



APOYO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA OFRECIDO EN LA
IPS DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

Andrea Carolina Gómez Herrera

ID 000268401

Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Ciencias Sociales y Humanas
Facultad de Psicología
Piedecuesta, Colombia
2019



APOYO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA OFRECIDO EN LA
IPS DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

Andrea Carolina Gómez Herrera

Trabajo de Grado para optar por el título de Psicóloga

Ps. Mg. Gladys Rocío Campos Cáceres

Supervisora de Servicio Social

T.P: 046 S.S.S

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales y Humanas

Facultad de Psicología

Piedecuesta, Colombia

2019



Tabla de Contenido

1.	Introducción	9
2.	Identificación de la Institución	10
3.	Objetivos	11
4.	Marco Teórico	12
5.	Metodología	22
5.1.	Tipo de intervención	22
5.2.	Población	22
5.3.	Materiales y Recursos	22
5.4.	Procedimiento	22
6.	Resultados	24
6.1.	Resultados del programa de psicoeducación parental	28
7.	Discusión	29
8.	Conclusiones	33
9.	Sugerencias y recomendaciones	34
10.	Referencias bibliográficas	35
11.	Anexos	39



Índice de tablas

Tabla 1. Casos atendidos	24
Tabla 2. Pruebas realizadas	27



Índice de gráficas

Grafica 1. Etapa del desarrollo	25
Grafica 2. Género	25
Grafica 3. Entidad remitora	26
Grafica 4. Motivos de consulta	26
Grafica 5. Motivo de cierre	27
Gráfica 6. Temas abordados	28



Índice de anexos

Anexo 1. Programa de psicoeducación parental	39
Anexo 2. Formato de recepción de caso	45
Anexo 3. Consentimiento informado menores de edad	48
Anexo 4. Consentimiento informado mayores de edad	50
Anexo 5. Historia clínica para niños y adolescentes	52
Anexo 6. Historia clínica para adultos	60
Anexo 7. Historia clínica para familia y pareja	68
Anexo 8. Guía de identificación para padres	74
Anexo 9. Ficha de historial del desarrollo para menores de edad	75
Anexo 10. Encuesta de satisfacción	78
Anexo 11. Acta de cierre de caso	89
Anexo 12. Autorización para la aplicación de pruebas	80
Anexo 13. Formato de remisión interna	81
Anexo 14. Formato de remisión externa	83
Anexo 15. Guía para la elaboración de informes	84
Anexo 16. Batería de pruebas	88



RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: APOYO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA OFRECIDO EN LA IPS DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

AUTOR(ES): Andrea Carolina Gómez Herrera

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Gladys Rocío Campo Cáceres

RESUMEN

El presente trabajo expone las actividades realizadas en el servicio social en el periodo comprendido entre el 19 de noviembre del 2018 al 12 de abril del 2019, el cual tuvo como objetivo apoyar el servicio de consulta externa de psicología ofrecido en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, por medio de la asesoría individual en psicología, desarrollo de procesos de evaluación e intervención. Se atendieron en total 22 personas entre los 4 a 17 años, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. El motivo de consulta con mayor demanda fue por bajo rendimiento académico seguido de los problemas de conducta, por lo que se lleva a cabo el desarrollo de un programa de psicoeducación parental para padres que manifestaran dichas situaciones con sus hijos, con el objetivo de instruir y brindar herramientas para abordar el problema desde casa. De la muestra total, 13 casos fueron remitidos por instituciones educativas del municipio de Piedecuesta. El motivo de cierre de los casos de la población atendida se dio por cumplimiento de objetivos con una frecuencia de 8 de la muestra total.

PALABRAS CLAVE:

Psicología clínica, atención psicológica, psicoeducación, evaluación, intervención.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: SUPPORT FOR THE EXTERNAL CONSULTATION SERVICE OF PSYCHOLOGY OFFERED AT THE IPS OF THE PONTIFICIA BOLIVARIANA UNIVERSITY

AUTHOR(S): Andrea Carolina Gómez Herrera

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Gladys Rocío Campo Cáceres

ABSTRACT

The present work exposes the activities carried out in the social service in the period between November 19, 2018 and April 12, 2019, which had as objective the external psychology consultation service in the IPS of the Pontificia Bolivariana University, through individual counseling in psychology, development of evaluation and intervention processes. A total of 22 people from 4 to 17 years of age, belonging to socioeconomic strata 1, 2 and 3, were attended. The reason for the consultation with the greatest number of people was focused on the subject. the development of a program of psychoeducation parents for parents who manifest situations with their children, with the aim of instructing and providing tools to address the problem from home. Of the total sample, 13 cases were sent by educational institutions of the municipality of Piedecuesta. The reason for the closure of the cases of the population served was in the fulfillment of the objectives with a total frequency of 8 of the total sample.

KEYWORDS:

Clinical psychology, psychological care, psychoeducation, evaluation, intervention.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK



Introducción

El presente informe da cuenta de las actividades realizadas en el servicio social en Psicología Clínica llevado a cabo en la IPS del Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana en el periodo comprendido entre el 19 de noviembre del 2018 al 12 de abril del 2019. Dentro del mismo, se describen y analizan los distintos conceptos base de la atención en psicología clínica con el fin de que puedan ser aplicados de manera pragmática en el marco del servicio social enfocado en el apoyo al servicio de consulta externa ofrecido por la IPS de la Universidad.

La atención clínica en psicología cobra importancia dentro del marco del servicio social en la medida en que se va registrando mayor demanda de solicitudes del servicio de consulta externa en la IPS. Por ello, resulta importante e incluso necesario que la IPS Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco ofrezca sus servicios de atención psicológica a la comunidad de Piedecuesta y lugares aledaños, de manera accesible y contribuyendo de tal forma en el progreso y mejoría de la salud mental de la población y, por ende, la disminución de problemáticas de salud en el municipio.

El documento contiene un apartado de identificación institucional haciendo referencia al sitio donde se realiza el ejercicio académico, contiene unos objetivos generales y específicos formulados acorde al alcance del plan de trabajo en la IPS, un marco teórico en el que se incluyen los conceptos a partir de los cuales se orienta el servicio social, la metodología empleada para el desarrollo de las actividades propuestas especificando los tipos y modelos de intervención, los resultados finales y por último, las conclusiones a las que se llega luego de haber realizado las actividades planteadas.



Identificación de la Institución

El Centro de Proyección Social (CPS) “Su Santidad Papa Francisco” abre sus puertas el 02 de agosto de 2006 con la misión de orientar y desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad. Tiene como visión ser un punto de referencia donde converja la comunidad piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos.

Dentro de la oferta de servicios del CPS se encuentra: IPS en atención en Psicología, formación humanística en colegios, consultorio jurídico y centro de conciliación.

En este caso, se enfatiza en la IPS UPB, la cual tiene como misión apoyar los procesos de docencia, investigación y proyección social de la UPB, a través de la oferta de atención psicológica oportuna, segura y efectiva a población en situación de riesgo y vulnerabilidad de los estratos menos favorecidos de la región. Asimismo, su visión va enfocada a convertirse en una IPS que ofrezca atención psicológica oportuna y pertinente, trabajando bajo la supervisión de un sistema de gestión de calidad que avale el constante mejoramiento en pro de la excelencia.

La IPS se encarga de las actividades del área de atención clínica en psicología, por lo que, el servicio social responde en primer nivel a las necesidades identificadas en la prestación del servicio de consulta externa.

Por ello, a partir de la identificación de las problemáticas y necesidades de la comunidad es que resulta importante y cobra sentido el accionar de la IPS, convirtiéndose en una fuente de apoyo y asesoramiento para los usuarios, así como de aprendizaje y fortalecimiento del rol profesional para los estudiantes de pregrado y posgrado que atienden el área de consulta externa en Psicología con mayores herramientas y capacidades profesionales que les permitan brindar un servicio de calidad.



Objetivos

General

Apoyar el servicio de consulta externa de psicología ofrecido en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana

Específicos

Realizar asesoría en psicología a nivel individual, de pareja y familiar desde el modelo cognitivo-conductual y sistémico de la psicología.

Desarrollar procesos de evaluación e intervención de las problemáticas presentadas por los usuarios en consulta.

Diseñar e implementar un programa de Psicoeducación Parental dirigido a padres que acuden con sus hijos debido a la aparición de conductas disruptivas y dificultades académicas.



Marco Teórico

En la última década, los avances en las investigaciones epidemiológicas han evidenciado el impacto que conllevan los problemas en salud mental, no solo para los individuos que los padecen, sino también para sus familias y la sociedad como tal, por ello, el importante aumento de la demanda en la atención clínica en el área de psicología que se considera ha promovido múltiples cambios en el sistema de salud de diferentes países en cuanto a su estructura y sus políticas. Dichos cambios han permitido reducir el imaginario colectivo acerca de la atención psicológica y aumentar el acceso a la misma (Moreno & Moriana, 2012).

Datos estadísticos a nivel mundial predicen que para el año 2020 las condiciones psiquiátricas y neurológicas se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 %, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. Comparando la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros estudios de distintos países, se evidencia que Colombia ocupa los cinco primeros puestos en enfermedades mentales, afectando a niños, adolescentes y adultos jóvenes, atentando contra el pronóstico, la productividad académica y económica de la población, así como los factores personales, simbólicos y culturales de la misma (Posada, 2013).

Por esto, resulta importante apelar al concepto que la Organización Mundial de la Salud (2013) tiene acerca de la salud mental, definiéndola 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 (pp. 1).



