas que realizaron y realizan actividades importantes que han fortalecido y posicionado el nombre del CPS, convirtiéndolo en un punto de referencia donde converge la comunidad piedecuestana.

Gracias a los datos obtenidos durante el periodo de pasantía, se pueden observar aspectos relevantes sobre el tipo de atención que se brinda en el CPS. Factores sociodemográficos como el género, el estrato, la edad y escolaridad, ayudan a tener un panorama más detallado de la principal población que acude al CPS en busca de una ayuda profesional en psicología.

Así pues, se observa que la población de género masculino son los que más acuden en busca de servicios psicológicos con un 63%, y se encuentran en un rango de edad de 6 a 8 años. Estos datos obtenidos se asemejan a los expuestos por Orejarena (2010), en el informe final de pasantía donde la población masculina prevaleció con un 63% sobre la femenina; del mismo modo, la mayoría de los consultantes fueron niños de entre los 3 y 11 años. Para el año 2012, la población con la que trabajó Barajas tuvo una diferencia del 6%, manteniéndose el género masculino arriba del femenino con un 57%, el 72% de los consultantes se encontraban en un rango de edad de entre los 5 y 17 años, y el 47% de ese porcentaje fueron niños. Más recientemente, en el último informe de pasantía, los resultados cambiaron un poco y los consultantes más predominantes fueron del género femenino con un 51% con mayor prevalencia la asistencia de jóvenes entre los 12 y 26 años presentando el 49% (Hernández, 2014).

En cuanto a los motivos de consulta, se encontró que los principales problemas que se presentan con una mayor frecuencia en el CPS fueron el mal comportamiento en el colegio con un 26%, seguido del miedo de ir al colegio con un 21%. Esto se asemeja a los informes de

pasantías anteriores en los que temas referentes al área escolar fueron principales motivos de consulta (Galvis, 2008; Orejarena, 2010). Sin embargo, los resultados obtenidos por Hernández (2014) se refieren a las pautas de crianza como la problemática que más demanda tuvo durante su pasantía.

Tal como se encontró en el presente informe, una cifra significativa de consultantes asisten a las primeras citas y no regresan más, esto se convierte en un comportamiento típico de los usuarios del CPS, pues en los informes de pasantías anteriores revisados, el resultado es el mismo (Galvis, 2008; Orejarena, 2010; Hernández, 2014; Barajas, 2012). No obstante, en los trabajos citados anteriormente, se encontró que el promedio de veces que asiste un consultante es de 6 a 7 citas, esto difiere a los resultados obtenidos en este periodo de tiempo ya que el promedio para el primer semestre del 2015, los consultantes asistieron entre una y tres sesiones. Sin embargo, cabe mencionar de en algunos casos sólo se realizó la recepción de caso pues iban a ser remitidos a otros psicólogos, los demás consultantes asistieron a más de 6 citas programadas. En cuanto a las recepciones de caso, los consultantes asistieron cumplidamente a la segunda cita programada.

La deserción de los consultantes se ha convertido en un obstáculo para el proceso terapéutico, varios autores han tratado de hacer una caracterización de este comportamiento común de los consultantes. Así, Rondón, Otálora y Salamanca (2009) buscaron conocer y analizar las características generales asociadas con el abandono de los consultantes al proceso terapéutico de un centro de atención y aunque su investigación no logró tener claridad con respecto a las variables sociodemográficas, encontró que existía mayor probabilidad de abandono terapéutico si los consultantes eran menores de edad y dependían de acudientes adultos. De igual manera, Moreno, Roza y Cantor (2012), realizaron un estudio cuyo objetivo era describir las características de los motivos de permanencia y abandono terapéutico, ellos encontraron que el principal motivo por el cual abandonan el servicio está relacionado con

problemas económicos para el desplazamiento al lugar de atención. En el presente trabajo, no se pudo obtener un motivo específico pues al llamar a los consultantes, ellos decían estar interesados en asistir pero no llegaban a la cita programada.

