

Fortalecimiento de los procesos en atención clínica-psicológica ofrecidos en el centro de  
proyección social de Piedecuesta – UPB.

Laury Vanessa Soto Camacho

Asesor

Lina Patricia Méndez Moreno

Mg. en Psicología clínica

Supervisora de pasantía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

2018

Fortalecimiento de los procesos en atención clínica-psicológica ofrecidos en el centro de  
proyección social de Piedecuesta – UPB.

Laury Vanessa Soto Camacho

Trabajo de grado en la modalidad de pasantía para optar por el título de Psicóloga

Asesor

Lina Patricia Méndez Moreno

Mg. en Psicología clínica

Supervisora de pasantía

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

2018

Hoy me siento muy feliz y agradecida por culminar una de las etapas más importantes de mi vida personal y profesional, quiero agradecer A mis Padres por darme la vida, a mi papi por el apoyo incondicional cada día, a mi hermano Camilo Andrés por ser mi fuerza para llegar hasta aquí, a mi hermano Oscar Julián por creer en mí, por ser incondicional y darme la oportunidad de cumplir uno de mis sueños, este logro es para ustedes.

A mis maestros por sus enseñanzas, a mis amigos por acompañarme en este camino, al ingeniero Rodrigo por confiar en mí y darme la oportunidad de ser parte de su equipo de trabajo y a mi supervisora, la Psicóloga Lina Méndez por transmitirme toda su experiencia profesional y ayuda durante los últimos 4 meses de mi carrera.

Tabla de contenido

Introducción

Justificación

1.1 Contextualización de la institución.

2. Objetivos.

2.1 General

2.2 Específicos

3. Referente Conceptual

4. Metodología

4.1 Población

4.2 Instrumentos

4.3 Programa desarrollado

5. Resultados

6. Discusión

7. Conclusiones

8. Referencias

9. Anexos

## Índice de Anexos

Anexo 1: formato de historia clínica.

Anexo 2: guía para la terapia de pareja.

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** Fortalecimiento de los procesos en atención clínica psicológica ofrecidos en el centro de proyección social de Piedecuesta – UPB.

**AUTOR(ES):** Laury Vanessa Soto Camacho

**PROGRAMA:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Ps. Lina Patricia Mendez Moreno

### RESUMEN

El objetivo principal del trabajo de grado fue, fortalecer los procesos de atención clínica psicológica en el centro de proyección social del municipio de Piedecuesta, Santander. Durante 4 meses se dio la atención psicológica a 43 pacientes de los cuales el 60% pertenecen al género masculino y el 40% restante al género femenino, las edades de los pacientes se dividieron por el ciclo vital, a lo que corresponde 3% primera infancia, 30% se encontraban en la infancia, 58% adolescentes y un 9% los adultos consultantes. Como es el caso en el Centro de Proyección Social el motivo de consulta más frecuente son las conductas disruptivas y atención dispersa dentro del aula de clase, la asistencia de los pacientes fue positiva destacando 53% los pacientes que asistieron entre 4 a 8 sesiones, el 47 restante asistieron a 1 o 3 sesiones, finalmente el cierre de caso más frecuente sigue siendo la inasistencia con un 63%, a lo que el 37% equivalente a 16 casos cerrados por el cumplimiento de objetivos.

### PALABRAS CLAVE:

Psicología, Psicología Clínica, Enfoque Sistemico.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

#### GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

**TITLE:** Strengthening the clinical-psychological care processes offered at the Social screening center of Piedecuesta - UPB.

**AUTHOR(S):** Laury Vanessa Soto Camacho

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Ps. Lina Patricia Mendez Moreno

#### ABSTRACT

The main objective of the degree work was to strengthen the processes of clinical psychological care in the Centro de proyeccion social of Piedecuesta, Santander. During 4 months 43 patients received psychological attention of which 60% belonged to the masculine gender and the remaining 40% to the female gender the ages of the patients were divided by the life cycle to which corresponds 3% early childhood , 30% were in childhood, 58% were adolescents and 9% were adult consultants. As is the case in the Centro de Proyeccion Social the most frequent reason for consultation are the disruptive behaviors and dispersed attention within the classroom the attendance of the patients was positive highlighting 53% of the patients who attended between 4 to 8 sessions, the 47 remaining attended 1 or 3 sessions, finally the most frequent case closure continues to be non-attendance with 63%, to which 37% equivalent to 16 cases closed due to the fulfillment of objectives.

#### KEYWORDS:

psychology, clinical psychology, systemic approach

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## Introducción

El siguiente trabajo de grado expone las actividades que se realizaron en el proceso de servicio social en psicología clínica, en el Centro de Proyección Social ubicado en el municipio de Piedecuesta, en colaboración con la facultad de psicología de la escuela en ciencias sociales como trabajo de grado para aspirar al título de Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Es importante resaltar que el que el centro de proyección social inicio sus labores en el año 2006, desde ese entonces ha aprobado que las estudiantes de pre y pos grado de la facultad de psicología de la universidad pontificia bolivariana, realicen sus prácticas académicas, pasantías y servicio social en el área clínica, educativa y organizacional, con el propósito de beneficiar su proceso académico, ya que ponen en práctica los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación profesional.

Es de gran importancia realizar la pasantía en el área de la psicología clínica en el Centro De Proyección Social, ya que el estudiante desarrolla la capacidad de identifica las necesidades que se presentan en la comunidad y así trabaja frente a ello para mejorar la atención psicológica; así mismo, la realización de protocolos de intervención para que estudiantes en práctica puedan orientarse y realizar un adecuado proceso en la atención e intervención. Con estas funciones el pasante adquiere y potencializa diversas competencias en el área clínica, que lo formarán como un profesional integro, capacitado en la aplicación de pruebas psicométricas, técnicas psicológicas de intervención, conocimiento teórico y con habilidades en empatía e investigación.

*Contextualización de la institución*



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

La misión planteada para la institución es orientar y desarrollar procesos de intervención, acompañamiento social a la comunidad del municipio de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad (CPS, sección misión).

La visión del CPS es ser un punto de referencia donde converja la comunidad de Piedecuesta y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la Universidad para que participen en el desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos (CPS, sección visión).

Los objetivos son atender de manera equitativa las necesidades de la comunidad, construir con base en el respeto, relación 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 dichos objetivos, el CPS lidera un proceso de trabajo interdisciplinar con las diferentes facultades de la Universidad Pontificia Bolivariana ofreciendo variedad en los procesos educativos a sus estudiantes tales como oportunidad de realizar prácticas profesionales y pasantías. Inicialmente, la facultad de Psicología da inicio a su labor realizando atención al público según las 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 (Centro de Proyección Social, s.f.).

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Fortalecer los procesos de atención clínica-psicológica a los usuarios del centro de proyección social de Piedecuesta – UPB.

### **Objetivos específicos**

Brindar atención psicológica individual, familiar y de pareja a los usuarios que acuden al centro de proyección social.

Auditar historias clínicas de los psicólogos en formación de pre y posgrado de la facultad de Psicología asignados en el CPS.

Proponer guía de evaluación clínica para la intervención en pareja, atendidas en el CPS.

### **Referente conceptual**

La Organización Mundial de la Salud en el 2013 definió la Salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, la salud mental trabaja prevención, promoción y rehabilitación del ser humano, incluyendo bienestar físico y social.

La Ley 1616 de 2013, artículo 3 define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (p.1).

Por otro lado, La psicología es la ciencia que se encarga de la aplicación de test psicométricos con el fin de diagnosticar trastornos del comportamiento y evaluar capacidades, además, se encarga del estudio y tratamiento de las patologías, junto con la promoción de la salud mental y el uso de la misma para generar la mejoría en las distintas áreas de la vida del individuo, tales como la laboral, familiar afectiva, etcétera. (Prieto, 1995 citado por Arana, Meilan y Pérez, 2006).

Teniendo en cuenta las diferentes áreas en la que se puede desempeñar la Psicología en este proyecto tendremos un enfoque de atención clínica, donde definimos la psicología clínica como un área de especialización de la psicología, la cual se interesa en la investigación y el tratamiento de la conducta anormal compartiendo el mismo interés con la psiquiatría. Inicialmente fue llamada como clínica psicológica y contaba con una característica en particular estar cerca al servicio social, y que fuera útil para la enseñanza y la investigación dedicada por completo al diagnóstico, tratamiento y estudio de los desórdenes del comportamiento (Rey & Guerrero, 2012).

Según Goldemberg (1973), define la Psicología clínica como la 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” (citado por Díaz y Núñez, 2010, p.5). Por otro lado el Concejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003) indica que es un campo de especialización de la psicología, que aplica conocimientos y técnicas de ésta, al estudio de comportamiento que supone algún trastorno; se interesa en realizar el psico-diagnóstico del presunto trastorno analizando la condición psicopatológica para llevar un tratamiento buscando dar solución al problema o dado el caso, prevenir el desarrollo de la patología. (p.3).