A partir de ello, resulta importante abordar dichas tensiones de la vida teniendo en cuenta que estas se presentan como dificultades o situaciones que pueden llegar a afectar ciertas áreas de la vida de un individuo. Asimismo, cabe resaltar que la psicología clínica desde su modelo de prevención y promoción, busca potenciar la salud de un individuo como método para evitar y/o combatir una enfermedad o problemática específica, obteniendo como resultado la mejoría de las condiciones sociales del individuo para tener la capacidad de prevenir o incluso atender la enfermedad desde él mismo (Reyes, 2011).

Cabe mencionar que en Colombia la Ley 1616 de 2003 (MinSalud, 2014), 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).

Para lograr mantener dicho estado dinámico en el individuo, se convierte en una tarea fundamental por parte de las entidades de salud el prevenir las problemáticas que afectan la salud mental, así como la necesidad de intervenirlas y tratarlas.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), dichos problemas no afectan únicamente a la persona que los padece, sino que afecta en cierta medida su funcionalidad en distintas áreas de la vida provocando un deterioro ya sea leve, moderado o grave en las sus relaciones familiares y personales, su desempeño en el área laboral y/o académica.

Por otra parte, Bustos y Russo (2018), suponen que el estado físico, psicológico y social en el individuo influencia en la concepción de bienestar, visto como la total ausencia de alteraciones para algunos autores, sin embargo, no se puede dejar de lado la importancia de la funcionalidad,



Apoyo al servicio de consulta externa de Psicología ofrecido en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana

adaptabilidad y vitalidad del ser humano. Básicamente, con la atención psicológica se busca avanzar en cada uno de esos grados vitales y funcionales del individuo, logrando cumplir con los objetivos terapéuticos establecidos en sesión y buscando superar la dificultad que manifiesta la persona al inicio de la consulta, por medio del fortalecimiento de su propia capacidad de solución de problemas y de adaptación al cambio, dependiendo del caso en específico.

Según Rodríguez (2016), las causas de los desequilibrios en salud mental pueden provenir de un mal funcionamiento neurofisiológico, sin embargo, no es el único factor determinante en la aparición de dichas alteraciones, también pueden estar implicadas otras causas añadidas como problemas de relaciones personales o falta de adaptación en el aprendizaje, eventos que no siempre se toman en cuenta pero podrían ser relevantes en el momento de comprender de manera holística un problema en salud mental. Además, el autor considera que:

Los problemas de salud mental se distinguen de otras enfermedades en que su expresión primaria se manifiesta en desequilibrios de orden social o psicológico de múltiple causalidad, al alterarse la regulación del comportamiento a través de procesos cognitivos, emocionales, de sensación y percepción (p. 194).

La atención psicológica en el área clínica se considera como una práctica que se esfuerza por favorecer la calidad de vida y salud mental de los individuos en su contexto personal, social y familiar, direccionando al usuario a resolver la problemática con la que acude un usuario (Colpsic, 2014). Para ello, es necesario el estudio y análisis de casos, práctica que permite no solo guiar la atención en consulta, sino también, identificar el tipo de problemas por los que se demanda la atención psicológica, los tratamientos disponibles y los realmente utilizados para determinada problemática, sus características principales (sesiones de evaluación, sesiones de asesoría



Apoyo al servicio de consulta externa de Psicología ofrecido en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana (psicológica técnicas utilizadas, etc.), y, en especial, los resultados obtenidos por cada uno de ellos (Labrador, Estupiñá & García, 2010).

Asimismo, es importante profundizar en aquello que las personas buscan en la consulta psicológica, ya sea ayuda ante una situación angustiosa, orientación ante dificultades vitales, búsqueda de sentido a problemas personales o satisfacer las necesidades de otras personas. Teniendo en cuenta la iniciativa de cada individuo por convertirse en un usuario de atención psicológica, ya que, puede ser por voluntad propia, de su entorno inmediato o urgida por una instancia administrativa/institucional (Valverde & Inchauspe, 2017).

En la demanda del paciente o de sus familiares existe la expectativa de conocer, no solamente lo que le pasa desde el punto de vista psicopatológico y su gravedad, sino también, aquello que cabe esperar que le ocurra en el futuro con o sin tratamiento (Ibáñez & Echeburúa, 2014, p. 2).

Por esto, el psicólogo se orienta desde un modelo de evaluación que permita comprender la complejidad del problema, teniendo en cuenta distintos factores que pueden influir en la aparición y mantenimiento del problema, y que son relevantes para el análisis individual del pronóstico del consultante.

Según Bados (2008), en Psicología clínica el proceso de evaluación busca identificar, especificar y cuantificar las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones de una o más personas así como las variables personales y ambientales que los mantienen, con la finalidad de explicar y modificar el comportamiento o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica, teniendo en cuenta que la intervención o también conocida como tratamiento busca alcanzar metas dentro del proceso psicológico a partir de los resultados de la evaluación inicial y lo que el profesional logre identificar y que sea importante para abordar en consulta.



La evaluación en los procesos de atención psicológica se realiza mediante herramientas básicas como la entrevista, la aplicación de cuestionarios o escalas, la observación, realización de pruebas psicométricas y análisis de historias clínicas anteriores, mientras que a intervención implicaría orientarse a partir de un enfoque o modelo explicativo en la psicología como lo es el psicoanálisis, el enfoque cognitivo, conductual, sistémico, Gestalt, existencia y eclécticos (Bados, 2008).

Desde el modelo cognitivo-conductual de la psicología, Muñoz y Ruiz (2007), recalcan que se identifican las variables ambientales como factores influyentes en la conducta y el pensamiento. La función del psicólogo consiste en guiar al paciente de tal manera que le ayude a comprender la manera en que sus cogniciones influyen en sus emociones y conductas consideradas disfuncionales, asimismo, el psicólogo hace las veces de catalizador, promoviendo experiencias correctivas o aprendizajes nuevos que fomenten otros pensamientos funcionales y habilidades más adaptativas.

Minici, Rivadeneira y Dahab (2005) hablan sobre la discusión de dichas cogniciones y como esta técnica puede permitir llevar las ideas y creencias a un escenario empírico en el cual el individuo pueda cuestionarse sobre las mismas y comprobarlas mediante experimentos conductuales, con la base de las propias experiencias de su cotidianidad, también conocida como la reestructuración cognitiva, es una técnica que se emplea en aras de desafiar los pensamientos buscando evidencias de los mismos.

El modelo cognitivo conductual considera la unión de los supuestos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información para poder explicar la manera en cómo se establecen ciertos patrones de conducta en la infancia y la adolescencia, asimismo, tiene en cuenta las variables ambientales como factores influyentes en la conducta y el pensamiento (Muñoz & Ruiz, 2007), pues se supone que la conducta es adquirida y puede mantenerse o cambiar a partir



Apoyo al servicio de consulta externa de Psicología ofrecido en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana de la historia del aprendizaje, de donde subyacen los principios que regulan la conducta (Bados, 2008).

Según Minici, Rivadeneira y Dahab (2001), la intervención terapéutica a partir de este modelo se divide en 3 momentos, el primero se denomina la evaluación de la problemática expuesta en consulta y en el cual se lleva a cabo la elaboración de hipótesis y objetivos del caso; el segundo momento es la intervención como tal, en el cual se identifican las técnicas adecuadas para el manejo de la situación problema siempre y cuando se orienten hacia el alcance de los objetivos; y finalmente, el seguimiento terapéutico en el cual se evalúa la aplicación de las técnicas y se modifican aspectos en caso de ser necesario para evitar recaídas.

Siendo la psicoeducación una técnica conocida por su dimensión informativa, preventiva e interventora en la cual se requiere la participación de los miembros de la familia y del paciente, se considera necesaria en el abordaje de problemáticas individuales que afectan directamente a la familia, por lo tanto, su objetivo es informar sobre la etiología, sintomatología, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, fomentando el apoyo por parte de su red familiar con el fin de fortalecer las habilidades, recursos y mecanismos que les permitan lidiar con la enfermedad y resolver los problemas que se presentan (Roldán, Salazar, Garrido & Cuevas, 2015).

Vale la pena recordar que la familia se define como el núcleo fundamental de la sociedad que estructura una suma de valores y varía según cada cultura (Pulido, Castro, Peña & Ariza, 2013), del mismo modo, se encarga principalmente de proteger, socializar y educar a sus miembros, permitiéndoles relacionarse cada vez más con otras instituciones sociales (escuela) como respuesta a necesidades de la cultura, impulsando el desarrollo humano y la adaptación de sus miembros a la cultura en la que se encuentran inmersos (Espitia & Montes, 2009).



Dichos valores y aportes que brinda la familia al individuo, se resaltan las pautas de crianza, consideradas por Murillo y Peña (2015) como las dinámicas que se dan dentro del entorno familiar las cuales se relacionan con las experiencias de crianza de los padres y todo aquello que se les fue dicho, enseñado o limitado, de manera que los padres deben evaluar su beneficio en la crianza de sus propios hijos y llevarla a cabo de tal forma o no, según se considere.

Por lo tanto, las pautas de crianza son lineamientos que los padres ejecutan según consideran adecuado en la dinámica familiar, sin embargo, en ocasiones suelen ser contraproducentes y permitir la aparición de problemáticas a nivel individual que afectan a todo el sistema. Las pautas de crianza varían según la cultura en la que la familia se encuentra, las costumbres que se tengan, las reglas y normas que se establezcan, otorgando un rol a cada individuo de la familia con sus respectivas funciones (Murillo & Peña, 2015).

