



Seccional Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

Caracterización de una muestra de consultantes de psicología del Centro de Proyección
Social (CPS) de Piedecuesta.

Cindy Katherine Díaz Hernández

Asesor

Héctor José Velázquez González, PhD(c)

Interno Doctoral en Psicología Clínica

Supervisor de Pasantía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2014



Seccional Bucaramanga
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología

Caracterización de una muestra de consultantes de psicología del Centro de Proyección
Social (CPS) de Piedecuesta.

Cindy Katherine Díaz Hernández

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

Asesor

Héctor José Velázquez González, PhD(c)

Interno Doctoral en Psicología Clínica

Supervisor de Pasantía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2014

Dedicado a mi maravillosa familia porque se han preocupado por mí desde el momento en que llegué a este mundo, me han formado para saber cómo luchar y salir victoriosa a diversas dificultades de la vida, pero también a disfrutar del camino y querer profundamente mi labor. Muchos años después, sus enseñanzas no cesan, y aquí estoy, con un nuevo logro exitosamente conseguido, pero éste es un escalón de tantos sueños y metas que en mi vida quiero obtener. Quiero agradecerles por todo, no me alcanzan las palabras para expresar el orgullo y lo bien que me siento por este momento.

Mis agradecimientos a Dios que me ha puesto en este camino, lucha siempre de mi lado, me inspira y me ilumina. A mis compañeros de clase y práctica los llevo en el corazón. A todos los profesores por darme la oportunidad de conocer diversas áreas de trabajo, por confiar en mí importantes proyectos, por dejarme ser y proponer. Para ellos mi respeto y admiración.

Y en general gracias a los que colaboraron en mi proceso creativo y despertaron en mí las ganas de descubrir esta maravillosa profesión A Danilo por darme momentos felices, sus consejos y ser parte de mi vida, mi motivación. También a Juliana y demás amigos, por ser cómplices y fuentes inagotables de energía. Gracias a toda mi familia y en especial a mi mamá, mi papá y mis hermanas quienes creen en mí y con paciencia esperaron mi logro.

Los ama Cindy Katherine.

Tabla de Contenido

1. Introducción
 - 1.1 Contextualización
 - 1.2 Misión
 - 1.3 Visión
 - 1.4 El papel de la facultad de psicología en el CPS
2. Referente Conceptual
3. Objetivos general
 - 3.1 Objetivos específicos
4. Metodología
 - 4.1 Población
 - 4.2 Instrumentos
5. Atención en el Centro de Proyección Social
6. Resultados
7. Discusión y conclusiones
8. Referencias
9. Apéndice

Índice de Apéndice

Apéndice A. Formato base de datos

Apéndice B. Consentimiento informado

Apéndice C. Historias Clínica

Apéndice D. Entrevista semiestructurada

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Caracterización de una muestra de consultantes de psicología del Centro de Proyección Social de Piedecuesta.

AUTOR(ES): Cindy Katherine Díaz Hernández

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Héctor José Velázquez González

RESUMEN

Los trastornos mentales son parte del panorama epidemiológico de Colombia e incluso parece ser que su incidencia seguirá incrementando como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el país. Para el presente estudio, el objetivo principal fue caracterizar una muestra de consultantes del Centro de Proyección Social de Piedecuesta entre los meses de marzo a agosto del 2014. Para la consecución de los objetivos de estudio se eligió la metodología de tipo descriptivo transversal. Se extrajo información de la base de datos de los consultantes en atención psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta entre los meses de marzo y agosto de 2014, cuya información se obtuvo de la Entrevista Inicial y datos de la Historia Clínica. La muestra estuvo integrada por la información de la base de datos de un total de 152 historias clínicas de los consultantes en el servicio de orientación psicológica. Los instrumentos utilizados fueron base de datos, historias clínicas, consentimientos informados y una entrevista semiestructurada. Los principales resultados demuestran que la mayor prevalencia de asistentes se encontró en jóvenes entre 12 a 26 años (49%), la problemática más frecuente es pautas de crianza. Así mismo se identificó que los factores que inciden en las características de los consultantes de salud mental dependen de múltiples causas, todas muy relacionadas con el contexto donde se desarrolle tales como la comunicación familiar, la escuela, el estrato social y la edad también influyen en las problemáticas de los consultantes.

PALABRAS

CLAVES:

psicología clínica, Piedecuesta, atención psicológica, salud mental

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

- TITLE:** Characterization of a sample of the Social projection of Piedecuesta Center psychology consultants.
- AUTHOR(S):** Cindy Katherine Díaz Hernández
- FACULTY:** Facultad de Psicología
- DIRECTOR:** Héctor José Velázquez González

ABSTRACT

Mental disorders are part of the epidemiological outlook of Colombia and it even seems that its incidence will continue to increase as a cause of disease, disability and death in the country. For this study, the main objective was to characterize a sample of the Social projection of Piedecuesta Center consultants between the months of March through August 2014. For the achievement of the objectives of the study a cross-sectional descriptive methodology was chosen. Information was taken from the database of consultants in psychological care in the center of the Social projection of Piedecuesta between the months of March and August 2014, whose information was obtained from the initial interview and the clinical history data. The sample was composed by a database of 152 clinical histories of patients in psychological counseling service. The instruments used were database, medical records, informed consent and a semi-structured interview. The main results show that the highest prevalence of attendees found in young people between 12 and 26 years (49%), the most frequent problem is breeding guidelines. Likewise the identified factors that affect the characteristics of the mental health consultants rely on multiple causes, all closely related to the context where consultants grow up such as family communication, school, social stratum and age.

KEYWORDS:

Clinical Psychology, Piedecuesta, psychological care, mental health

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Con el objeto de describir la situación de Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta, se hace pertinente realizar trabajos investigativos de forma que posibiliten tener la información necesaria para efectuar los ajustes programáticos y proponer acciones para mejorar las garantías en salud. Sin duda, conocer la dimensión de algunos de los diagnósticos en salud mental en el Municipio permitirá diseñar estrategias e implementar programas con nuevos enfoques de atención primaria. Así, se pretende mejorar las condiciones de salud integral e incrementar la calidad de vida de los ciudadanos, mediante la implementación de tratamientos acordes a las necesidades, el entrenamiento del personal de salud mental y la planificación de nuevas estrategias para garantizar los recursos que adecúen un óptimo sistema de atención en salud mental al alcance de todos los usuarios del Centro de Proyección Social de Piedecuesta (CPS).

Para abordar éste informe de pasantía, se muestra inicialmente una breve contextualización de la institución en la cual se llevó a cabo el trabajo. Seguidamente, se elabora el marco teórico que soporta científica y metodológicamente la investigación, asimismo se plantean los objetivos generales y específicos. De igual manera se estructuran etapas como metodología, los resultados obtenidos, la discusión y finalmente conclusiones que permitan el enriquecimiento para futuros estudios.

Contextualización de la institución

El CPS abrió sus puertas para desarrollar proyectos sociales el 28 de Junio de 2006, con el objetivo de "retribuirle a la comunidad Piedecuesta en servicio el haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana tuviera un espacio para la formación e investigación de la ciencia de los profesionales" (Cativiela, 2008, p. 1).

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 (CPS, sección misión).

Visión

Ser punto de referencia donde converja la comunidad de Piedecuesta y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos (CPS, sección misión).

El papel de la Facultad de Psicología en el CPS

El primer proyecto que se llevó a cabo se denominó *“Reconstrucción del tejido social de las familias de los asentamientos humanos que sufren desplazamiento forzado y se encuentran ubicadas en el Municipio de Piedecuesta”* al cual se le conoce como *“Tejido Social”*. El proyecto se financió por la conferencia Episcopal Italiana y por medio del cual inicia el trabajo del componente de psicología para realizar un acompañamiento psicosocial a las familias desplazadas.

En enero de 2007 el CPS estableció la forma de llegar a los Colegios; así se creó el portafolio de servicios para colegios como la Normal Superior, el Carlos Vicente Rey (CAVIREY), el Víctor Félix Gómez Nova, el Humberto Gómez Nigrinis (HUGONI), el Balbino García, el Luis Carlos Galán y el Cabecera del Llano (CABELLANO). Los colegios identificaron una oportunidad de mejoramiento de la calidad de vida de su comunidad estudiantil, con lo cual se llevó a cabo un trabajo por parte del departamento Formación Humanística en el mes de abril del mismo año dirigidas por el Mg. Gustavo Quintero, donde

Caracterización de una muestra de consultantes del CPS de Piedecuesta

se realizaron charlas a docentes, estudiantes y padres de familia. Esta iniciativa fundamentó las bases para el inicio y formalización del servicio de atención psicológica a estudiantes de diferentes colegios públicos del Municipio de Piedecuesta.