Asimismo, la psicología clínica, se interesa en establecer un “psicodiagnóstico, con el objetivo de identificar el trastorno, analizar la condición psicopatológica, dar una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, para remediar el problema y, en su caso, prevenirlo” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España, 2003, p. 3). A su vez la psicología clínica cuenta con varios enfoques para abordar las

problemáticas que se presentan en la sociedad, cada uno de estos modelos le otorga un significado diferente a la patología, Cibanal (2006) diferencia este concepto en los principales modelos psicológicos de la siguiente manera: Modelo conductista: la psicopatología es la conducta aprendida que se desarrolla según las mismas leyes que gobiernan el desarrollo de la conducta normal. Modelo cognitivo: la psicopatología es fundamentalmente un desorden del pensamiento, por el que el paciente distorsiona la realidad. Modelo sistémico: la psicopatología no se considera como un conflicto del individuo, sino como “patología de la relación”. (p. 17).

Las intervenciones realizadas durante el proceso de servicio social, se desarrollaron desde el enfoque sistémico, el cual como lo indican Duque y Valles (2014), “expone la importancia de todos los elementos que conforman un sistema y sus subsistemas, así como las relaciones e interdependencia que hay entre las mismas.” De esta manera, dicho enfoque se interesa por el contexto social y familiar del individuo, siendo labor del psicólogo a la hora de dar atención a un caso desde la perspectiva sistémica evaluar la composición, estructura y pautas transaccionales preferidas por el sistema que rodea al individuo, por lo general, su familia de origen, sin descuidar los demás contextos. Igualmente, debe valorar la flexibilidad del sistema, su capacidad de reestructuración, la sensibilidad presente ante las acciones individuales de los miembros del sistema, el contexto de vida sin olvidar las fuentes de apoyo y estrés del entorno, el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas propias.

Finalmente, la forma como el problema es utilizado para mantener las pautas preferidas de la familia. Minuchin (1974) citado por (Hernández, 2004, p.85).

No todas las veces que una persona ingresa a terapia psicológica o consulta, lo hace por un diagnóstico, muchos consultantes llegan porque sienten que tienen un problema, tal como lo refieren Fish y Cols (1982), citados por Hernández (2004) quienes afirman que puede existir una problemática cuando el consultante expresa que se siente preocupado por algún comportamiento, pensamiento o sentimiento sobre sí mismo, o de otra persona con quien se siente involucrado de forma significativa, cuando el comportamiento es descrito como inapropiado o inusual, a tal punto de verlo como algo anormal que es incómodo o perjudicial de alguna manera para el portador de la conducta o para otros, incluso, cuando la persona que consulta u otras personas, han intentado detener la conducta referida sin obtener un resultados efectivos, así, el consultante busca la ayuda del terapeuta, buscando modificar la situación que no han podido cambiar por sí mismo.(p.81,82).

Es importante tener en cuenta desde el enfoque sistémico, el curso del problema y los síntomas, dependen del entorno significativo de la persona que padece el problema, incluyendo los profesionales que lo atienden (Hernández, 2004, p.80). Los síntomas del problema que trae el consultante a terapia, según Hernández, son vistos como mensajes que comunican el malestar que surgen a raíz de una situación que se torna insostenible para la persona, algunas veces son contratos entre los seres humanos, por consiguiente, se vuelven adaptativos dentro de las relaciones que estos mantienen. Así mismo, cumplen una función de protección, al servir como sustituto de acciones necesarias pero que son percibidas como amenazantes dentro del sistema de creencias que comparte el contexto social inmediato. Al ser recursos adaptativos no es posible suprimirlos de inmediato sin contemplar los efectos de esto y sin haber promovido el empleo de otros mecanismos más adaptativos. (p.81).

Partiendo de lo anteriormente mencionada, donde se dice que las personas consultan por un comportamiento, sentimiento o idea que consideran inadecuada y no han podido modificar, Neugarten (1976) citada por Hernández (1997) sostiene que toda sociedad tiene un sistema de expectativas sobre conductas que corresponden a cada etapa de la vida, de esta manera el individuo pasa por un ciclo social totalmente regulado, en una sucesión de status asociados a la edad y a una serie de derechos y deberes específicos, de esta manera cada uno de los cambios sufridos a lo largo de la vida como el ingreso a la escuela, el matrimonio, la paternidad, la partida de los hijos de casa y demás, son aspectos del ciclo de vida que implican cambios en el auto concepto, pues señalan el ingreso a un nuevo rol social y requiere de nuevas adaptaciones.(p.32).

Según Navarro, Meléndez Sales y Sancerni (2012), en un estudio realizado con niños y adolescentes, encuentran igualmente que los problemas más comunes que se hallan en consulta con niños entre los cero y los cinco años, son los trastornos de conducta, comunicación, eliminación, control de impulsos y trastornos generalizados del desarrollo, entre los seis y los once años, encontraron los trastornos de conducta seguidos por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, con adolescentes entre los doce y los quince años, fueron más frecuentes los trastornos de conducta y de ansiedad y de los dieciséis a los dieciocho años, los de conducta únicamente. (p.377).

Algunos de los instrumentos y técnicas utilizadas en los proceso de atención clínica desde el enfoque sistémico son el genograma, la entrevista circular, uso de metáforas y tareas; también se acudió al uso de algunas ideas propias de enfoques de terapia como la centrada en las soluciones y la estructural.

*Genograma.*

Consiste en la representación gráfica de la estructura familiar registrando la información más importante y las relaciones establecidas entre los miembros en términos de alianzas y exclusiones de al menos tres generaciones, de esta manera el genograma revela información que posteriormente se convierte en hipótesis que pueden significar que los problemas se deben a situaciones propias del contexto familiar en el que vive el paciente, los límites intrafamiliares y extrafamiliares, el nivel de adaptación a la etapa del ciclo vital familiar, facilitando la visualización de la evolución tanto del problema como del contexto familiar a través del tiempo. (Ochoa, 1995, p.35,40).

#### *Entrevista circular.*

Consiste en realizar preguntas al consultante dirigidas a desencadenar respuestas en la familia que le permitan al terapeuta articularse a ella, establecer distinciones relevantes sobre las experiencias conductuales de los miembros y generar explicaciones clínicas de los problemas, los tipos de pregunta que puede realizar el terapeuta se clasifican en lineales, circulares, estratégicas y reflexivas. Los primeros tipos de preguntas mencionados, se utilizan para evaluar, mientras que las dos últimas tienen una intención clara de cambio. (Ochoa, 1995, p.93, 105).

#### *Metáforas:*

En la terapia familiar, el uso de metáforas es útil y permite obtener información importante acerca del síntoma por el cual consulta el sistema familiar, al tiempo que contribuye a co-construir significados y se adapta a las condiciones de las sesiones de terapia, así como a las especificidades de la familia consultante y los terapeutas. (Cardona y Osorio, 2015).

#### *Tareas terapéuticas:*



Desde el enfoque sistémico las tareas son consideradas una manera de concretar una estrategia terapéutica y dependen del enfoque teórico, los objetivos de los consultantes y las circunstancias del caso (Beyebach y Herrero de Vega, 2010). Se considera que las tareas, vistas desde los consultantes son un camino para utilizar sus recursos propios y participar de manera más activa en el proceso terapéutico. (Bohart, 2006 citado por Beyebach y Herrero de Vega, 2010). Las tareas en general buscan generar cambios fuera de la sesión.

Dentro de las tareas se utilizaron algunas ideas propias de enfoques de terapia familiar como la terapia centrada en las soluciones, la cual se encuentra totalmente enfocada en favorecer las condiciones que facilitan el cambio, ya que se emplea muy poco tiempo en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean, por el contrario el énfasis se encuentra en indagar frente a que situaciones el síntoma no aparece o es controlado por el cliente. Considera que el consultante y su familia están motivados a salir de la situación que les impide tener una vida mejor, es por esto que desde esta técnica no tiene sentido hablar de pacientes, pues la consideración de que toda persona coopera de alguna manera para salir del problema, generando la necesidad de hablar de clientes. El síntoma que presenta el consultante llega acompañado de intentos reiterados e ineficaces de darle solución al problema, la familia y el cliente se encuentran percibiendo la solución intentada como la única correcta, impidiéndole ver que existen otras soluciones y que hay momentos en donde el síntoma no aparece o lo hace con menos intensidad, debido a que han hecho algo distinto. (Ochoa, 1995, p.107, 108).

Así mismo la escuela estructural, se retomó la idea que los procesos del sistema familiar se reflejan en sus estructuras, tiene en cuenta los límites y las jerarquías que

explican reglas de participación y de poder respectivamente. La terapia estructural asume que la modificación tanto de reglas de límites como de jerarquía afecta las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que mantiene el síntoma. Las alteraciones obligan a que la familia se estructure de una manera menos patológica. La evaluación encuadra los síntomas dentro de la etapa del ciclo vital familiar, estableciendo que debido al estrés que genera la transición de un ciclo a otro, la familia no ha modificado su sistema de conductas, se encontrarían utilizando pautas anteriores que no se adaptan a las necesarias actualmente lo cual genera malestar. El objetivo terapéutico está enfocado en adecuar las pautas transaccionales, para lo cual se induce una crisis que obligue a la familia a reequilibrarse sobre una estructura adecuada. (Ochoa, 1995, p.127, 142).