Además de ser un pilar influyente en el desarrollo socioafectivo del infante, partiendo de los modelos, valores, normas, roles y habilidades que se les enseña en la infancia, la cual se encuentra relacionada con la resolución de conflictos y el manejo de los mismos, el desarrollo de habilidades sociales, adaptativas, la enseñanza de conductas prosociales y el entrenamiento en regulación emocional (Cuervo, 2010).

Dicho esto, cabe resaltar que los cambios del entorno son quienes demandan en igual medida que las familias cambien y como un sistema de miembros relacionales se vean en la necesidad de encontrar nuevas alternativas o respuestas a los problemas que se presentan (Espinal, Gimeno & González, 2006).

Así es como el modelo sistémico de la Psicología concibe a la familia, como un todo organizado en donde cada uno de sus miembros responde a una determinada función, y a partir de ello, con



sus acciones regula las acciones de los demás y al tiempo se ve afectado por las mismas, siguiendo un patrón interaccional dentro de la familia (Feixas, Muñoz, Compañ & Montesano, 2016).

Espinal, Gimeno y González (2006), suponen que, al considerar a la familia como un sistema, también estaríamos considerándola como un conjunto de miembros con una identidad propia y diferenciada del entorno, con su propia dinámica interna que autorregula su continuo proceso de cambio.

Asimismo, el modelo sistémico se basa en la idea de que las personas forman parte de sistemas más amplios que lo determinan y a los cuales determina de manera simultánea y recíproca (Berger, 2008), es decir, cualquier acción que realice un cambio en una estructura del sistema provocará cambio en las demás partes del mismo. Por ello, es necesario considerar los elementos, las propiedades, el tipo de interacción y el comportamiento del sistema con el fin de comprenderlo (Bados, 2008).

El orden o la estructura de la intervención en este modelo es similar a la empleada en el modelo cognitivo conductual, sin embargo, las técnicas y las denominaciones se diferencian en la medida en que el foco de análisis cambia.

Según Ortiz (2008), existen tres fases en la terapia sistémica conocidos como: la apertura o formación del sistema terapéutico hace referencia al momento de la primera entrevista y al posterior análisis de la demanda del paciente, así como el encuadre, establecimiento de la relación y contrato terapéutico; el intermedio o proceso terapéutico tiene en cuenta la evaluación y diagnóstico de la familia a nivel estructural y funcional, así como la formulación de hipótesis y aplicación de las técnicas propias del modelo; y por último y muy importante, la fase de cierre en la cual se evalúa y se hace seguimiento de los cambios evidenciados en la segunda fase.



Por lo tanto, al centrarse en las formas de interactuar que tienen los integrantes de la familia, se da cuenta del sentido que tiene el problema dentro de la interacción familiar, por ello, se busca promover un cambio en la estructura con el fin de que deje de ser disfuncional (Del Río, 2012).

Para el trabajo de la problemática dentro de la sesión Feixas (2012), tiene en cuenta ciertas tareas terapéuticas, para las cuales el profesional en salud mental pide a alguno de los presentes que realice una acción o una actividad con el objetivo de alterar alguna estructura o pauta de relación, puede ser desde una dramatización hasta una composición escrita.

En ocasiones las tareas pueden estar orientadas a formar alianzas entre los miembros de la familia en conflicto o lograr alterar su patrón comunicacional, las tareas si bien pueden plantearse dentro de la sesión, también existe una gran variedad para la casa, las cuales tienen de igual forma un objetivo específico, además, de ser valorado su cumplimiento en las siguientes sesiones como método para identificar al tiempo si existe compromiso con el proceso terapéutico.

Las cartas terapéuticas son una técnica considerada un medio para un fin, en la medida en que beneficia la narrativa del individuo en el desarrollo de la terapia y permiten generar significado sobre aspectos de ellos mismos o de sus relaciones ya sea interpersonales o familiares (White & Epston, 1993).

La estructura de la familia puede evidenciarse mediante la realización de una entrevista en la cual el profesional oriente sus cuestionamientos a conocer como los integrantes de la familia se comportan en determinada situación o qué tipo de relación mantienen unos con otros.

Otro de los métodos, es el genograma, considerándose una herramienta grafica por su practicidad en la interpretación y análisis del sistema familiar que tiene en cuenta por lo menos tres generaciones, presentándose como un formato que registra la información sobre los miembros de la familia y sus relaciones, permitiendo identificar ciertos datos sobre la estructura familiar y si



existe influencia de las relaciones entre los miembros con la aparición de una determinada problemática (Sandoval, 2007) que pueden ser fundamentales para identificar las técnicas y tareas adecuadas para intervenir en la mejoría de las relaciones que posiblemente estén prolongando el problema o el síntoma, evidenciando con esa imagen de la familia, a quienes se debe unir, fomentar la comunicación o modificar ciertas pautas que afectan la funcionalidad del sistema para que este se autorregule y cambie.



Metodología

Tipo de intervención

Para la atención de los casos se tienen en cuenta los principios y supuestos generales del modelo cognitivo conductual y sistémico de la psicología, abarcando la intervención a nivel individual y familiar, según la problemática expuesta por los usuarios en consulta.

Población

Hasta la fecha se atendieron 22 usuarios de los cuales 13 son hombres y 9 son mujeres; 9 asisten de manera particular y 13 son remitidos por instituciones educativas de la ciudad de Piedecuesta, los consultantes hacen parte del ciclo vital de la infancia y adolescencia y son pertenecientes a estratos 1, 2 y 3.

Materiales y recursos

Consultorio, mobiliario del consultorio, computador, Programa de psicoeducación parental (Anexo 1), Formato de recepción de caso (Anexo 2), Consentimiento informado menores de edad (Anexo 3), consentimiento informado mayores de edad (Anexo 4), Historia clínica para niños y adolescentes (Anexo 5), Historia clínica para adultos (Anexo 6), Historia clínica para familia y pareja (Anexo 7), Guía de identificación para padres (Anexo 8), Ficha de historial del desarrollo (Anexo 9), Encuesta de satisfacción (Anexo 10), Acta de cierre de caso (Anexo 11), Autorización para la aplicación de pruebas (Anexo 12), Formato de remisión interna (Anexo 13), Formato de remisión externa (Anexo 14), Guía para la elaboración de informes (Anexo 15), batería de pruebas (Anexo 16).

Procedimiento

Recepción de los casos y registro de los datos sociodemográficos y de contacto de los consultantes.



Realización de la primera consulta, apertura de historia clínica y diligenciamiento de los formatos correspondientes.

Realización de procesos de evaluación psicológica como la entrevista, aplicación de pruebas y entrega de informes de las mismas.

Redacción de objetivos terapéuticos y selección de las técnicas de intervención.



Resultados

Se reciben 22 casos de los cuales trece son remitidos por la institución educativa a la que están inscritos los consultantes, nueve asisten de manera particular. En cuanto al género, trece de los usuarios son hombres y nueve son mujeres. Respecto al estado del ciclo vital, los individuos se encuentran entre la infancia y la adolescencia, siendo todos menores de edad. Se cerraron diecinueve casos en total, nueve de ellos por cumplimiento de objetivos, seis por inasistencia, tres porque el usuario desiste del servicio y uno debido a que iniciaría proceso psicológico en la IPS del Instituto de Familia y Vida.

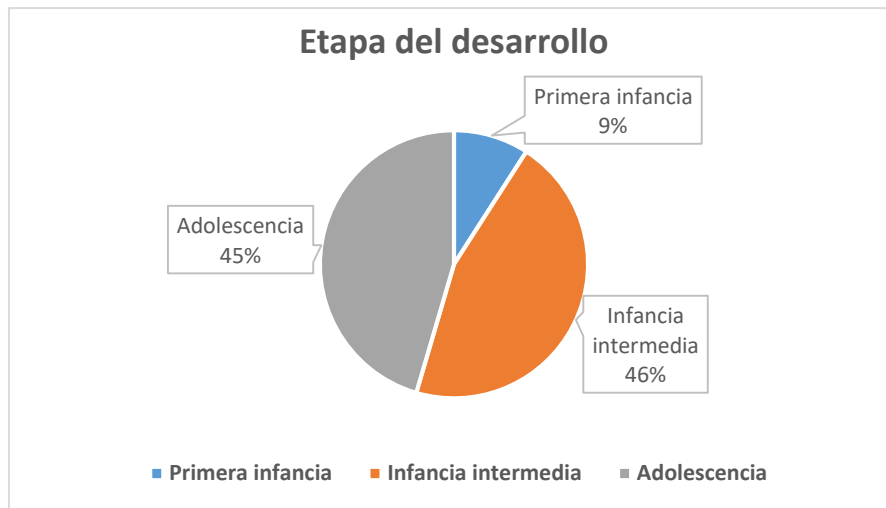
Tabla 1. Casos atendidos

Consultante	Edad	Género	Remisión	Motivo de consulta	Asistencias	Inasistencias	Estado
JJ	4	M	Particular	Problemas de conducta	2	3	Cerrado
I.A	6	M	Colegio	Problemas de conducta	11	1	Abierto
E.O	7	M	Particular	Problemas de conducta	8	0	Cerrado
M.L	10	M	Colegio	Dificultades de aprendizaje	10	0	Cerrado
M.C	10	M	Particular	Problemas de conducta	1	2	Cerrado
S.R	11	M	Colegio	Problemas de conducta	3	1	Cerrado
G.R	11	F	Colegio	Dificultades de aprendizaje	3	0	Cerrado
A.C	11	F	Colegio	Tristeza y conflictos familiares	5	4	Cerrado
O.M	12	M	Colegio	Dificultades de aprendizaje	8	1	Cerrado
J.T	12	M	Particular	Dificultades académicas	8	0	Cerrado
J.R	12	M	Colegio	Problemas de conducta	2	3	Cerrado
S.A	12	F	Particular	Conflictos familiares	2	2	Cerrado
L.R	13	F	Colegio	Dificultades de aprendizaje	8	4	Cerrado
M.M	13	F	Colegio	Dificultades académicas y conductuales	8	1	Abierto
J.A	14	M	Colegio	Dificultades académicas	3	0	Cerrado
M.B	14	F	Colegio	Dificultades de aprendizaje	3	0	Cerrado
C.G	14	M	Particular	Timidez	5	0	Abierto
A.R	16	F	Particular	Dificultades de aprendizaje	3	0	Cerrado
A.M	16	F	Particular	Orientación vocacional	2	0	Cerrado
J.C	16	M	Particular	Orientación vocacional	2	0	Cerrado
L.R	16	M	Colegio	Aislamiento	3	2	Cerrado
K.G	17	F	Colegio	Dificultades académicas	1	1	Cerrado