Durante el segundo semestre del 2007 algunos colegios solicitaron la continuidad de los procesos que se llevaron a cabo. Ante ello, en el área de psicología se implementó el manejo de un pre-diagnóstico para los estudiantes de nuevo ingreso a la institución educativa Humberto Gómez Nigrinis. De igual manera, se inició el trabajo con los desplazados en Piedecuesta, con los reinsertados en Bucaramanga y el Centro de Proyección Social fue invitado por la Comisión Nacional de Reparación y Conciliación. Para el mes de octubre de 2007, el colegio Humberto Gómez Nigrinis requirió que se realizara un seguimiento a las familias de los jóvenes que iban a ingresar en el 2008. Fue así como estudiantes de la facultad de Psicología realizaron el pre-diagnóstico a 140 jóvenes. De manera simultánea la facultad de Ingeniería Civil ejecutaba el levantamiento topográfico para el redireccionamiento de algunos tramos de vías (huellas) en algunas veredas. Para finales del año 2007 el Centro de Proyección Social de Piedecuesta había atendido a un total de 3,100 habitantes del Municipio y veredas aledañas.

El 2008 inició con nuevas estrategias en colaboración con la Alcaldía del Municipio que, a su vez, fomentó el desarrollo social. Solicitaron el acompañamiento del CPS para llevar a cabo los proyectos que se gestaran durante ese Gobierno. Los vínculos de colaboración entre el CPS, la Secretaría de Desarrollo, Comfenalco y la Alcaldía posibilitaron la primera brigada cívico-social en Nueva Colombia donde se vincularon las Facultades de Comunicación Social, Psicología y Derecho.

En el año 2010 se implementó el programa factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de bachillerato del colegio Balbino García e implementación de un área de servicios psicológicos en el CPS. Los servicios continuaron su

evolución con la formalización del manual de procedimientos, protocolo y funciones y proyecto sobre competencias ciudadanas.

Durante el año 2011 se ejecutó el proyecto *Productividad y competitividad diseño e implementación de un programa sobre participación ciudadana en niños, niñas y jóvenes* basados en la Ley 1098 de 2006, código de infancia y adolescencia en el Municipio de Piedecuesta. Así mismo, se empleó el programa de atención psicológica bajo modelo cognitivo-conductual para la población atendida en el CPS de Piedecuesta.

En el año 2012 se llevó a cabo el proyecto *Intervención clínico analítica funcional en problemas de comportamiento de niños y adolescentes de Piedecuesta*, el cual dio paso a la creación de un programa de entrenamiento grupal a padres de familia en pautas de crianza. Para el segundo semestre se realizó el estudio de *Problemáticas infanto-juveniles a nivel individual y grupal presentes en las instituciones educativas vinculadas al CPS*.

En el año 2013 se elaboró el proyecto *Caracterización de la cultura organizacional de las famiempresas de población desplazada del CPS*. Al mismo tiempo se prestó servicio de intervención psicológica a los miembros de dichas familias. Por su parte, en los colegios se desarrolló el proyecto *Agresión y acoso escolar en el Municipio Piedecuesta*. En la actualidad el CPS trabaja por la comunidad piedecuestana, quien reconoce a la Universidad Pontificia Bolivariana como la primera institución de educación superior en vincularse a procesos de mejoramiento social en la zona.

Referente Conceptual

Salud mental

Según la OMS (2013), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones cotidianas, puede trabajar y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En Colombia la Ley de Salud Mental 1616 de 2013 garantiza el derecho a la salud mental de los colombianos, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la atención oportuna y digna, bajo los preceptos positivos de salud mental, salud integral y atención primaria en salud para responder a las necesidades y demandas poblacionales (Ministerio de Salud, 2013).

Según el Informe de la Secretaría de la AMS (2012), en el mundo la brecha entre la necesidad de tratamiento psicológico para los trastornos mentales y su prestación es amplia; por ejemplo, entre el 76,0% y el 85,0% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento alguno en los países de ingresos bajos y de ingresos medios. Por su parte, los países de ingresos altos también presentan valores elevados entre el 35,0% y el 50,0%, de pacientes sin tratamiento. En el campo de la psicología, una de las formas de intervención en el manejo de trastornos mentales es la psicoterapia.

Los trastornos mentales son parte del panorama epidemiológico de Colombia e incluso parece ser que su incidencia seguirá incrementando como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el país. En el Primer Estudio de Salud Mental en Medellín, Kessler (2011) afirma que “la Organización Mundial de la Salud estableció el Consorcio Mundial de Salud Mental con el objetivo de obtener información para los gobiernos e identificar las necesidades insatisfechas de tratamiento de problemas de salud mental” (citado por Torres et al. 2012, p. 33).

La investigación nacional en Colombia, al igual que en otros países, presenta evidencia de que alrededor de 8 de cada 20 personas presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses y 1 de cada 14 en los últimos 30 días. Ante esto se evidencia que una alta proporción de la población cumple el criterio clínico de trastornos mentales y no están accediendo al tratamiento. En ese mismo estudio poblacional de Salud Mental exponen cómo la evidencia basada en estudios clínicos confirma que los trastornos mentales tratados adecuadamente genera un alivio para la persona con relación a sus problemas emocionales y cambios a favor de su salud física (Torres, et al. 2012).

Los trastornos mentales hacen parte ya del panorama de interés sanitario en Colombia y en el mundo, ya que en contraste con la Organización Mundial de la Salud y Murray y López (1996, citado por Borges, Medina, & López, 2004) afirman que “para el año 2020, la depresión mayor unipolar sería la segunda causa de enfermedad más importante en el mundo” (p. 452), lo que aumenta la importancia de los trastornos mentales como problema de salud pública.

Los estudios de salud mental toman relevancia en temáticas de salud pública con el propósito de describir prevalencia y consecuencia de los trastornos mentales, tanto en Colombia como en otros países del mundo. Siendo así, en un estudio del síndrome depresivo y los factores asociados con este en Colombia identificaron que el 10,0% de los participantes presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% presentó alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más del 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres y la mayor prevalencia se encontró en las personas mayores de 45 años. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron el género (femenino), considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las

relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad (Gómez, et. al. 2004).

Salud mental en el Departamento de Santander

Al igual que a nivel nacional, la salud mental toma un giro importante en el Departamento de Santander como punto de énfasis en salud pública. Esto como respuesta a reportes de alta incidencia de trastornos mentales en Colombia al utilizar instrumentos auto-administrados, particularmente en el Departamento de Santander (Campo-Arias, 2012). El mismo autor añade que en Bucaramanga, en un estudio realizado con 2.496 personas entre 18 y 65 años de la población general, documentaron que 13,8% presentaba una alta probabilidad de reunir criterios para un trastorno mental común (trastorno por ansiedad o depresivo) durante el último mes. Estas cifras responden a distintos factores sociales característicos de Colombia y el Departamento de Santander, como lo es la violencia en sus distintas manifestaciones.

Las diferentes formas de violencia son un factor ambiental que influye en el desarrollo de síntomas emocionales y el deterioro de la calidad de vida de los ciudadanos, por lo que su consideración toma pertinencia en la prevención de trastornos de salud mental. Generalmente, la violencia se asocia a condiciones negativas, como desplazamiento y pobreza lo que ocasiona una situación mental compleja, en la que convergen una serie de estresores que se relaciona significativamente con la aparición de síntomas y trastornos mentales (Campo-Arias, 2012).

Las diferentes formas de violencia y las condiciones de pobreza son frecuentes en el Departamento de Santander. Los datos disponibles muestran que Santander es uno de los

departamentos de Colombia que recibió el mayor número de desplazados por la violencia en los últimos años lo cual pudiera sustentar la alta frecuencia de trastornos mentales en esta región del país (CODHES, 2005). Es necesario tener presente que el diagnóstico de un trastorno mental se asocia a un incremento en la mortalidad, tanto por causas naturales como por causas no naturales (Joukamaa, Heliövaara, Knekt, Aromaa, Raitasalo, & Lehtinen, 2001 citados por Campo-Arias, 2012).