Por otra parte, se tuvo en cuenta lo propuesto por la terapia familiar en el trabajo con adolescentes, en la cual se considera la familia como un recurso que es preciso potencializar, para facilitar el restablecimiento del adolescente, teniendo claro que esta etapa del ciclo vital es difícil no solo para el joven sino también para los miembros de su familia pues es este el contexto principal donde se desarrolla este a la vez que simboliza cambios para al menos tres generaciones de la familia. Esta terapia tiene en cuenta el contexto familiar o social externo a la familia nuclear, tanto para evaluar factores de estrés como para dotar a la familia de recursos externos en caso de considerarse necesario. El terapeuta dirige sus esfuerzos siempre a mantener la unión familiar, por considerar que la función de la familia es ayudar al crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros. (Ochoa, 1995, p.145, 172).

Dentro de la atención del paciente en psicología clínica es de gran importancia la Historia Clínica como instrumento de registro de la historia del consultante. La Historia Clínica es un elemento clave para el ejercicio profesional del equipo de salud, desde un punto de vista asistencial (actúa como guía en el manejo clínico del paciente) como desde la investigación y el docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales clínicos.

La Historias Clínicas se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa al individuo y donde se resumen todos los procesos a que ha sido sometido. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un conjunto de formularios normativos, gráficos y de ambas formas en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y permiten su evaluación.

Finalmente otro de los objetivos a cumplir es la guía de terapia de pareja, una propuesta realizada para orientar y motivar a los practicantes del CPS, a dar atención y evolución a casos de pareja, tomado de un enfoque sistémico.

La pareja como unidad vincular parece ser una definición evidente; sin embargo, un abordaje más cuidadoso exige tener en cuenta el contexto donde se fundamenta, los participantes y los términos que la definen. Hablamos aquí de la llamada pareja matrimonial, y aun cuando puede no existir matrimonio en sentido estricto, muchas veces se usan las palabras pareja o matrimonio en forma intercambiable. La pareja supone una estructura diferente a la de la familia con hijos, pues tiene dinámicas propias que deben ser estudiadas y abordadas en forma particular, no únicamente en referencia a la familia, ya que

no todo lo que se establece para esta última puede generalizarse a la primera. De la Espriella, (2008).

Según Reich, (1993) (citado por De la Espriella 2008), anotaba que las funciones del matrimonio incluyen aspectos económicos, políticos y sociales, que llevan a perpetuar modelos de relación limitantes para quienes lo integran. Por lo tanto, el modelo de familia nuclear sería un modelo que tiende a perpetuarse de manera tras generacionales.

El siguiente modelo de terapia se trabaja desde un enfoque sistémico, siendo el que surge al mismo tiempo que la Terapia Familiar, aunque hoy día tiene una mayor aplicabilidad, nueva conceptualización, en la que el objeto de análisis no es el ente individual sino el sistema, desde principios de los '80, se planteó que el Modelo Sistémico podría aplicarse a un solo individuo, aunque no asistiera a terapia toda la familia. Feixas, Muñoz, Compañ & Montesano, (2016).

## **Metodología**

### **Población**

Consultantes del Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco, que acuden a psicología por diferentes problemáticas. Durante la pasantía se atendieron 43 pacientes, en los cuales 26 pertenecen al género masculino y 17 al femenino, con edades comprendidas entre los 4 y los 42 años.

### **Instrumentos**

Se utilizaron diversos instrumentos con el objetivo de brindar una atención eficaz y confiable en la atención clínica, dentro de los cuales se encuentran formatos de uso institucional y pruebas estandarizadas, tal como se muestra a continuación.

*Consentimiento informado:* Documento que expone los parámetros internos éticamente correctos para un indicado proceso psicológico. El consultante o su acudiente, en el caso de los menores de edad, autoriza el inicio del proceso por medio de la firma del mismo.

*Historia clínica:* Este documento fue diseñado en el CPS, contiene información personal, familiar, social y académica del consultante con la cual se pretende diseñar un plan de intervención adecuado para cada individuo. El formato contiene además datos sociodemográficos, historial de la situación, historial del desarrollo, relaciones familiares, redes de apoyo, conductas de riesgo, diagnóstico y seguimiento realizado por el psicólogo encargado del caso.

*Escala Wechsler de inteligencia para niños IV, WISC-IV:* Escala encargada de la medición y valoración de la inteligencia y diferentes aptitudes intelectuales en niños para el ámbito clínico, neurológico y psicopedagógico, aplicado de manera individual para evaluar el funcionamiento intelectual de los niños. Se encuentra organizado en 15 sub pruebas, de las cuales diez son esenciales y cinco complementan la evaluación, a través de ellas se obtiene un perfil de puntuaciones escalares, un Coeficiente Intelectual CI y cuatro índices comprensión Verbal, Memoria de Trabajo, Razonamiento perceptivo y Velocidad de procesamiento (Wechsler, 2005).

*Escala Wechsler de inteligencia para adultos IV, WAIS-IV:* Es un instrumento clínico que se aplica con el fin de evaluar la capacidad cognitiva en adolescentes y adultos, con edades entre los 16 y 90 años, 11 meses de edad. Proporciona puntuaciones del índice de comprensión verbal, Índice de razonamiento perceptual, Índice de memoria de trabajo e Índice de velocidad de procesamiento y puntuaciones que representan el funcionamiento intelectual, es decir, el CI total (Wechsler, 2008).

*Test de la Familia Cuantificación y Análisis de Variables Socioculturales y de Estructura*

*Familiar:* Es un test proyectivo utilizado por los psicólogos en la exploración de la afectividad infantil “se le considera un test fecundo y rico por la valiosa información que aporta sobre la vivencia de las relaciones familiares en el niño” (Lluis- Font, 2006, p17).

### **Programa desarrollado**

Durante el servicio social se desarrollaron una serie de actividades en el centro de proyección social, las cuales corresponden a los objetivos inicialmente planteados acuerdo a las necesidades que refiere la institución.

*Intervención clínica:* en un primer momento se diligencia el consentimiento informado, dando conocer los parámetros que debe tener en cuenta el paciente al iniciar un proceso psicológico, seguido del diligenciamiento de la historia clínica ya sea de niños, adultos o pareja, con el propósito de conocer los síntomas que han motivado al paciente a asistir a una consulta psicológica dando a conocer los síntomas, situaciones o antecedentes que le puedan estar generando molestia. En las siguientes sesiones se realiza la evaluación de la problemática establecida, en algunos de los casos se requieren de instrumentos psicométricos para establecer una impresión diagnóstica y generar un plan de intervención desde el enfoque sistémico. Cada una de las sesiones tuvo una duración de 60 minutos.

Es de gran importancia resaltar que los casos se cierran por cuatro motivos:

1.Cumplimiento de objetivos terapéuticos planteados, 2.inasistencia del paciente entre 2 o 3 sesiones 3.decision del paciente y 4.remision del caso a comisaria de familia o a otro practicante.

*Aplicación de pruebas psicométricas:* la aplicación de pruebas se realiza de acuerdo al servicio o necesidad del paciente (coeficiente intelectual, habilidades sociales y dinámica familiar), a petición de los pacientes, acudientes o instituciones educativas. Se cumplió con la aplicación, calificación, entrega de resultados y retroalimentación de las mismas, con el propósito que el paciente tuviera una mayor comprensión.

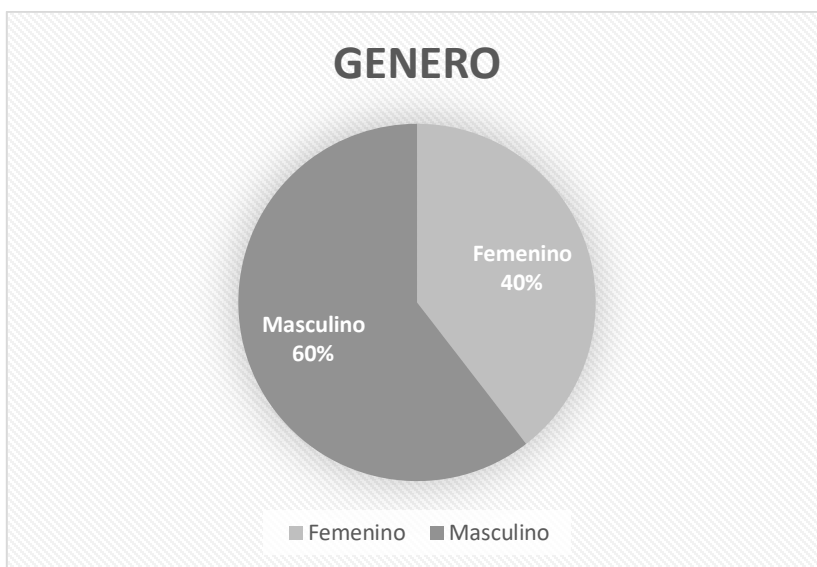
*Apoyo en actividades satélites:* teniendo en cuenta las necesidades del Centro de Proyección Social el pasante apoyo diferentes actividades a lo largo del proceso, destacando el acompañamiento a los practicantes de posgrado.