Las edades de los consultantes fueron de 4 a 17 años, siendo todos menores de edad y correspondientes a distintas etapas de desarrollo, 2 consultantes de la primera infancia, 10 de infancia intermedia y 10 adolescentes, tal como se muestra en la gráfica 1.

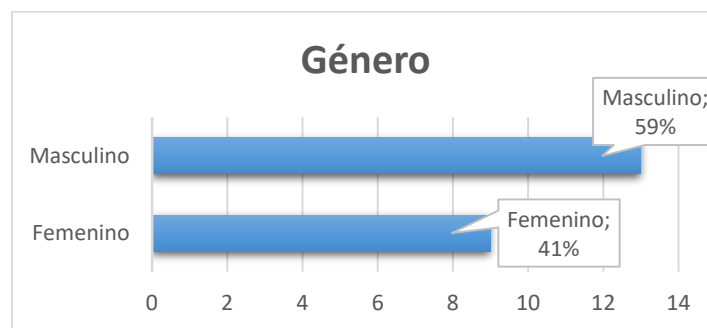


Grafica 1. Etapa del desarrollo



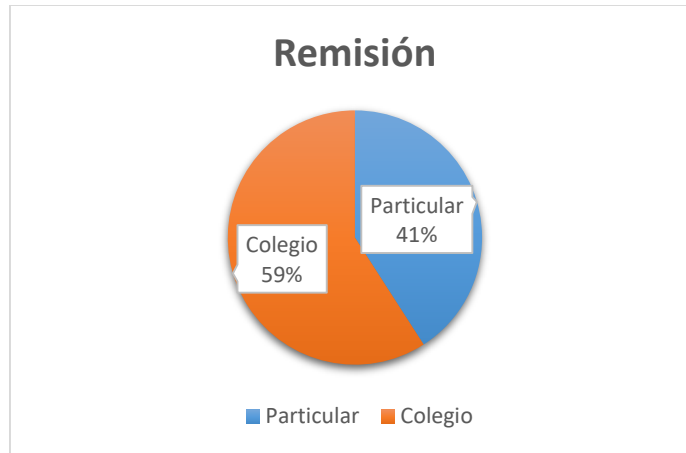
La mayoría de usuarios atendidos fueron del género masculino con un total de 13, mientras que del género femenino fueron 9 las personas que solicitaron el servicio, como se representa en la gráfica 2.

Grafica 2. Género



Las entidades que remitieron un mayor número de usuarios fueron las instituciones educativas con un total de 13 estudiantes, mientras que 9 personas solicitaron el servicio de consulta psicológica de manera particular como se evidencia en la gráfica 2.

Grafica 3. Entidad remitora



En cuanto a los motivos de consulta, se identificó que la mayoría correspondió a dificultades académicas y de aprendizaje, seguido de problemáticas conductuales, conflictos familiares, orientación vocacional, tristeza, timidez y aislamiento como se muestra a continuación:

Grafica 4. Motivos de consulta



Además de la asesoría psicológica, también se llevó a cabo la aplicación de pruebas psicológicas como la Escala de Inteligencia de Wechsler IV y el Inventario de Intereses y Preferencias Profesionales – Revisado, dichas pruebas han sido solicitadas por las instituciones educativas para el caso del WISC, en cuanto al IPP-R fue solicitado personalmente por los usuarios. A continuación, una síntesis de la aplicación de las mismas (Tabla 2).



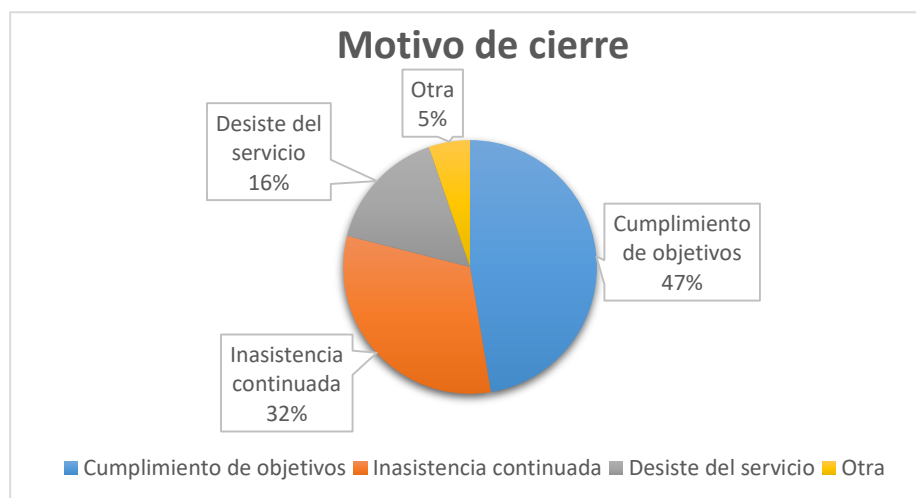
Tabla 2. Pruebas realizadas.

Consultante	Edad	Prueba aplicada	Motivo de aplicación
L.R	13	Escala de Inteligencia de Wechsler IV	Identificación de coeficiente intelectual
J.A	14	Escala de Inteligencia de Wechsler IV	Identificación de coeficiente intelectual
M.B	14	Escala de Inteligencia de Wechsler IV	Identificación de coeficiente intelectual
A.M	16	Inventario de Intereses y Preferencias Profesionales	Orientación vocacional
J.C	16	Inventario de Intereses y Preferencias Profesionales	Orientación vocacional

Luego de cada aplicación de la prueba, se llevó a cabo la revisión y calificación de los resultados, los cuales posteriormente, fueron la base de la realización de los informes de evaluación psicológica que fueron entregados cinco días hábiles después a los consultantes y sus acudientes dando por finalizado el proceso evaluativo.

Respecto al motivo del cierre de los casos, 9 fueron cerrados por cumplimiento de objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso psicológico que fueron trabajados con apoyo de los padres y su cumplimiento con las tareas asignadas y con las sesiones programadas. Por inasistencias se cerraron 6 casos, 3 usuarios desistieron del servicio manifestando dificultades para asistir debido a la disponibilidad del tiempo, mejoría repentina del consultante o porque serían atendidos en otras instituciones por el mismo motivo y finalmente, 1 consultante solicita el servicio en la IPS del Instituto de Familia y Vida debido a la cercanía con su lugar de residencia.

Grafica 5. Motivo de cierre





RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PSICOEDUCACION PARENTAL

El programa fue implementado y trabajado con los padres y/o acudientes de 8 de los casos atendidos en torno a problemáticas académicas y comportamentales. Se dedicaron dos o tres sesiones completas a los padres para instruirlos en las herramientas de apoyo en el abordaje del problema según requiriera el caso.

Las problemáticas identificadas en las sesiones fueron: baja motivación hacia la tarea, baja comprensión de los temas, inatención en el aula de clase, oposicionismo ante docentes, desobediencia hacia los padres, discusiones con compañeros y familiares, desacato de normas y reglas, engaños.

A partir de las problemáticas expuestas se trabajaron pautas de crianza, estrategias de refuerzo y castigo, estrategias de comunicación y reconocimiento de los logros de los hijos, dichas temáticas se abordaron con el uso de técnicas y tareas con los padres desde el modelo cognitivo conductual y el modelo sistémico de la Psicología, estas fueron: Psicoeducación, economía de fichas, creación de acuerdos, cartas terapéuticas, tareas de terapia breve (post-it, escudo familiar), análisis de coste-beneficio, entrenamiento en habilidades de escucha, motivacionales y comunicativas.

Grafica 6. Temas abordados

Pautas de crianza	Estrategias de refuerzo y castigo	Estrategias de comunicación	Reconocimiento del logro
<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación• Analisis de coste-beneficio• Creación de acuerdos	<ul style="list-style-type: none">• Economia de fichas• Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">• Cartas terapeuticas• Escudo familiar• Post -it• Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none">• Incentivos verbales o materiales• Formación de agentes motivacionales



Discusión

Con base en los objetivos planteados al inicio del proyecto se considera satisfactorio el resultado que se obtuvo en los cuatro meses del servicio social. Desde la meta principal de apoyar el servicio de consulta externa en psicología en la IPS del CPS hasta llevar a cabo la terminación del diseño y ejecución de un programa de psicoeducación parental orientado a padres cuyos hijos presentaron conductas disruptivas y bajo rendimiento académico.