En el Departamento de Santander, las condiciones sociales y políticas de los últimos años sugieren un incremento en las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales más frecuentes en la población. Sin embargo, se desconoce la frecuencia concreta de estos problemas de salud (CODHES, 2005). Ello indica la necesidad de realizar trabajos que posibiliten caracterizar y describir el estado de la salud mental en el Departamento de Santander.

Salud mental y ciclo vital

Los trastornos mentales se presentan a través de las distintas etapas del ciclo vital; sin embargo las problemáticas varían en frecuencia e intensidad. En la ciudad de Bucaramanga se identificó que de 239 niños entre los 8 y 11 años el 10% presentaban sintomatología sugestiva de un episodio depresivo mayor (Mantilla, Salbalza, Díaz & Campo-Arias, 2004). Por su parte, en la población juvenil se destaca la problemática del suicidio entre los factores psicosociales de mayor pertinencia. Varios autores argumentan que el perfil psicopatológico de los jóvenes con intentos suicidas se destaca por los síntomas de ansiedad, ideación suicida, hipotimia, insomnio e irritabilidad como manifestación clínica de los pacientes (Peña, Casas, Padilla, Gómez, & Gallardo, 2002). Estas manifestaciones clínicas tienen diversas génesis, una de ellas los conflictos intrafamiliares.

Relacionado a la salud mental en la adolescencia, un factor importante en el desarrollo es el tipo de familia a las que pertenecen los jóvenes. Al determinar la relación entre la disfunción familiar y la depresión en los adolescentes, se identificó que en los evaluados con depresión, la familia generalmente tiene características de rigidez y pueden ser dispersas. En contraparte, en los adolescentes sin depresión eran más comunes las familias flexiblemente aglutinadas (Leiva, Hernández, Nava & López, 2006). Así mismo, otro factor que influye en la salud mental de los adolescentes es el autoconcepto. Los adolescentes que mostraron un alto autoconcepto y autoestima tienen menos síntomas psicopatológicos en todas las escalas del cuestionario SCL-90-R (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, adicional), evidenciando mejor salud mental (Garaigordobil, Durán & Pérez, 2005).

Salud mental y género

En la descripción de salud mental por género se encuentra que fundamentalmente la presencia más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos está entre las mujeres; entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias (Montero, Aparicio, Gómez, Reneses, Usall & Vázquez, 2004). Por el contrario en el trabajo de Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres, demuestran que no hay diferencias significativas en salud física y psicológica en los dos géneros, sin embargo en la variable ansiedad fisiológica y ansiedad total, las mujeres puntúan más alto (Sánchez, Aparicio & Dresch, 2006).

Intervención en salud mental

Según la Asociación Americana de Psicólogos la psicoterapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, esto proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial, para trabajar juntos en pro de un objetivo, que consiste en identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden sentirse bien (APA, s.f).

La psicoterapia es un proceso en el que impera establecer esa relación empática entre consultante-terapeuta, pues en ella se emplea la ayuda mutua. Sin embargo, es importante resaltar que intervienen otro tipo de factores que influyen para que el proceso sea eficaz, como el tipo de relación con el terapeuta y el esquema perceptual del paciente (López, 2012). Este esquema perceptual propicia o inhibe la adherencia al tratamiento psicoterapéutico.

El abandono temprano del programa revela una mayor disfunción psicológica (Comas, et al., 1986 citado por Hernández & Londoño, 2012). Así mismo, la adherencia en la atención de salud mental no depende solamente del terapeuta sino también de la actitud del paciente frente al tratamiento, si se consideran factores como el pago, horarios y disponibilidad. La formación profesional es otro factor que influye en la eficacia, ya que en la formación práctica y académica muchas veces no preparan a los psicólogos para determinadas necesidades y particularidades de poblaciones específicas, repercutiendo en la calidad de la terapia (López, 2012).

Conocer los factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento son ejes fundamentales en la intervención psicoterapéutica. En Colombia se determinó que las estructuras cognitivas de abuso, vulnerabilidad, perfeccionismo, la estrategia de solución de problemas y reevaluación positiva se constituyen como variables adherentes al proceso. Además, acontecimientos como violencia intrafamiliar,

vida en la calle, presenciar muertes violentas también favorecen la adherencia a la psicoterapia (Hernández & Londoño, 2012). Lo anterior se fundamenta en constructos teóricos que adquiere el psicólogo o la psicóloga, que permiten la identificación de estrategias de intervención psicoterapéuticas.

La orientación teórica desde la cual ejerce el psicólogo o la psicóloga es un factor determinante, pues no todas las corrientes teóricas producen los efectos de recuperación con la misma rapidez y efectividad. Por ejemplo, la teoría cognitiva es más focalizada que el psicoanálisis, produciendo efectos más rápidos en el proceso psicoterapéutico que el psicoanálisis (López, 2012). El autor añade que esto no quiere decir que el psicoanálisis no sea efectivo sino que trabaja a un ritmo distinto, produciendo igualmente un efecto diferente. Así mismo el autor expone que asumir las técnicas sin cuestionamientos equivale a creer que todo es legítimo y que es posible utilizarlas en diferentes contextos sin tener en cuenta los posibles resultados de esos procedimientos. Ante lo expuesto, se deduce que los factores que inciden en la eficacia de la calidad del servicio de salud mental en la atención pública y privada dependen de múltiples causas, todas muy relacionadas con el contexto donde se preste. Sin embargo, el profesional de la salud debe velar por ofrecer el mejor servicio posible, procurando desarrollar las destrezas terapéuticas y cumplir con el objetivo de ayuda mutua. Tener en cuenta las anteriores sugerencias promueve un mejor desempeño terapéutico del profesional de la salud mental.

Hacia el fortalecimiento del quehacer psicológico en Piedecuesta

Sin duda, conocer la dimensión de algunos de los diagnósticos en salud mental en el Municipio de Piedecuesta permitirá diseñar estrategias e implementar programas con nuevos enfoques de atención primaria. Así, se pretende mejorar las condiciones de la prestación del servicio e incrementar la calidad de vida de los ciudadanos, mediante la implementación de

tratamientos acordes a las necesidades, el entrenamiento del personal de salud mental y la planificación de nuevas estrategias para garantizar los recursos que posibiliten un óptimo sistema de atención en salud mental al alcance de todos los usuarios del Centro de Proyección Social de Piedecuesta.

Resulta pertinente hacer un trabajo que describa las características de los síntomas que afectan transitoriamente a los consultantes del Municipio. La epidemiología de los trastornos mentales se caracteriza también por su interés en una serie de procesos que no parecen constituir síndromes propiamente dichos, pero que alimenta el interés sanitario (Borges, Medina, & López, 2004) por lo que el propósito del estudio es caracterizar la dinámica de los consultantes que presentan los posibles trastornos y síntomas, aunque no sea un estudio epidemiológico.

Para el desarrollo de éste trabajo se analizaron los datos sociodemográficos consignados en la base de datos de los consultantes del Centro de Proyección Social entre los meses de marzo a agosto de 2014 e información que describe los tipos de familia, los síntomas y desarrollo del proceso psicológico, etc.

Otros de los objetivos que en éste trabajo se planteó son la atención y prevención que promoviera habilidades eficaces en el momento de enfrentarse a las problemáticas en el ámbito clínico. Dicho servicio cumplió los con la efectividad de las terapias psicológicas las cuales pasan por diversas fases (Kupler, 1991 citado por Echeburúa & Corral, 2001, p.183). La actuación sobre cualquier problema en el ámbito de la salud mental exige conocer la magnitud del problema que se está tratando, lo que resulta información esencial para formular estrategias de mejoramiento. Se enfatiza la importancia de disponer de datos confiables y actualizados sobre las diversas variables presentes en los síntomas y trastornos de quienes lo padecen, no sólo para planificar y vigilar sino también para sensibilizar a la comunidad sobre

el problema. Por lo anterior, es pertinente realizar éste tipo de trabajos que le permitan avanzar hacia el logro de un mejor bienestar en cuanto a la salud mental.