## Resultados

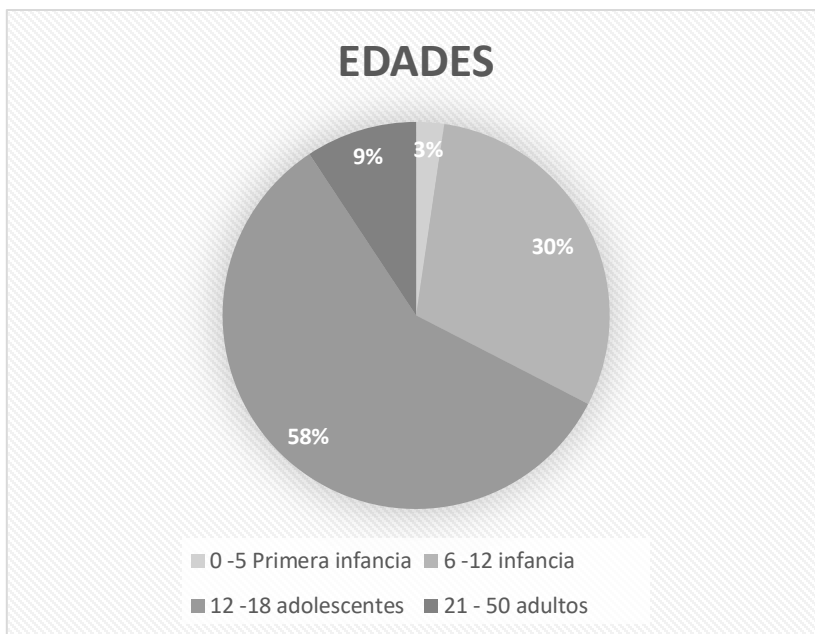
Descripción datos sociodemográficos de los pacientes:

La población atendida en el CPS estuvo conformada por 43 consultantes, con edades comprendidas entre los 4 y 42 años; de los cuales 26 pacientes atendidos fueron hombres, lo que equivale al 60% de la población; mientras que las 17 personas restantes fueron mujeres, que corresponde al 40% de los casos.



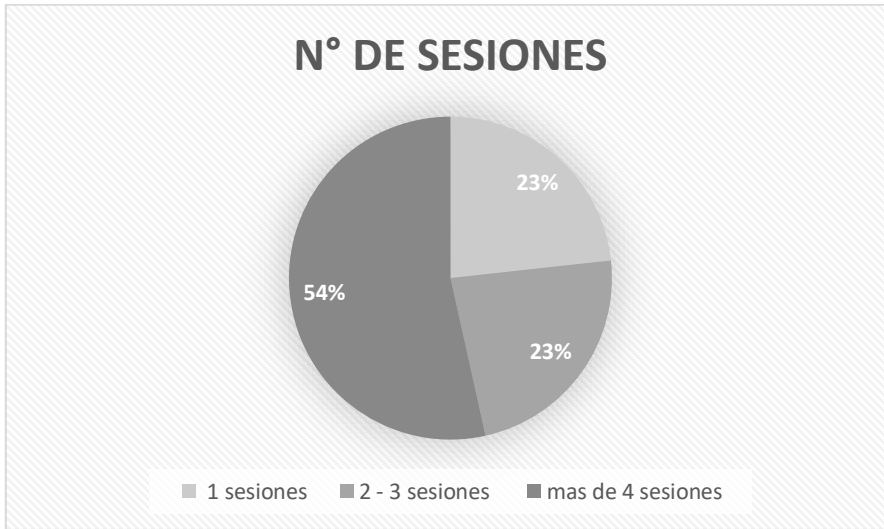
*Grafica 1, genero de los pacientes.*

Así mismo, la población atendida estuvo compuesta por 1 infante entre los 0 y los 5 años que equivale al 2% de los casos; 13 niños entre los 6 y los 12 años que corresponde al 30%, 35 adolescentes con edades entre los 12 y 18 años que pertenecen al 58%, y 4 adultos entre los 21 y 50 años, que conforman el 9% de la población total.



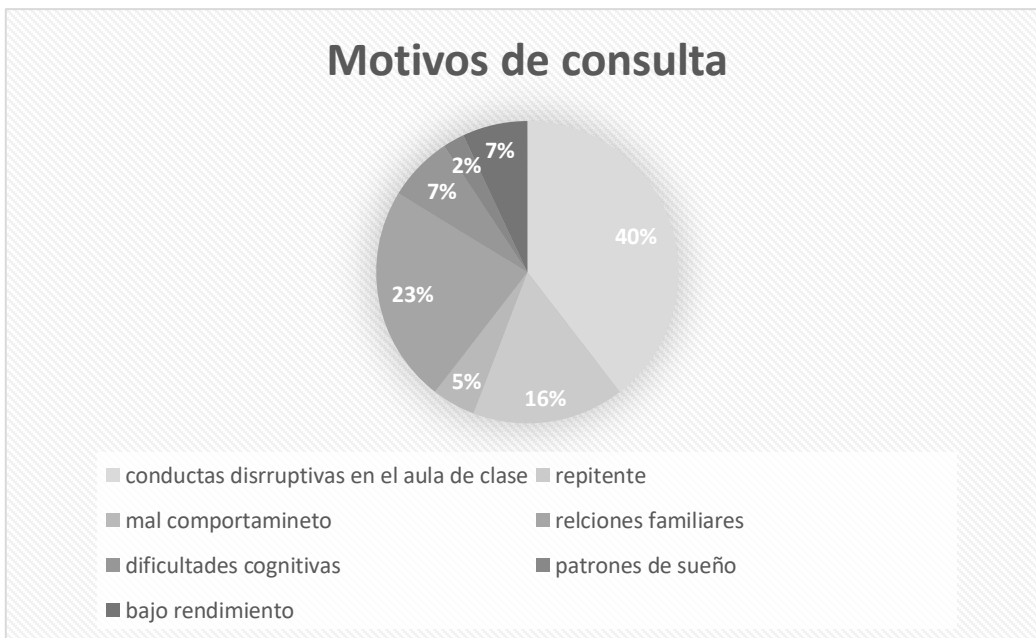
*Grafica 2, etapas del ciclo vital de los consultantes.*

En relación a la cantidad de consultas a las que asistieron los pacientes se evidencia que la mayoría, representada con 23 consultantes al equivalente al 53%, asistieron entre 4 y 8 sesiones; 10 pacientes que representa el 23% asistieron a la primera sesión; 10 consultantes representando el 23% asistieron a 3 y 4 sesiones.



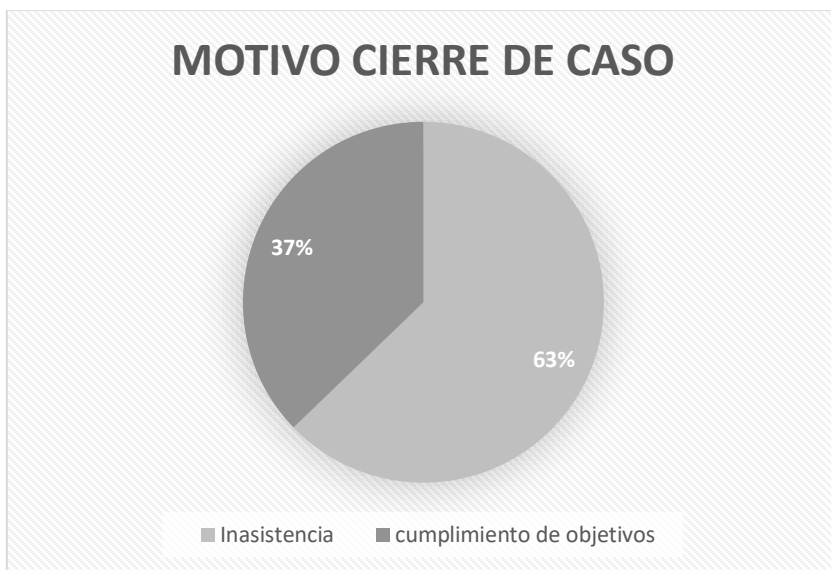
*Grafica 3, numero de sesiones.*

Durante las sesiones se trabajaron diversas situaciones que generaban malestar a los pacientes, con el objetivo de brindar una mayor comprensión, se presentan a continuación los motivos por el cual los pacientes acudieron al servicio de psicología, se evidencia que las conductas disruptivas en el aula de clase con un 40% a lo que relacione 17 motivos de consultas de los 43 atendidos.



*Grafica 4, motivo de consulta.*

En el siguiente grafico se evidencia el motivo por el cual los pacientes dan por cerrado el tratamiento psicológico, representado en 26 consultantes equivalente al 63% de la población atendida, el 37% restante representa los 17 casos cerrados por motivo de cumplimiento de objetivos.