Gaviria (2009) señala que las mayores consultantes del servicio psicológico son las mujeres, debido a factores genéticos, sociales y relacionales de vulnerabilidad que presentan y que terminan siendo determinantes en la salud mental. Sin embargo, al revisar el tipo de población atendida, se evidenció que la mayoría de usuarios atendidos fueron niños y adolescentes del género masculino, lo cual se puede atribuir a la etapa del ciclo vital del consultante y a la entidad que remite, la cual generalmente es la institución educativa o las madres de los niños quienes solicitan el servicio.

Dado que los dichos motivos de consulta fueron los más frecuentes con 10 casos por bajo rendimiento académico y 6 de conductas disruptivas, se consideró pertinente diseñar un programa en sesiones individuales con los padres y/o acudientes, realizando psicoeducación y seguimiento de las tareas asignadas y de los cambios a nivel de pautas de crianza, de comunicación y relacionales entre los miembros de la familia, con el fin de prevenir recaídas y brindar herramientas de apoyo para abordar la situación desde la casa (Anexo 1).

Teniendo en cuenta que la familia es el principal grupo de socialización en la infancia en el cual da la enseñanza de roles sociales, control de impulsos, valores y desarrollo de significado (Suarez & Vélez, 2018), es que se consideró necesario brindar consultas psicológicas individuales para padres y acudientes psicoeducando y orientando en pro del proceso de solución a la problemática.



Se puede resaltar que la mayoría de casos atendidos fueron remitidos por el colegio en torno a problemáticas de tipo académico y comportamental de 13 estudiantes, en busca de la realización de procesos de evaluación que permitieran dar cuenta de las áreas en las cuales los estudiantes tenían un menor desempeño y para implementar estrategias de manejo de conflictos y modelación de la conducta disruptiva, respectivamente.

En los casos de bajo rendimiento académico se encontró la prevalencia de conflictos familiares, pautas de crianza inadecuadas y falta de apoyo en los procesos académicos que permitieron la aparición de dichas conductas disfuncionales tanto en niños como adolescentes, contrastado con lo que menciona Meneses, Morillo, Navia y Grisales (2013) sobre la falta de interés por las asignaturas, desmotivación por el logro e incapacidad de cumplir con objetivos académicos relacionado con la presencia de dificultades en la familia.

Se identificó que las dificultades a nivel familiar afectaban de manera importante el ajuste emocional de los hijos, debido a que la dinámica familiar predice las conductas y habilidades de afrontamiento de los miembros de la familia, contrastado con lo que supone Sabroso, Jiménez y Lledó (2011), que cuando dicha dinámica no funciona adecuadamente, los intereses de los niños se agobian a causa de los conflictos en casa, convirtiéndolos en individuos expuestos a desinteresarse por conocer, aprender, afrontar dificultades y plantearse retos, debido a los temores derivados de los conflictos en el hogar.

En los seguimientos de los casos cuyos motivos de consulta giraban en torno a problemas emocionales y conductuales, se evidenció que, cuando los miembros de la familia no apoyaban el desarrollo del proceso psicológico, el cumplimiento de las tareas terapéuticas y la asistencia puntual a las consultas, se presentaban inconvenientes para obtener avances en el proceso e incluso



Apoyo al servicio de consulta externa de Psicología ofrecido en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana

aparecían recaídas del problema en repetidas ocasiones, tal como lo presenta Salorio y Rodado (s.f) al considerar necesaria la intervención a nivel de familiares o redes de apoyo del consultante.

En cuanto al curso de los procesos psicológicos y el número de asistencias a las consultas, se puede deducir que la no asistencia puntual y continuada de los usuarios se convirtió en una problemática que, si bien pudo presentarse por la baja iniciativa por el cambio, también se dio por factores climáticos, económicos y de tiempo de los padres y/o acudientes.

Es importante la disposición del usuario por generar un cambio y/o mejora frente a su problema, sin embargo, también entra a jugar un papel fundamental el apoyo y el trabajo conjunto de la familia o las redes de apoyo más cercanas, de manera que el proceso psicológico tenga un mayor alcance. Así lo afirma Salorio y Rodado (s.f) cuando hablan sobre los tratamientos psicológicos y la familia, suponen que no es suficiente brindar el tratamiento individual, pues además de tratar los conflictos del sujeto se necesita de igual forma cambiar el medio en el que la persona vive, en este caso, sería tratar también con la familia y por medio de ella.

Por otra parte, resultó interesante la variación en el grado de adherencia al tratamiento psicológico en individuos con motivos de consulta similares, dado que algunos de ellos asistieron prolongadamente y sin ausencias, mientras que otros solo dos o tres veces, luego desistieron del servicio o simplemente empezaron a ausentarse sin responder a los llamados del CPS, lo cual llevaba al cierre del caso.

Nieto y Pelayo (2009), realizan una comparación importante en su artículo, diferenciando el término “cumplimiento” y “adherencia”, concibiendo a la primera como:

Una conducta más cercana a la obediencia, dado que no se precisa tener en cuenta los factores decisionales del lado del Consultante sino únicamente la conducta coincidente a la orden médica, siendo susceptible de analizarse por su ausencia o presencia. (...) La



segunda definición, entiende un compromiso que parte de la evaluación coste-beneficio, así como una apreciación sobre la enfermedad y su tratamiento además pone en claro las intenciones particulares de cambio, que se introducen activamente en la relación entre el Consultante y el profesional de la salud, constituyendo las bases para el trabajo en equipo del proceso terapéutico (p.63-64).

Dicho esto, se puede relacionar el ausentismo de los consultantes como una baja conciencia del problema y de interés por generar un cambio, dado que muchos de los casos atendidos son remitidos por la institución educativa y puede ser tomado como una responsabilidad más no, por una iniciativa propia de cambio frente a la situación problema como se evidencio en los 6 casos cerrados por inasistencia continuada y 3 por que desistieron del servicio.

Por el contrario, los consultantes que asistieron rigurosamente y se adaptaron a cambios de horario mostraron mayor compromiso y participación activa con el tratamiento, evidenciado en la puntualidad y asistencia continuada de los 9 casos cerrados por cumplimiento de objetivos.



Conclusiones

Se atendieron 22 consultantes de los cuales 13 fueron hombres y 9 mujeres; 13 casos remitidos de colegios de Piedecuesta y 9 asistieron de manera particular; todos los consultantes pertenecían a los estratos 1, 2 y 3 de barrios de Piedecuesta y Bucaramanga, asimismo, todos los consultantes fueron menores de edad y correspondientes a distintas etapas de desarrollo, 2 de la primera infancia, 10 de infancia intermedia y 10 adolescentes, por lo que se llevó a cabo un trabajo en conjunto con los padres y/o acudientes.

Se identificó que la mayoría de remisiones por parte de instituciones educativas en torno a dificultades académicas solicitaban la realización de procesos de evaluación del coeficiente intelectual y la posterior entrega de un informe con los resultados con el fin de generar estrategias y acompañamiento pedagógico para dichos estudiantes.

La inasistencia continuada y baja conciencia del problema sigue siendo uno de los principales factores que afectan el desarrollo satisfactorio del proceso de evaluación e intervención debido a la poca motivación, persistencia y cumplimiento de las actividades y tareas propuestas para cada caso en particular, por lo que no se generan cambios o avances en el proceso psicológico que beneficien la situación del consultante.

La implementación de programas y herramientas de apoyo para los padres son fundamentales en los procesos de atención en Psicología puesto que incluye a las redes de apoyo del consultante en el avance y disminución del problema, generando así un trabajo en conjunto que permite resultados más favorables y con menor probabilidad de recaídas futuras.



Sugerencias y recomendaciones

Se considera importante generar la apertura de jornadas de asesoría psicológica en los distintos colegios del municipio de Piedecuesta con el fin de priorizar y agilizar los procesos de recepción y asignación de casos, asimismo, de diferenciar los motivos de consulta y no implementar recursos que quizá no se requieren en el abordaje de una problemática, como lo que sucede con las remisiones de las instituciones educativas para la realización de pruebas de coeficiente intelectual por problemáticas de bajo rendimiento académico, sin antes explorar otras áreas del individuo que podrían influenciar la aparición del problema.