Es importante resaltar que la ausencia de consultantes durante el primer semestre del presente año se debe, en gran medida, a que el CPS cambió su locación y mudó su sede a varias cuadras de distancia de la anterior, generando que el gran número de usuarios que acudían cada semestre en busca de ayuda se redujera notablemente. Es por ello que desde el área de Psicología con el apoyo de Comunicación Social se comenzó un trabajo de difusión en donde se informaba la nueva dirección de la casa y se reiteraba la información sobre todos los servicios que en ella se ofrecen. Como se observa en el siguiente gráfico, la cantidad de consultas realizadas en lo que va del año ha disminuido en parte, porque los primeros meses del año el CPS aún no contaba con una sede oficial y se encontraba en las instalaciones de la Universidad dificultando la accesibilidad de usuarios pues les era un poco difícil llegar hasta allí.

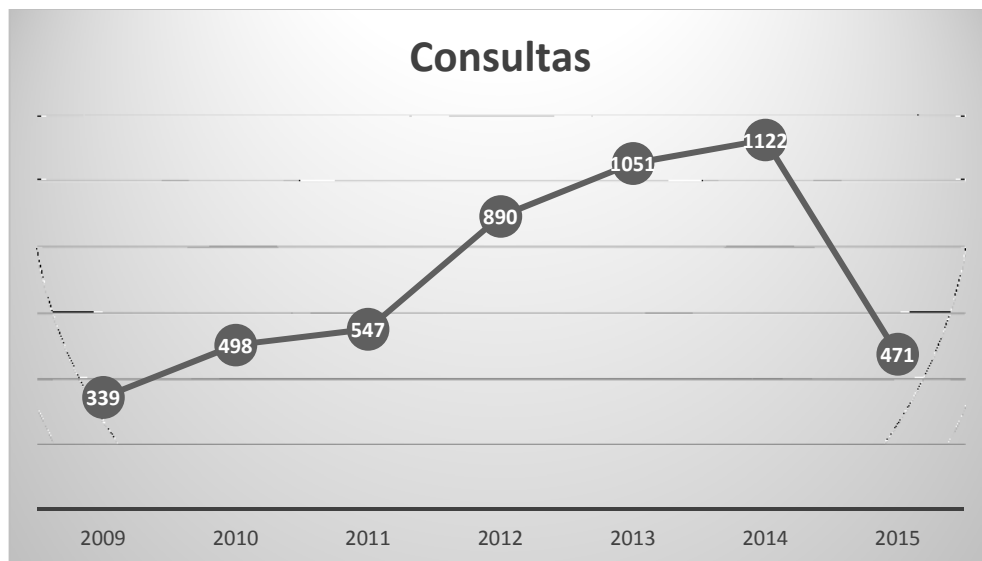


Gráfico 6. Número de consultas anuales atendidas desde el 2009 hasta Julio del 2015.

Por otra parte, se observa una gran asistencia de niños escolares a consulta y ausencia de adultos mayores de 25 años. Este hecho puede explicarse por la gran acogida que tiene el

CPS en distintos colegios de Piedecuesta en los cuales se ha venido desarrollando diferentes proyectos y convenios desde hace varios años. Estos trabajos ayudan a que tanto padres como docentes tengan en cuenta al CPS en el momento de decidir buscar ayuda psicológica. Actualmente, el trabajo en las instituciones educativas ha tenido un gran reconocimiento en todo el municipio logrando desarrollar más convenios con la alcaldía y la secretaría de educación.

El CPS lleva nueve años trabajando para ofrecer un buen servicio a la comunidad y a pesar de los cambios que se presentaron durante la pasantía, sigue siendo un punto de referencia para todos los piedecuestanos y un gran lugar para consolidar y poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en la academia.

Durante el tiempo de pasantía, se realizaron diferentes actividades de apoyo al CPS buscando cubrir todas las necesidades que se iban presentando en el transcurso del trabajo. La actividad que más se resalta fue la atención clínica y por ello se puede concluir que la población que más recibe atención psicológica son los niños de entre 6 y 12 años y los principales motivos de consulta están relacionados con su área educativa. Esta población se ha mantenido a lo largo del tiempo, aunque también hay presencia importante de adolescentes. El género masculino tiene más prevalencia en la asistencia a psicología y aunque el CPS tuvo un corto periodo de tiempo sin mayor actividad en esta área, se logró llamar la atención de la comunidad dando a conocer la nueva ubicación de la casa y gracias a ello, las consultas han aumentado de manera rápida respecto a años anteriores.