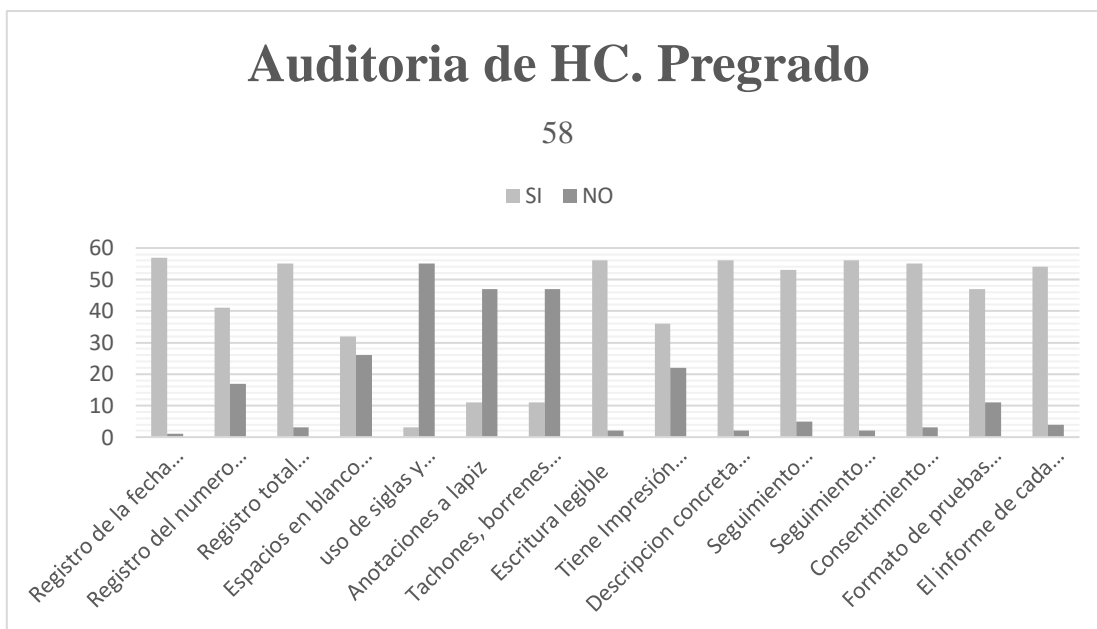


*Grafica 5, motivo de cierre de caso.*

#### *Auditoria de historias clínicas.*

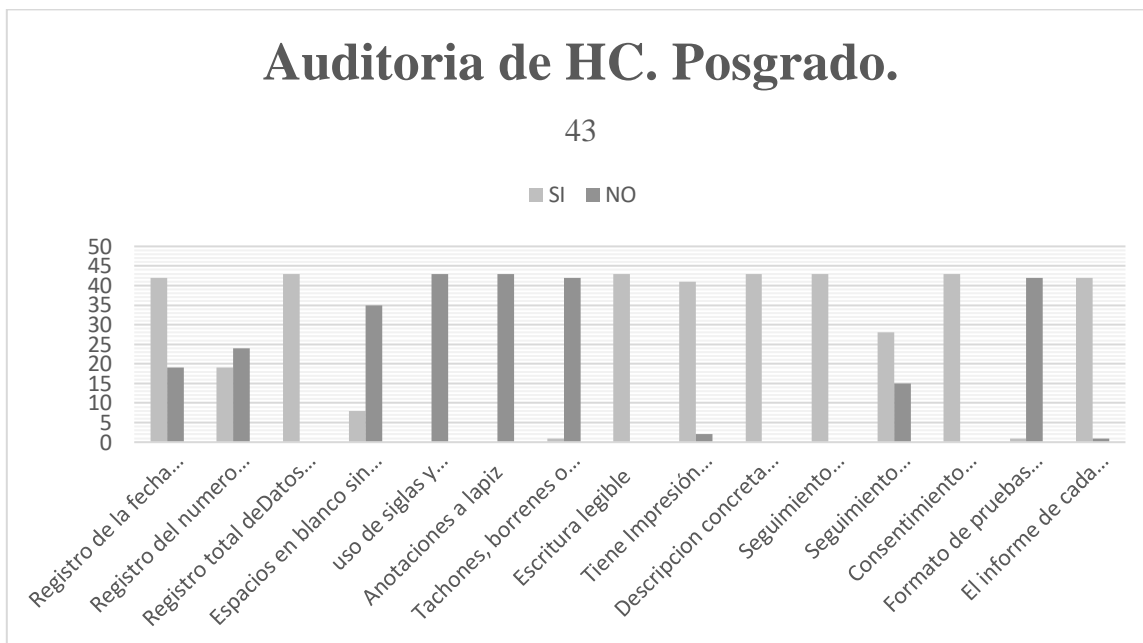
Una de las actividades del pasante es la auditoria de historias clínicas. En los estudiantes de pregrado se auditaron 58 historias clínicas, en las que se reflejan que los ítems que no se cumplen es el 4 relacionado con los espacios en blanco, encontrados en 32 HC, equivalente al 55 % de las HC revisadas, seguido del ítem 9 correspondiente a la impresión diagnóstica del paciente en las cuales 22 HC reflejados en el 38% de las HC auditadas.

En los ítems restantes se observa un buen diligenciamiento por parte de los practicantes de pregrado.



*Grafica 6, auditoria de historias clínicas pregrado.*

En los practicantes de posgrado se realizaron 43 auditorías, en las que se reflejan que los ítems que no se ejecutan son el 2 y 12. Ítem 2- registro de numero de HC, encontrándose 24 HC equivalentes al 56% de historias que no tenían número de registro, ítem 12- seguimiento terapéutico nombre y firma del psicólogo correspondientes a 15 HC, reflejados en 35% de los seguimientos sin firmar. Se resalta la puntualidad y el buen diligenciamiento de las historias clínicas en los practicantes de posgrado.



*Grafica 7, auditoria de historia clínica posgrado.*

#### *Discusión*

Teniendo en cuenta los datos obtenidos durante el periodo de servicio social, es viable analizar aspectos importantes acerca de la población que llegan a buscar atención psicológica al CPS.

Se observa que la población que más asistió a consulta fue el género masculino representado en el 60%, estos datos difieren con los encontrados en el proyecto de pasantía desarrollado por Hernández (2014), quien afirma que la población que más acudió al CPS a consulta psicológica fue la del género femenino con un 51% , sin embargo, coincide en que

la población que más asistió a consulta fueron los adolescentes entre los 12 y 26 años ya que tuvo un porcentaje del 49% de la población, similar a la que nos muestra este informe con un 58% de los casos.

En cuanto a los motivos de consulta, se observa que una de las problemáticas con mayor prevalencia en el CPS son las conductas disruptivas y atención dispersa en el aula de clase, ya que durante el periodo de servicio social se atendieron 17 casos que representan el 40% de la población, cifras semejantes a la que presentó Quintero, (2017) en su informe final de pasantía, el cual muestra que el 28% de los casos llegó a consulta por conductas disruptivas en el aula de clase.

El motivo de cierre de caso más frecuente fue el de inasistencia, ocurrido con el 63% de los casos, siendo que la mayor parte de los pacientes asistieron entre 1 y 3 sesiones en el 43 de los casos atendidos. Comparado con lo encontrado en informes de pasantías anteriores Apoyo al área de atención psicológica clínica al centro de proyección social, (Quintero 2017), esto en un comportamiento típico en los consultantes en el centro de Proyección social, sin embargo en el informe de Hernández (2014), el número máximo de sesiones asistidas se encuentra entre las 6 y 7 citas. Quintero (2017) realizó un estudio que buscaba describir las características de los motivos de abandono terapéutico, encontrando que el principal motivo por el cual las personas abandonaban el proceso era por los factores relaciones con el tiempo, el cual impide tener una asistencia constante. En el presente trabajo de servicio social no fue posible establecer una razón, pues en varias ocasiones las llamadas telefónicas realizadas no contestaban o agendaban una próxima sesión a la cual no asistían.

El número de consultas recibidas, va en aumento, respecto a las sesiones recibidas hace 2 años. Quintero (2017) en su informe de pasantía refiere la atención de 56 casos en su proceso de pasante durante 6 meses, En el presente trabajo se contó con la participación de

43 consultantes en 4 meses, sin tener en cuenta, los atendidos por practicantes de pregrado y posgrado que se encontraron trabajando durante el periodo de pasantía.

### *Conclusiones*

Es evidente que el convenio que el Centro de Proyección Social mantiene con las instituciones educativas del sector público de Piedecuesta lo ha llevado al crecimiento y reconocimiento en los últimos años en el municipio, viéndose reflejado en el número de pacientes adolescentes que asisten a consulta, remitidos por las mismas instituciones educativas por motivos disciplinarios y académicos.