Objetivo general

Para el presente estudio, el objetivo principal fue caracterizar una muestra de consultantes del Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta entre los meses de marzo a agosto del 2014.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los consultantes que reciben servicios en el Centro de Proyección Social.
2. Describir los tipos de familia que conforman los consultantes.
3. Identificar la prevalencia de las problemáticas psicosociales o trastornos psicológicos de en los consultantes.
4. Explorar problemáticas psicosociales que pudieran estar asociadas a variables demográficas de los consultantes en cuanto a edad, género y escolaridad.
5. Elaborar un informe clínico con los consultantes que terminen el proceso.
6. Socializar el trabajo realizado durante el tiempo de pasantía y su impacto para la institución.

Metodología

Para la consecución de los objetivos de estudio se consideró oportuno elegir la metodología de tipo descriptivo transversal. Para lograr los objetivos propuestos se extrajo información de la base de datos de los consultantes en atención psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta entre los meses de marzo y agosto de 2014, cuya información se obtuvo de la Entrevista Inicial y datos de la Historia Clínica.

Participantes

La muestra estuvo integrada por la información de la base de datos de un total de 152 historias clínicas de los consultantes en el servicio de orientación psicológica en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, quienes asistieron entre los meses de marzo y agosto de 2014.

Instrumentos

Se desarrolló una matriz con la información que se requería analizar en el estudio. La matriz contiene un conjunto de datos pertenecientes a las 152 personas que asistieron a consulta entre los meses de marzo y agosto al CPS de Piedecuesta (Ver Apéndice 1). La clasificación de los datos recopilados se realizó con base al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). Para obtener la información contenida en la matriz de datos, se examinaron los siguientes documentos del CPS:

1. Consentimiento informado – documento en el cual el consultante autoriza la intervención y aplicación de pruebas ya sea de quien firma o un menor a cargo (Ver Apéndice 2).

2. Historia clínica: contiene la información necesaria para la atención de los consultantes. Éstos datos son de tipo sociodemográfico, asistencial, preventivo y social (Ver Apéndice 3).
3. Entrevista estructurada: documento donde se recopila la información en la primera cita, con la cual se asigna el caso a un psicólogo (práctica, pasantía, labor social, especialización, asesor de práctica o doctorado) (Ver Apéndice 4).

Procedimiento de registro de datos

Se realizó la primera consulta, donde se diligenció la historia clínica, el consentimiento informado y la entrevista estructurada; posteriormente, se registró ésta información en la base de datos. Se asignó el caso a la persona que iba a dirigir el proceso de atención psicológica, ya sea un psicólogo practicante, pasante, en labor social, en especialización, asesor de práctica o doctorado y se programó la segunda sesión.

En la segunda sesión, según lo determinara el o la terapeuta responsable, se continuó con la entrevista y/o se administraban las pruebas psicológicas pertinentes lo que llevaría a una posible tercera sesión, teniendo en cuenta que cada sesión se realiza en frecuencia semanal o quincenal.

Luego se propondría un plan de intervención y se procedería con el seguimiento del proceso. Una vez avanzado el proceso de intervención, la información recopilada se clasificaba de acuerdo a los parámetros que se establecen en el SNIES. Cabe destacar que la clasificación de la información dependía estrictamente del criterio de la estudiante de pasantía en psicología debido a que el SNIES ofrece clasificaciones generales. Al finalizar la pasantía, se procedió al análisis de los datos incluidos en la base de datos.

Atención en el Centro de Proyección Social

Además de la investigación, cabe mencionar que la pasante tuvo como función principal realizar la primera consulta en la cual el usuario tenía que contemplar un cuestionario “Cognitivo-Comportamental Básico CS por Lazarus (primera adaptación: René Calderon Jemio 1989”). A partir de esa ficha se remitió al paciente a un Psicólogo Practicante, Pasante, en Especialización o Doctorado y se programó la segunda sesión. En esa primera atención, durante el semestre de 2014 se atendieron casos únicamente la primera consulta.

Resultados

Para el presente estudio, el objetivo principal fue caracterizar una muestra de consultantes del Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta. Los resultados se presentarán en tres vertientes de relevancia: 1. descripción sociodemográficos; 2. datos relativos a las consultas clínicas; 3. análisis de relación entre variables sociodemográficas y problemáticas de atención psicológica. En primera instancia, se describirán las variables sociodemográficas de los consultantes (género, edad, ciclo vital, estado civil, nivel escolar, ocupación, tipo de familia y condición de vulnerabilidad). Seguidamente, se presentarán los hallazgos específicos en torno a las consultas clínicas.

Caracterización de las variables sociodemográficas

De los datos se identificó que un 51% de los consultantes son del género femenino, mientras que el 49% fueron del género masculino. Se observó en la muestra una mayor prevalencia de jóvenes entre 12 a 26 años (49%), en segundo lugar niños de 6 a 11 años (28%). Por su parte, los consultantes que se atendieron con menor frecuencia se encontraron entre el ciclo vital de primera infancia (5%) y adultos mayores (0%). El estado civil de los consultantes en su mayoría corresponde a soltero 83% (ver Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de la muestra por género, ciclo vital y estado civil

	<i>f</i>	<i>%</i>
Género		
Femenino	77	51
Masculino	75	49
Ciclo vital		
Primera infancia (0-5 años)	7	5
Niñez (6-11 años)	43	28
Jóvenes (12-26 años)	75	49
Adultos (26-60 años)	27	18
Estado civil		
Soltero	127	83
Unión libre	7	5
Casado	10	6
Separado	7	5
Viudo	1	1

Nota: La clasificación del ciclo vital se realizó de acuerdo al SNIES.

Del total de la muestra, 108 sujetos (71%) son menores de edad. Éstos debían acudir con un acompañante quien era el responsable del proceso psicológico del menor. El 80% de los casos el acudiente fue la madre y el 20% restante corresponde a quienes eran acompañados por el padre, tío(a), primo(a), abuelo(a) o padrastro/madrastra (ver Tabla 2).

Tabla 2

Tipo de relación entre el consultante menor de edad y el acudiente

	<i>f</i>	<i>%</i>
Madre	87	80
Padre	9	8
Tío (a)	5	5
Primo (a)	2	2
Abuelo (a)	4	4
Padrastro/madrastra	1	1

En cuanto a escolaridad de los consultantes se concentra en los niveles de pre-escolar, primaria, secundaria con 20%, 38% y 34% respectivamente, mientras que el 1% de la población pertenece al grupo de universitarios o sin estudios. La ocupación más frecuente es estudiante 75% (ver Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de la muestra por escolaridad y ocupación

	<i>f</i>	%
Nivel escolar		
Pre-escolar	31	20%
Primaria	58	38%
Secundaria	51	34%
Técnica	3	2%
Tecnología	3	2%
Universitaria	1	1%
Postgrado	3	2%
Sin estudios	2	1%
Ocupación		
Estudiante	114	75%
Ventas	11	7%
Hogar	9	6%
Ninguna	7	4%
Oficios varios	3	2%
Aux. de cajas	1	1%
Conductor	1	1%
Construcción	1	1%
Enfermera	1	1%
Guarda de seguridad	1	1%
Trabajador del estado	1	1%
Operario de máquina	1	0%
Psicólogo	1	0%

Para el tipo de familia, del análisis se desprende que 55% (n=84) de los consultantes pertenece a una familia nuclear. Por otra parte, 24% reportó que pertenece a una familia extensa o consanguínea; 27% pertenece a una familia monoparental y el menor porcentaje (5%, n=3) pertenece a una familia reconfirmada.

Es significativo reconocer que las personas que asisten al Centro de Proyección Social presentan alguna condición de vulnerabilidad como desplazamiento forzado o maltrato intrafamiliar. Se identificó que el 15% pertenecían al grupo de violencia intrafamiliar y un 11% tenía algún tipo de vulnerabilidad social. Sin embargo, el 61% de las personas atendidas presentaron una condición de vulnerabilidad distinta a las descritas en el SNIES, como dificultades académicas, ansiedad, depresión y duelos (ver Tabla 4).

Tabla 4

Clasificación de condición de vulnerabilidad

	<i>F</i>	%
Otra	93	61%
Violencia intrafamiliar	23	15%
Vulnerabilidad social otras	16	11%
Desplazamiento	7	5%
Mujeres cabeza de familia	5	3%
Consumo de SPA	3	2%
Riesgo o abandono	2	1%
Desempleo	2	1%
Violencia sexual	1	1%

Descripción de variables clínicas

Se analizó la forma de remisión de los casos al CPS. El 69% (n=105) de las personas que asistieron a recibir servicios psicológicos lo hacían de forma particular, mientras que un 31% (n=47) de los consultantes eran remitidos de alguna entidad como los colegios u otros profesionales. Estas remisiones se clasificaron según el motivo de consulta los cuales se catalogaron en salud o educación. El mayor porcentaje de casos atendidos durante el periodo requirió consultas en el área de salud (58%, n=88), según la clasificación propuesta por el SNIES.