Por otra parte, la pasante obtuvo dejó grandes enseñanzas en cuanto al trabajo interdisciplinario, administrativo y sobretodo en la atención clínica. El trabajo de guía para los practicantes de pregrado y especialización, el trabajo con padres de familia, con los niños de los colegios, la administración de pruebas psicométricas y elaboración de sus respectivos informes, diagnósticos y los procesos de intervención que se pudieron realizar, hicieron de esta

experiencia una de más enriquecedoras en la formación académica de la pasante por sus aportes profesionales y personales. Es por ello que vale la pena agradecer al CPS, al ingeniero Rodrigo el coordinador del CPS, a Diana la secretaria, a Edna la comunicadora social, por todo su apoyo, ayuda y afecto durante el transcurso de la pasantía.

Referencias.

- Álvarez, J., Carrión, J., Casanova, P., Rubio, H., Miras, F., Salvador, M., & Sicilia, M. (2008). *Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes*. Universidad de Almería, España. Recuperado de <http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
- American Psychological Association. (1981). Specialty guidelines for the delivery of services. *American Psychologist*, 36(6), 639-663.
- Ángeles, R., & Hernández, R. (2007). *Técnica de relajación de Jacobson como herramienta en la psicología deportiva para favorecer el rendimiento deportivo en el equipo de fútbol categoría 88 del Centro de Formación Pachuca*. (Tesis de grado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369.
- Ballesteros, B., González, D., & Peña, T. (2011). Competencias disciplinares y profesionales del psicólogo en Colombia. *Asociación Colombiana de Facultades de Psicología [ASCOFAPSI]*.
- Barajas, A. (2012). *Intervención psicológica en usuarios del Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta desde el enfoque cognitivo-conductual*. (Trabajo de grado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (s.f). Terapia cognitivo-conductual: Antecedentes técnicas. *Veritas*. 49-70
- Beck, A. (1963). Thinking and depression I idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.
- Beck, A. (1979). The past and future of cognitive therapy. *The journal of Psychotherapy Practice and Research* 16(4), 276-284.

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Buttler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (1998). Perfiles profesionales del psicólogo. *Psicología Clínica y de la Salud*. Recuperado de <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.pdf>
- Compas, B., & Gotlib, I. (2002). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>
- Corey G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Belmont: Brooks/Cole.
- Dumont, F., & Corsini, R. (2003). *Seis terapeutas y un paciente*. México D.F: Manual Moderno.
- Díaz, I., & Núñez, P. (2010). “*Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?*”. Módulo Historia y Sociedad. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>
- Ellis, A. (1997). Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva. En M. Mahoney. (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas, teoría, investigación y práctica* (pp. 93-98). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Esquivel, F., Heredia, M., & Gómez-Maqueo, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México D.F: Manual Moderno.

- Gaeta, L., & Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- Galvis, L. (2008). *Atención psicológica con enfoque cognitivo-conductual orientado a población del Centro de Proyección Social de Piedecuesta*. (Trabajo de grado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Gómez, E. (2015). Socialización de la ruta de acompañamiento “ser, decir, hacer”. *Brújula*, 71, 10.
- Hernández, C. (20014). *Caracterización de una muestra de consultantes de psicología del Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta*. (Trabajo de grado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Holland, J., Fritzsche, B., & Powell, A. (2005). *SDS búsqueda autodirigida. Guía para el usuario profesional*. México D.F: Manual Moderno.
- Hollon, S. (2010). Aaron T. Beck: The cognitive revolution in theory and therapy. En L. Castonguay, C. Muran, L. Angus, J. Hayes, N. Ladany, T. Anderson. (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (pp. 63-74). Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de <http://johnjayresearch.org/cje/files/2012/08/Aaron-Beck-chapter-.pdf>