Se ha evidenciado en los informes de pasantía anteriores que las conductas disruptivas en el aula de clase y atención dispersa han sido uno de los motivos por el cual un gran porcentaje de consultantes inician un proceso psicológico. Este porcentaje se debe a la no presencia de psicólogos educativos en las instituciones del departamento de Piedecuesta, a la falta de estos, los colegios no tienen el personal adecuado para trabajar esta problemática directamente en la institución y por tal motivo las remisiones frecuentes al centro.

El motivo de cierre del caso también se ha mantenido a través del tiempo, ya que la mayoría de los pacientes asisten entre 1 y 2 sesiones, esto se puede presentar por la percepción que se tiene acerca del proceso terapéutico, debido a que piensan que el psicólogo por medio de un consejo o porque habla con un profesional da solución al malestar del paciente en la primera o segunda sesión, y no disponen del tiempo necesario para continuar con el proceso



Con respecto a los casos de deserción en consulta clínica se puede evidenciar que el factor que influye de manera significativa en los pacientes es el situacional, ya que por el tiempo no pudieron continuar con el proceso psicológico. Esto indica que los demás factores evaluados, como el “terapeuta e institución” no presentan grandes falencias que impulsen o motiven al paciente a desertar.

Se puede deducir que los adolescentes son los que más desertan por la falta de compromiso para permanecer un proceso psicológico, debido a que son remitidos por el colegio, así mismo, por ser menores de edad sus padres o cuidadores los acompañan a consulta, los cuales, en ocasiones no cuentan con el tiempo necesario por sus ocupaciones laborales, por lo tanto, interrumpen el seguimiento.

Finalmente se resalta y agradece la experiencia enriquecedora vivida dentro del trabajo de servicio social, en medio de la realización de las distintas actividades desarrolladas, que favorecieron no solo en el aspecto profesional si no también personal a la pasante. Es por eso que vale la pena agradecer a todo el personal administrativo del Centro de Proyección Social, por su colaboración durante el proceso.

#### *Sugerencias*

Debido al crecimiento y la acogida que ha tenido el CPS en el departamento, es necesario que en la institución considere la permanencia de un profesional en psicología clínica dentro del centro para realizar el acompañamiento profesional al pasante y estudiantes de pre y pos grado.

- Por otro lado, Se sugiere la capacitación constante para los practicantes de pregrado y posgrado en el diligenciamiento de la historia clínica para evitar dificultades con los consultantes o dentro de la institución.

### *Referencias*

Arana, J. M., G. Meilán, J. J., & Pérez, E. (2006). El concepto de psicología: entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8(1), 111-142

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Papeles del psicólogo. *Redalyc*, 24(15), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>

Díaz, I. y Núñez, R. (2010). Psicología clínica: ¿Qué es? ¿Cómo se hace? ¿Para qué sirve? Recuperado de: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. D., & Cruz-Sáez, M. S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 423-435.

Restrepo, D & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (2), 202-211. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918009.pdf>

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Benavides, M., Rosero, N., Suárez, J., Flórez, J., & Bastidas, J. (2014). Determinantes sociales del proceso salud-enfermedad de los universitarios. Área de salud, Universidad Nacional de Colombia-Bogotá. *Acta Odontológica Colombiana*, 4(2), 141-154. Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/48758>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). *Psicología clínica y psiquiatría*, 24 (85), 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>

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

Colegio Oficial de Psicólogos de España. (Sin fecha). Perfiles profesionales del psicólogo, psicología clínica y de la salud. Recuperado el día 02 de agosto de 2016, de: <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.pdf>

Barrera, L., Bautista, E., & Trujillo, A. (2012). Prevalencia de Problemas Psicológicos Detectados en un Centro de Educación y Desarrollo Humano. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 13-27.

Beyebach, M. y Herrero de Vega, M (2010). 200 tareas en terapia breve. Barcelona: Herder

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.(2003).Papeles del psicólogo.

*Redalyc*,24(15) ,1-10. Recuperado

de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>

Cardona, I. & Osorio, Y. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque

narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 15-35. Recuperado

de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/613/1148>

Duque, M. & Valles, G. (2014).Método utilizado por el enfoque sistémico. *Sistemas*

*Psicológicos*. Recuperado de

[http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403001/Entorno\\_aprendizaje\\_practivo/Revista\\_Sistemas\\_Psicologicos.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403001/Entorno_aprendizaje_practivo/Revista_Sistemas_Psicologicos.pdf)

Hernández, A. (2004).Psicoterapia Sistémica Breve la construcción del cambio con

Hernández, A. (1997). Familia, clico vital, y psicoterapia sistémica breve. Bogotá,

Colombia: Elbúho.

Hernández, C. (2014). Caracterización de una muestra de consultantes de psicología del

Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta. (Proyecto de pasantía de

pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

Hernández, L. (2015). Acompañamiento al Centro de Proyección Social (CPS) de Piedecuesta


en el área de Psicología desde el enfoque cognitivo- conductual. (Proyecto de pasantía


de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

- Quintero, O. (2017). Apoyo al área de atención psicológica clínica del centro de Proyección Social de Piedecuesta (Proyecto de pasantía de pregrado). Universidad pontificia bolivariana, Bucaramanga, Colombia.
- Moreno, J., Rozo, M., & Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychología. Avances de la disciplina*, 6(2), 23-34.
- Ochoa, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- Wechsler, D. (2002). *Escala Wechsler de Inteligencia para los niveles Preescolar y Primario-III- WPPISI-III*. México D.D: Manual moderno
- 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
- Bastidas, M. Benavides, E. Mera, S. (2012). *Auditoria a la calidad técnica de la historia clínica en el hospital Susana López de valencia*. (Proyecto de posgrado). Universidad EAN, Popayán, Colombia.

Fortalecimiento de los procesos en atención  
clínica-psicológica ofrecidos en el CPS.


*Anexos*

		<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 03					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO</b>							
Datos del Usuario							
Nombres y Apellidos		Edad		Género		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento				Dirección de Residencia			
Estrato		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular			
Nivel de Escolaridad		Nombre de la Institución Educativa		Ocupación			
Remitido por		Entidad (EPS)					
<b>2. DATOS DEL ACUDIENTE</b>							
Nombres y Apellidos		Parentesco		Edad		Estado Civil	
Dirección de Residencia		No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular		
<b>3. SITUACION ACTUAL DEL USUARIO</b>							
<b>3.1 Motivo de Consulta</b>							
<b>3.2 Historial de la situación</b>							


	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-060 Versión: 03
---	--


<b>3.3 Intentos previos para solucionarlo</b>
<b>3.4 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado/Cuidador)</b>
<b>3.5 Percepción de la situación desde ella menor</b>
<b>3.6 Redes de apoyo de ella menor</b>





	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 03
---	--

4. ASPECTOS FAMILIARES					
4.1 Familiograma					
Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona
4.2 Observaciones generales del ambiente familiar					

 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 03		
<b>5. HISTORIAL DE DESARROLLO</b>			
<b>5.1 PRENATAL</b>			
Edad de la madre al momento del embarazo		Control Prenatal	Condición Médica General
Condiciones emocionales	Condiciones Familiares		
Observaciones Generales			
<b>5.2 PERINATAL</b>			
Parto a Término	Tipo	Duración	
Condiciones médicas del menor al nacer			
Observaciones Generales			
<b>5.3 POSNATAL</b>			
Lactancia Materna		Duración de Lactancia	
Tetero		Duración	
Observaciones del destete			

	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 03				
<b>6. DESARROLLO PSICOMOTOR</b>					
Sostén Cefálico		Voltearse		Sentarse sin ayuda	Gatear
Primeros pasos		Caminar		Control de Esfínteres	Vesical
Vestirse sin ayuda		Comer solo			Anal
Observaciones del Desarrollo Psicomotor					
<b>7. DESARROLLO DEL LENGUAJE</b>					
Balbuceo		Primeras palabras		Frases Completas	
Observaciones del Desarrollo del Lenguaje:					
<b>8. ESCOLARIDAD</b>					
Edad de ingreso a Institución educativa					
Descripción del proceso de adaptación:					
Rendimiento Escolar	Bueno		Regular		Deficiente
Cursos Reprobados					
Áreas de dificultad					
Relación con maestros					

	<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Versión: 03		
Relación con pares y compañeros			
Cambios de Colegio			
Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)			
<b>9. ANTECEDENTES MEDICOS</b>			
<b>PERSONALES</b>			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
<b>FAMILIAR ES</b>			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos			
Patrones de sueño y alimentación			

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA</p>			<b>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-080 Version: 03		
<b>10. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)</b>					
<b>Conducta</b>	<b>Edad De Inicio</b>			<b>Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación</b>	<b>Alternativas Para Manejar La Problemática</b>
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	<b>Edad de Inicio</b>	<b>Frecuencia de uso</b>	<b>Tipo de sustancia</b>	<b>Dificultades presentadas a causa de esta situación</b>	<b>Alternativas para manejar la problemática</b>
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
<b>11. OBSERVACION GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)</b>					
<b>12. IMPRESION DIAGNOSTICA (DSM V)</b>					





### *Introducción*

La consulta de pareja y los conflictos de pareja son hechos que requieren de un apoyo de expertos, es relativamente nuevo en la historia de la psiquiatría y la Psicología. Los factores que han llevado a hombres y mujeres a privilegiar los aspectos emocionales del matrimonio por sobre los contractuales, han influenciado el hecho de que hoy las personas que viven en pareja quieren ser felices. La búsqueda natural de ayuda es intentar utilizar los recursos propios de la pareja, las redes familiares y sociales. Si éstas no resultan, se recurre a diversas formas de consejería, ya sea a través de recursos religiosos, sociales o de “counseling informado” (consejería familiar). Sólo si todo lo anterior no da resultado se consulta a un profesional de salud mental, cuando esto es posible.