Para propósitos de este estudio, al finalizar la pasantía se evaluó el estatus de las historias clínicas analizadas. Para esto, se clasificó el estatus como cierre, en proceso o en lista de espera. Un 69% (n=106) de las historias clínicas se identificaron como cierres. De estos cierres, el mayor porcentaje (58%) respondió a cierres por inasistencia de los y las consultantes, mientras que el motivo de cierre menos frecuente fue por dificultades económicas (1%) (ver Figura 1).

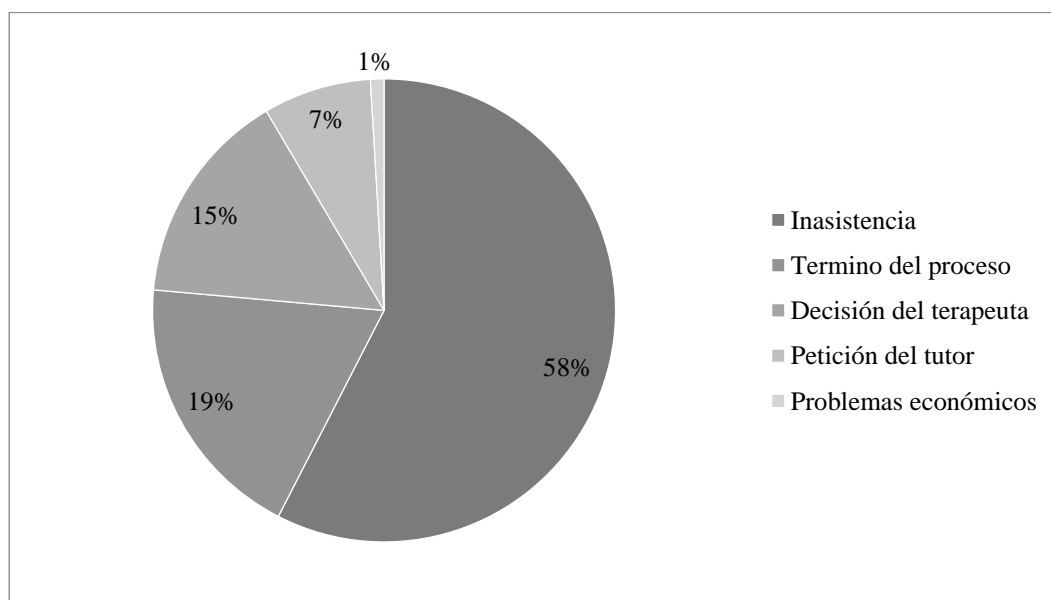


Figura 1. Distribución de motivos de cierre de historias clínicas

Caracterización de una muestra de consultantes del CPS de Piedecuesta

El análisis de la frecuencia y promedio de asistencia de los y las consultantes se realizó con base en los casos en estatus de cierre (n=106). El promedio de veces que asiste un consultante es de 6 a 7 citas. Sin embargo, la mayoría de los consultantes (34%, n=36) asiste solo en una ocasión (ver Tabla 5).

Tabla 5

Distribución de frecuencia de asistencias a consultas psicológicas

Cantidad de asistencias	<i>f</i>	%
1	36	34
2	15	14
3	10	10
4	14	13
5	12	11
6	4	4
7	5	5
8	3	3
9	2	2
10	3	2
11	1	1
12	1	1

Durante el proceso de intervención se identificó una problemática central que los y las consultantes identificaron como su motivo de consulta. De una parte, los problemas principales con una mayor frecuencia fueron dificultades en pautas de crianza con el 32%. Seguidamente, se presentaron mayores consultas relacionadas a dificultades en relaciones de pareja (13%), dificultades académicas (9%) y síntomas relativos a estados de ánimo (8%) (ver Tabla 6).

Tabla 6

Clasificación de las problemáticas principales

	<i>f</i>	<i>%</i>
Pautas de crianza	49	32
Relaciones de pareja	21	13
Dificultades académicas	14	9
Problemas familiares	10	7
Síntomas relativos al estado de ánimo	12	8
Coficiente intelectual	7	4
Agresión escolar	6	4
Ideación suicida	6	4
Duelos	5	3
Control de impulsos	5	3
Terros nocturnos	3	2
Separación de los padres	3	2
Consumo de sustancias	2	2
Problema de la ingesta	2	2
Problemas de interacción social	2	2
Orientación vocacional	1	1
Alucinaciones	1	1
Autoestima	1	1
Dificultades del lenguaje	1	0
Manejo de la sexualidad	1	0

Es pertinente identificar las formas en las que expresan los motivos de consulta las personas que requieren servicios psicológicos en el CPS. A través del análisis cualitativo de las verbalizaciones que realizan los y las consultantes, se pretende identificar las significaciones que otorgan a las problemáticas psicosociales y vocabulario dirigido a identificar psicopatologías. Esto, a su vez, para contrastar con el diagnóstico final que se otorgó. Relacionado con pautas de crianza, problemas de pareja, dificultades académicas y del estado del ánimo, algunas de las verbalizaciones fueron:

P17: Madre del paciente reporta "Mi hijo es gordo, come mucho, debido a que empecé a trabajar él se bloqueó. Se está volviendo muy perezoso en el colegio. Perdió el año, además los amigos lo rechazan, debe preocuparse por su bienestar (masculino, 14 años).

P55: Padre refiere "Mi hijo es irresponsable con las tareas, no está motivado con el estudio, la madre lo indispone con la madrastra. Le gusta ver televisión por mucho tiempo. Es rebelde y no sigue las reglas. También es mentiroso. (masculino, 11 años)

P1: "Hace 3 días termine con mi pareja y no he podido comer ni dormir, estoy descontrolada, no soporto que se vuelva a repetir; siento que la vida no vale nada" (fémmina, 29 años).

P24: "Me siento desesperada por la separación con mi esposo, desde hace 9 años. Tenemos una relación conflictiva" (fémmina, 53 años).

P28: Madre refiere "Lo traigo por mal rendimiento académico, perdió 8 materias" (masculino, 13 años).

P35: Madre refiere "mi hijo ha perdido interés por el estudio, es mentiroso y perezoso" tenemos miedo de que se nos salga de las manos. Tiene un problema de la vista" (masculino, 15 años).

P41: "He querido quitarme la vida y no tengo ganas de ir a clase" llevo 2 semanas sin entrar a clase. Soy aislado de las demás personas. Repito el año, porque el año anterior lo perdí por enfermedad (dengue). Tengo la necesidad de estar viendo imágenes eróticas" (masculino, 18 años).

Estos motivos de consulta, a su vez, se registraron en categorías de problemáticas psicosociales según la clasificación que provee el DSM-IV-TR. Los problemas relativos al grupo primario de apoyo (34%) son los más frecuentes entre los y las consultantes que asistieron al CPS. En segundo lugar se presentaron problemas relativos al ambiente social (ver Tabla 7).

Tabla 7

Clasificación de motivos de consulta en problemáticas psicosociales (Eje IV DSM IV TR)

	<i>f</i>	<i>%</i>
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	52	34
Problemas relativos al ambiente social	37	24
Problemas relativos a la enseñanza	34	22
Síntomas somáticos	26	17
Otros problemas psicosomáticos y ambientales	2	2
Problemas con el consumo o dependencia de sustancias	1	1

Análisis de variables sociodemográficas y problemáticas clínicas

La descripción de los motivos de consulta asociados al género se presenta en el gráfico 1. En ambos géneros se mostró más frecuente las dificultades asociadas a las pautas de crianza. Para los hombres fueron más frecuentes las problemáticas de dificultades académicas y agresión escolar; en cambio para las mujeres son más frecuentes los motivos de relaciones de pareja, estado de ánimo y problemas familiares.