Se recomienda fomentar espacios semanales de socialización de dudas, sugerencias, socialización y retroalimentación de casos con los practicantes en psicología clínica, con el fin de estar en sincronía con las problemáticas atendidas y brindar herramientas unos a otros para abordarlas, asimismo, para fortalecer la comunicación entre los estudiantes y el apoyo en los procesos tanto teóricos como prácticos



Bibliografía

- Bados, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Rescatado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Berger, T. (2008). Aportes de la perspectiva sistémica y la terapia familiar al trabajo en educación especial. Experiencia con alumnos de la maestría en educación especial de la Universidad Intercontinental. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10 (1), 75-90.
- Bustos, V., Russo de Sánchez, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. Psicogente, 21(39), 1-21. doi:10.17081/psico.21.39.2830
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2014). Perfil y competencias del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud. Ministerio de salud y protección social. Bogotá: Colombia.
- Cuervo, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 6 (1), 111-121.
- Del Rio, A. R. (2012). La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención. Editorial Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales-EditUCES.
- Espinal, I., Gimeno, A., González, F. (2006). El enfoque sistémico en estudios sobre la familia. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo. Recuperado de: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Espitia, R., Montes, M. (2009). Influencia de la familia en el proceso educativo de los menores del barrio costa azul de Sincelejo (Colombia). 2009, de investigación y desarrollo vol. 17, n° 1 (2009) - issn 0121-3261 Sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/indes/v17n1/v17n1a04.pdf>
- Feixas, G. (2012). Tareas y rituales en terapia sistémica. Universidad de Barcelona: Facultad de Psicología. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32736/1/TAREAS_RITUALES.pdf
- Feixas, G., Muñoz, M., Compañ, V., Montesano, A. (2016). Definición del modelo sistémico y concepto básico. El modelo sistémico en la intervención familiar (pp. 1-53). Barcelona,



- España. Recuperado de:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistematico_Enero2016.pdf
- Gaviria, A. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 38(2), 316-324. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615421008>
- Ibáñez, C., Echeburúa, E. (2014). Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. *Clínica y Salud* 1 (2015) 17-22.
- Labrador, F., Estupiñá, F., & García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22 (4), 619-626.
- Meneses, W., Morillo, S., Navia, G., Grisales, M. (2013). Factores que afectan el rendimiento escolar en la institución educativa rural Las Mercedes desde la perspectiva de los actores institucionales. Universidad de Manizales.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, no. 1. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Minici, A., Rivadeneira, C., Dahab, J. (2005). Los fundamentos de la reestructuración cognitiva. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual*, no. 9. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/los-fundamentos-de-la-reestructuracion-cognitiva.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Colombia. El Ministerio, Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
- Moreno, E., Moriana, J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud mental*, Vol. 35, No. 4. Recuperado de: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3504/sm3504315.pdf>
- Muñoz, F., Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 98-110.
- Murillo, L., Peña, I. (2015). Pautas de crianza y reconocimiento de emociones propias y en otros de niños en etapa de ciclo vital escolar pertenecientes a familias resilientes en zona urbana y rural. Universidad Santo Tomás, Bogotá. Recuperado de:



- <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3193/Muriloorjuelalaura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nieto, L., Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR*, vol. 85, pp 61-75.
- OMS (2013). Salud Mental: Un estado de bienestar. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Quito, Ecuador. Ediciones Abya-Yala: Universidad Politécnica Salesiana. Recuperado de: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia%20familiar%20sistemica.pdf>
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4), 497-498.
- Pulido, S., Castro-Osorio, J., Peña, M., & Ariza-Ramírez, D. (2013). Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 245-259.
- Reyes Fernández, B. (2011). ¿Cuál es el Aporte de la Psicología dentro de la Atención de la Salud en Costa Rica?. *Reflexiones*, 90 (1), 87-104.
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20 (2), 192-204.
- Roldán, G., Salazar, I., Garrido, L., & Cuevas-Toro, A. (2015). Intervención psicológica grupal, basada en la aceptación y el entrenamiento en comunicación, con familiares de personas con trastorno mental grave. *Anales de Psicología*, 31(3), 759-772. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.154071>
- Sabroso, A., & Jiménez, M., & Lledó, A. (2011). Problemas Familiares Generadores De Conductas Disruptivas En Alumnos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 423-432.
- Salorio, P., Rodado, J. (s.f). Tratamientos psicológicos (V) Terapia de familia. Tratado de Psiquiatría. Recuperado de: https://psiquiatria.com/tratado/cap_46.pdf
- Sandoval, L. (2007). La primera entrevista familiar desde un enfoque sistémico. Universidad del Azuay, Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1134/1/06259.pdf>



Suarez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios* vol. 2, n. 20.

Valverde, M., Inchauspe, J. (2017). El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 37(132), 529-552. doi:10.4321/S0211-57352017000200012

White, M., Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España. Ediciones Paidós Ibérica.



Anexos

Anexo 1. Programa de psicoeducación parental

Introducción

El presente documento contiene los ejes temáticos y prácticos trabajados con los padres y/o acudientes de usuarios menores de edad que acuden a consulta externa por psicología a la IPS del Centro de Proyección Social de Piedecuesta Santander en el periodo comprendido entre el 19 de noviembre al 12 de abril del 2019, correspondiente al inicio y terminación del servicio social.

Justificación

Según los resultados arrojados en los estudios de prevalencia de los trastornos en la infancia se puede deducir que los principales problemas en los niños y adolescentes son los trastornos de conducta y los trastornos emocionales tipo ansiedad y depresión (Gil, 2014). Por ello resulta importante enfocarse en dicha problemática y explorar de qué manera el comportamiento de los padres actúa como un determinante en el comportamiento de los hijos y como influencia el mismo.

Sabroso, Jiménez y Lledó (2011) recalcan en que hoy día la escuela tiene varios problemas que resolver en torno al aprendizaje de alumnos que, en múltiples ocasiones, tienen su origen en carencias familiares y sus problemas que repercuten de forma negativa en el comportamiento de algunos alumnos.

Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), menciona que dichos problemas no afectan únicamente a la persona que los padece, sino que afecta en cierta medida su funcionalidad en distintas áreas de la vida provocando un deterioro ya sea leve, moderado o grave en las sus relaciones familiares y personales, así como en su desempeño en el área laboral y/o académica, por ello, resulta fundamental generar recursos a los padres contribuyendo al apoyo y solución de la problemática desde casa.



Objetivo

Instruir a padres y/o acudientes en herramientas conceptuales y prácticas que sirvan de recurso de apoyo en casa con sus hijos quienes presentan problemas de conducta disruptiva y bajo rendimiento académico.

Definición

Se considera que las conductas disruptivas están estrechamente relacionadas con variables familiares y que ello repercute en el rendimiento académico del niño en la medida en que puede afectar su estado emocional, motivación hacia la tarea y socialización con sus compañeros y docentes en la escuela (Sabroso, Jiménez & Lledó, 2011).

Los trastornos de conducta suelen presentarse generalmente porque los adultos que rodean al niño tienen dificultades para enseñarle valores, normas y límites claros. En ocasiones es por inexperiencia o por falta de conocimiento en métodos disciplinarios adecuados (Félix, 2009).

Las conductas disruptivas se caracterizan por ser hostiles, como: discutir, desobedecer, violar las reglas y normas marcadas para la edad como mentir, robar y lastimar a los demás (De la Peña & Palacios, 2011). Además, se tienen en cuenta dentro de los problemas de la conducta, a las rabietas y el oposicionismo, sin embargo, son comportamientos que hacen parte del desarrollo evolutivo y con el tiempo tienden a desaparecer, pero en los casos donde prevalecen es cuando se considera necesario centrar un foco de atención (Gil, 2014).

Durante la infancia y la adolescencia Félix (2009), menciona que existen ciertos factores de riesgo que pueden llegar a permitir la aparición de dichos problemas comportamentales, que al presentarse suelen afectar otras áreas del individuo. A nivel individual se tienen en cuenta: Pobres destrezas en manejo de conflictos; Pobres habilidades sociales; Experiencias de humillación o rechazo; Patrón de amenazas /maltrato a otros; Ser víctima de abuso o negligencia (físico,



emocional o sexual); Relaciones pobres /aislamiento y Dificultades de aprendizaje. A nivel familiar se encuentra: Bajo nivel económico; Actividades inadaptadas de los padres; Estilo educativo ineficaz; Baja supervisión o control; Alto conflicto familiar; Bajo apoyo emocional y Disciplina inconsistente.

A partir de esto, se ve la necesidad de orientar a los padres en pautas de crianza por medio de la psicoeducación. Nieves y Ausecha (2017), definen las pautas de crianza como el conjunto de formas de instrucción de los padres y madres hacia sus hijos con el fin de que haya una socialización asertiva en los diferentes contextos, dichas pautas se constituyen a través de las costumbres, hábitos, actitudes y comportamientos de los miembros de la familia.

Asimismo, las pautas de crianza implican afecto paternal y maternal que permita estimular en los hijos la autonomía, reflexividad, creatividad y la capacidad para solucionar problemas. El estilo de educación escogido por los padres es al final de cuentas un determinante importante en las conductas que manifiesten los hijos, allí radica la enseñanza de los límites y las consecuencias de los actos, la autoridad y el esfuerzo (Nieves & Ausecha, 2017).

Partiendo de las problemáticas objeto de análisis e intervención, cabe mencionar que nuestro comportamiento se ve influido por estímulos o variables del entorno que al ser contextuales pueden modificarse o cambiarse, por lo que existen ciertas técnicas que pueden aumentar, mantener, reducir o potenciar dichas conductas, se les denomina técnicas operantes (Bados & García-Grau, 2011).

Dichas técnicas, según Bados y García-Grau (2011), tienen en cuenta reforzamientos y castigos tanto positivos como negativos. Un reforzador positivo es un estímulo cuya presentación da lugar a un aumento o mantenimiento de la conducta (dar incentivo), mientras que un reforzador negativo es un estímulo cuya retirada permite un aumento y/o mantenimiento de la conducta (retirar tareas



domésticas). En cuanto a los castigos, la técnica incluye el castigo positivo o por aplicación de estímulos punitivos y el castigo negativo o por retirada de reforzadores positivos o de acceso a los mismos.

Acompañado de dichas técnicas, se considera necesario la orientación en estrategias de comunicación en la familia, con el fin de que sus integrantes tengan la posibilidad de expresar sus emociones, pensamientos, dificultades, entre otras situaciones, beneficiando las relaciones y el tiempo compartido entre los miembros (Ospina, 2014).