- Kendall, P., & Norton-Ford, J. (1988). *Psicología clínica, perspectivas científicas y profesionales*. México D.F: Limusa.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- Labrador, F.J., Estupiñá, F. J., & García, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-126. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=72715515013>
- Meichenbaum, D. (1997). Cambios en las concepciones de la modificación de la conducta cognitiva: pasado y futuro. En M. Mahoney. (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas, teoría, investigación y práctica* (pp. 39-46). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno, J., Rozo, M., & Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(2), 23-34.
- Myers, F., McCollam, A., & Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being Addressing Mental Health Inequalities in Scotland. Equal Minds*. Edinburgh: Scottish Executive. Scottish Development Centre for Mental Health.
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Orejarena, H. (2010). *Servicio de atención psicológica, desde el enfoque cognitivo conductual, para la población usuaria del Centro de Proyección Social de Piedecuesta*. (Trabajo de grado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pelechano, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 71-90.
- Pérez, A. (1981). La profesión del psicólogo clínico. *Psicología clínica. Problemas fundamentales*. México D.F: Trillas.
- Pérez, M. A. (2007). V congreso mundial de terapias cognitivo conductuales. *Clínica y Salud*, 18(2), 251-252. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=180613878008>
- Reynolds, C., & Richmond, B. (2012). *CMA SR-2 escala de ansiedad manifiesta en niños revisada*. México D.F: Manual Moderno.
- Rondón, A., Otálora, I., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Royal College of Psychiatrists. (2009). *La terapia cognitivo conductual (TCC)*. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVOCONDUCTUAL.pdf>
- Soler, F., Herrera, S., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 5(2), 373-390.
- Sparrow, C. (2008). Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 57-65.
- Wechsler, D. (2005). *Escala Wechsler de inteligencia para niños IV - WISC IV*. México D.F: Manual Moderno.

Wechsler, D. (2008). *Escala Wechsler de inteligencia para adultos IV - WAIS IV*. México D.F:
Manual Moderno.

Anexo 1 y 2

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small>	UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL FORMATO DE RECEPCIÓN DE CASO - MENORES <input type="checkbox"/> Consulta Particular <input type="checkbox"/> Remitido

Fecha de Recepción:	# de Historia Clínica:
Servicio que Solicita: <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica <input type="checkbox"/> Psicoterapia Individual <input type="checkbox"/> Psicoterapia de Pareja <input type="checkbox"/> Psicoeducación	

INFORMACION DEL PACIENTE				
Nombre del Paciente:				Número de Cédula
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escolaridad:	Ocupación:
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante				
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:		Estrato: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
Teléfono Fijo:			Celular:	
Nombre del Acudiente:			Relación con el Paciente:	
Dirección:			Teléfonos:	

INFORMACION DE REMISION	
Nombre de la Persona que Remite:	
Institución:	
Dirección:	Teléfono:

MOTIVO DE CONSULTA
<i>Describe la situación que motivó a solicitar acompañamiento psicológico (frecuencia, duración e intensidad)</i>

MOTIVO DE CONSULTA
Naturaleza de la problemática actual. ¿Qué fue lo último que sucedió para que determinara buscar acompañamiento psicológico?

CUADRO CLINICO
¿Desde cuándo comenzó la situación?
¿Cómo fue la última ocasión en que ocurrió la situación?
Factores desencadenantes. ¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación?
Nivel en que afecta la situación al consultante según su percepción: <input type="checkbox"/> Muy bajo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muy alto

SINTOMATOLOGIA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Sentimientos de culpa					Desesperanza sobre el futuro				
Preocupación					Pensamientos de muerte				
Exceso de energía					Pensamientos de suicidio				
Agresividad					Problemas familiares				
Temperamento incontrolado					Meditar sobre el pasado				
Miedo del trabajo / escuela					Llanto frecuente o en exceso				
Miedo de salir de casa					Desánimo o tristeza				
Sonambulismo					Pesadillas				
Problemas para quedarse dormido					Sentirse ansioso				
Problemas para permanecer dormido					Sentirse en pánico				
Pérdida de memoria					Problemas con la ira				
Dificultades para tomar decisiones					Sentirse celoso				
Sentimientos de soledad					Impaciencia				
Dificultades en concentración					Desconfianza en sí mismo				
Cambios repentinos de ánimo					Sentir de asfixia o falta de oxígeno				
Inquietud / Intranquilidad					Latidos acelerados				

SINTOMATOLOGIA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
<i>Sintoma</i>	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces por mes</i>	<i>Casi todos los días</i>	<i>Sintoma</i>	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces por mes</i>	<i>Casi todos los días</i>
Se distrae fácilmente					Dolor de pecho				
Dificultades para la convivencia					Sentir irrealidad				
Sentirse inútil					Estar acostado en exceso				
Exceso de cansancio					Problemas en el hogar				
Apetito pobre o ningún apetito					Uso de alcohol				
Comer en exceso					Uso de drogas				
Atracones					Pérdida de conocimiento				
Preocupación por la comida					Dolores estomacales				
Vómitos					Pensamientos incontrolados				
Dormir en exceso					Comportamientos incontrolados				
Escuchar voces					Abuso físico de sí o de otros				
Problemas en el trabajo o escuela					Abuso emocional de sí o de otros				
Robos					Otros				