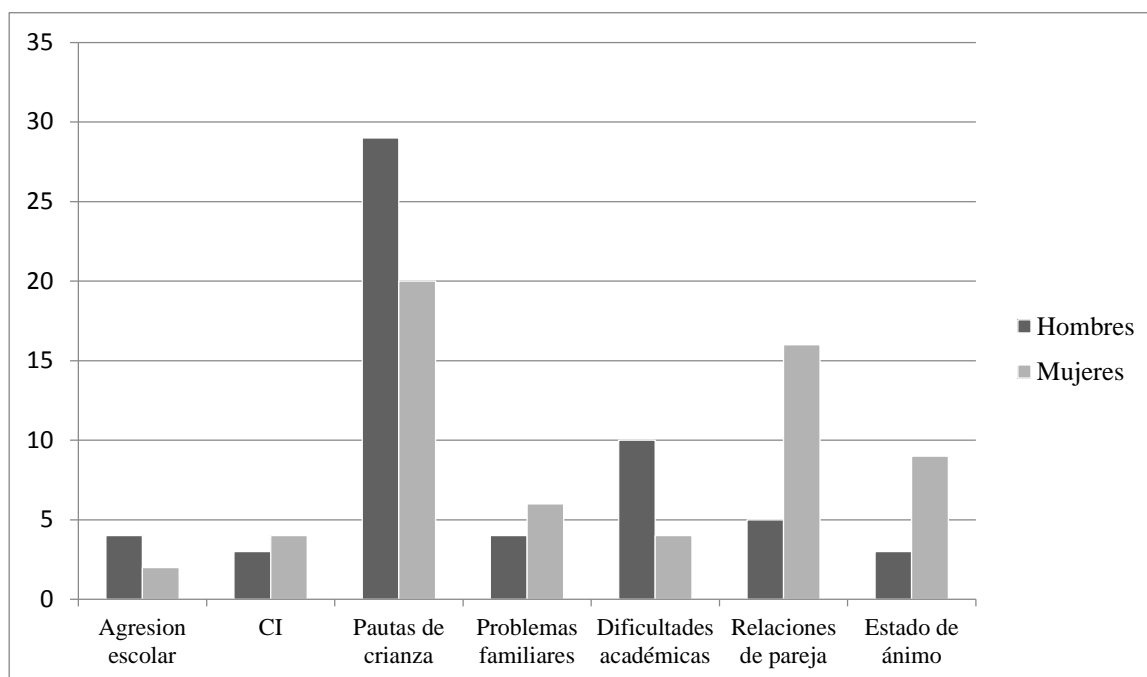


Gráfico 1. Tipo de problema por género.

La población de estudio se clasificó en 5 ciclo vitales según la edad (primera infancia, niñez, jóvenes, adultos y adultos jóvenes). La mayor participación de asistentes estuvo en niñez, jóvenes y adultos lo que supone describir los problemas en estos ciclos vitales. Para el grupo de niñez las dificultades relacionadas a las pautas de crianza son las más frecuentes. Por su parte, para los jóvenes fueron pautas de crianza, dificultades académicas y relaciones de pareja. Mientras, para el grupo de adultos son más frecuentes dificultades asociadas a relaciones de pareja, problemas familiares y síntomas relativos al estado de ánimo (ver Gráfico 2).

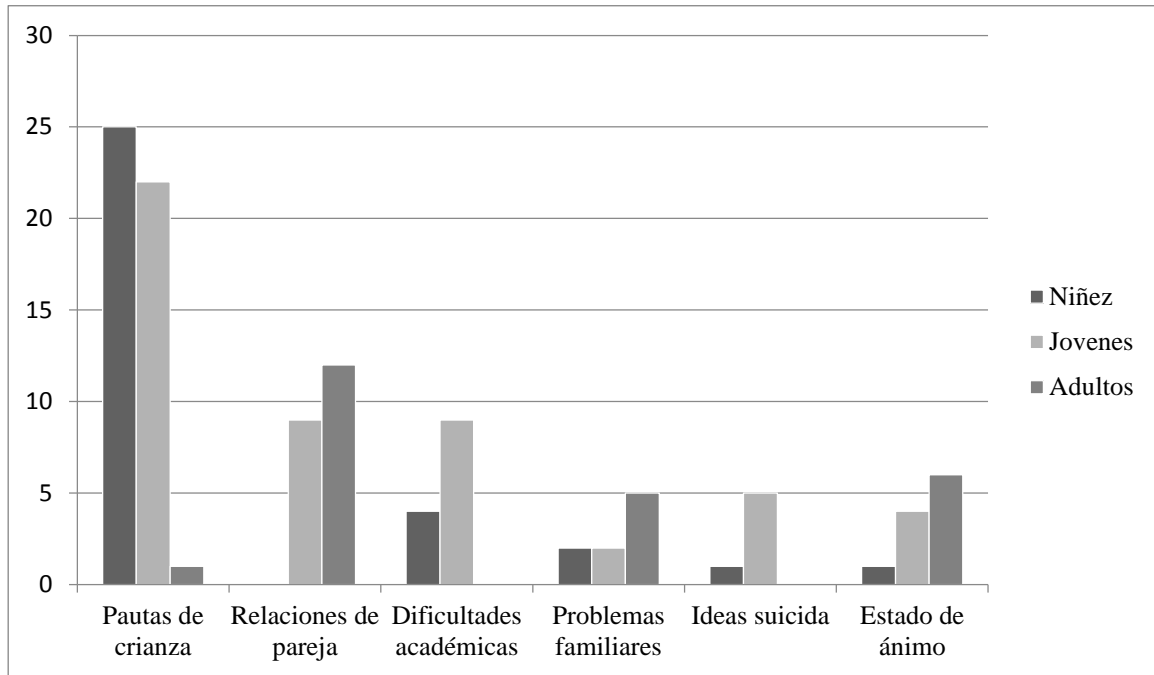


Gráfico 2. Tipo de problema por ciclo vital.

En relación a las problemáticas psicosociales y escolaridad, se evidenció que tanto para los preescolares, los estudiantes de primaria y secundaria la dificultad principal fueron las pautas de crianza. Por su parte, para los estudiantes de primaria se añaden las dificultades académicas, mientras que para consultantes en secundaria las relaciones de pareja (ver Gráfico3).

Caracterización de una muestra de consultantes del CPS de Piedecuesta

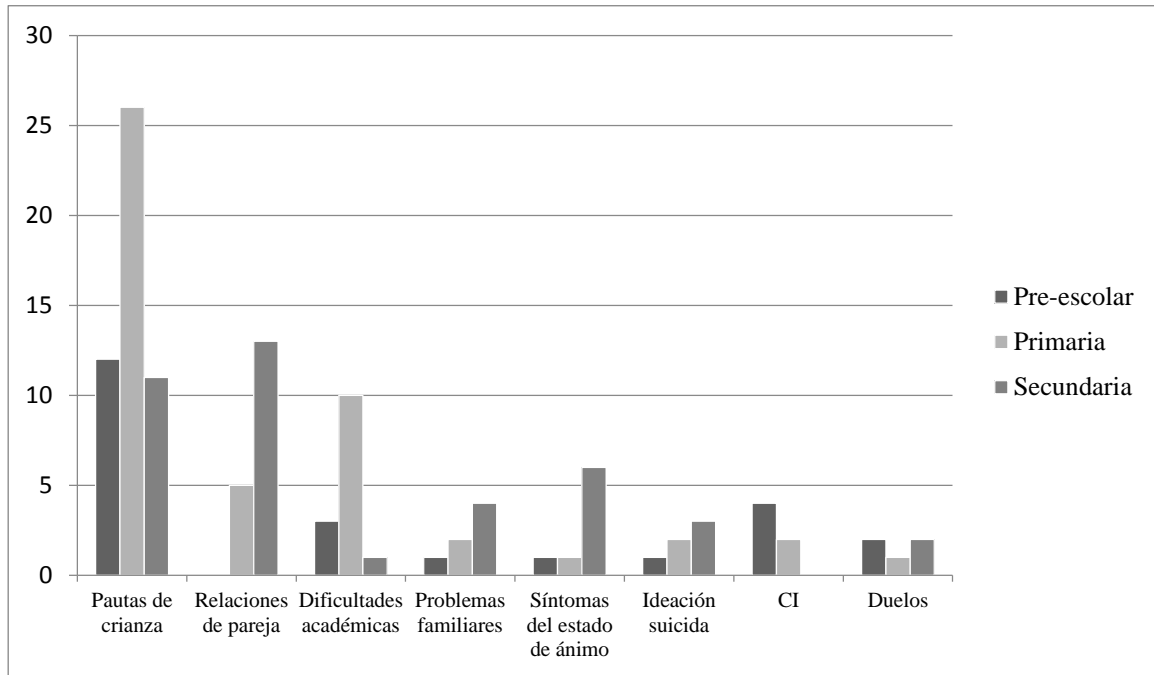


Gráfico 3. Tipos de problemáticas por escolaridad

Discusión y Conclusiones

La presente investigación aporta antecedentes a la escasa información disponible en torno a la salud mental en la ciudad. Aun cuando los síntomas mentales en Piedecuesta han estado presentes de forma activa, hasta la fecha no hay publicaciones sobre los índices y estadísticas de la salud mental de los piedecuestanos. Cabe destacar que este estudio es uno descriptivo transversal que consideró una muestra de consultantes del Centro de Proyección Social. Por tanto, la generalización de los resultados del estudio a la población en general debe examinarse con más detalle y con una muestra representativa de la población.