La comunicación positiva en la familia fomenta la unión o vinculación a través del afecto y de la empatía, generando así, un ambiente de compañerismo, apoyo y escucha en el hogar (Sánchez, s.f) permitiendo que los niños y/o adolescentes se sientan cómodos de compartir sus vivencias y emociones al recibir por parte de los padres escucha, consejo y apoyo en las situaciones difíciles de afrontar.

Quejas presentes

Dentro del contexto del rendimiento académico se presentan dificultades en:

- Baja motivación hacia la tarea.
- Baja comprensión de los temas.
- Inatención en el aula de clase.
- Oposicionismo ante docentes.

Desde los problemas de conducta disruptiva se tienen en cuenta:

- Desobediencia hacia los padres.
- Discusiones con compañeros y familiares.
- Desacato de normas y reglas.
- Engaños.



- Rabietas.

Evaluación

Para llevar a cabo el proceso de evaluación se tiene en cuenta:

- Contextos en los que se presenta la conducta problema.
- Datos personales y familiares recogidos en la entrevista inicial.
- Áreas afectadas del individuo.

Intervención

El proceso de intervención se hace con los padres, dándoles las pautas y sugerencias respecto de la guía de apoyo a partir de las características específicas del niño/a o adolescente. Se aborda lo siguiente:

- Pautas de crianza (Psicoeducación, análisis de coste – beneficio, creación de acuerdos).
- Estrategias de refuerzo y castigo (Psicoeducación, economía de fichas).
- Estrategias de comunicación adecuadas (Cartas terapéuticas, tarea del post-it, escudo familiar, psicoeducación de habilidades de escucha).
- Reconocimiento de los logros de los hijos(as) (Incentivos verbales o materiales, formación en agentes motivadores).



Referencias

Bados, A., García, E. (2011). Técnicas operantes. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Barcelona: España. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>

De la Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34 (5), 421-427.

Félix, V. (2009). Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes. Rescatado de: <https://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf>

Gil-Iñiguez, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (1), 61-67.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Colombia. El Ministerio, Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Nieves, A., Ausecha, D. (2017). Importancia de las pautas de crianza y comunicación asertiva entre padres e hijos para transformar las expresiones agresivas en expresiones de amor propio dentro del aula. Recuperado de: http://www.eduqa.net/eduqa2017/images/ponencias/eje5/5_31_Aleida_Nieves_-_IMPORTANCIA_DE_LAS_PAUTAS_DE_CRIANZA_Y_COMUNICACION_ASERTIVA_ENTRE_PADRES_E_HIJOS_PARA_TRANSFORMAR_LAS_EXPRESIONES_AGRESIVAS_EN_EXPRESIONES_DE_AMOR_PROPIO_DENTRO_DEL_AULA.pdf


Ospina, M. (2014). Talleres dirigidos a padres, madres y cuidadores. Familia: Espacio de formación humana. *Grafías Disciplinarias de la UCP, Pereira-Colombia N° 26*.

Sabroso, A., & Jiménez, M., & Lledó, A. (2011). Problemas Familiares Generadores De Conductas Disruptivas En Alumnos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 423-432

Sánchez, M. (s.f). Los estilos de crianza de las familias como estrategia de apoyo en el desempeño escolar de los estudiantes del ciclo II del I.E.D. Restrepo Millán sede B. Universidad Libre, Bogotá. Recuperado de: https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/8350/tesis%20definitiva.docx%20123_CD1.pdf;sequence=1



Anexo 2. Formato de recepción de caso

		RECEPCION DE CASOS Código: PS-FO-152 Versión: 03					
Ciudad:		Fecha	Día:		Mes:		Año:
1. DATOS DEMOGRAFICOS							
1.1 DATOS DE LA PERSONA A SER ATENDIDA							
Nombre y Apellidos						Edad	
Dirección de Residencia						Estrato	
No. Telefónico				No. Celular			
Escolaridad				Ocupación			
Remitido por				Entidad (EPS)			
2. DATOS PARA SNIES							
2.1 CICLO VITAL:		8 – Comunidades			12 – Reclusión		
1 - Primera Infancia (0-5)		9 - Empresas, Mypimes			13 - Consumo de Sustancias		
2 - Niñez (6-11 años)		10 - Entidades Gubernamentales			14 - Necesidades Educativas - Especiales Personas en Condición de Discapacidad		
3 - Jóvenes (12-26 años)		2.2 CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN:			15 - Necesidades Educativas Especiales - Personas con Talentos Excepcionales		
4 - Adultos (26-60 años)		1 - Vulnerabilidad Social - Violencia Intrafamiliar			16 - Habitantes de Frontera		
5 - Adultos mayores (mayor 60 años)		2 - Vulnerabilidad Social - Violencia Sexual			17- Afectados por la Violencia - Desplazamiento		
6 - Todas las anteriores		3 - Vulnerabilidad Social - Riesgo o Abandono			18 - Afectados por la Violencia - Reincorporación		
2.3 POBLACIÓN POR GRUPO:		4 - Vulnerabilidad Social - Habitante de Calle			19 - Afectados por la Violencia - Desmovilización		
1 - Familia		5 - Vulnerabilidad Social - Mujeres Cabeza de Familia			20 - Afectados por la Violencia - Víctimas de Minas Antipersonal		
2 - Géneros		6 - Vulnerabilidad Social - Otro			21 - Afectados por la Violencia - Secuestro		
3 - Profesionales		7- Vulnerabilidad Económica – Desempleo			22 - Grupos Étnicos - Indígenas		
4 - Grupos Étnicos		8 - Vulnerabilidad Económica - Explotación Laboral			23 - Grupos Étnicos - Afrocolombianos		
5 - Campesinos		9 - Vulnerabilidad Económica - Tráfico de Personas			24 - Grupos Étnicos - Rom o Gitano		
6 - Mujeres		10 - Vulnerabilidad Económica - Prostitución			25 - Otra		
7 - Empleados		11 - Vulnerabilidad Económica – Otro					



3. DATOS DEL CONTACTO									
Nombre y Apellidos					Edad				
Parentesco									
Dirección de Residencia					Estrato				
No. Telefónico					No. Celular				
4. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD EXPUESTA									
5. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA									
SUBSISTEMA IMPLICADO				DIFICULTAD IDENTIFICADA					
Individuo	<input type="checkbox"/>	Académica	<input type="checkbox"/>	Violencia Intrafamiliar	Violencia conyugal	<input type="checkbox"/>	Conductas de riesgo	Adicciones	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>	De aprendizaje	<input type="checkbox"/>		Maltrato Infantil	<input type="checkbox"/>		Embarazo adolescente	<input type="checkbox"/>
Parental	<input type="checkbox"/>	Comportamental	<input type="checkbox"/>		Abuso sexual	<input type="checkbox"/>		Pandillismo	<input type="checkbox"/>
Fraternal	<input type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>		Otra dificultad	<input type="checkbox"/>		Bullying	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>	De relación	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra conducta de riesgo	<input type="checkbox"/>	
Comunitario	<input type="checkbox"/>	Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ASIGNACIÓN DE CITA									
Nombre del Psicólogo/a en formación asignado (a)									
Fecha									
Hora									
6.1 INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO									
Personas que deben asistir a la primera cita									
6.2 ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA									
Condiciones iniciales de la atención: presentarse 10 minutos antes de la consulta, traer la documentación requerida (fotocopia del documento de identidad del menor de edad y del acudiente, recibo de servicios públicos, si es remitido de alguna institución traer el formato de remisión), cancelación de citas.									
7. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO									
8. NOMBRE Y FIRMA									



Firma:	
Nombre completo de quien hace la recepción	

9. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

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


Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____



Anexo 3. Consentimiento informado menores de edad

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

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor, _____, identificado (a) con la T.I. No. _____, y en conjunto con él (ella), manifestamos que hemos sido informados sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

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

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

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

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

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

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizamos de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a



terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparte sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

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

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

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

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

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

Firman, Fecha _____

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

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



Anexo 4. Consentimiento informado mayores de edad

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 03
---	---

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

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

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

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

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

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

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la



intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

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

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

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

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


Firman, Fecha _____

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

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



Anexo 5. Historia clínica para niños y adolescentes

		HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS 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			Profesión / Ocupación		
Remitido por		Entidad (EPS)					
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y apellidos				Parentesco		Edad	Estado civil
Dirección residencia				No. Teléfono residencia		No. Teléfono celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de consulta							

Folio No.



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana 1955 Ocaña, Colombia</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
--	---


3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

3.4 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado / Cuidador)

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



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUENAVISTA Bogotá, Colombia</p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
---	---

3.5 Percepción de la situación desde el / la menor

3.6 Redes de apoyo del / la menor


4. ASPECTOS FAMILIARES

4.1 Familiograma

--

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



 <p style="font-size: small;">UNIVERSIDAD Pontificia Bolivariana SECCIONAL BOGOTÁ Ejército Nacional</p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
--	---

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

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. HISTORIAL DE DESARROLLO

5.1 PRENATAL

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


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

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

Observaciones generales:

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



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana DECCORAL BOLIVARIANA Instituto Pontificiano</p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
---	---

5.2 PERINATAL

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

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

5.3 POSNATAL

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

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

Observaciones del destete en cualquiera de los casos:

6. DESARROLLO PSICOMOTOR

Qué edad tenía el menor cuando empezó a:

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

Observaciones del desarrollo psicomotor:

7. DESARROLLO DEL LENGUAJE


¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear?

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

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

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



	HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04
---	--

8. ESCOLARIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. ANTECEDENTES MÉDICOS

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


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

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

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

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




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

Folio No.




Anexo 6. Historia clínica para adultos

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

Folio No.



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BOGOTÁ Equidad. Honestidad.</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

3.4 Percepción de la situación desde el consultante

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



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana UNIVERSITAS BOLIVARIANA Vigilante Providentia</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
--	---

3.5 Redes de apoyo del / la consultante

4. ASPECTOS FAMILIARES


4.1 Familiograma

--

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

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



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

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. ÁREA PERSONAL

6. ÁREA ACADÉMICA (Para consultantes entre 18 y 22 años)

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



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada por el Ministerio de Educación</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
--	---

7. ÁREA SOCIAL, RELACIONAL Y DE PAREJA


8. AREA LABORAL / OCUPACIONAL

Empresa	Cargo	Tiempo de vinculación	Relaciones interpersonales en el ámbito laboral

Observaciones generales de la historia laboral

Folio No.



 <p>Universidad Pontificia Bolivariana REGIONAL RICARDAMANDA Vigilada por el Ministerio</p>	<p>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS Código: PS-FO-081 Versión: 03</p>
---	---

9. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

10. CONDUCTAS DE RIESGO


Conducta	Edad De Inicio			Dificultades Presentadas A Causa De Esta Situación	Alternativas Para Manejar La Problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)


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



Anexo 7. Historia clínica para familia y pareja

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



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

5. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR
6. EXPLORACIÓN DE RECURSOS FAMILIARES
6.1 Descripción del sistema familiar antes de la aparición de las dificultades

Folio N°.	
-----------	--



Anexo 8. Guía de identificación para padres

 Universidad Pontificia Bolivariana VICERRECTORÍA DE EDUCACIÓN	FICHA DE IDENTIFICACIÓN PARA PADRES
---	--

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

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



Anexo 9. Ficha de historial del desarrollo para menores de edad

 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA VIGILADA MINEDUCACIÓN	FICHA DE HISTORIAL DE DESARROLLO PARA ACUDIENTES
---	---

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

1. DATOS PERSONALES Y FECHA		
Nombres y Apellidos del acudiente:		
Nombres y apellidos del menor:		
Fecha:		
2. HISTORIAL DE DESARROLLO		
2.1 PRENATAL		
¿Qué edad tenía la mamá en el momento del embarazo?: _____	¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos?: a) SI. ¿Cuántos? _____ b) NO	¿Cuál era la condición Médica General de la mamá durante el embarazo?: a) Saludable b) Con algún tipo de complicaciones
Describa brevemente las condiciones y reacciones emocionales que tuvo la mamá durante el embarazo:		
Describa las condiciones y reacción de la familia de la mamá y del padre del menor durante el embarazo:		
2.2 PERINATAL		
¿Cuántos meses de embarazo tenía en el momento del nacimiento del menor?: _____	¿Qué tipo de parto tuvo?: a) Vaginal o natural b) Cesárea	¿Cuánto tiempo duró el parto desde el inicio de las contracciones y dilatación hasta el nacimiento del bebé?: _____
¿Hubo alguna condición médica relevante en el menor al momento de su nacimiento? a) SI. ¿Cual? _____ b) NO		



2.3 POSNATAL							
¿El menor fue alimentado con leche materna?							
a) NO				b) SI. ¿Por cuánto tiempo? _____			
¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé?							
a) NO				b) SI. ¿Por cuánto tiempo? _____			
3. DESARROLLO PSICOMOTOR							
¿Qué edad tenía el paciente cuando empezó a...							
¿Sostener la cabeza por su propia cuenta?		¿Voltearse sólo?		¿Sentarse sin ayuda?		¿Comer solo?	
¿Dar sus primeros pasos?		¿Caminar?		¿vestirse sin ayuda			
¿Controlar esfínter vesical o avisar para ir orinar?		¿Controlar esfínter anal?		¿Gatear?			
4. DESARROLLO DEL LENGUAJE							
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear? _____							
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir sus primeras palabras? _____							
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir frases completas? _____							
5. ESCOLARIDAD							
¿A qué edad ingresó el menor a una institución educativa?: _____							
¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingresó a la institución educativa por primera vez?							
a) NO				b) SI. ¿Cual? _____			
¿Cómo ha sido el rendimiento escolar del menor?							
a) Bueno		b) Regular		c) Deficiente			
¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares?							
b) NO				b) SI. ¿Cuales? _____			
¿Qué materias requerían un mayor esfuerzo por parte del menor para ser aprobadas?							
¿Cómo es la relación del menor con sus maestros?							
a) Excelente							
b) Buena							
c) Regular							
d) Mala							



e) Muy mala			
¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros?			
a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Muy mala			
¿El menor ha sido cambiado de colegio?			
a) NO b) SI. ¿Cuántas veces? _____			
A parte de la actividad académica o escolar, ¿el paciente asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como dazas, futbol, entre otros?			
a) NO b) SI. ¿Cuál o cuáles? _____			
9. ANTECEDENTES MÉDICOS			
A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental DEL PACIENTE. En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco "ninguna".			
¿Cuáles enfermedades médicas diagnosticadas ha presentado el paciente?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿Cuáles enfermedades mentales diagnosticadas ha presentado el paciente?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental DE LA FAMILIA DEL PACIENTE. En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco "ninguna".			
¿Cuáles enfermedades médicas han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿Cuáles enfermedades mentales han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿El menor ha presentado dificultades para conciliar el sueño?			
a) NO b) SI			
¿El menor ha presentado dificultades de alimentación?			
a) NO b) SI			



Anexo 10. Encuesta de satisfacción

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

Estimado Usuario:

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

Fecha	Día	Mes	Año

Por favor marque con una X la respuesta deseada así:

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

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

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

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



Anexo 11. Acta de cierre de caso

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

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


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

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

_____ Firma	_____ Firma
_____ Nombre del Practicante	_____ Nombre Supervisor de Práctica



Anexo 12. Autorización para la aplicación de pruebas

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small>	AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS Código: PS-FO-171 Versión: 01
--	--

Ciudad		Fecha	Día		Mes		Año	
DATOS CONSULTANTE								
Numero H.C.								
Edad								
Fecha para aplicación								
DATOS EVALUADOR								
Nombre del practicante								
Cargo en la institución								
Nombre supervisor								
DATOS DE LA PRUEBA								
Nombre								
Categoría								
Justificación para la aplicación								
Se autoriza la aplicación de la prueba			Si ____			No ____		
Observaciones								
Fecha de aprobación								

Firma Evaluador

Firma Supervisor

Firma Coordinador



Anexo 13. Formato de remisión interna

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

1. FECHA DE REMISIÓN

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

2. DATOS DEL PACIENTE

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

3. DATOS DEL CONTACTO

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

4. MOTIVO DE REMISIÓN



4. ÁREA A LA CUAL SE REMITE	
Área	

5. FIRMA	
Firma	
Nombre completo	



Anexo 14. Formato de remisión externa

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

NOMBRE	
FECHA	
EDAD	

REMITIDO A:
ANTECEDENTES:
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PSICOLOGA
T.P No.



Anexo 15. Guía para la elaboración de informes

MODELOS PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES

INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Ciudad y fecha

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:

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

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

6. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA PRUEBA

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

9. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

10. CONCLUSIONES

11. RECOMENDACIONES

12. *Cierre del informe psicológico*



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

13. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la evaluación

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

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

INFORME DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Ciudad y fecha

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSULTANTE

Nombre del consultante:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. MOTIVO DE CONSULTA Y OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

4. PROCESO DE INTERVENCIÓN: Número de entrevistas (sesiones) realizadas, nombre y breve descripción de los instrumentos de evaluación en el evento que se hayan utilizado.

5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM V)

6. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ACORDADOS CON EL (LA) CONSULTANTE

7. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PROPUESTAS E IMPLEMENTADAS EN EL TRATAMIENTO (de acuerdo con el modelo teórico orientador: cognitivo conductual / sistémico)

8. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

9. CONCLUSIONES

10. RECOMENDACIONES

11. *Cierre del informe psicológico*



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

12. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la intervención

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

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

INFORME PSICOLÓGICO DE EVALUACIÓN FAMILIAR

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

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE ÍNDICE:

Nombre Completo:

Documento de Identidad:

Fecha y lugar de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN Y CENTRO

Nombre del Psicólogo en formación:

Centro donde se realiza la evaluación:

Fecha de inicio del proceso de evaluación:

Fecha de finalización del proceso de evaluación:

3. ENTIDAD QUE REMITE Y MOTIVO DE REMISIÓN:

4. OBJETIVO DE LA VALORACIÓN FAMILIAR:

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

6. ANTECEDENTES

7. OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL SISTEMA CONSULTANTE

8. OBJETIVOS INTERVENTIVOS

9. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO REALIZADO



10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cierre del informe psicológico

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

11. FIRMAS:

Nombre y firma del psicólogo en formación que desarrolló la intervención

Nombre, firma y No de tarjeta profesional del Psicólogo supervisor

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



Anexo 16. Batería de pruebas

PRUEBAS PSICOLÓGICAS - CPS

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



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

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



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



22.	Wartegg 16 campos	100 Hojas de respuestas
23.	IPP Interese y Preferencias Profesionales	1 Manual 10 Cuadernillos 25 hojas de respuesta
24.	ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes	1 Manual 5 Manual de Instrucciones 25 Hoja de respuesta Perfil individual 25 Hoja de respuesta