MEDICAMENTOS O CONDICIONES MEDICAS (Alergias, tiroides, diabetes, etc)

INFORMACION IMPORTANTE
<p>Antes de comenzar el tratamiento: Usted debe ser consciente de los posibles beneficios y riesgos de los servicios de acompañamiento psicológico. La mayoría de las personas, parejas y familias que obtengan servicios de salud mental se benefician del proceso. El proceso terapéutico suele ser bastante útil y puede dar lugar a un mejor estado de ánimo, aumento de la autoestima y una mayor capacidad de tomar decisiones que faciliten la salud física, emocional y relacional, pero existen algunos riesgos. En el curso de procesos terapéuticos las personas pueden experimentar sentimientos no deseados. Si los sentimientos de infelicidad, la ira, la culpa, la frustración o surge un profundo dolor en el asesoramiento, la experiencia puede ser inesperada y angustiante. Además, los individuos, parejas, y las familias pueden encontrar que el proceso de acompañamiento psicológico les lleva a tomar decisiones importantes de la vida. Mientras que su terapeuta honrará y respetará su derecho a tomar decisiones por sí mismo, las personas importantes en su vida pueden no estar de acuerdo con la dirección que usted decide perseguir. Estas experiencias son susceptibles de producir nuevas oportunidades y desafíos únicos. No lo dude para discutir los objetivos o los procedimientos de tratamiento, especialmente si nota alguna molestia inesperada o está preocupado por una resultado del tratamiento.</p> <p>Psicólogos y psicólogas en formación: Entiendo que el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana es un centro de formación para estudiantes de pregrado, especialización y posgrado matriculados en la carrera de Psicología. Los y las terapeutas en entrenamiento están bajo la supervisión de psicólogos y psicólogas con licencia. Los y las estudiantes discuten sus casos con sus supervisores. El o la terapeuta en entrenamiento su supervisor o supervisora mantendrán confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de privacidades del estado y del Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia (2009). El nombre del terapeuta asignado es _____ y su supervisor o supervisora es _____.</p>

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Confidencialidad: La confianza es la piedra angular en una relación terapéutica por lo cual se establece una relación donde los límites están claramente delineados y se mantiene la confidencialidad del proceso. Ante esto, el terapeuta no compartirá la información confidencial sin el consentimiento del Paciente o sin la justificación legal y ética. Se respetará los derechos del Paciente a la privacidad y se evitará la divulgación indebida e injustificable de información confidencial. El o la terapeuta, docentes y personal del Centro de Proyección Social harán todos los esfuerzos posibles para garantizar la privacidad y confidencialidad de la información del Paciente.

Al firmar este documento usted consiente a que las sesiones de acompañamiento psicológico sean discutidas con el supervisor o supervisora del terapeuta. Esta información será compartida solo con propósitos académicos.

La información del proceso terapéutico podrá ser divulgada en las siguientes circunstancias:

- 1) El Paciente o su representante solicitan y firman una autorización para divulgación de información.
- 2) Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-Paciente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la terapeuta estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- 3) Si tenemos motivos razonables para sospechar que un menor de 18 años es abusado, abandonado o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado o explotado, la ley exige que presente un informe con la agencia del gobierno apropiada.
- 4) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la policía, o buscar la hospitalización del Paciente.
- 5) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización del Paciente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección.

Horas y disponibilidad: El Centro de Proyección Social ofrece servicios de lunes a viernes en horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm. En común acuerdo con el terapeuta, usted puede verificar la disponibilidad del servicio de acompañamiento psicológico los días sábado. En el evento de que su terapeuta no está disponible en caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias local. Típicamente las sesiones de acompañamiento psicológico se extienden por espacio de 50 minutos. El espacio que usted acuerdo con el o la terapeuta estará disponible exclusivamente para usted. Por tanto, es pertinente que usted llame a cancelar su cita en caso de que no pueda asistir a la misma.

Emergencias: El Centro de Proyección Social ofrece servicios sólo con cita previa. En caso de que usted presente una emergencia, favor contactar al su médico de atención primaria, a una línea de atención en crisis o visitar una sala de emergencias en su localidad.

Emergencias: El Centro de Proyección Social ofrece servicios sólo con cita previa. En caso de que usted presente una emergencia, favor contactar al su médico de atención primaria, a una línea de atención en crisis o visitar una sala de emergencias en su localidad.

Costo de consulta y cargos: El pago se debe realizar en efectivo y se espera en el momento en que usted asiste a la consulta. Si el pago no se hace en el momento de la consulta, usted debe cancelar su cuenta en la próxima sesión. Las citas son generalmente 50 minutos de duración. Se discutirá cualquier cambio en las cuotas con usted de antemano. En aquellos casos en que el Paciente es un menor de edad, quien es responsable de la cancelación de consultas es el padre, madre, o representante. Si necesita cancelar o cambiar una cita, notifique al CPS por lo menos 24 horas antes de la consulta. Los costos de consulta serán según establezca la Universidad Pontificia Bolivariana mediante la Resolución Rectoral vigente.

Registro de información e historias clínicas: En el Centro de Proyección social los y las terapeutas mantienen un registro clínico de cada Paciente. Este podría incluir información acerca de sus razones para solicitar tratamiento, una descripción de las formas en que el problema afecta su vida, su diagnóstico, los objetivos del tratamiento, su progreso hacia estas metas, la historia clínica y social, su historial de tratamiento, los registros de tratamientos anteriores de otros proveedores y los informes de las consultas profesionales. Usted puede recibir un resumen de su historia clínica así como una copia de los informes que resulten de los procesos de valoración psicológica. La solicitud del resumen de la historia clínica debe hacerse por escrito.

INFORMACION IMPORTANTE
<p>Consentimiento para tratamiento: Como persona con capacidad legal estoy de acuerdo en permitir a los y las estudiantes, docentes y personal del Centro de Proyección Social proporcionar tratamiento a mi representado/a, _____, con número de identificación _____ de _____. Entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales. Sin embargo, es pertinente que usted informe a su terapeuta de la decisión, quien ofrecerá orientación en torno a las implicaciones de la terminación del tratamiento, ante lo cual usted asume las responsabilidades que ello implique.</p>

Su firma en este documento indica que usted ha leído y está de acuerdo con lo que se estipula en el documento.

Nombre del Acudiente _____ Firma del Acudiente _____ Fecha _____

FICHA DE ASIGNACION DE PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Practicante <input type="checkbox"/> Pasante <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Doctorando <input type="checkbox"/> Supervisor Psicología	
Nombre del terapeuta asignado	:
Fecha y hora de cita de seguimiento	:
Fecha de recibido por el terapeuta asignado	:
Firma del terapeuta asignado	:

4. HISTORIAL DE DESARROLLO							
PRENATAL							
Edad de la madre al momento del embarazo		Control Prenatal	Condición Médica General				
Condiciones emocionales			Condiciones Familiares				
PERINATAL							
Parto a Término		Tipo	Duración				
Condiciones médicas del menor al nacer:							
POSNATAL							
Lactancia Materna		Duración de Lactancia					
Tetero		Duración					
Observaciones de destete:							
5. DESARROLLO PSICOMOTOR							
Sostén Cefálico		Voltearse		Sentarse sin ayuda		Gatear	
Primero pasos		Caminar		Control de Esfínteres	Vesical		
Vestirse sin ayuda		Comer solo			Anal		
Observaciones del Desarrollo Psicomotor							
							Folio No.

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE					
Balbucear		Primeras Palabras		Frases Completas	
Observaciones del Desarrollo del Lenguaje					
7. ESCOLARIDAD					
Edad de ingreso a Institución educativa					
Descripción del proceso de adaptación					
Rendimiento Escolar:	Bueno		Regular		Deficiente
Cursos Reprobados					
Áreas de dificultad					
Relación con maestros					
Relación con pares y compañeros					
Cambios de Colegio					
Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)					
					Folio No.

8. ANTECEDENTES MÉDICOS					
PERSONALES					
Enfermedades médicas presentadas				Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas				Tratamiento	
FAMILIARES					
Enfermedades médicas presentadas				Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas				Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos					
Patrones de sueño y alimentación					
9. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESTADAS 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 PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
					Folio No.