Se identificó que la muestra está compuesta por el 51% mujeres y el 49% hombres. Con ello permite un análisis entre las problemáticas que presenta cada género. Las problemáticas más frecuentes en las mujeres fueron síntomas asociados a estado de ánimo, dificultades en las relaciones de pareja y problemas familiares. Mientras, en los hombres prevalecen las dificultades académicas, agresión escolar y pautas de crianza. La literatura existente en torno a la salud mental, tanto a nivel mundial como en Colombia, establece que los trastornos del estado de ánimo con cuadros depresivos y estados ansiogénicos son más frecuentes en las mujeres (Montero, Aparicio, Gómez, Reneses, Usall & Vázquez, 2004), lo cual es consistente con los resultados de este estudio en relación a la muestra. Mientras que en los hombres son consumo de sustancias y trastornos de personalidad, los cuales son datos que no fueron consistentes con el presente estudio.

Los resultados de la presente investigación identifican que la muestra está compuesta en gran parte de consultantes que corresponden a edades entre los 12 a los 26 años, para los cuales no se identificó un diagnóstico de trastornos psicológicos o psiquiátricos. Al comparar esto con el estudio de Harphan et al (2005) se encuentra que difiere ya que exponen que un 24% de la muestra que utilizaron en su estudio presentó alto riesgo para un posible trastorno mental común. En el CPS la mayoría de consultantes presentaban dificultades, sin embargo,

del avalúo de los psicólogos y las psicólogas indicaron que los y las pacientes no cumplían criterios diagnósticos para otorgar un diagnóstico psicopatológico.

En el CPS se identificó que la asistencia a consulta está conformada mayormente por personas en primera infancia, niñez y jóvenes, que presenta diferentes problemáticas como pautas de crianza y dificultades con la autoridad; sin embargo, la otorgación de diagnósticos clínicos para estos ciclos vitales fue nula. La literatura establece que los trastornos mentales afectan a personas de todas las edades. Este resultado puede estar influenciado por la edad y el ciclo vital mismo a la que corresponde la mayoría de la muestra quienes se encuentran en edades escolares en su mayoría.

Frente a los hallazgos de este estudio resulta primordial un cuestionamiento en el manejo de herramientas diagnósticas que se utilizan en el CPS. Así mismo, en las competencias de diagnóstico que poseen los y las estudiantes que ofrecen servicios de acompañamiento psicológico. Por tanto, permanece una controversia en cuanto al desfase entre las estadísticas a nivel mundial y las que arrojaron este estudio. De manera que se problematiza la caracterización de la salud mental, no tan solo en el Municipio de Piedecuesta, sino que levanta una voz de alerta ante la posibilidad de que a nivel mundial también los índices de trastornos mentales sean inferiores a los que se reportan. Siendo así, es altamente recomendable que los y las estudiantes, así como los profesionales de salud mental que ofrecen servicios en el CPS, fortalezcan las competencias de diagnóstico clínico que permitan discernir adecuadamente entre una perturbación psicológica versus un trastorno psicológico.

En la relación de salud mental en la adolescencia, como un factor primordial en el desarrollo, es el tipo de familia a las que pertenecen. El estudio realizado por Leiva, Hernández, Nava y López (2006) relacionó sintomatología de depresión en adolescentes asociada a rigidez familiar y familias dispersas. El presente estudio identificó sintomatología

asociada a depresión en un 4% de los consultantes adolescentes; sin embargo, la problemática más frecuente en este ciclo vital son las pautas de crianza, lo cual compromete la dinámica familiar, funcionamiento en relaciones de pareja y dificultades académicas. Además, se identificó que la mayoría de las familias son nucleares, lo cual es materia de estudio, evaluar y analizar las condiciones, la comunicación de dichas familias y la relación con el desarrollo de sintomatología asociada a estados de ánimo depresivos.

Otra problemática que se identificó son los síntomas relativos al estado de ánimo que constituye el 8% de los consultantes. Frente a ello, parece que se dirige hacia una disminución en los trastornos del estado del ánimo, en contraste con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud y Murray y López (1996, citado por Borges, Medina, & López, 2004) quienes afirman que para el año 2020 la depresión mayor unipolar sería la segunda causa de enfermedad más importante en el mundo. Se sugiere un estudio retrospectivo para identificar si, en efecto, las cifras relacionadas a los trastornos del estado del ánimo disminuyeron o van en aumento. Sin embargo, los resultados de esta investigación sugieren la presencia de problemáticas y no de trastornos psicopatológicos. Aun así, la presencia de problemáticas asociadas al estado de ánimo es una cifra importante de la cual hay que plantear estrategias para afrontar estos futuros síntomas.

Se identificó que en el Centro de Proyección Social el 58% de los casos se cierran por motivo de inasistencia y el 19% termina el proceso de atención psicológica. Ante esto es pertinente analizar las causas de las inasistencias para desarrollar protocolos de atención y prevención, así como intervenciones psicoterapéuticas breves orientadas a la solución de problemáticas. Por tanto, es ideal que se evalúen los procesos de recepción y asignación de casos clínicos que pudiera interferir en el compromiso que tenga el o la cliente con los procesos de acompañamiento psicológico. Resulta difícil corroborar si los cierres de las

historias clínicas se asocian a mayor disfunción psicológica, como indica Comas et al. (1986, citado por Hernández & Londoño, 2012).

Entonces, ¿qué tipo de acciones se debieran realizar para mejorar el cumplimiento? En primer lugar una estrategia para disminuir las tasas de abandono y mejorar el conocimiento sobre los tratamientos es una adecuada monitorización e información a los usuarios sobre potenciales beneficios de la psicoterapia. Por tanto el uso de contacto telefónico es un ejemplo de una estrategia de seguimiento al cliente, mas no la única que puede fomentar mejoría en la adherencia terapéutica a largo plazo.

Por consiguiente, los esfuerzos para mejorar la adherencia a consulta en el CPS de Piedecuesta debieran orientarse a resolver posibles inequidades en el acceso y a diseñar estrategias ajustadas a las características sociodemográficas del paciente, las cuales de acuerdo a la presente investigación, debieran enfocarse a grupos de pacientes de bajos ingresos económicos, con niveles de escolaridad inferior a la secundaria y que se encuentren en el ciclo vital niñez, jóvenes y adultos.

La asistencia a consulta de forma particular es más frecuente que las consultas remitidas, lo cual indica que el CPS es un centro con reconocimiento en el Municipio y que ha creado una necesidad de intervención psicológica en Piedecuesta. Frente a esto, el CPS debe maximizar esfuerzos en la promoción de los servicios de atención psicológica, no tan solo en las instituciones escolares, sino a la comunidad en general.

Los motivos relacionados al grupo primario de apoyo se presenta en un 34% de la población y la problemáticas principal más frecuente es pautas de crianza con un 32% siendo la familia un foco de trabajo para las intervenciones, además el 55% de los consultantes pertenecen a una familia de tipo nuclear. Así, es altamente sugerido que el CPS fomente el desarrollo de intervenciones dirigidas a fortalecer la dinámica familiar en la diversidad de composiciones, de manera que sean familias mentalmente saludables. Por lo anterior

expuesto, los factores que inciden en las características de los consultantes de salud mental dependen de múltiples causas, que parecen estar relacionadas con el contexto donde se desarrolle.

Este tema de estudio perfila el comienzo de un amplio trabajo a nivel de salud mental en el municipio. El fin último de debe ser mejorar la atención en el servicio de salud mental, implementando proyectos que disminuyan la problemáticas con la intención de favorecer la satisfacción del consultante al acceder a procesos con psicólogos. Los estudios descriptivos de los síntomas, trastornos y enfermedades mentales y sus vínculos, deben ser de importancia para la salud pública.