La siguiente guía de pareja da a conocer la importancia de asistir hoy día a terapia, como dar inicio a un proceso terapéutico y el uso de algunas técnicas desde un modelo sistémico.



### *Referente conceptual*

#### **MODELO SISTEMICO**

El modelo sistémico es una Aproximación multidisciplinaria a una serie de problemas desde distintos campos del saber humano. Surge con la finalidad de dar explicación a diversos fenómenos, en la actualidad es aplicado al conocimiento de muchas realidades como las ecológicas, sociales, pedagógicas, psicológicas y tecnológicas, Camacho (2016).

El enfoque Sistémico surge al mismo tiempo que la Terapia Familiar, aunque hoy día tiene una mayor aplicabilidad, nueva conceptualización, en la que el objeto de análisis no es el ente individual sino el sistema, desde principios de los '80, se planteó que el Modelo Sistémico podría aplicarse a un solo individuo, aunque no asistiera a terapia toda la familia. Feixas, Muñoz, Compañ & Montesano (2016).

Este enfoque no se limita a buscar el bienestar objetivo del sujeto sino a modificar la interacción familiar como sistemas social y cultural, cambia patrones de relación entre las personas, ya que todo se encuentra interconectado, por lo tanto, patrones de comunicación del sistema mantienen el síntoma vigente, como cambiar el medio relacional en el que vive la persona. Chávez & Meneses, (2012).

#### **DIAGRAMA CIRCULAR**

En la actualidad, existe numerosos enfoques terapéuticos no sistémicos que han desarrollado modelos específicos de terapia de pareja, como el conductual, el centrado en emociones, el narrativo, o el psicodinámico, entre otros (Gurman, Lebow, Snyder, 2015).

Todos ellos, sin embargo, asumen la idea sistémica de que en la terapia de pareja la unidad de análisis no es el individuo, sino la pareja como tal, formada por dos personas en total interdependencia.

Consecuentemente, todos estos modelos han desarrollado, con lenguajes diferentes, formas de trabajar con las dinámicas relacionales de las parejas. Los patrones de interacción pueden considerarse, por tanto, un factor común específico del conjunto de modelos de terapia de pareja Montesano, (2015) (referenciado por Montesano, 2016).

Montesano, A. (2016) El diagrama circular es, precisamente, una herramienta específica para plasmar los patrones relacionales. A pesar de tener una orientación sistémica constructivista, cualquier modelo puede utilizar el diagrama como herramienta de formulación, pues en realidad no está comprometido con ningún contenido específico. Al contrario, la versatilidad del diagrama circular reside justamente en que es un mapa estructural del modo en que las personas construyen su experiencia interpersonal, es decir, es un mapa sobre el cómo se construye.

El diagrama está compuesto de 3 niveles los cuales se explican de la siguiente forma:

1. *Nivel de acción:*

Este nivel hace referencia a las conductas, acciones o actitudes, sostenidas por cada uno de los miembros de la pareja en su interacción. Frecuentemente se construyen a partir de la queja que la pareja trae a la terapia, por ejemplo ‘actitud crítica, actitud agresiva’.

También, si fuese el caso, en este nivel se pueden reflejar síntomas de naturaleza diversa, como sexuales o psicopatológicos, no se trata de reflejar formas de ser o características de personalidad sino conductas concretas o actitudes que se adoptan en la interacción

problemática. Estas tienen que provenir de la narrativa de la pareja y no de la interpretación del terapeuta.

### 2, Nivel *de significado o identidad*:

Este nivel refleja los significados identitarios de cada miembro que son activados en la interacción. Estos significados están conformados por reflexiones, pensamientos, o sentimientos, que tienen implicaciones para la forma en que la persona se construye a sí misma. Las construcciones de este nivel tienen una doble conexión. Por un lado, los significados de cada miembro están reforzados por las acciones del otro miembro (la identidad es relacional) y, por otro, refuerzan y dan justificación a la propia conducta (La conducta es tributaria del significado).

### 3. Nivel *de modelos relacionales*:

Es ingenuo pensar que las construcciones representadas en el nivel de significado de cada miembro están sostenidas únicamente por las acciones del otro. A menudo, estas construcciones están conectadas también con las experiencias del individuo en otros marcos relacionales. En el caso de la terapia de pareja, lo que sugiere la experiencia clínica es que estas construcciones identitarias se nutren también del modelo relacional de la familia de origen de cada miembro y/o los discursos sociales dominantes del contexto cultural en el que se enmarca la relación. La influencia de estos discursos puede provenir desde el nivel más local (como el barrio en el que se vive) hasta el nivel más macro (ejm. los ideales de la cultura occidental). Ciertamente es que la propia familia de origen es la encargada de mediar entre la cultura y el individuo y, por tanto, la influencia de estos discursos va a estar filtrada por ella. En cualquier caso, los modelos de la familia de origen y los discursos sociales se pueden graficar conjuntamente en este nivel señalando su influencia sobre el nivel de

identidad de cada miembro. En algunos casos estos modelos relacionales tendrán un peso decisivo para la formulación del caso, en otros no, pero en todos ellos su graficación ayuda a completar el mapa del territorio relacional por el que estamos transitando.

## **COMO REALIZAR EL DIAGRAMA CIRCULAR**

### *PRIMERA SESIÓN*

#### **Historia del problema y las soluciones intentadas:**

A partir del relato de ambos miembros sobre cuál es el problema y qué han intentado para solucionarlo podemos obtener una primera aproximación acerca de cuál es el repertorio básico de interacciones de la pareja y de cómo las conductas de cada miembro se retroalimentan entre sí. Esto nos ayudará a construir el nivel de acción, que es el primero que debemos graficar. Por ejemplo, imaginemos que al preguntar sobre la queja, observamos que todos los ejemplos que pone la pareja responden a un esquema básico de ‘actitud demandante’ emparejada con una ‘actitud distante’, en el que uno de los miembros se siente desatendido y exige más atenciones del otro, y el otro, agobiado por la demanda constante, se muestra más distante; y viceversa. Esa repetición o redundancia en las interacciones nos ayudará a determinar el contenido más relevante para el nivel de acción. En efecto, la evidencia de un factor común en los distintos ejemplos es un indicador de centralidad del patrón. No obstante, la emoción es también un buen termómetro, quizás el mejor, para distinguir cuál es la interacción más relevante para el proceso terapéutico. Cuando se detecta un incremento significativo en la emoción durante el relato (ejm, llanto, agitación, etc.) podemos considerarlo como indicador de la activación de construcciones

nucleares. Así pues, el terapeuta debe permanecer, atento a las acciones y construcciones en juego durante los momentos en que aumenta la intensidad emocional.

## SEGUNDA SESIÓN

### *Historia de la familia de origen de cada miembro*

La narrativa derivada de esta entrevista nos permite entender (incluso comenzar a deconstruir) cuáles han sido los modelos relacionales (principalmente en torno a la parentalidad y la conyugalidad) que cada miembro ha experimentado en su vida y que, por similitud o por contraste, definen su propia identidad y quehacer relacional en su relación de pareja actual.

Aquí, el terapeuta debe anotar mentalmente qué aspectos de dichos modelos pueden estar relacionados (el arte de conectar) con el patrón problemático dibujado en la entrevista previa. Debe también presentar especial atención a las cuestiones culturales como los roles de género, raza, o estatus social, que puedan estar ejerciendo algún tipo de influencia constrictiva en la narrativa de la pareja.

Será importante también indagar sobre las creencias de cada miembro en torno a temas centrales para el caso en particular (i.e., qué significa ser un buen padre/ madre; qué valores son más importantes para mantener una relación de pareja saludable, que significa ser fiel, etc.). Todo ello nos dará el soporte básico para construir el nivel de modelos relacionales y orientar el de significado.

## TERCERA SESIÓN

### *La historia de amor de la pareja*

Este último relato es de especial importancia porque nos permite conectar los distintos elementos suscitados en las entrevistas anteriores. Nos permite dar una perspectiva

histórica al patrón problemático en el contexto del ciclo evolutivo de la pareja, el acoplamiento entre los modelos relacionales de cada miembro y la articulación del nuevo sistema relacional en su desafío generacional particular. En base a estas conexiones tendremos el conocimiento suficiente para hacer una construcción consistente sobre el contenido del panorama de identidad, es decir, de los significados nucleares que están presentes en cada miembro y que son activados en la interacción con el otro.

Tras este proceso trifásico dispondremos de información suficiente como para construir una primera versión completa del diagrama circular, que idealmente deberá consensuarse con el equipo terapéutico y la pareja en cuestión.

Comentaremos cómo compartir el diagrama con la pareja más adelante. Antes, veamos la aplicación del diagrama en un par de ejemplos concretos.

### ***Ejemplo 1. Luisa y David o ‘La ley del más fuerte’***

En la Figura 1 presentamos el diagrama formulado con Luisa y David, una pareja de mediana edad, sin hijos, que conviven hace unos cinco años y medio. Solicitan una terapia de pareja a causa de sus constantes discusiones que últimamente han incrementado en frecuencia e intensidad, hasta el punto de casi llegar a los golpes, lo que les ha hecho plantearse la posibilidad de separarse. Desde la primera sesión quedó en evidencia la estructura simétrica de la pareja. Sus peleas constantes reflejaban el patrón prototípico de ‘actitud crítica – actitud defensiva’. Así pues, desde el comienzo de la primera sesión ya podía dibujarse el nivel de acción del diagrama, dado que las peleas eran el motivo central de su demanda y ocupaban en totalidad su experiencia relacional problemática. Las palabras escogidas para rellenar el diagrama están extraídas de la narrativa de cada miembro y no de constructos teóricos o de la narrativa del terapeuta.

Las preguntas circulares son el vehículo principal que se utiliza para transitar por las distintas partes del diagrama. En este sentido, son recomendables distintos tipos de preguntas, relativas al panorama de acción, al panorama de identidad y a la conexión entre ambos.

Por ejemplo, algunas preguntas relativas al nivel de significado en este caso fueron: Luisa,

¿Cómo te hacen sentir las críticas de David?

¿Qué significa exactamente sentirse asfixiada?

¿Qué implicaciones tiene para ti la asfixia?

¿Qué cosas que son importantes para ti y tu forma de ser quedan tapadas por esta asfixia?;

David, ¿Qué significa para ti sentirte agredido o ignorado por Luisa?

¿En qué lugar crees que te deja su actitud?

¿Qué crees que eso dice de ti como persona?

Algunas preguntas que nos permitieron conectar el nivel de significado con el de acción

fueron: Luisa, ¿Cómo crees que la asfixia te hace comportarte en tu relación con David?

Cuando sientes que tu pareja te trata como si fueses una mala persona,

¿Cómo reaccionas?

¿Cómo crees que repercute en la relación el hecho de sentirte encerrado en una caja?

David, ¿En qué sentido crees que sentirte ‘como si estuvieras loco’ aumenta tu enojo con

Luisa?

¿Cómo crees que se siente Luisa cuando le hablas mal y enojado?

Luisa ¿Cómo piensas que David interpreta tu estrategia de ignorarle?

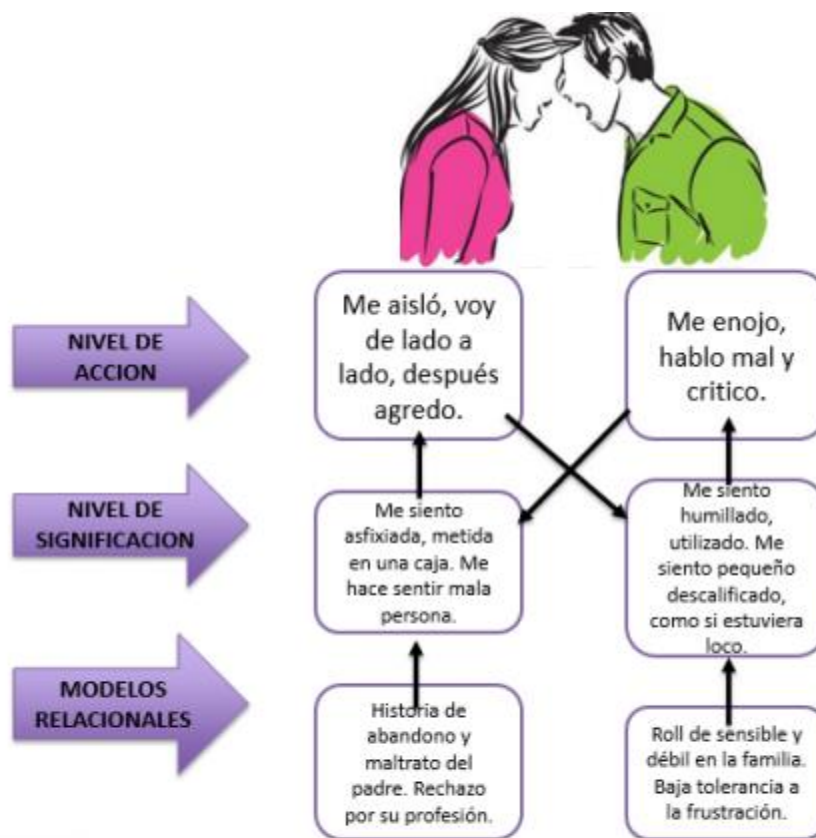
Tal y como hemos comentado antes, la exploración acerca de la familia de origen y la historia de pareja nos ofrece una perspectiva única para entender la nuclearidad de la

narrativa representada en el nivel de significado y el de modelos relacionales. Por ejemplo en este caso, Luisa, debido a su elección profesional había recibido un fuerte rechazo durante años de parte de su familia, principalmente del padre, lo que le llevó incluso a tomar la decisión de alejarse de su familia. La construcción de ‘asfixia’ y el sentirse ‘mala persona’ activadas por la actitud crítica de Luisa, cobraban un sentido más amplio y preciso en el contexto de su historia familiar de discriminación y rechazo.

Igualmente para David, las agresiones que le conectaban con la sensación de ‘sentirse pequeño’ y de ‘estar loco’ guardaban reverberaciones con el rol que siempre había ocupado en su familia de origen de ser ‘el sensible y débil’ de la familia. En este caso, sólo el hecho de presentar el diagrama tuvo un gran impacto en la pareja. En efecto, cuando la pareja lo recibió el dibujo del diagrama en el contexto de una devolución quedaron en una especie de shock al sentirse retratados de una forma fiel pero innovadora. Comentaron que podían entender mejor cómo las cosas estaban conectadas entre sí, y que eso les daba una visión diferente de la situación, lo que les permitía dar un valor distinto a las cosas.



*Diagrama circular Luisa y David en un caso de terapia de pareja*



**El diagrama circular como intervención**

Los modos en que el diagrama puede usarse durante el proceso terapéutico son realmente múltiples. Explicar detalladamente esta cuestión excede los propósitos de este trabajo. Aun así, antes de terminar el texto, me gustaría esbozar brevemente los mecanismos sobre los que actúa el diagrama y las intervenciones complementarias que pueden usarse para potenciar la capacidad heurística que venimos anunciando desde el comienzo.

En el ejemplo presentado quedado reflejado la formulación a través del diagrama circular es en sí misma una intervención. En mi experiencia diría que, en el contexto de la terapia de pareja, construir y consensuar un diagrama circular implica tener resuelta más del 50% de la terapia. Todos estos factores han sido señalados en la investigación de proceso como mecanismos fundamentales para promover el cambio en la terapia de pareja (Benson, McGinn y Christensen, 2012).

El diagrama puede ser compartido con la pareja de múltiples formas, y será la idiosincrasia del mismo caso la que determine el modo. Por ejemplo, puede compartirse a través de un dibujo hecho durante la propia sesión, o en el contexto de una devolución tras una pausa.

Puede hacerse de forma oral o puede ser explicado detalladamente en una carta terapéutica enviada al domicilio familiar, entregada en un sobre durante la sesión, o enviada por mail en un momento determinado del proceso. Puede ser incluso que se decida no compartirlo y utilizarlo solo ‘de puertas para adentro’. En cualquiera de estos casos, es importante tener en mente que el diagrama es un medio y no un fin

### *Referencias*

- Montesano, A. (2016). *El diagrama circular en terapia de pareja: Un mapa relacional para guiar el proceso terapéutico*. Revista de Psicoterapia, 27(104), 59-82
- Sarmiento, V. (2012). *Aplicación de protocolo para el diagnóstico relación en terapia de pareja en un estudio de caso único*. Fundación Robert Universidad Autónoma de Barcelona.
- De la Espriella, R. (2008). *Terapia de pareja: abordaje sistemático*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(1).
- Manrique, R.(1988). *Psicoterapia sistémica de la pareja, una visión constructiva*. Revista A.E.N. vol.vIII (26).
- Duque, M. & Valles, G. (2014).*Método utilizado por el enfoque sistémico.Sistemas Psicológicos*. Recuperado de [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403001/Entorno\\_aprendizaje\\_practivo/Re vista\\_Sistemas\\_Psicologicos.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403001/Entorno_aprendizaje_practivo/Re vista_Sistemas_Psicologicos.pdf)
- Hernández, A. (2004).*Psicoterapia Sistémica Breve la construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá, Colombia: El búho.
- Hernández, A. (1997). *Familia, clico vital, y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá, Colombia: Elbúho.