Con estos resultados se espera que estimulen la ejecución de futuras investigaciones a nivel municipal y regional, que permitan evaluar las consecuencias de las variables psicosociales relacionadas con la salud mental. También, desarrollar intervenciones para mejorar la calidad de vida de la comunidad en Piedecuesta y el manejo clínico de pacientes, que aporten a la prevención en salud y promover el desarrollo de estrategias que mejoren la adherencia y el interés sanitario en el municipio.

Referencias

- American Psychological Association. (s.f.). *¿Qué es la psicoterapia?* Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2012). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Novena sesión plenaria.
- Bermúdez, J., Rueda, G., Díaz, L., Herazo, E., & Campo-Arias, A. (2009). Consumo problemático de alcohol asociado a consumo de cigarrillo en población masculina de Bucaramanga (Colombia). *Salud Uninorte*, 25(1), 80-87
- Borges, G., Medina, M, E., & López, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública México*, 46(5), 451-463.
- Campo-Arias, A. (2012). *Estudio de Salud Mental del Departamento de Santander Colombia*. Recuperado de <http://www.onsm.gov.co/index.php/publicacionesxmestudios-libros-articulosxm/estudios-regionales/item/262-estudio-de-salud-mental-del-departamento-de-santander>
- Cativiela, R. (2008). *¿Qué es el Centro de Proyección Social de Piedecuesta?* Recuperado de http://escuelacienciassociales.blogspot.com/2008/10/centro-de-proyeccion-social-piedecuesta_23.html
- CODHES. (2005). Desplazamiento y conflicto armado: La política del avestruz Bogotá: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Boletín 58). Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/uploads/media/848.pdf?view=1>
- CPS. (s. f.) Centro de proyección social. Nosotros. Recuperado de <http://cps.bucaramanga.upb.edu.co/node/75>

- Echeburúa, E., & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 181-204.
- Garaigordobil, M., Durá, A., & Pérez, J. (2005). Síntoma psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 5-63
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamá Salud Pública*, 16(6), 378-386.
- Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodriguez C. (2005). Common mental disorders in young urban population in Colombia. *British Journal of Psychiatry*, 187, 161-167.
Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/187/2/161.full>
- Hernández, M., & Londoño, N. (2012). Factores psicosociales cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 1-18.
- Leiva, R., Hernández, A., Nava, G., & López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(3), 225-232.
- López, L. (2012). Atención en salud mental en el sector público y privado. Factores que influyen en la eficacia del tratamiento. *Psicogente*, 15(27), 128-206.
- Manninen L, Poikolainen K, Vartiainen E, Laatikainen T. (2006). Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol Alcoholism* 41(3), 293-299. Recuperado de <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/41/3/293.full.pdf+html>
- Mantilla, L., Salbalza, L., Díaz, L., & Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163-171.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Colombia cuenta con la Ley de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1),175-181.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: Un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T., & Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187.
- Rada, G. (2007). *El concepto de epidemiología*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm#1>
- Sánchez, M., Aparicio, M., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Torres, Y., Posada, J., Mejía, R., Bareño, J., Sierra, G., Montoya, L., & Agudelo, A. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012*. Recuperado de <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones%202011-2012/Libro%20Salud%20Mental%20-%202011.pdf>

APÉNDICE

Apéndice A. Formato base de datos

Caracterización de una muestra de consultantes del CPS de Piedecuesta

FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO	EDAD	CICLO VITAL	POBLACIÓN GRUPO	CONDICIÓN VULNERABILIDAD

AREA_TRABAJO_CODE	ESTADO CIVIL	NIVEL ESCOLAR	GRADO ÚLTIMO CURSADO	NIVEL SOCIOECONÓMICO	OCUPACIÓN ACTUAL	DIRECCIÓN VIVIENDA

TELEFONO / CELULAR	NOMBRE DEL TUTOR O FAMILIAR DE CONTACTO	PARENTESCO	TELEFONO DE CONTACTO EN CASO DE URGENCIA	MOTIVO DE CONSULTA	Problemática Principal	TIPO DE MOTIVO DE CONSULTA

TIPO DE REMISION	ENTIDAD DE REMISIÓN	PSICÓLOGO TRATANTE	FUNCIÓN PSICOLOGO	SUPERVISOR DEL CASO	ESTADO DEL CASO	NÚMERO DE CITAS

MOTIVO DE TERMINACIÓN DEL CASO	FECHA TERMINACIÓN DEL CASO	TIPO DE FAMILIA

Apéndice B. Consentimiento informado

Caracterización de una muestra de consultantes del CPS de Piedecuesta



CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL DE
PIEDECUESTA
Servicio de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

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

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

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

Consultante

Psicólogo en prácticas /pasantía


C.C _____


Psicólogo Asesor


T.P _____

SEDE MEDELLÍN Campus de Laureles Circular 1° No. 70-01 / Teléfono: (057) (4) 41590151 Fax (057) (4) 2502080 / Apartado Aéreo 560061 E-mail: comrelp@upb.edu.co
SECCIONAL BUCARAMANGA Autopista a Piedecuesta km. 7/ Teléfono: (057) (7) 6796220/ Fax: (057) (7) 6796221/ E-mail: info@upbbga.edu.co
SECCIONAL MONTERIA Km. 8 Vía Cereté / Teléfono: (057) (4) 78601461 Fax: (057) (4) 78609121 E-mail: creinter@upbmonteria.edu.co
SECCIONAL PALMIRA Seminario Cristo Sacerdote, Km.1-Vía Tienda Nueva / Teléfono: (057) (2) 27025451 Fax: (057) (2) 2723121/ E-mail: upbpalmira@upb.edu.co
www.upb.edu.co / Colombia 1 Suramérica

Apéndice C. Historias Clínicas

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUENAVISTA</small>	FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL Código: FO – 405 - 007 Versión: 1 Página 1 de 5			
	Fecha de recepción	Día	Mes	Año
1. DATOS DEMOGRÁFICOS				
1.1 Datos del paciente				
Nombre	Sexo	Edad	Estado civil	Documento de identidad
	M F			
Lugar y fecha de nacimiento	Dirección Residencia			
Estrato	Teléfono Residencia		Celular	
Profesión / Escolaridad	Ocupación			
Remitido por				
Entidad	Tipo			
1.2 Datos del acudiente				
Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	
Documento de identidad	Dirección Residencia			
Estrato	Teléfono Residencia		Celular	
Profesión / Escolaridad	Ocupación			
2. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE				
2.1 Motivo de consulta:				
2.1 Observación general del consultante:				

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small></p>	<p>FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL</p> <p>Código: FO - 405 - 007 Versión: 1 Página 2 de 5</p>
<p>2.3 Descripción de la situación actual:</p>	
3. ANTECEDENTES PERSONALES	
4. ANTECEDENTES FAMILIARES	

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	<p align="center">FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL</p> <p align="center">Código: FO – 405 - 007 Versión: 1 Página 3 de 5</p>
<p align="center">5. DIAGNOSTICO</p>	

Apéndice D. Entrevista semiestructurada

**CUESTIONARIO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BASIC o CS - Por A. Lazarus (Primera Adaptación:
Rene Calderón Jemio -1989)**

1. Información General del paciente:

Nombre y Apellido:

_____ Edad: _____
sexo: _____ Ocupación: _____ Dirección: _____
_____ Teléfono: _____ Email: _____

• Información General del acudiente:

Nombre y Apellido:

_____ Edad: _____
sexo: _____ Ocupación: _____ Dirección: _____
_____ Teléfono: _____ Email: _____

Estado Civil (subraye):

- a) Soltero b) Casado c) unión libre
d) Separado e) Divorciado f) viudo

Con quien vive:

- Tiene hijos SI _____ NO _____

2. Descripción de su Problema Actual: _____

Exponga por medio de sus propias palabras la naturaleza de sus principales problemas.

En qué nivel éste problema afecta su vida cotidiana:

1. Muy bajo 2. Bajo 3. Medio 4. Alto 5. Muy alto

Desde hace cuánto inicio el problema:

Describa eventos significativos ocurridos en esa época. Que puedan relacionarse con el desarrollo o mantenimiento de sus problemas:

Caracterización de una muestra de consultantes del CPS de Piedecuesta

Enumere tres soluciones que ha intentado para solucionar los problemas:
