

Caracterización de la población que acude al Consultorio Psicológico Social de la Institución  
Universitaria de Envigado en el período comprendido entre el año 2013 y 2014

Catalina Chavarriaga Saldarriaga

Dennisse Karina Vallejo Tovar

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Pregrado de Psicología

Envigado

Julio de 2015

Caracterización de la población que acude al Consultorio Psicológico Social de la Institución  
Universitaria de Envigado en el período comprendido entre el año 2013 y 2014

Trabajo de Grado para optar al título de  
Psicóloga

Catalina Chavarriaga Saldarriaga

Dennisse Karina Vallejo Tovar

Asesor

Néstor Raúl Márquez

Psicólogo, Magister

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Pregrado de Psicología

Envigado

Julio de 2015

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado:** César Augusto Jaramillo Jaramillo

---

**Asesor:** Néstor Raúl Márquez

---

**Envigado, 30 de julio de 2015**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de grado, está dedicado a nuestros familiares, quienes nos apoyaron e hicieron posible que éste proceso se llevara a cabo:

Dedico éste trabajo, fruto de grandes esfuerzos a mis padres quienes fueron la piedra angular de todo mi proceso de pregrado y en especial de la realización de éste proyecto. Con mucho amor les dedico mis logros y les agradezco infinitamente todo su ejemplo y apoyo.

*Catalina Chavarriaga Saldarriaga*

Dedico especialmente éste logro a mi esposo Sergio Ayala y a mis hijos Osar David, Daniel Alejandro y Juan Nicolás, quienes hicieron parte activa de todo éste proceso y quienes lucharon junto a mí para poder finalizarlo con éxito; agradezco sus sacrificios, entrega, apoyo y amor.

*Karina Vallejo Tovar*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos con mucho cariño a nuestro asesor, por su atenta disposición y acompañamiento; En especial le damos gracias a la docente Isabel Cristina Jaramillo, por acompañarnos en todo el proceso investigativo, por hacer parte activa de la construcción y realización del mismo y por ser una compañía de tipo incondicional para nosotras como estudiantes y como personas.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
LISTAS ESPECIALES	7
RESUMEN	16
GLOSARIO	18
INTRODUCCIÓN	21
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
2. JUSTIFICACIÓN	28
3. OBJETIVOS	30
3.1. Objetivo general	30
3.2. Objetivos específicos	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.1. Variables	33
4.2. Población y muestra	35
4.3. Instrumento	36
4 MARCO REFERENCIAL	66
5.1. Antecedentes investigativos	66
5.2. Marco legal	71

5.3 Consideraciones éticas	73
5.4. Marco teórico	74
5.4.1. Psicología Clínica	74
5.4.2. Diagnóstico Clínico	78
5.4.3. Taxonomía y nosología en el campo clínico	84
5.4.4. Conceptualizaciones sobre la pareja	87
5.5. Marco institucional	89
6.RESULTADOS	98
7. ANALISIS Y DISCUSION	167
8. CONCLUSIONES	171
9. RECOMENDACIONES	173
10.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	174
11.ANEXOS	178

## LISTAS ESPECIALES

<b>Tablas</b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Funciones Excel	36
<b>Tabla 2.</b> Categorización de variables	40
<b>Tabla3.</b> Categorización CIE 10	44
<b>Tabla 4.</b> Impresión diagnóstica	100
<b>Tabla 5.</b> Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10	103
<b>Tabla 6.</b> Estado civilpreponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	106
<b>Tabla 7.</b> Lugar de procedencia predominante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	107
<b>Tabla 8.</b> Género predominante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	108
<b>Tabla 9.</b> Nivel académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	109
<b>Tabla10.</b> Estrato socio-económico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	111
<b>Tabla 11.</b> Motivo de consulta preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	112
<b>Tabla 12.</b> Ocupaciónpreponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	115

<b>Tabla 13.</b> Edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	116
<b>Tabla 14.</b> Contingencia estrato socio-económico-género	118
<b>Tabla 15.</b> Contingencia motivo de consulta-genero preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	119
<b>Tabla 16.</b> Contingencia motivo de consulta - estrato socio-económico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	121
<b>Tabla 17.</b> Contingencia edad – género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	124
<b>Tabla 18.</b> Contingencia ocupación – género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	130
<b>Tabla 19.</b> Contingencia género - edad- motivo de consulta preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	127
<b>Tabla 20.</b> Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	139
<b>Tabla 21.</b> Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y género ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio	144

psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Tabla 22.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento 146

- estado civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Tabla 23.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del 150

comportamiento– lugar de Procedencia preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Tabla 24.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento- 154

nivel académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Tabla 25.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento- 159

Estrato Socio-económico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Tabla 26.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del 163

comportamiento–Ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

<b>Gráficas</b>	<b>Pág.</b>
<b>Gráfica 1.</b> Impresión Diagnóstica prevalente de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	102
<b>Gráfica 2.</b> Categoría CIE 10 prevalencia diagnóstica de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	105
<b>Gráfica 3.</b> Estado civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	106
<b>Gráfica 4.</b> Lugar de procedencia preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado.	107
<b>Gráfica 5.</b> Genero predominante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	108
<b>Gráfica 6.</b> Nivel académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	110
<b>Gráfica 7.</b> Estrato socioeconómico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	111
<b>Gráfica 8.</b> Motivo de consulta preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	114
<b>Gráfica 9.</b> Ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	115
<b>Gráfica10.</b> Edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado	117
<b>Gráfica 11.</b> Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables estrato	118

socioeconómico y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Gráfica 12.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables motivo de consulta y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 120

**Gráfica 13.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables motivo de consulta y estrato socioeconómico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 123

**Gráfica14.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables edad y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 125

**Gráfica15.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables ocupación y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 126

**Gráfica16.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables motivo de consulta, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 129

**Gráfica17.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el aspecto académico, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 129

**Gráfica18.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas 130

relacionados con el comportamiento, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Gráfica19.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el aprendizaje, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 130

**Gráfica20.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el ámbito familiar, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 131

**Gráfica21.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el maltrato, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 131

**Gráfica22.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el abuso sexual, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 132

**Gráfica23.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el duelo, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de 132

Envigado

**Gráfica24.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 133

**Gráfica25.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con la interacción social, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 134

**Gráfica26.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con la ansiedad, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 134

**Gráfica27.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el estado de ánimo, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 135

**Gráfica28.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables opción vocacional, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 135

**Gráfica29.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables ideas delirantes, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el 136

consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

**Gráfica30.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el control de impulsos, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 136

**Gráfica31.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con la pareja, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 137

**Gráfica 32.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 137

**Gráfica33.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 138

**Gráfica34.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según el estado civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 145

**Gráfica35.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según el lugar de procedencia preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 149

**Gráfica36.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según el nivel académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 153

**Gráfica37.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento estrato socioeconómico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 158

**Gráfica38.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según la ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado 162

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo caracterizar la población atendida en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado, en el período entre el año 2013 y 2014; a través de las variables socio-demográficas y la prevalencia diagnóstica, con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal.

En el análisis de datos, se encontró que la impresión diagnóstica prevalente fue, problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, sub-categoría problemas relacionados entre esposos o pareja con un 10.83%; En cuanto la variable sociodemográfica se encontró que: el 74% solteros; 54% viven en Envigado; género masculino con 60 %; grado de escolaridad con 46% de básica secundaria; 49.2% son estrato 3; 52.5% son estudiantes.

**Palabras claves:** Caracterización de la población, Consultorio Psicológico Social, salud mental, diagnóstico clínico y psicología clínica.

## ABSTRACT

This research has as purpose to characterize the population attended in the Social Psychological Clinic of the University Institution of Envigado, in the period between 2013 and 2014; through socio-demographic variables and diagnostic prevalence,, through a quantitative approach of descriptive type and cross-section.

In the research data analysis, it was found that the prevailing diagnostic impression was, problems related to primary support group and even family circumstances; specifically the sub-category, problems between marriages and couples with a percentage of 10.83%; with 5% Regarding to socio-demographic variable the people who came to visit was: 74% singles; 54% Envigado residents; males 60%, 46% of them finished high school; 49.2% live in 3 stratum areas; 52.5% current students; 23.8% ages between 19-35 years.

**Key words:** Characterization, Social Psychological Clinic, mental health, clinical diagnostic and clinical phycology.

## GLOSARIO

**Diagnóstico:** Recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p. 330).

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o animal. O que ha durado una cosa. Cualquiera de los periodos de la vida humana (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.450).

**Epidemiología:** La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

**Escolaridad:** Relativo al nivel de estudio de una persona. Cuando la persona ha cursado cualquiera de los siguientes niveles, básica primaria, básica secundaria, media superior y educación superior (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.455).

**Estado civil:** Vínculo afectivo; Tipo de unión marital que se tiene con la pareja; es la unión estable de la pareja convenida de acuerdo con la ley, regulada y ordenada a la creación de una familia (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.457).

**Estrato socioeconómico:** Según el Artículo 102 Ley 142 de 1994 es la jerarquía de distribuciones de bienes y oportunidades que favorece a determinados niveles de la sociedad.

**Género:** Conjunto de cosas que tienen caracteres comunes. La palabra género se refiere a un grupo formado por seres u objetos que tiene entre ellos características comunes. En el sentido gramatical, es la forma que reciben las palabras para indicar el sexo de los seres animados o de las cosas género masculino o de género femenino (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p. 570).

**Impresión diagnóstica:** Al formular un diagnóstico se asigna un nombre específico al conjunto de manifestaciones encontradas, lo que conlleva consideraciones de tipo etiológico, terapéutico y de pronóstico (Sánchez, 2008).

**Motivo de consulta:** El motivo de consulta está relacionado con el propósito de la evaluación. Incluye la queja principal del paciente, la que debe ser evaluada con suficiente detalle para comprender lo que la persona identifica como problemático y la lleva a buscar ayuda o atención (Martínez, 2006).

**Nosología:** Parte de la medicina que describe, diferencia y clasifica las enfermedades (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.784).

**Procedencia:** Relativo al principio, origen (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.998).

**Salud Mental:** La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define 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 (OMS, 2002).

**Taxonomía:** Ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación, generalmente científica; se aplica, en especial, dentro de la biología para la ordenación jerarquizada y sistemática de los grupos de animales y de vegetales(Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.1230).

**Variable dependiente** es aquella que experimenta modificaciones siempre que la variable independiente cambia de valor o de modalidad; también recibe el nombre de variable efecto (Briones, 1996, p. 30).

**Variable independiente** es aquella que produce modificaciones en otra variable con la cual está relacionada, es llamada también variable causal (Briones, 1996, p. 30).

**Variable** son características o atributos que se dan en grados o modalidades diferentes en las personas, estas variables pueden ser, edad, ingreso, educación, sexo, ocupación, entre otros; las variables se clasifican en variables independientes y dependientes, efecto (Briones, 1996, p. 30).

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar la población atendida en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado, en el período comprendido entre el año 2013 y 2014; a través de las variables socio-demográficas y la prevalencia diagnóstica, teniendo como base las historias clínicas pertenecientes al Consultorio a través de un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal; con el fin evidenciar hallazgos significativos en relación a las variables a estudiar.

Para lo anterior, se realizó un rastreo teórico y referencial, basado en investigaciones relacionadas con epidemiología de diferentes instituciones, y se muestran estadísticas representativas en cuanto al estado de la salud mental actual a nivel mundial, nacional y regional; además de revisar conceptualizaciones sobre el quehacer de la psicología clínica, la evaluación diagnóstica y describir la función de los principales manuales estadísticos y diagnósticos que se reconocen en el campo de la psicología. Es por esto, que la presente investigación tiene como propósito ampliar el registro epidemiológico del Municipio de Envigado, y a su vez contribuir a la intervención psicológica a través de planes de promoción y prevención basados en los principales hallazgos que ésta investigación recoge.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de grado, permite poner en perspectiva problemáticas sociales como la enfermedad mental y la atención que se presta para éste tipo de problemática; algunas cifras obtenidas desde el sitio web de la Organización Mundial de la Salud, en su artículo sobre “Carga de Morbilidad”(2009), se evidencia que las enfermedades mentales han tenido un ascenso considerable entre los años de 1990 y 2002; afectando así una mayor cantidad de personas que padece algún trastorno por enfermedad mental. Este aumento progresivo se relaciona con las nuevas estructuras en el ámbito familiar y en las comunidades, originando repercusiones notorias que afectan el desempeño normal de los contextos donde se encuentra el individuo; cerca de 450 millones de personas en el mundo sufren trastornos mentales o neurológicos, el suicidio representa el 1,8% del total de las causas globales de muerte y se calcula que para el 2020 llegará al 2,4%. Estas cifras representaron un incremento del 48.1% en los últimos 15 años.

La salud mental es un tema muy abordado que ha tomado mucho auge; en este sentido será importante retomar algunas conceptualizaciones para obtener una mejor comprensión de dicho fenómeno que aqueja la sociedad actual; la enfermedad mental ha venido creciendo exponencialmente; según el Estudio Nacional de Salud Mental, en Colombia 2003 el 18 al 25% de la población ha tenido problemas de salud mental en algún momento de su vida; la mujer es más frágil a padecerlos a causa de problemas emocionales, el hombre es mucho más frente a conductas drásticas como el suicidio y la adicción al alcohol, (Torres, Posada, Mejía, Bareño, Sierra, Montoya y Agudelo, 2012).

De acuerdo con las cifras que se exponen según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) citado por Sánchez (2008). Los trastornos neurológicos, psiquiátricos y del comportamiento y la discapacidad a nivel mundial llegan hasta 31%. Paradójicamente la prevalencia de enfermedades mentales y trastornos psicológicos es mayor en los países más ricos; siendo África la región con la más baja incidencia (12%), mientras que Europa y Norteamérica con la más alta (43%); estos trastornos representan actualmente alrededor del 13% del total de la carga de morbilidad y discapacidad que causan estas enfermedades, carga que para el año 2020 se incrementará en un 15% de la discapacidad ajustada a los años perdidos por la enfermedad (Sánchez, 2008, p. 18).

Referenciando dichas estadísticas se puede evidenciar que las enfermedades mentales son padecidas en la actualidad en una tasa mucho mayor; según Murray y López (1996) tomado de Sánchez (2008), la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, y las demencias son 10 de las principales enfermedades mentales, en éste orden; aproximadamente 130 millones de personas sufren de depresión, entre 70 y 90 millones padecen de trastornos provocados por el abuso de sustancias psicoactivas o alcohol, con respecto a la esquizofrenia, es padecida por 24 o 25 millones de personas y 37 millones tienen demencia; de lo cual un millón de personas se suicidan cada año y cerca de 15 millones intentan suicidarse.

Cabe resaltar que en el transcurso de su vida, 1 de cada 4 personas se ve afectada por algún trastorno mental, por ende se calcula que en 1 de 4 familias hay algún miembro que

posee trastorno mental como lo afirma Sacareno (2004) citado por Sánchez (2008). Debido a esto se supone que el presupuesto para la salud mental de la mayoría de los países es inferior a 1%, en tanto la carga de morbilidad representa el 12%; por tanto se evidencia una relación de alta diferencia en el gasto total en salud, que manejan los gobiernos del mundo. Más de 40% de los países no disponen de una política de salud mental, sólo en un 10% de ellos hay una política que sea incluyente tanto para niños como adolescentes.

Se pone de manifiesto la importancia de los costos de tratamiento que conlleva a las personas que sufren de algún trastorno o enfermedad mental; por ejemplo en Estados Unidos el costo directo del tratamiento en salud mental, reporta 148 mil millones de dólares; lo cual se traduce al 2.5% del Producto Nacional Bruto. En los países desarrollados se incrementa de 2 a 6 veces más (OMS, 2005). El costo social también puede significar no sólo un costo económico, sino en términos de rechazo social o discriminación en cuanto al aspecto laboral; a ello se suma la carga emocional para el paciente y la familia y los altos costos a los que deben incurrir para el tratamiento.

En Chile por ejemplo hay una población de 3.2 millones de habitantes, en donde los costos directos para el tratamiento confluyen en los 74 millones de dólares, lo que representa la mitad del presupuesto total de la nación. Sánchez (2008).

El Ministerio de la Protección Social, desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, en Colombia 2003; estudio de prevalencia con una muestra poblacional de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país. Los resultados obtenidos muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente.

Los más frecuentes son los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%). Además, sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%). El abuso de alcohol es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si se tiene en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

Las estadísticas que presento el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012, muestra en términos generales, una predisposición alta para sufrir trastornos mentales, especialmente los trastornos de ansiedad con un porcentaje de 10,3% y los trastornos del estado del ánimo con 4,9%. En este estudio, se encontró que globalmente 164.959 personas están afectadas por uno de los trastornos estudiados, 59.544 por dos

trastornos y 57.565 por tres o más, para un total de 282.068 personas, con necesidad de ser atendidas por trastorno mental (Torres, Posada, Mejía, Bareño, Sierra, Montoya y Agudelo, 2012).

Por lo anterior se puede decir que hay una necesidad sentida de las instituciones de servicios universitarios de atención psicológica y perteneciente a las facultades de psicología (RED ISUAP), de encontrar estudios que examinen dichos comportamientos en diferentes instituciones, especialmente a nivel municipal; para la RED ISUAP y la Secretaría Distrital de Salud es importante contar con estudios epidemiológicos que permitan establecer la prevalencia y la incidencia de las problemáticas más relevantes en el ámbito de la salud mental con el fin de obtener la información necesaria para orientar y apoyar los procesos de calidad de atención en salud, objetivo fundamental de la RED, así como la formación de los estudiantes en práctica. Asimismo, uno de los objetivos de la RED ISUAP es realizar procesos de investigación, uno de los cuales busca la caracterización de los usuarios de las unidades que la conforman (Moreno, Rozo, Cantor y Toro, 2011).

Partiendo de una mirada más amplia de la Salud mental, se toma en cuenta un contexto más cercano a la problemática que se presenta en el Municipio de Envigado, es por esto que la Facultad de Ciencias Sociales de la Institución Universitaria de Envigado y más directamente el Programa de Psicología, dentro de su política de desarrollar acciones en el campo de la salud psicosocial y en cumplimiento de los compromisos y metas institucionales, planteó la creación del Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de

Envigado teniendo en cuenta que la enfermedad mental y las dificultades del vínculo social se imponen como un gran reto para la salud pública, debido a su alta incidencia y prevalencia, su potencial cronicidad y severidad, y las consecuencias que acarrea a la familia y a la sociedad en general.

De acuerdo a lo establecido, se quiere dar respuesta a la pregunta ¿Cuáles son las características sociodemográficas y de prevalencia diagnóstica de la población que asiste al Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado en el período comprendido entre el año 2013 y 2014?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio, se realiza con el fin de obtener información relevante con respecto a las características que se asocian a las variables sociodemográfica y la prevalencia diagnóstica; así mismo se pretende describir el perfil epidemiológico de los usuarios que acuden al Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado en los periodos 2013 y 2014.

Se pone en consideración la importancia de éste estudio puesto que se trata de una problemática subyacente de la contemporaneidad, que abarca el incremento acelerado de los trastornos mentales, que afectan en diferentes ámbitos al sujeto que las padece. Lo anterior se afirma tomando de referencia el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003, realizado por el Ministerio de Protección Social, en el año 2002 el Gobierno Nacional reconoce la existencia de muy pocos y acertados estudios en el área de la salud mental, donde se encuentran falencias en cuanto a la realización de dichos estudios; razón por la cual el Ministerio de Protección Social se unió a la iniciativa llamada Encuesta Mundial sobre Salud Mental (EMSM), liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Universidad de Harvard, con el objetivo de identificar las principales carencias de la población Colombiana, acentuando planes de evaluación e intervención con respecto a dichas necesidades. Algunos de los objetivos trazados en dicha investigación refieren a la prevalencia de los trastornos del comportamiento, el uso de sustancias psicoactivas, trastornos mentales prevalentes, adherencia al tratamiento, y la determinación de factores psicosociales influyentes (Posada, Gómez y Gómez, 2003).

Ahora bien, Sánchez (2008) argumenta que la salud mental es igual de relevante a la salud física, en pro de obtener un bienestar integral del ser humano y la sociedad. Sin embargo de los 450 millones de personas que sufren de un trastorno sólo una pequeña porción se encuentra en un tratamiento activo. En este sentido éste autor considera que los trastornos mentales y conductuales, son consecuencia de factores tanto biológicos, como psicológicos, sociales y personales afectando la integración familiar, la vida laboral, el rendimiento académico y el deterioro de la convivencia.

En el rastreo realizado a la RED ISUAP a nivel departamental, se encontró un limitado respaldo teórico e investigativo con relación a las variables socio demográficas y la prevalencia diagnóstica de la población que asiste a éstos consultorios institucionales. Y a nivel institucional (Institución Universitaria de Envigado) no se registra información publicada y certificada referida a las variables objeto de ésta investigación.

En este sentido, dicha investigación será insumo que quedará para la Institución como herramienta útil ante los requerimientos exigidos por la Seccional de Salud de Antioquia y permitirá ampliar el registro epidemiológico a nivel municipal en referencia a la prevalencia diagnóstica. Además será fuente de información primaria de dominio público que podrá ser utilizada por el Municipio de Envigado u otros para fortalecer políticas públicas en las propuestas de prevención y promoción de la salud mental. También servirá como referente en la maya curricular del programa de psicología de la Institución Universitaria de Envigado, para sentar un precedente estadístico de la situación actual de los consultantes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Establecer las características sociodemográficas y de prevalencia diagnóstica de la población atendida en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado, en el período comprendido entre el año 2013 y 2014.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Describir las características socio-demográficas de los usuarios atendidos en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado entre los periodos 2013 y 2014.

Determinar la impresión diagnóstica prevalente en los periodos 2013 y 2014 de los usuarios atendidos en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado.

#### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

La presente investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo el cual es definido por Bonilla y Rodríguez (1997) “como un cuerpo teórico en el cual se formula la hipótesis sobre relaciones esperadas entre las variables que hacen parte del fenómeno que se estudia”(p.123).En este se comprueba por medio de la recolección de información orientada por conceptos empíricos medibles, derivados de los conceptos teóricos con los que se construyen las hipótesis conceptuales, continuando con la aplicación de las variables, la recolección, el procesamiento de los datos y la interpretación. La información debe fundarse en el análisis de los hechos reales de los cuales debe realizar una descripción neutra, objetiva y completa.

Esta investigación cuantitativa es de tipo descriptivo el cual sirve para analizar cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes; se limita hacer una descripción de los hallazgos arrojados por la población objeto de estudio. Los investigaciones de tipo descriptivo buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de aspectos y se mide cada uno de ellos independientemente, para describir lo que se investiga. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Esta investigación es no experimental, porque se realiza sin manipular deliberadamente variables; es decir, las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido, se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlo. Como señala Kerlinger (1979) “la investigación no experimental o ex post facto, es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones” (p.103).

Igualmente, es un trabajo de corte transversal porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; por ello el objetivo primordial es indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan en una o más (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Este estudio es cuantitativo, por las características del instrumento que se utilizó para recolectar la información, se trabajó a partir de la revisión de historias clínicas y registros de información de los consultantes (RIPS) que asistieron al Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado en el periodo comprendido entre en año 2013 y 2014 lo anterior requirió del uso de operaciones estadísticas para la interpretación y análisis de los datos; es de tipo descriptivo porque se limitó hacer una descripción e interpretación de los hallazgos arrojados por el instrumento aplicado, el cual indaga las propiedades más relevantes de la población; describe, interpreta, analiza y documenta las características de los consultantes asociadas a los factores sociodemográficos, motivo de consulta, prevalencia diagnóstica, entre otros, de aquellos usuarios que asistieron al consultorio psicológico social de La Institución Universitaria de Envigado. Este trabajo se clasifica como un estudio no

experimental, de corte transversal porque permitió la recolección de datos en un momento único de la investigación, el cual se definió a partir de la situación actual de la población.

#### **4.1. Variables**

Las variables son características o atributos que se dan en grados o modalidades diferentes en las personas, estas variables pueden ser, edad, ingreso, educación, sexo, ocupación, entre otros; las variables se clasifican en variables independientes y dependientes; la variable independiente es aquella que produce modificaciones en otra variable con la cual está relacionada, es llamada también variable causal. En tanto que la variable dependiente es aquella que experimenta modificaciones siempre que la variable independiente cambia de valor o de modalidad; también recibe el nombre de variable efecto (Briones, 1996, p. 30).

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o animal. O que ha durado una cosa. Cualquiera de los periodos de la vida humana (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.450).

**Género:** Conjunto de cosas que tienen caracteres comunes. La palabra género se refiere a un grupo formado por seres u objetos que tiene entre ellos características comunes. En el sentido gramatical, es la forma que reciben las palabras para indicar el sexo de los seres animados o de las cosas género masculino o de género femenino (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p. 570).

**Estado civil:** Vínculo afectivo; Tipo de unión marital que se tiene con la pareja; es la unión estable de la pareja convenida de acuerdo con la ley, regulada y ordenada a la creación de una familia.

**Procedencia:** Principio, origen. (Gran diccionario Enciclopédico Visual, 1992, p.998)

**Escolaridad:** Relativo al nivel de estudio de una persona. Cuando la persona ha cursado cualquiera de los siguientes niveles, básica primaria, básica secundaria, media superior y educación superior.

**Estrato socioeconómico:** Según el Artículo 102 Ley 142 de 1994 es la jerarquía de distribuciones de bienes y oportunidades que favorece a determinados niveles de la sociedad.

**Motivo de consulta:** El motivo de consulta está relacionado con el propósito de la evaluación. Incluye la queja principal del paciente, la que debe ser evaluada con suficiente detalle para comprender lo que la persona identifica como problemático y la lleva a buscar ayuda o atención. Martínez (2006).

**Impresión diagnóstica:** Al formular un diagnóstico se asigna un nombre específico al conjunto de manifestaciones encontradas, lo que conlleva consideraciones de tipo etiológico, terapéutico y de pronóstico.

En la presente investigación se trabajaron dos variables, las cuales son: las variables sociodemográficas que son variables dependientes y diagnóstico principal la cual se entiende como variable independiente.

#### **4.2. Población y muestra**

Se trabajó con la información suministrada en las historias clínicas de la población que asistió al Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2014. Se tuvo acceso a las 273 historias clínicas, que reposan en el consultorio.

#### **4.3. Recolección de información**

La información se obtuvo directamente de las bases de datos y registro de historias clínicas del Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2014. A partir del formato para registro de consultantes, RIPS.

#### **4.4. Variables utilizadas en la investigación**

Las variables incluidas en el estudio de acuerdo con las bases de datos que se registran en la historia clínica que actualmente diligencia el Consultorio Psicológico Social de la

Institución Universitaria de Envigado, son: procedencia, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, motivo de consulta e impresión diagnóstica, entre otras.

#### 4.5. Instrumento

Para la presente investigación se elaboró una tabla en Excel® que facilitó el trabajo, debido a que la información se organiza y se codifica como una base de datos, es decir, que se encuentra en un rango de celdas donde la primera fila tiene los títulos de cada columna. Estas funciones permiten contar, sumar, multiplicar los valores de una columna que cumplen con los criterios especificados e inclusive se puede extraer un registro que permita identificar los factores epidemiológicos de mayor incidencia en la población que acude al Consultorio Psicológico Social De La Institución Universitario De Envigado el periodo comprendido entre los años 2013 y 2014.

**Tabla1.**Funciones Excel

<b>FUNCIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
BDCONTAR	Cuenta las celdas que contienen números en el campo (columna) de registros de la base de datos que cumplen las condiciones especificadas.
BDCONTARA	Cuenta el número de celdas que no están en blanco en el campo (columna) de los registros de la base de datos que cumplen las condiciones especificadas.

BDESVEST	Calcula la desviación estándar basándose en una muestra de las entradas seleccionadas de una base de datos.
BDESVESTP	Calcula la desviación estándar basándose en la población total de las entradas seleccionadas de una base de datos.
BDEXTRAER	Extrae de una base de datos un único registro que coincide con las condiciones especificadas.
BDMAX	Devuelve el número máximo en el campo (columna) de registros de la base de datos que coinciden con las condiciones especificadas.
BDMIN	Devuelve el número menor del campo (columna) de registros de la base de datos que coincide con las condiciones especificadas.
BDPRODUCTO	Multiplica los valores del campo (columna) de registros en la base de datos que coinciden con las condiciones especificadas.
BDPROMEDIO	Obtiene el promedio de los valores de una columna, lista o base de datos que cumplen las condiciones especificadas.
BDSUMA	Suma los números en el campo (columna) de los registros que coinciden con las condiciones especificadas.
BDVAR	Calcula la varianza basándose en una muestra de las entradas seleccionadas de una base de datos.
BDVARP	Calcula la varianza basándose en la población total de las entradas seleccionadas de una base de datos.

**Statistical Package for the Social Sciences (SPSS):** es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis.

Es un sistema de análisis estadístico que trabaja con datos de diferentes distritos, formando gráficos de distribuciones estadísticas y descriptivos, además elabora análisis estadísticos complejos que permiten establecer relaciones de dependencia e interdependencia, clasifica variables, predice comportamientos entre otras funciones (Pardo y Ruiz, 2002, p. 3).

Los datos se registraron en una hoja de cálculo en el programa Excel ® y luego se exportaron al programa SPSS-21 para su procedimiento estadístico. Se analizaron las variables sociodemográficas: sexo, edad, estrato, escolaridad y estado civil, y los diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento, según la clasificación del CIE 10.

**Criterios de exclusión:** Las historias clínicas de los usuarios atendidos en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado, no diligenciadas en su totalidad. En el momento de la recolección de la información cumplieron con los criterios de exclusión 33 historias clínicas.

**Criterios de inclusión:** Todas las historias clínicas de los usuarios atendidos en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado, en los períodos

comprendidos entre el año 2013 y 2014, se tomaron en cuenta para la realización de la investigación 240 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Con base en la información disponible se construyó una matriz de datos en el programa SPSS (V. 21) con el que se realizó la descripción de cada una de las variables.

**Tabla 2.** Categorización de variables

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>SOCIO- DEMOGRAFICA</b>		
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona o animal. O que ha durado una cosa. Cualquiera de los periodos de la vida humana.	<b>1.</b> Desde el momento de la concepción hasta el nacimiento. <b>2.</b> Periodo primera infancia Desde el nacimiento a los 3 años <b>3.</b> Periodo de la niñez temprana o preescolar De los 3 años a los 6 <b>4.</b> Periodo de la niñez intermedia o escolar De los 6 a los 12 años <b>5.</b> Periodo de la adolescencia De los 12 a los 18 años <b>6.</b> Periodo de la juventud

Delos 20 a los 35 años

7.Periodo de la madurez

De los 35 a los 50 años

8.Periodo de la adultez De los 50 a los 60 años

9. Periodo de la vejez o tercera edad De los 65 en adelante

**Género**

Conjunto de cosas que tienen caracteres comunes. La palabra género se refiere a un grupo formado por seres u objetos que tiene entre ellos características comunes. En el sentido gramatical, es la forma que reciben las palabras para indicar el sexo de los seres animados o de las cosas género masculino o de género femenino

1 Masculino

2. Femenino

**Estado Civil**

Vínculo afectivo; Tipo de unión marital que se tiene con la pareja; Es la unión

1. Soltero

2. Casado

3. Separado

	estable de la pareja convenida de acuerdo con la ley, regulada y ordenada a la creación de una familia	4. Divorciado 5. Viudo 6. Unión libre
<b>Procedencia</b>	Lugar donde habita actualmente	1. Medellín 2. Envigado 3. Itagüí 4. Sabaneta 5. La Estrella 6. Caldas 7. Otra
<b>Escolaridad</b>	Relativo al nivel de estudio de una persona. Cuando la persona ha cursado cualquiera de los siguientes niveles, básica primaria, básica secundaria, media superior y educación superior.	1 Sin Estudios 2 Básica Primaria 3 Básica Secundaria 4 Técnica 5 Tecnología 6 Profesional 7 Otra 8 No Aplica
<b>Estrato Socioeconómico</b>	Según el Artículo 102 Ley 142 de 1994 es la jerarquía de distribuciones de bienes y oportunidades que favorece a determinados niveles de la sociedad	1 Uno 2 Dos 3 Tres 4 Cuatro 5 Cinco
	El motivo de consulta	1. Problemas relacionados

<b>VARIABLE</b> <b>Motivo De</b> <b>Consulta</b>	está relacionado con el propósito de la evaluación. Incluye la queja principal del paciente, la que debe ser evaluada con suficiente detalle para comprender lo que la persona identifica como problemático y la lleva a buscar ayuda o atención	con el ámbito Académico
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Problemas relacionados con el comportamiento</li> <li>3. Problemas Desarrollo</li> <li>4. Problemas Aprendizaje</li> <li>5. Problemas Relacionados con el ámbito Familiar</li> <li>6. Problemas relacionados con el maltrato</li> <li>7. Problemas relacionados con el abuso sexual.</li> <li>8. Retardo Mental</li> <li>9. Duelo</li> <li>10.Intentado Suicidio</li> <li>11.Dificultades Sexuales</li> <li>12.Problemas relacionados con el uso de SPA</li> <li>13.Problemas de Interacción Social</li> <li>14.Problemas del Estado del Ánimo</li> <li>15.Problemas relacionados con la Ansiedad</li> <li>16. Problemas relacionados con el Control De Impulsos</li> </ol>	

- 17. Trastorno De Alimentación
- 18. Problemas relacionados con el estilo de crianza.
- 19. Opción vocacional U Ocupacional
- 20. Problemas De Pareja
- 21. Ideas delirantes.
- 22. problemas relacionados con el auto-estima.

<b>VARIABLE</b>	Al formular un diagnostico se asigna un nombre especifico al conjunto de manifestaciones encontradas, lo que conlleva consideraciones de tipo etiológico, terapéutico y de pronóstico.	Según código diagnóstico del CIE 10
<b>Impresión Diagnóstica</b>		
<b>Ocupación</b>	Actividad que realiza una persona por un tiempo determinado	

---

**Tabla3.** Categorización CIE 10

Categoría	Código	Título
<p><b>F06</b></p> <p>Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física</p>	<b>F062</b>	Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico
	<b>F063</b>	Trastornos del humor [afectivos], orgánicos
	<b>F064</b>	Trastorno de ansiedad, orgánico
	<b>F065</b>	Trastorno disociativo, orgánico
	<b>F066</b>	Trastorno de labilidad emocional [asténico], orgánico
	<b>F067</b>	Trastorno cognoscitivo leve
	<b>F068</b>	Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física
	<b>F069</b>	Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física
	<b>F09</b>	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 39-49).

<p><b>F17</b></p> <p>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco</p>	<b>F170</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: intoxicación aguda
	<b>F171</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo
	<b>F172</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia
	<b>F173</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: estado de abstinencia
	<b>F174</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: estado de abstinencia con delirio

<b>F175</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno psicótico
<b>F176</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome amnésico
<b>F177</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
<b>F178</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: otros trastornos mentales y del comportamiento
<b>F179</b>	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno mental y del comportamiento, no especificado

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 58 - 69).

<b>F20</b>		<b>F200</b>	Esquizofrenia paranoide
		<b>F201</b>	Esquizofrenia hebefrenica
		<b>F202</b>	Esquizofrenia catatónica
		<b>F203</b>	Esquizofrenia indiferenciada
		<b>F204</b>	Depresión post-esquizofrénica
	Esquizofrenia	<b>F205</b>	Esquizofrenia residual
		<b>F206</b>	Esquizofrenia simple
		<b>F208</b>	Otras esquizofrenias
		<b>F209</b>	Esquizofrenia, no especificada
<b>F21</b>	Trastorno esquizotípico	<b>F21</b>	Trastorno esquizotípico
<b>F22</b>	Trastornos delirantes persistentes	<b>F220</b>	Trastorno delirante
		<b>F228</b>	Otros trastornos delirantes persistentes

		<b>F229</b>	Trastorno delirante persistente, no especificado
<b>F23</b>		<b>F230</b>	Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia
		<b>F231</b>	Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia
	Trastornos psicóticos agudos y transitorios	<b>F232</b>	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
		<b>F233</b>	Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes
		<b>F238</b>	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios
		<b>F239</b>	Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado de tipo esquizofrénico
<b>F24</b>	Trastorno delirante inducido	<b>F24</b>	Trastorno delirante inducido
<b>F25</b>		<b>F250</b>	Trastorno esquizo-afectivo de tipo maniaco
	Trastornos esquizo-afectivos	<b>F251</b>	Trastorno esquizo-afectivo de tipo depresivo
		<b>F252</b>	Trastorno esquizo-afectivo de tipo mixto
		<b>F258</b>	Otros trastornos esquizo-afectivos
		<b>F259</b>	Trastorno esquizo-afectivo, no especificado
<b>F28</b>	Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico	<b>F28</b>	Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
<b>F29</b>	Psicosis de origen no orgánico, no especificada	<b>F29</b>	Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 70 - 88).

<b>F30</b>	Episodio maniaco	<b>F300</b>	Hipomanía
		<b>F301</b>	Manía sin síntomas psicóticos
		<b>F302</b>	Manía con síntomas psicóticos
		<b>F308</b>	Otros episodios maniacos
		<b>F309</b>	Episodio maniaco, no especificado
<b>F31</b>	Trastorno afectivo bipolar	<b>F310</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente
		<b>F311</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos
		<b>F312</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos
		<b>F313</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
		<b>F314</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
		<b>F315</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
		<b>F316</b>	Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
		<b>F317</b>	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
		<b>F318</b>	Otros trastornos afectivos bipolares
		<b>F319</b>	Trastorno afectivo bipolar, no especificado
<b>F32</b>	Episodio depresivo	<b>F320</b>	Episodio depresivo leve
		<b>F321</b>	Episodio depresivo moderado
		<b>F322</b>	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
		<b>F323</b>	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

		<b>F328</b>	Otros episodios depresivos
		<b>F329</b>	Episodio depresivo, no especificado
<b>F33</b>		<b>F330</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
		<b>F331</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
		<b>F332</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
	Trastorno depresivo recurrente	<b>F333</b>	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
		<b>F334</b>	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
		<b>F338</b>	Otros trastornos depresivos recurrentes
		<b>F339</b>	Trastorno depresivo recurrente, no especificado
<b>F34</b>		<b>F340</b>	Ciclotimia
	Trastornos del humor [afectivos] persistentes	<b>F341</b>	Distimia
		<b>F348</b>	Otros trastornos del humor [afectivos] persistentes
		<b>F349</b>	Trastorno persistente del humor [afectivo], no especificado
<b>F38</b>		<b>F380</b>	Otros trastornos del humor [afectivos], aislados
	Otros trastornos del humor [afectivos]	<b>F381</b>	Otros trastornos del humor [afectivos], recurrentes
		<b>F388</b>	Otros trastornos del humor [afectivos], especificados
<b>F39</b>	Trastorno del humor [afectivos], no especificado	<b>F39</b>	Trastorno del humor [afectivo], no especificado

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 89- 107).

<b>F40</b>		<b>F400</b>	Agorafobia
	Trastornos fóbicos de ansiedad	<b>F401</b>	Fobias sociales
		<b>F402</b>	Fobias especificadas [aisladas]
		<b>F408</b>	Otros trastornos fóbicos de ansiedad
		<b>F409</b>	Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado
<b>F41</b>		<b>F410</b>	Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]
	Otros trastornos de ansiedad	<b>F411</b>	Trastorno de ansiedad generalizada
		<b>F412</b>	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
		<b>F413</b>	Otros trastornos de ansiedad mixtos
		<b>F418</b>	Otros trastornos de ansiedad especificados
		<b>F419</b>	Trastorno de ansiedad , no especificado
<b>F42</b>		<b>F420</b>	Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
	Trastorno obsesivo-compulsivo	<b>F421</b>	Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]
		<b>F422</b>	Actos e ideas obsesivas mixtos
		<b>F428</b>	Otros trastornos obsesivo-compulsivos
		<b>F429</b>	Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado
<b>F43</b>		<b>F430</b>	Reacción al estrés agudo
	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	<b>F431</b>	Trastorno de estrés postraumático
		<b>F432</b>	Trastornos de adaptación
		<b>F438</b>	Otras reacciones al estrés grave
		<b>F439</b>	Reacción al estrés grave, no especificada
<b>F44</b>	Trastornos disociativos [ de conversión ]	<b>F440</b>	Amnesia disociativa

		<b>F441</b>	Fuga disociativa
		<b>F442</b>	Estupor disociativo
		<b>F443</b>	Trastornos de trance y de posesión
		<b>F444</b>	Trastornos disociativos del movimiento
		<b>F445</b>	Convulsiones disociativas
		<b>F446</b>	Anestesia disociativa y pérdida sensorial
		<b>F447</b>	Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]
		<b>F448</b>	Otros trastornos disociativos [de conversión]
		<b>F449</b>	Trastorno disociativo [de conversión], no especificado
<b>F45</b>		<b>F450</b>	Trastorno de somatización
		<b>F451</b>	Trastorno Somatomórfos indiferenciado
		<b>F452</b>	Trastorno hipocondriaco
	Trastornos Somatomórfos	<b>F453</b>	Disfunción autonómica somatomorfa
		<b>F454</b>	Trastorno de dolor persistente Somatomórfos
		<b>F458</b>	Otros trastornos Somatomórfos
		<b>F459</b>	Trastorno Somatomórfos, no especificado
<b>F48</b>		<b>F480</b>	Neurastenia
	Otros trastornos neuróticos	<b>F481</b>	Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad
		<b>F488</b>	Otros trastornos neuróticos especificados
		<b>F489</b>	Trastorno neurótico, no especificado
Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 109-138).			
<b>F50</b>		<b>F500</b>	Anorexia nerviosa
		<b>F501</b>	Anorexia nerviosa atípica
		<b>F502</b>	Bulimia nerviosa
	Trastornos de la ingestión de alimentos	<b>F503</b>	Bulimia nerviosa atípica
		<b>F504</b>	Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas
		<b>F505</b>	Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas

		<b>F508</b>	Otros trastornos de la ingestión de alimentos
		<b>F509</b>	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado
<b>F51</b>		<b>F510</b>	Insomnio no orgánico
		<b>F511</b>	Hipersomnias no orgánicas
	Trastornos no orgánicos del sueño	<b>F512</b>	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
		<b>F513</b>	Sonambulismo
		<b>F514</b>	Terrores del sueño [terrores nocturnos]
		<b>F515</b>	Pesadillas
		<b>F518</b>	Otros trastornos no orgánicos del sueño
		<b>F519</b>	Trastorno no orgánico del sueño, no especificado
<b>F52</b>		<b>F520</b>	Falta o pérdida del deseo sexual
	Disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas	<b>F521</b>	Aversión al sexo y falta de goce sexual
		<b>F522</b>	Falla de la respuesta genital
		<b>F523</b>	Disfunción orgásmica
		<b>F524</b>	Eyacuación precoz
		<b>F525</b>	Vaginismo no orgánico
		<b>F526</b>	Dispareunia no orgánica
		<b>F527</b>	Impulso sexual excesivo
		<b>F528</b>	Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicas
		<b>F529</b>	Disfunción sexual, no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicas, no especificada
<b>F53</b>	Trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio no clasificadas en otra parte	<b>F530</b>	Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte

		<b>F531</b>	Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
		<b>F538</b>	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
		<b>F539</b>	Trastorno mental puerperal, no especificado
<b>F54</b>	Factores psicológicos y del comportamiento asociados a enfermedades clasificados en otra parte	<b>F54</b>	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
<b>F55</b>	Abuso de sustancias que no producen dependencia	<b>F55</b>	Abuso de sustancias que no producen dependencia
<b>F59</b>	Síndrome del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos no especificados	<b>F59</b>	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 140- 154).

<b>F60</b>		<b>F600</b>	Trastorno paranoide de la personalidad
	Trastornos específicos de la personalidad	<b>F601</b>	Trastorno esquizoide de la personalidad
		<b>F602</b>	Trastorno asocial de la personalidad
		<b>F603</b>	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
		<b>F604</b>	Trastorno histriónico de la personalidad
		<b>F605</b>	Trastorno anancástico de la personalidad

		<b>F606</b>	Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
		<b>F607</b>	Trastorno de la personalidad dependiente
		<b>F608</b>	Otros trastornos específicos de la personalidad
		<b>F609</b>	Trastorno de la personalidad, no especificado
<b>F61</b>	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	<b>F61</b>	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
<b>F62</b>	Cambios perdurables de la personalidad no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral	<b>F620</b>	Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica
		<b>F621</b>	Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica
		<b>F628</b>	Otros cambios perdurables de la personalidad
		<b>F629</b>	Cambio perdurable de la personalidad, no especificado
<b>F63</b>	Trastornos de los hábitos y de los impulsos	<b>F630</b>	Juego patológico
		<b>F631</b>	Piromanía
		<b>F632</b>	Hurto patológico (cleptomanía)
		<b>F633</b>	Tricotilomanía
		<b>F638</b>	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos
		<b>F639</b>	Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado
<b>F64</b>	Trastornos de la identidad de género	<b>F640</b>	Transexualismo
		<b>F641</b>	Travestismo de rol dual

		<b>F642</b>	Trastorno de la identidad de género en la niñez
		<b>F648</b>	Otros trastornos de la identidad de género
		<b>F649</b>	Trastorno de la identidad de género, no especificado
<b>F65</b>		<b>F650</b>	Fetichismo
		<b>F651</b>	Travestismo fetichista
		<b>F652</b>	Exhibicionismo
		<b>F653</b>	Voyerismo
		<b>F654</b>	Pedofilia
		<b>F655</b>	Sadomasoquismo
	Trastornos de la preferencia sexual	<b>F656</b>	Trastornos múltiples de la preferencia sexual
		<b>F658</b>	Otros trastornos de la preferencia sexual
		<b>F659</b>	Trastorno de la preferencia sexual, no especificado
<b>F66</b>		<b>F660</b>	Trastorno de la maduración sexual
	Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales	<b>F661</b>	Orientación sexual egodistónica
		<b>F662</b>	Trastorno de la relación sexual
		<b>F668</b>	Otros trastornos del desarrollo psicosexual
		<b>F669</b>	Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado
<b>F68</b>		<b>F680</b>	Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas
	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	<b>F681</b>	Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas [trastorno facticio]
		<b>F688</b>	Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento en adultos

<b>F69</b>	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado	<b>F69</b>	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado
------------	--	------------	---

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 158 -183).

<b>F70</b>	Retraso mental leve	<b>F700</b>	Retraso mental leve: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
		<b>F701</b>	Retraso mental leve: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
		<b>F708</b>	Retraso mental leve: otros deterioros del comportamiento
		<b>F709</b>	Retraso mental leve: deterioro del comportamiento de grado no especificado
<b>F71</b>	Retraso mental moderado	<b>F710</b>	Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
		<b>F711</b>	Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
		<b>F718</b>	Retraso mental moderado: otros deterioros del comportamiento
		<b>F719</b>	Retraso mental moderado: deterioro del comportamiento de grado no especificado
<b>F72</b>	Retraso mental grave	<b>F720</b>	Retraso mental grave: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
		<b>F721</b>	Retraso mental grave: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
		<b>F728</b>	Retraso mental grave: otros deterioros del comportamiento
		<b>F729</b>	Retraso mental grave: deterioro del comportamiento de grado no especificado
<b>F73</b>	Retraso mental profundo	<b>F730</b>	Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
		<b>F731</b>	Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento

		<b>F738</b>	Retraso mental profundo: otros deterioros del comportamiento
		<b>F739</b>	Retraso mental profundo: deterioro del comportamiento de grado no especificado
<b>F78</b>		<b>F780</b>	Otros tipos de retraso mental profundo: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
	Otros tipos de retraso mental	<b>F781</b>	Otros tipos de retraso mental profundo: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
		<b>F788</b>	Otros tipos de retraso mental profundo: otros deterioros del comportamiento
		<b>F789</b>	Otros tipos de retraso mental profundo: deterioro del comportamiento de grado no especificado
<b>F79</b>		<b>F790</b>	Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
	Retraso mental no especificado	<b>F791</b>	Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
		<b>F798</b>	Retraso mental, no especificado: otros deterioros del comportamiento
		<b>F799</b>	Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento de grado no especificado

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 184-186).

<b>F80</b>		<b>F800</b>	Trastorno específico de la pronunciación
	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	<b>F801</b>	Trastorno del lenguaje expresivo
		<b>F802</b>	Trastorno de la recepción del lenguaje
		<b>F803</b>	Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]
		<b>F808</b>	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje

		<b>F809</b>	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado
<b>F81</b>		<b>F810</b>	Trastorno específico de la lectura
	Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	<b>F811</b>	Trastorno específico del deletreo (ortografía)
		<b>F812</b>	Trastorno específico de las habilidades aritméticas
		<b>F813</b>	Trastorno mixto de las habilidades escolares
		<b>F818</b>	Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares
		<b>F819</b>	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado
<b>F82</b>	Trastornos específicos del desarrollo de la función motriz	<b>F82</b>	Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
<b>F83</b>	Trastornos específicos mixtos desarrollo	<b>F83</b>	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
<b>F84</b>		<b>F840</b>	Autismo en la niñez
		<b>F841</b>	Autismo atípico
		<b>F842</b>	Síndrome de Rett
		<b>F843</b>	Otro trastorno desintegrativo de la niñez
	Trastornos generalizados del desarrollo	<b>F844</b>	Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados
		<b>F845</b>	Síndrome de asperger
		<b>F848</b>	Otros trastornos generalizados del desarrollo
		<b>F849</b>	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

<b>F88</b>	Otros trastornos del desarrollo psicológico	<b>F88</b>	Otros trastornos del desarrollo psicológico
<b>F89</b>	Trastornos del desarrollo psicológico, no especificados	<b>F89</b>	Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 187-203).

<b>F90</b>	Trastornos Hipercinéticos	<b>F900</b>	Perturbación de la actividad y de la atención
		<b>F901</b>	Trastorno Hipercinéticos de la conducta
		<b>F908</b>	Otros trastornos Hipercinéticos
		<b>F909</b>	Trastorno Hipercinéticos, no especificado
<b>F91</b>	Trastornos de la conducta	<b>F910</b>	Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar
		<b>F911</b>	Trastorno de la conducta insociable
		<b>F912</b>	Trastorno de la conducta sociable
		<b>F913</b>	Trastorno opositor desafiante
		<b>F918</b>	Otros trastornos de la conducta
		<b>F919</b>	Trastorno de la conducta, no especificado
<b>F92</b>	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	<b>F920</b>	Trastorno depresivo de la conducta
		<b>F928</b>	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
		<b>F929</b>	Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado
<b>F93</b>	Trastornos emocionales comienzo específico en la niñez	<b>F930</b>	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez
		<b>F931</b>	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez
		<b>F932</b>	Trastorno de ansiedad social en la niñez
		<b>F933</b>	Trastorno de rivalidad entre hermanos
		<b>F938</b>	Otros trastornos emocionales en la niñez
		<b>F939</b>	Trastorno emocional en la niñez, no especificado

<b>F94</b>		<b>F940</b>	Mutismo electivo
	Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	<b>F941</b>	Trastorno de vinculación reactiva en la niñez
		<b>F942</b>	Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez
		<b>F948</b>	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
		<b>F949</b>	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado
<b>F95</b>		<b>F950</b>	Trastorno por tic transitorio
	Trastornos por tics	<b>F951</b>	Trastorno por tic motor o vocal crónico
		<b>F952</b>	Trastornos por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]
		<b>F958</b>	Otros trastornos por tic
		<b>F959</b>	Trastorno por tic, no especificado
<b>F98</b>		<b>F980</b>	Enuresis no orgánica
		<b>F981</b>	Encopresis no orgánica
		<b>F982</b>	Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y en la niñez
		<b>F983</b>	Pica en la infancia y la niñez
	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	<b>F984</b>	Trastornos de los movimientos estereotipados
		<b>F985</b>	Tartamudez [espasmofemia]
		<b>F986</b>	Farfulleo
		<b>F988</b>	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
		<b>F989</b>	Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
<b>F99</b>	Trastorno mental no especificado	<b>F99</b>	Trastorno mental, no especificado

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2006, p. 204-224).

<b>Z56</b>	Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	<b>Z560</b>	Problemas relacionados con el desempleo, no especificados
		<b>Z561</b>	Problemas relacionados con el cambio de empleo
		<b>Z562</b>	Problemas relacionados con amenaza de pérdida del empleo
		<b>Z563</b>	Problemas relacionados con horario estresante de trabajo
		<b>Z564</b>	Problemas relacionados con desavenencias con el jefe y los compañeros de trabajo
		<b>Z565</b>	Problemas relacionados con el trabajo incompatible
		<b>Z566</b>	Otros problemas de tensión física o mental relacionadas con el trabajo
<b>Z60</b>	Problemas relacionados con el ambiente social	<b>Z600</b>	Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
		<b>Z601</b>	Problemas relacionados con situación familiar atípica
		<b>Z602</b>	Problemas relacionados con persona que vive sola
		<b>Z603</b>	Problemas relacionados con la adaptación cultural
		<b>Z604</b>	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social
		<b>Z605</b>	Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
		<b>Z608</b>	Otros problemas relacionados con el ambiente social
		<b>Z609</b>	Problema no especificado relacionado con el ambiente social
<b>Z61</b>	Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	<b>Z610</b>	Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
		<b>Z611</b>	Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia

		<b>Z612</b>	Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
		<b>Z613</b>	Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
		<b>Z614</b>	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
		<b>Z615</b>	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario
		<b>Z616</b>	Problemas relacionados con abuso físico del niño
		<b>Z617</b>	Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
		<b>Z618</b>	Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia
		<b>Z619</b>	Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia
<b>Z62</b>		<b>Z620</b>	Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
		<b>Z621</b>	Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
		<b>Z622</b>	Problemas relacionados con la crianza en institución
		<b>Z623</b>	Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	<b>Z624</b>	Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
		<b>Z625</b>	Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
		<b>Z626</b>	Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza
		<b>Z628</b>	Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño
		<b>Z629</b>	Problema no especificado relacionado con la crianza del niño
<b>Z63</b>	Problemas relacionados con el	<b>Z630</b>	Problemas en la relación entre esposos o pareja

grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	<b>Z631</b>	Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
	<b>Z632</b>	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
	<b>Z633</b>	Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia
	<b>Z634</b>	Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
	<b>Z635</b>	Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
	<b>Z636</b>	Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
	<b>Z637</b>	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar
	<b>Z638</b>	Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo
	<b>Z639</b>	Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo
	<b>Z64</b>	<b>Z640</b>
<b>Z641</b>		Problemas relacionados con la multiparidad
<b>Z642</b>		Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro
<b>Z643</b>		Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro
<b>Z702</b>		Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona
<b>Z703</b>		Consulta relacionada con preocupaciones combinadas sobre la actitud, la conducta y la orientación sexuales
<b>Z708</b>		Otras consultas sexuales específicas
<b>Z709</b>		Consulta sexual, no especificada
Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales		

<b>Z71</b>		<b>Z710</b>	Persona que consulta en nombre de otra persona
		<b>Z711</b>	Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico
		<b>Z712</b>	Persona que consulta para la explicación de hallazgos de investigación
	Persona en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	<b>Z713</b>	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta
		<b>Z714</b>	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol
		<b>Z715</b>	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas
		<b>Z716</b>	Consulta para asesoría por abuso de tabaco
		<b>Z717</b>	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
		<b>Z718</b>	Otras consultas especificadas
		<b>Z719</b>	Consulta, no especificada
<b>Z72</b>		<b>Z720</b>	Problemas relacionados con el uso de tabaco
		<b>Z721</b>	Problemas relacionados con el uso de alcohol
		<b>Z722</b>	Problemas relacionados con el uso de drogas
		<b>Z723</b>	Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico
	Problemas relacionados con el estilo de vida	<b>Z724</b>	Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados
		<b>Z725</b>	Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo
		<b>Z726</b>	Problemas relacionados con el juego y las apuestas
		<b>Z728</b>	Otros problemas relacionados con el estilo de vida
		<b>Z729</b>	Problema no especificado relacionado con el estilo de vida
<b>Z73</b>	Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	<b>Z730</b>	Problemas relacionados con la enfermedad consuntiva
		<b>Z731</b>	Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad

	<b>Z732</b>	Problemas relacionados con la falta de relajación y descanso
	<b>Z733</b>	Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte
	<b>Z734</b>	Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas, no clasificadas en otra parte
	<b>Z735</b>	Problemas relacionados con el conflicto del rol social, no clasificados en otra parte
	<b>Z736</b>	Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad
	<b>Z738</b>	Otros problemas relacionados con dificultades con el modo de vida
	<b>Z739</b>	Problemas no especificados relacionados con dificultades con el modo de vida
	<b>Z751</b>	Problemas relacionados con persona esperando admisión en una institución apropiada en otro lugar
	<b>Z752</b>	Problemas relacionados con persona en otro periodo de espera para investigación y tratamiento
	<b>Z753</b>	Problemas relacionados con atención de salud no disponible o inaccesible
	<b>Z754</b>	Problemas relacionados con otros servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles
	<b>Z755</b>	Problemas relacionados con la atención durante vacaciones de la familia
	<b>Z758</b>	Otros problemas relacionados con servicios médicos y de salud
	<b>Z759</b>	Problema no especificado relacionado con servicios médicos y de salud
<b>Z81</b>	<b>Z810</b>	Historia familiar de retardo mental
	<b>Z811</b>	Historia familiar de abuso de alcohol
	<b>Z812</b>	Historia familiar de abuso de tabaco
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	<b>Z813</b>	Historia familiar de abuso de otras sustancia psicoactivas
	<b>Z814</b>	Historia familiar de abuso de otras sustancias

**Z818** Historia familiar de otros trastornos mentales y del comportamiento

---

Tomado de: Organización Mundial de la Salud (2006, p. 267-270).

## 5. MARCO REFERENCIAL

### 5.1. Antecedentes Investigativos

López, Montoya y Dussán (2012) realizan una investigación cuyo objetivo primordial consiste en describir las diferentes variables relacionadas con: características sociodemográficas, motivo de consulta e impresión diagnóstica de la población que consulta en el servicio del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Manizales en el periodo 2006-2010; la muestra representativa de esta investigación es de 1.233 historias clínicas, la recolección de la información se obtuvo de la base de datos y las historias clínicas que se diligencian en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Manizales. Se realizó un análisis que permitió describir una aproximación al estado de salud mental de la población atendida. Los investigadores concluyeron que: el servicio es utilizado principalmente por personas solteras, de género femenino y jóvenes; los motivos de consulta más frecuentes en niños, niñas y adolescentes es los trastornos de conducta (27,1%), trastornos adaptativos (19,2%), conflictos personales (9,9%) y conflictos de pareja (7,3%). Para los mayores de edad, los conflictos de pareja (23,7%), conflictos personales (13,2%), depresión (12,6%) y trastorno adaptativo (12,5%). Tanto para los menores de edad como para los adultos, los trastornos adaptativos, la depresión y los conflictos personales, son las impresiones diagnósticas más recurrentes (47,2%, 3,2% y 4,5%, para menores de edad y 38,5%, 7,7% y 5,3% para adultos, respectivamente).

De otro lado, Marín, Londoño, Juárez, Giraldo y Ramírez (2010) resaltan aspectos relevantes en una investigación, cuyo objetivo primordial consistió en establecer, la relación entre los trastornos mentales y los estresores psicosociales preponderantes asociados en usuarios de consulta externa. Con una muestra de 106 usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín; se utilizó entrevista estructurada internacional neuropsiquiátrica (International Neuropsychiatric Interview [MINI]; Scheehan et al, 1998) como instrumento para evaluar el estado de salud mental. Se concluyó que, los trastornos de mayor prevalencia son, la depresión mayor pasada (26.4%), depresión mayor actual (20.8%), depresión con melancolía (15.1%), trastornos por uso de sustancias no alcohólicas (15.1%), el trastorno por angustia (14.2%), el trastorno de ansiedad generalizada (13.2%), hipomanía pasada (12.3%), fobia social (10.4%), abuso y dependencia al alcohol (10.4%). trastornos que tienen igualmente una prevalencia alta en la población general según lo reportado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002).

Gutiérrez (2007) realiza una investigación cuyo objetivo apunta a observar el perfil de la población que accede al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño De La Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá periodo comprendido entre enero 2002 y diciembre 2005, mediante diferentes variables epidemiológicas de mayor incidencia. Este estudio se realizó con el fin fortalecer las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida en la comunidad y también con el fin de sensibilizar sobre el tema de Salud Mental a toda la población para que identifiquen oportunamente los factores de riesgo. En el cual se pudo identificar que las personas que más acuden al Centro De Atención Psicológico son adultos

entre 20 y 59 años de edad y adolescentes de 10 a 19 años de edad de género femenino, el 73.3% son estudiantes, el 79.4% son de estrato tres, el 79,4 % son solteros, las personas que más consultan son habitantes de las localidades de barrios unidos y Usaquéen con un porcentaje del 38.7 %, los principales problemas son de tipo académico y familiar con un 27.3%

Alvarán, Sánchez y Restrepo (2014) realizan una investigación para analizar la frecuencia de los trastornos mentales y comportamentales en pacientes adultos que asistieron a evaluación neuropsicológica en el Centro de Atención en Psicología CES Sabaneta; para la muestra poblacional se tomaron en cuenta todas las historias clínicas de los pacientes que asistieron en el 2008. Además se realizó un análisis estadístico de las variables sociodemográficas y clínicas: la presente investigación concluyó que, en 46 pacientes, que corresponden al 12.4% de la población, presentaron un funcionamiento cognitivo normal, los trastornos mentales y del comportamiento más vistos son deterioro cognitivo leve (54.2%) y demencia (14.8%).

Al momento de conocer la frecuencia y determinar las características demográficas de los pacientes remitidos a evaluación neuropsicológica; los hallazgos obtenidos en esta investigación, permitieron, establecer que hay coincidencia con las variables escolaridad, estrato socioeconómico y trastornos más frecuentes con los resultados obtenidos de otras investigaciones.

Juárez, Giraldo, Londoño, Marín y Ramírez (2010). Articularon el trabajo en relación con el establecimiento de la prevalencia de los trastornos mentales y los estresores

psicosociales asociados en usuarios de consulta externa de psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín. En esta investigación participaron 106 usuarios, a los cuales se les aplicó la entrevista internacional neuropsiquiátrica.

Los trastornos de mayor prevalencia son: riesgo de suicidio (28.30%), depresión mayor pasada (26.41%), depresión mayor actual (20.75%), depresión con melancolía (15.10%), trastornos por uso de sustancias no alcohólicas (15.09%), trastorno por angustia (14.15%), ansiedad generalizada (13.20%), hipomanía pasada (12.26%), fobia social (10.37%), y abuso y dependencia al alcohol (10.37%). Los estresores psicosociales asociados son los problemas relativos al grupo primario (47.8%), al ambiente social (39.1%), y problemas relacionados con la enseñanza (13%).

El “Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012”, se realizó por la Universidad CES de Medellín, la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Harvard, con una muestra de 4.179 personas, 16 comunas y 5 corregimientos, el rango de edad fue entre los 13 y 65 años de edad, mediante la aplicación de entrevista estructurada.

La investigación señala que 14.7% de la población de Medellín ha sufrido uno o más trastornos mentales en los 12 meses, además que 282.068 personas de Medellín son afectadas por algún trastorno mental. El diagnóstico prevalente son los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, pánico, agorafobia, fobia específica, estrés postraumático, ansiedad por separación, y obsesivo compulsivo); el segundo diagnóstico con mayor prevalencia son los del estado de ánimo y los de abuso de sustancias. Los riesgos más altos de trastornos mentales en

general están en las comunas Popular, Manrique, Aranjuez y Santa Cruz, y el riesgo más bajo en Laureles-Estadio y El Poblado.

En el análisis global, figuran 282.068 personas con necesidad de atención por trastornos mentales; de ellas, 164.959 afectadas por un trastorno, 59.544 por dos y 57.565 por tres o más. Se incluyen 93.543 afectados por trastornos por consumo de sustancias, la gran mayoría en edad productiva, 21.587 personas víctimas de estrés postraumático en el último año y 14.391 de trastorno afectivo bipolar.

Prevalecen los resultados de estrés postraumático, sufrido por “víctimas de sucesos adversos inusuales de forma brusca, como las consecuencias de la guerra o de un atentado, las agresiones sexuales, los accidentes o las catástrofes naturales” Los barrios más afectados son Manrique, Aranjuez y Altavista. De cada cien personas, más de 10 hombres y 2,6 mujeres tuvieron algún trastorno por sustancias el año anterior al estudio, con primer lugar el alcohol. El barrio Santa Cruz tuvo la más alta prevalencia en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (31.6%), incluyendo alcohol, y 19.6% para trastornos por otras drogas, seguida de Belén (19.7%).

Como conclusión el estudio describe que los trastornos por uso de sustancias se hallaron asociados a la ansiedad de los padres, trastornos de personalidad y abuso de sustancias de la figura paterna, depresión e intento de suicidio de la madre. De cada 100 personas estudiadas, casi 13 tienen abuso de alcohol, con mayor incidencia en los barrios Santa Cruz, Manrique y Aranjuez. Manrique registra el mayor consumo de alcohol (65%). En

segundo lugar está el uso de marihuana, donde lideran Santa Cruz, Aranjuez y Manrique y el corregimiento de Altavista, y en tercer lugar la cocaína, con incidencia mayor en Aranjuez.

## **5.2. Marco legal**

Para el presente trabajo se toma en cuenta, la legalidad que atañe a la labor de los consultorios psicológicos, Las siguientes leyes de la Constitución Política de Colombia, que se presentarán a continuación:

**Ley 30** de diciembre 28 de 1992, por el cual se organiza el servicio público de la Educación Superior.

**Artículo 1°** “La Educación Superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, tiene por objetivo el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional” (Congreso de la República, 1992, p. 1).

**Ley 1090** de septiembre 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

**Resolución número 0002003** de 28 de mayo 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó las normas de habilitación de los servicios de salud que deberán aplicar los prestadores de servicios de salud.

De acuerdo con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, Ministerio de Salud y Protección Social, argumenta que se debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. Que con tal propósito, en 2013, se expidió la Resolución 1441 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual (Congreso de la República, 2014, p. 1).

**Artículo 1.** Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 2.** Campo de aplicación. La presente resolución aplica a: 2.1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2.2 Los Profesionales Independientes de Salud. 2.3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. 2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos. 2.5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Artículo 4. Inscripción y habilitación. Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución (Congreso de la República, 2014, p. 3).

### **5.3. Consideraciones éticas**

Como lo establece así la Ley 1090 del año 2006, para la cual se reglamenta el ejercicio de la Psicología, en su artículo 2º, que habla de los principios generales: Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la

investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos (Congreso de la República, 2006, p. 3).

Como deberes y obligaciones del psicólogo, se debe guardar completa reserva de la identidad de la persona, cumplir las normas vigentes relacionadas con la prestación del servicio y respetar los principios y valores que sustentan las normas éticas vigentes para el ejercicio de esta profesión y el respeto a los derechos humanos. Además se seguirán las normas jurídicas y principios que regulan los derechos morales y patrimoniales que la ley Guardar completa reserva sobre la identidad de las personas, a quienes pertenecen las historias

Es importante resaltar, que el acceso al archivo de historias clínicas se realizó con la debida autorización de los directivos del Consultorio Psicológico Social de la IUE, la información suministrada se utilizará únicamente para fines de la investigación.

## **5.4. Marco teórico**

### **5.4.1 Psicología Clínica**

En el Capítulo 1 del texto “La Psicología Clínica como campo profesional” establece que la psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de actualización. Es importante tener como referencia ésta disciplina de la labor

clínica puesto que ilustra el trabajo que se realiza en el Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado actualmente. En este sentido refiere el autor, que el psicólogo clínico se debe interesar por trabajar en la promoción y prevención de la salud mental, esto incluirá la intervención y rehabilitación en los trastornos mentales o cualquier anomalía que se presente y que produzca malestar (Sánchez, 2008).

La psicología clínica es una rama que surge de algunas profesiones dedicadas a atender las patologías o anormalidades; el término clínico proviene de la palabra griega *Klinós* que significa cama, es por esto que dicha orientación es dirigida a quien posee problemáticas o trastornos atendidos de forma individual. Cabe resaltar que el psicólogo clínico también orienta a personas que han sufrido eventos normales o cotidianos que de alguna manera afectan su desarrollo o bienestar, como la relación de pareja o angustia por procesos de pérdida por ejemplo (Sánchez, 2008).

El autor plantea que, “el campo clínico enfatiza la necesidad de visualizar al individuo dentro de su historia, contexto, tareas del desarrollo y fortalezas y vulnerabilidades, entre los muchos factores a considerar simultánea e integradamente” (Sánchez, 2008, p. 2). Es decir, que dentro de la labor clínica la importancia de factores externos al individuo se resalta para lograr un objetivo terapéutico que genere en el sujeto una mayor estabilidad. Así mismo se hace un requerimiento al psicólogo clínico de tener un saber o un accionar multidisciplinar y la capacidad de trabajar en equipo, al igual que una apertura tanto ecléctica como de autocrítica permanente.

Además refiere un repaso histórico de la psicología clínica, diciendo que ésta fue en un principio una ciencia interesada en el estudio de la conducta anormal que comprendía varios fenómenos, es por esto que algunas de las áreas como la fenomenología, los regímenes terapéuticos y el diagnóstico son elementos que provienen de la psiquiatría; la psicometría al igual deriva de los ambientes educativos y el reclutamiento militar, de ésta manera en el ámbito clínico se pretende comprender y ofertar servicios de promoción y prevención tanto primarios como secundarios, según Sánchez (2008).

De otro lado, Anzola (2005) citado en Sánchez (2008) insiste en que, “la psicología, como campo de estudio, aborda las sensaciones y motivaciones del ser humano. La compleja red de aprendizajes entrelazados que conducen al comportamiento, la personalidad y también la conducta desviada” (Sánchez, 2008, p. 4), puesto que la psicología y específicamente el ámbito clínico debe valerse de dichos factores mencionados, para desenvolverse con el paciente es por ello que la psicología como tal brinda una gran amplitud que se ha ido ejecutando a través del tiempo; han surgido varias ramas como la psicología organizacional, educativa, o experimental. La psicología clínica se ocupa entonces de la problemática vinculada con la salud mental; es por ello que el psicólogo clínico evalúa, diagnostica, e interviene con métodos propios entre ellos el hermenéutico.

Del mismo modo sostiene que la psicología clínica, aparece formalmente en 1986 en la Penn University con Lightner Witmer quien consideraba que la psicología debía ser una disciplina que estuviera vinculada a la investigación y a la efectividad. El contexto histórico según éste autor se menciona así, “en 1935 el comité de normas definió la psicología clínica

como: el arte y técnica relacionados con los problemas de adaptación de los seres humanos” (Weisman, 1976) citado por Sánchez (2008) se inicia así lo que hoy se conoce como “la publicación Journal of Consulting and Clinical Psychology (JCCP)” en donde se constituye éste ámbito profesional que se distingue de otras disciplinas. El concepto es tomado también por la:

American Psychological Association (APA)”, posteriormente en el año 1945 se crea la División de Psicología Clínica y en el año 1949 se conceptualiza también la psicología clínica, en la conferencia de Boulder con el intención de esclarecer los propósitos de la formación del psicólogo clínico en tres líneas focales las cuales son: la evaluación, el tratamiento y la investigación (Sánchez, 2008, p. 6).

De igual manera Sánchez (2008) se refiere a Stricker y Trierweiler (2006) para observar la posición que toman con respecto a la psicología clínica; ellos sostienen que Peterson (1993) afirmó que:

La psicología clínica debe estar basada en los postulados científicos y la práctica clínica, cimentada en pensamientos objetivos, sistemáticos y basados en la ciencia clínica. De hecho, en la agenda de la conferencia ciencia psicológica como el modo sistemático de investigar que exige la identificación del problema, la adquisición, la organización y la interpretación de información relativa al fenómeno psicológico observado (p.6).

### 5.4.2 Diagnóstico clínico

Del ejercicio clínico se derivan categorías que son utilizadas actualmente, uno de ellos será referida en el Capítulo 9 “Sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales”, allí se toma como referencia algunos estamentos de la salud mental que se han referido al diagnóstico como parte importante del proceso clínico con los pacientes. “...en otras palabras, existían numerosos y diversos términos para tratar una misma condición, ocasionando una pobre comunicación interprofesional, confusión diagnóstica, altos costos de tratamiento y poca eficiencia en el mismo”(Sánchez, 2008, p. 178), es por ello que a nivel mundial La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychiatric Association (APA) han hecho grandes aportes para llegar a un acuerdo con respecto a las listas nominales que hacen mella de los trastornos o diferentes cuadros clínicos.

Belloch (2008), hace referencia a que existen principios básicos para la clasificación diagnóstica. Entre ellos se debe tener en cuenta tanto el campo clínico como también en el ámbito político, es decir, se debe tener en cuenta para la clasificación diagnóstico el aspecto científico que aborda el psicólogo clínico, así como el factor legal que debe ir acompañado del tratamiento y proceso diagnóstico que se le hace al sujeto. También establece a través de varios teóricos tipos de clasificación que son utilizadas en los principales elementos diagnósticos, distinguidos a nivel mundial.

Se hace importante referenciar como principal elemento diagnóstico, las

clasificaciones internacionales utilizadas en el campo clínico a nivel mundial; la primera clasificación principal es la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) empleada por la Organización Mundial de la Salud OMS y la segunda es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV-TR, por parte de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Dichos sistemas de clasificación, según Belloch (2008) utilizan ciertos indicadores que refieren al carácter objetivo, subjetivo, epistémico y metodológico de lo consignado allí, estos aspectos se respaldan bajo cuatro corrientes fundamentales las cuales son: intrapsíquica, biofísica, fenomenológica y conductual; de donde parten los signos y síntomas que allí se describen.

Los dos sistemas de clasificación permiten tanto que la comunicación interinstitucional o profesional sea clara y consensuada como la identificación de criterios que sean determinantes en algunas condiciones clínicas. A partir del diagnóstico se pueden establecer también otros aspectos como el pronóstico, los síntomas y signos, la prevalencia en investigación, etc. En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Décima versión (CIE-10), que retoma Sánchez, (2008) manifiesta el contexto histórico de dicha clasificación, diciendo que en un principio es desarrollada para hacer un rastreo de datos sobre mortalidad, la OMS retomó la publicación en el año 1948, en su sexta edición, aunque cabe resaltar que es parte de un proceso activo de actualización que actualmente es utilizado para medir estadísticamente características de mortalidad y morbilidad.

Ésta herramienta diferencia también algunos otros problemas de salud; categorizado por códigos que a su vez son clasificados por una serie de signos y síntomas que deben tenerse en cuenta para dar un diagnóstico fiable, pero que dejan espacio a la flexibilidad para ser utilizado en situaciones clínicas de más complejidad; también se referencian circunstancias sociales y causales externas de enfermedades o daños que se codifican con hasta 6 caracteres de longitud (Sánchez, 2008, p.179).

El CIE 10, codifica cada trastorno acompañado de sus características Clínicas tanto primarias como secundarias puesto que ambas son relevantes, así mismo se utiliza para suscitar una comparación mundial de las estadísticas encontradas, dentro de 3 líneas básicas como son: el procesamiento, la clasificación, y la presentación. Éste manual tiene la ventaja de tener un léxico más tradicional permitiendo así una finalidad epidemiológica y una mirada más amplia y menos estricta en cuanto a la evaluación clínica, su propiedad es netamente descriptiva (CIE 10, 1993).

Los grados de diagnóstico son también una ventaja que brinda el CIE 10, puesto que permite, dependiendo del cumplimiento de los requisitos exigidos, si el diagnóstico puede ser brindado con seguridad o si se debe incluir los términos probable, provisional o impresión diagnóstica. Aquellos requisitos que establecen la seguridad o la parcialidad del diagnóstico, son el cumplimiento fehaciente de todos los síntomas y la durabilidad de los mismos. Sin embargo como lo plantea Sánchez (2008), el psicólogo clínico debe hacer mella de su propio

criterio sobre la escogencia del diagnóstico, así los requisitos exigidos no sean del todo cumplidos a cabalidad.

Es importante resaltar que el capítulo V del manual, está dedicado a las enfermedades mentales y también es designado con la letra F; Sánchez (2008) cita al reconocido psiquiatra español López-Ibor, (2006) para comentar que éste capítulo en la traducción de la versión inglesa a la edición española, incorpora alguna terminología utilizada por nuestro idioma, ello adoptado de una investigación realizada en pro de la utilización de términos psiquiátricos que omite algunos anglicismos y barbarismos. Por ejemplo, en la versión española, se utiliza términos más tradicionales como crónico en lugar de persistente. Es así como términos, como psicógeno, neurosis o psicosis, son también reevaluados y modificados según tecnicismos más tradicionales y del contexto.

La palabra trastorno, a su vez, es un término que se repite a lo largo del manual, y aunque no es un término del todo preciso, se usa para indicar que hay presencia de síntomas que son identificados a través del malestar que refiere el individuo, es decir, “los trastornos mentales definidos en la CIE-10, no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales” (Sánchez, 2008, p.184).

Así mismo, el CIE 10, toma algunas secciones que pueden ser de mayor practicidad para la identificación del diagnóstico; como manual que toma el tipo de categorización multiaxial, es importante resaltar los ejes por los cuales se divide: el eje 1, es llamado: *diagnósticos clínicos*, el eje 2: discapacidades, el eje número 3: factores contextuales; que

abarcan variables de todos los tipos, y que serán influyentes para el diagnóstico principal (Belloch, 2008).

Sin embargo, Sánchez (2008) recomienda al psicólogo que se desenvuelve en el ámbito clínico seguir la regla general de registrar todas las impresiones diagnósticas por las que deba pasar, con la finalidad de abarcar todo el cuadro clínico y poder considerarlo con mayor profundidad; sin embargo, se debe establecer un diagnóstico principal que sea secundado por los demás que han sido de carácter parcial y que deben ser ordenados numéricamente con respecto a la clasificación del CIE 10, y el motivo según el caso.

En algunos casos el diagnóstico que prima puede ser el trastorno que el paciente ha padecido durante vario tiempo, que finalmente puede distinguirse del motivo actual. Finalmente se debe tener en cuenta que la toma de nota del diagnóstico tanto principal como adicional, debe corresponder al código del manual y al texto correspondiente al mismo.

Como segunda clasificación principal está el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición revisada, DSM IV-TR. Actualmente es el criterio más importante en la psicología clínica puesto que permite una apertura y autocrítica mucho mayor, además maneja más precisión y completud, ésta afirmación es mostrada por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APN), evidenciada por medio de una investigación realizada en el campo clínico.

El DSM IV-TR, posee fundamentos empíricos sólidos que proporcionan una guía

clínica y pedagógica más acertada. Es por esto que es muy utilizado tanto por clínicos como por investigadores, docentes de psicología de diferentes orientaciones, neurólogos, trabajadores sociales y muchos otros profesionales de la salud. Además cuenta con la ventaja de usarlo en diferentes ambientes, tanto con pacientes ambulatorios, ingresados, en consulta privada, en asistencia primaria y pacientes psiquiátricos.

Así mismo se puede tomar como base a Barlow y Durand (2002) en su texto “Psicología anormal, un enfoque integral”, el capítulo 3, que hablará de la “Evaluación clínica y diagnóstica”. Estos autores refieren que si el propósito es determinar la singularidad de la personalidad de un individuo, puede valerse de lo que ellos llaman estrategia ideográfica, en donde también hace falta incurrir en una estrategia nomotética, que será un nombramiento o clasificación del problema o trastorno.

Se cita también al DSM III, en su tercera edición, para decir que fue un hito histórico, en el año 1980, bajo la dirección de Robert Spitzer; de allí surgieron varias modificaciones, en primer lugar, ésta versión del DSM, se esforzó por un planteamiento ateórico del diagnóstico, entonces para el psicólogo clínico se tornaba difícil escoger un punto de vista consensuado “en virtud de que la clasificación es una parte integral de la ciencia y, en realidad, de nuestra experiencia humana” Millon (1991) citado por Barlow, y Durand(2002, p. 114), es importante resaltar los diversos aspectos para un mejor discernimiento y comprensión.

Actualmente es utilizado como herramienta principal el DSM V, en donde se incluyen sistemas de clasificación diagnóstica actualizados y categorizados de manera multiaxial, a

través de 5 ejes, referenciados por medio de la numeración romana: I. Trastornos clínicos u otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica, II. Trastornos de la personalidad o retraso mental, III. Enfermedades médicas, IV. Problemas psicosociales y ambientales, y V. Evaluación de la actividad global. Según esta nueva edición del DSM-V (2013), se han realizado actualizaciones tanto en el proceso diagnóstico como en las referencias teóricas que permiten hacer un análisis más profundo sobre el tratamiento del paciente; refiere también un diagnóstico provisional, a manera de facilitar un diagnóstico diferencial que permite la confiabilidad del proceso diagnóstico como tal. Además los descriptores poseen un capítulo teórico que ilustra y asesora la escogencia del criterio y abre la posibilidad de tomar en cuanto factores tanto biológicos, como emocionales y cognitivos para el establecimiento del diagnóstico que contenga el trastorno.

### **5.4.3 Taxonomía y nosología en el campo clínico**

El término clasificación, se refiere a la construcción de categorías o grupos; si dicha clasificación se da de manera rigurosa o de carácter científico se le llama “taxonomía” y si específicamente se refiere a fenómenos que se atribuyan a cualquier disciplina, entonces se llama “nosología” que a su vez abarca la nomenclatura, y todo ello será entonces parte de un proceso diagnóstico que se utiliza dentro del ámbito clínico.

La clasificación según Barlow y Durand (2002) es dada en la actualidad por el principal manual estadístico y diagnóstico DSM IV-TR; pero es necesario recalcar que

clasificar la conducta humana, aunque sea de índole científico, es un dilema ético que requiere ser estudiado. Sin embargo para tener en cuenta todos los factores es necesario contemplar el método categórico clásico, originado por Emil Krapelin en 1856 desde la perspectiva biologicista, así mismo los diferentes trastornos también pueden deberse a una causa subyacentes que se pueden enmarcar en criterios definitorios y por tanto hará falta ahondar en aquellas causales y en el cumplimiento de todos los criterios, según el caso. Así que, el conocimiento de las causas, brindará la posibilidad de comenzar el tratamiento de manera exitosa, pues hay que tener en cuenta que la unión de varias dimensiones como el aspecto psicológico, físico, social y biológico contribuirán en la formación o aparición de un trastorno cualquiera.

En la actualidad los sistemas de clasificación, tienen una organización taxonómica de manera jerárquica, citando a Belloch(2008) la estructura que corresponde a un eje horizontal, es nombrada *multiaxial*, que hará referencia a una segmentación de categorías que tienen atributos semejantes, es decir, que son del mismo nivel de inclusividad; también establece una estructura llamada *circumpleja*, en éste modelo las categorías que guardan semejanza están ubicadas en lugares cercanos; algunos autores la defienden como una herramienta pedagógica más que clínica, puesto que se ha considerado poco ética.

El segundo método es llamado el método dimensional, allí se observa la cantidad y variación de la cognición, diferenciándolas por escalas. Éste método según Millon (1991) no ha dado frutos del todo satisfactorios. El tercer método a tener en cuenta que refiere Barlow, y Durand (2002), es una alternativa llamada método prototípico que se trata de un método de

categorización pero que además tiene la condición de combinar algunas de las características que tienen los demás métodos. Por lo tanto se puede exigir algunos de los criterios principales pero también omitir o diferenciar algunos de ellos, en tanto la persona debe cumplir los criterios principales pero no todos.

Para darle un carácter confiable los síntomas deben ser evidenciados claramente para evitar sesgos en la información, por si es requerida una segunda evaluación, ello quiere decir que, “aun cuando los sesgos entre los clínicos son siempre un problema potencial, mientras más confiable sea la nosología, o sistema de clasificación, menos probabilidades de desviación habrá durante el diagnóstico” Barlow y Durand (2002, p. 232).

Además de requerir cierto grado de confiabilidad, también se debe evaluar la validez del proceso diagnóstico, estos autores tratan varios tipos de validez, que son importantes para realizar un proceso más analítico. La validez de constructo por ejemplo, hace referencia a que tanto los criterios, como los signos y síntomas escogidos para categorizar el diagnóstico, sean congruentes y que se diferencien de otras categorías.

En relación a esto se cita a Blashfield y Livesley (1991); para decir que ésta rigurosidad en la validez, permite no sólo una fácil identificación del tratamiento, sino también la escogencia del tratamiento y el pronóstico, según cada caso; a éste tipo de validez se le denomina validez predictiva o validez de criterio, cuando en alguna instancia se llega a tener como resultado el criterio por el cual se elige la categoría. También se establece la validez de

contenido, que es aquella en donde el psicólogo clínico debe teorizar el porqué de la categoría elegida.

Sin embargo y a pesar de los avances realizados en los últimos años con respecto al proceso diagnóstico, se debe tener en cuenta que aquellos manuales, anteriormente mencionados han sido también criticados por algunos movimientos, como empíricos y paralelos a la taxonomía psiquiátrica; puesto que algunos de los trastornos son producto de fenómenos culturales que se han ido arraigando en la ciencia, hasta ser nombrados y reconocidos como enfermedad mental (Belloch, 2008).

#### **5.4.4 Conceptualizaciones sobre las Relaciones de Pareja**

A partir de los resultados encontrados, es necesario referenciar algunas conceptualizaciones sobre los “Problemas relacionados con la pareja”, puesto que en los hallazgos aparece en un alto porcentaje la presentación de ésta problemática en los consultantes que asistieron al Consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado.

Por lo anterior se toma como referencia a Vanegas (2010) en su artículo “*La dinámica familiar, celos e infidelidad*”, para retomar algunos conceptos desde la teoría de las relaciones objetales. Así pues, este autor menciona la colusión de la pareja como un momento en el que confluyen varias etapas correspondientes a el enamoramiento, al ajuste y al amor de compañía;

como lo afirma Horner (1995) citado por Vanegas (2010), las relaciones objetales hacen referencia a las estructuras intrapsíquicas, cuyas representaciones mentales son del sí mismo y del objeto, por tanto las relaciones objetales cumplen un papel muy importante porque determinan la elección de pareja.

Para referir lo anterior, es necesario tomar en cuenta la noción de pareja, propuesta por Lemaire (1995) en donde propone, la elección de un otro, con características específicas que contienen el yo, mencionando unas condiciones básicas por las cuales el sujeto hace dicha elección. Además del comportamiento y los mecanismos psíquicos con los que el sujeto ha construido la relación diádica.

También Vanegas (2010), cita a Puget (1995) para definir el concepto de vínculo, en donde menciona una correlación entre dos sujetos, donde se da un intercambio de significaciones. Sin embargo, también definirá el amor sexual maduro según Kerberng (1997), en donde integra varios elementos como Vanegas (2010) cita a Kerberng (1997), afirmando que:

1) La excitación sexual transformada en deseo erótico, 2) la ternura que deriva de la integración de las representaciones del objeto y del self, cargadas libidinal y agresivamente y la tolerancia a la ambivalencia normal 3) una identificación con el otro que incluye una identificación genital recíproca. 4) una forma madura de idealización, junto con un profundo compromiso con el otro y con la relación 5) el

carácter apasionado de la relación amorosa en tres aspectos: la relación sexual, la relación objetal, y la investidura del superyó de la pareja (p.4).

El conflicto entonces se dará según Klein (1946) por medio de la identificación proyectiva, en el que un miembro de la pareja hará sentir al otro algunos estados emocionales, que se disociaron del self y que ha puesto en el objeto externo; Vanegas (2010) lo propone como un juego escondido entre la pareja, que proviene de causales históricas, internas e individuales, no superadas. De donde partirá la figura de progresión-regresión, en donde la relación diádica transcurre, con la esperanza de que el otro lo libere del propio conflicto. Es así entonces, que el sujeto produce una resonancia emocional en la pareja que termina atravesado por sentimientos de desconfianza, abandono, miedos, ansiedades, desvalorización, envidia, etc. que hablan finalmente de un propio conflicto interno.

Por otra parte y según Howe (1995) en *“La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social”*, teoriza sobre el vínculo y la intimidad en las relaciones adultas para decir que las experiencias tempranas del establecimiento del vínculo afectan en calidad las relaciones emocionales adultas, entre ellas, las relaciones de pareja, que de algún modo tratan implícitamente la creación de un vínculo que se caracteriza por la dispensación de atención y la unión sexual; un otro que proporcione, apoyo emocional y que tenga como propósito, eludir el dolor psicológico.

A nivel sistémico, los conflictos de pareja parecen tener varias afectaciones de tipo indirecto, tras varios estudios realizados desde el campo del trabajo social, se ven reflejadas

problemáticas como el suicidio, la violencia intrafamiliar, el abandono de los hijos, etc. que provienen de un conflicto a nivel de pareja en el cual se destacan, el enojo, la angustia, la infidelidad, los celos, la agresión y el comportamiento violento. Así es, que se relaciona entonces el conflicto de pareja con las problemáticas actuales como la drogadicción, el alcoholismo, desordenes psiquiátricos, etc. presentado desde modelos vinculares que se han desarrollado inadecuadamente y que se perpetúan a nivel familiar

En un estudio de las relaciones románticas Hazan y Saber (1987) se concluyó que las personas que entablaban relaciones de pareja, se vinculaban de manera semejante a como lo hicieron en las relaciones tempranas con sus padres; por lo que se demuestra que las primeras formas de vínculo son influyentes en una etapa adolescente y posterior adultez. Por ende aquellos individuos que experienciaron pautas seguras en sus primeras etapas, tienen mayor capacidad para no debilitarse por los reveses en cuanto a los sentimientos de valía y estima personal.

Para hablar del matrimonio como tal, se cita a Ellis (1989) para decir que la disfunción en la pareja, sucede cuando uno de los dos cónyuges o los dos, mantienen ideas irracionales sobre el otro; gracias a dichas ideas absolutistas, se produce desilusión cuando dichas expectativas son violadas por el otro, en tanto, las opiniones que se tienen sobre la pareja también irán en vía de los altibajos en la vida del otro. Por eso en la terapia en pareja, según éste modelo se trabaja sobre unas expectativas más reales sobre ellos mismos y su pareja.

Para concluir, es necesario tener en cuenta que las diversas teorías sobre las relaciones de pareja, se establecen según la corriente psicológica a tratar y que en el presente trabajo, se trae a colación dicha problemática debido a los hallazgos significativos que se tienen a partir del análisis de datos.

## **5.5. Marco institucional**

### **5.5.1. Definición del consultorio psicológico social**

Es un centro de servicios de atención asistencial en el área de la salud mental, que también opera como espacio de prácticas profesionales, en el cual se presta un servicio de asesoría en forma individual o grupal, a los habitantes de todas las edades que viven en el Municipio de Envigado y preferentemente el Valle de Aburrá Sur, más aquellas regiones en las que la IUE haga presencia, para la prestación del servicio en intervención psicológica de los diversos problemas relacionados con la prevención y promoción de la salud mental, y todos los afines al ejercicio del campo de la psicología clínica y de la salud (IUE, 2015, párr.4).

### **5.5.3. Misión**

La *misión* de este centro plantea buscar la proyección social del programa de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado, a través de la prestación de servicios de asesorías e intervención clínica, en el área de la prevención y la promoción de la salud mental, con miras al mejoramiento de la calidad de vida de aquellas personas que accedan a sus servicios (IUE, 2015, párr.5).

#### **5.5.4. Visión**

La *visión* hace referencia a ser líderes en la prevención y promoción de la salud mental de Envigado y preferentemente en el Aburrá Sur, más aquellas regiones en las que la IUE haga presencia, a través de la prestación del servicio de intervención psicológica clínica, que responda a los parámetros actuales de calidad y rigor científico; soportados por un equipo calificado de psicólogos clínicos, preparados para el ejercicio de su rol, dentro de los parámetros que la ética profesional exige (IUE, 2015, párr.6).

#### **5.5.5. Objetivos**

Contribuir al mejoramiento de la salud mental y de la Calidad de Vida de la población Envigadeña y demás municipios del Aburra Sur preferentemente, más aquellas regiones en las que la IUE haga presencia, mediante la implementación de las diferentes estrategias de intervención en psicología clínica individual y grupal.

Apoyar la formación y actualización de los estudiantes de psicología de pregrado, y ofrecerles a su vez, un espacio de prácticas para estimular la sensibilidad humana y el fortalecimiento de la ética profesional, al ser este una agencia más de prácticas adscrita al programa.

Contribuir al conocimiento científico de la problemática de la salud mental presentada en Envigado, y el Valle del Aburra Sur preferentemente, más la de aquellas

regiones en las que la IUE haga presencia, y apoyar la actualización de las políticas públicas en salud mental en los ámbitos local, nacional e internacional (IUE, 2015, párr. 8-10).

### **5.5.7. Los principios**

Los principios de éste consultorio guardan estrecha relación con los principios Rectores de la Institución consagrados en el Estatuto General, el PEI, el Reglamento Estudiantil, y los Manuales de Convivencia, estas son:

#### **5.5.7.1. Compromiso Social:**

A través del Consultorio Psicológico de proyección social se pretende brindar a la comunidad atendida, el apoyo y la asistencia necesaria para el fortalecimiento de la salud mental y la calidad de vida en general (IUE, 2015, párr. 14).

#### **5.5.7.2. Servicio**

La prestación del servicio a la comunidad con calidad y responsabilidad debe satisfacer a cabalidad las necesidades de los usuarios (IUE, 2015, párr. 15).

#### **5.5.7.3. Igualdad**

Todas y cada una de las personas tanto naturales como jurídicas podrán acceder a los servicios del Consultorio Psicológico de Proyección Social sin distinción alguna (IUE, 2015, párr. 16).

#### **5.5.7.4. Legalidad y Transparencia**

Para la prestación del servicio que se brinda, nos apoyaremos en la normatividad de la ley que rige el ejercicio profesional del Psicólogo, así como en los lineamientos científicos que garanticen la correcta prestación del servicio de psicología clínica, además de la reglamentación emanada por el Ministerio Colombiano de Protección Social, que exige y supervisa la calidad de la prestación de este tipo de servicio (IUE, 2015, párr. 17).

#### **5.5.7.5. La estructura orgánica**

Está planteada teniendo en cuenta el desarrollo de las actividades exigidas para su buen funcionamiento, por lo que se apoya y fundamenta en la Decanatura, el Consejo de la Facultad y la Coordinación del área de prácticas, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Sociales de la Institución Universitaria de Envigado (IUE, 2015, párr. 18).

Acorde a las necesidades y objetivos planteados, la conformación del Consultorio Psicológico de Proyección Social debe incluir un coordinador, una secretaria, varios psicólogos profesionales con experiencia en el área clínica, psicólogos practicantes, y los asesores docentes de práctica que acompañan a los estudiantes (IUE, 2015, párr. 19).

#### **5.5.8. Los servicios**

##### **5.5.8.1. Consulta individual**

La cual se ofrece en diferentes modalidades de acuerdo a las necesidades del consultante.

#### **5.5.8.2. Asesoría grupal**

Se ofrecen servicios de prevención y promoción de la salud mental acordes a las necesidades y demandas del medio, como son: asesoría de pareja, asesoría a padres de familia, asesoría a la tercera edad, etc. (IUE, 2015, párr. 23).

#### **5.5.8.3. Asesoría educativa**

se apoya a las Instituciones públicas de educación básica y media del Municipio de Envigado, en los procesos relacionados con el logro de objetivos académicos y el desarrollo integral de los estudiantes, con actividades como orientación profesional, hábitos de estudio, pautas de crianza, ludoterapia, etc. (IUE, 2015, párr. 24).

#### **5.5.8.4. Asesoría jurídica**

En convenio con el Consultorio Jurídico IUE, se presta acompañamiento al servicio de Conciliación Familiar de todos los casos que son atendidos en esa dependencia, y el posterior seguimiento de la solución a los conflictos familiares. En la mayoría de las ocasiones, las personas remitidas aceptan la prestación del servicio psicológico, y se convierten en usuarios del mismo (IUE, 2015, párr. 25).

#### **5.5.8.5. Agencia de prácticas**

Al ser considerado como una agencia de prácticas del Programa de Psicología, se contribuye a la formación y actualización de los estudiantes, y a la vez se convierte en un espacio para estimular la sensibilidad humana y el fortalecimiento de la ética profesional. De igual manera,

se promueve la constante discusión académica sobre las áreas objeto de intervención y diagnóstico clínico, acordes a las demandas del servicio, y, las necesidades del medio. Cada semestre se cuenta como mínimo con un practicante de práctica profesional, habiendo rotado en total 10 estudiantes, quienes han aportado al logro de objetivos institucionales, y al crecimiento en su propio desempeño profesional (IUE, 2015, párr. 26).

#### **5.5.8.6. Programas de extensión**

Se apoya la prestación del servicio clínico a los Proyectos Participativos con los que el Programa de Psicología de la IUE establece convenios, como parte de una de las funciones básicas de toda institución universitaria que es la extensión y proyección social (IUE, 2015, párr. 27).

#### **5.5.8.7. Investigación**

La alta demanda y la multiplicidad de servicios que se prestan, permiten establecer líneas de investigación en diferentes frentes, las cuales apoyan el abordaje del saber científico en el área de la psicología como para la IUE (IUE, 2015, párr. 28).

#### **5.5.8.8. Proceso de habilitación**

La Gobernación de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud, son los entes gubernamentales encargados de Aplicar y Hacer Cumplir la reglamentación vigente para el Sistema Único de Habilitación, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema incluye las condiciones mínimas tecnológicas, científicas de suficiencia patrimonial,

financiera y de capacitación técnico-administrativo, para que dichas instituciones puedan ingresar y permanecer en el SGSSS, y así poder prestar los servicios de salud.

Los Consultorios Psicológicos hacen parte de este tipo de instituciones, y por lo tanto les aplica la presente reglamentación. En relación con las condiciones y mantenimiento de la infraestructura física, se cuenta con el apoyo de la Oficina de Servicios Generales, la propuesta de cotización para realizar los ajustes necesarios que garanticen el cumplimiento de las exigencias legales (IUE, 2015, párr. 1).

## 6. RESULTADOS

En el análisis de datos de la investigación, en cuanto a la prevalencia diagnóstica de la población que consulta, a los servicios psicológicos ofrecidos en la Institución Universitaria de Envigado, se encontró que la impresión diagnóstica prevalente fue según la categorización del CIE 10, Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares (Z63) ; específicamente la sub-categoría (Z63.0) problemas relacionados entre esposos o pareja con un porcentaje del 10.83%; seguido de problemas relacionados con el ambiente social (Z63) específicamente la sub-categoría ruptura familiar por separación o divorcio (Z63.5) con un 6.67%; y Problemas Relacionados con el Ajuste a las Transiciones del Ciclo Vital ( Z60.0 ) con un 5%.

**Tabla 4.** Impresión diagnóstica

<b>Clasificación</b>	<b>CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
	Z630*	10,83%	26
	Z635	6,67%	16
	Z600	5%	12

En cuanto la variable sociodemográfica las personas que más acuden a consulta en porcentajes, son respectivamente: 74% solteros; 54% viven en Envigado; género masculino en un 60%, género femenino 40%; el 46% de los consultantes cursaron hasta básica secundaria; el 49.2% están ubicados en un estrato socioeconómico nivel 3; 52.5% son estudiantes; 23.8% tienen entre 19-35 años de edad. Con respecto al motivo de consulta

prevalente se muestra que los problemas relacionados con el estilo de crianza, fue el más preponderante con un (16.3%).

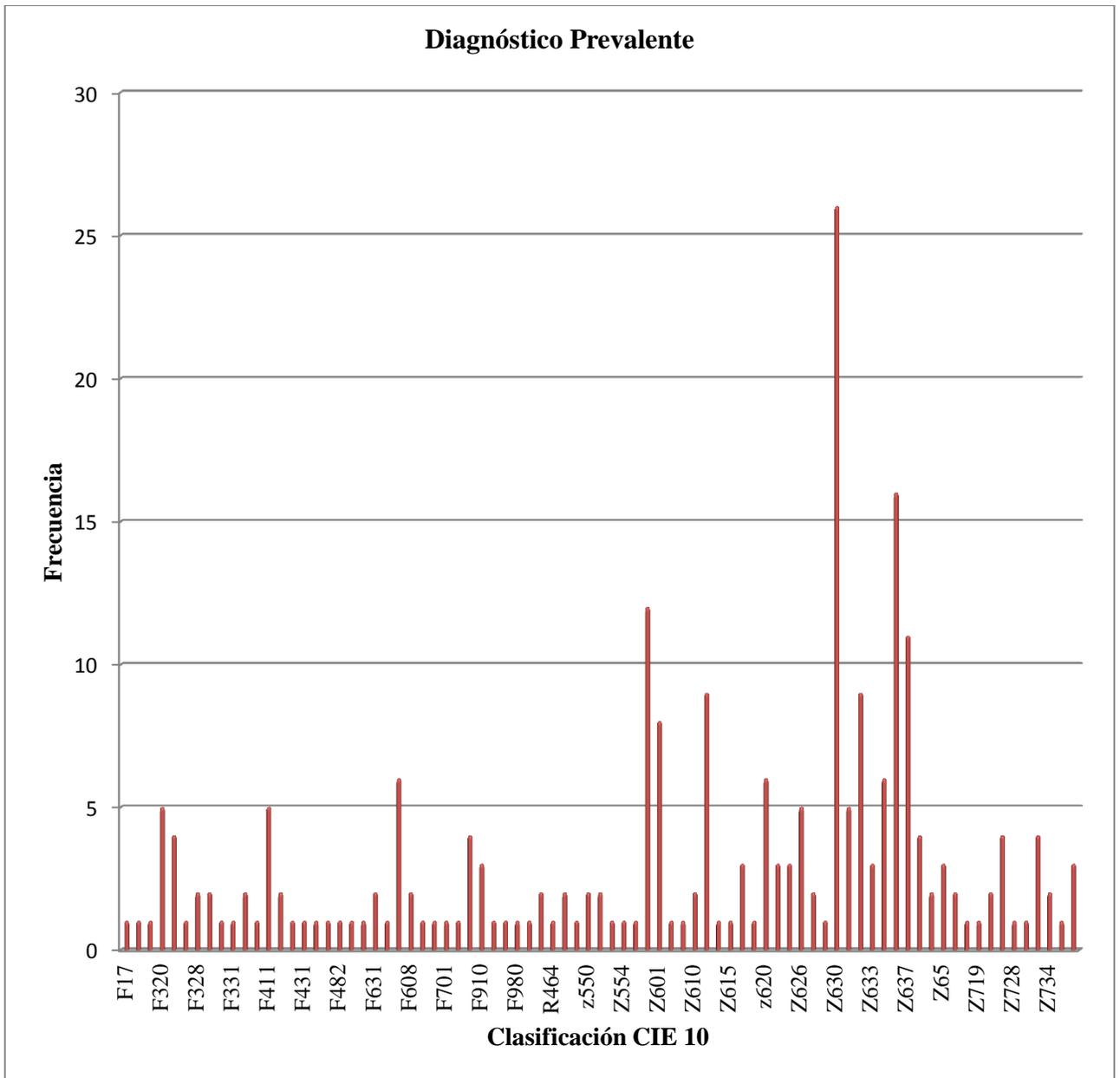
Es importante analizar que el 31,6% de la población objeto de la presente investigación está por debajo de la mayoría de edad, esto presenta un panorama del porque los motivos de consulta son problemas relacionados con el estilo de crianza con un 16.3%, problemas de estado de ánimo y problemas familiares con un 11.7% cada uno y problemas de autoestima con un 8.3%, y en interrelación con la variable de ocupación presenta todavía una información más certera donde el 52% son estudiantes, haciendo un análisis más consecuente de estos datos se puede concluir que la población que está presentando mayor uso del consultorio es la población en los rangos de la infancia y adolescencia, es en este punto, donde se debe entrar discutir cuales serían las causales de estas problemáticas. Por otra parte la lectura en los problemas de pareja con un 10.8% de la muestra total, podría analizarse en el contexto de la población joven y/o adulta, la cual en sumatoria estaría en un porcentaje del 26,7%.

**Tabla 4. Impresión diagnóstica**

<b>Clasificación CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
F17	0,42%	1
F22	0,42%	1
F31	0,42%	1
F320	2,08%	5
F321	1,66%	4
F322	0,42%	1
F328	0,83%	2
F329	0,83%	2
F330	0,42%	1
F331	0,42%	1
F401	0,83%	2
F402	0,42%	1
F411	2,08%	5
F412	0,83%	2
F419	0,42%	1
F431	0,42%	1
F432	0,42%	1
F458	0,42%	1
F482	0,42%	1
F514	0,42%	1
F601	0,42%	1
F631	0,83%	2
F605	0,42%	1
F607	2,50%	6
F608	0,83%	2
F632	0,42%	1
F638	0,42%	1
F701	0,42%	1
F800	0,42%	1
F900	1,70%	4
F910	1,25%	3
F930	0,42%	1
F949	0,42%	1
F980	0,42%	1
I626	0,42%	1
R45	0,83%	2
R464	0,42%	1
Z019	0,83%	2
Z020	0,42%	1
Z550	0,83%	2

Z552	0,83%	2
Z553	0,42%	1
Z554	0,42%	1
Z560	0,42%	1
Z600	5%	12
Z601	3,33%	8
Z608	0,42%	1
Z610	0,42%	1
Z610	0,83%	2
Z612	3,75%	9
Z613	0,42%	1
Z615	0,42%	1
Z617	1,25%	3
Z618	0,42%	1
z620	2,50%	6
Z621	1,25%	3
Z622	1,25%	3
Z626	2,08%	5
Z628	0,83%	2
Z629	0,42%	1
Z630*	10,83%	26
Z631	2,08%	5
Z632	3,75%	9
Z633	1,25%	3
Z634	2,50%	6
Z635	6,67%	16
Z637	4,58%	11
Z638	1,70%	4
Z639	0,83%	2
Z65	1,25%	3
Z70	0,83%	2
Z715	0,42%	1
Z719	0,42%	1
Z721	0,83%	2
Z722	1,70%	4
Z728	0,42%	1
Z730	0,42%	1
Z731	1,70%	4
Z734	0,83%	2
Z813	0,42%	1
Z91	1,25%	3

**Gráfica 1.** Impresión diagnóstica prevalente de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 5.** Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10

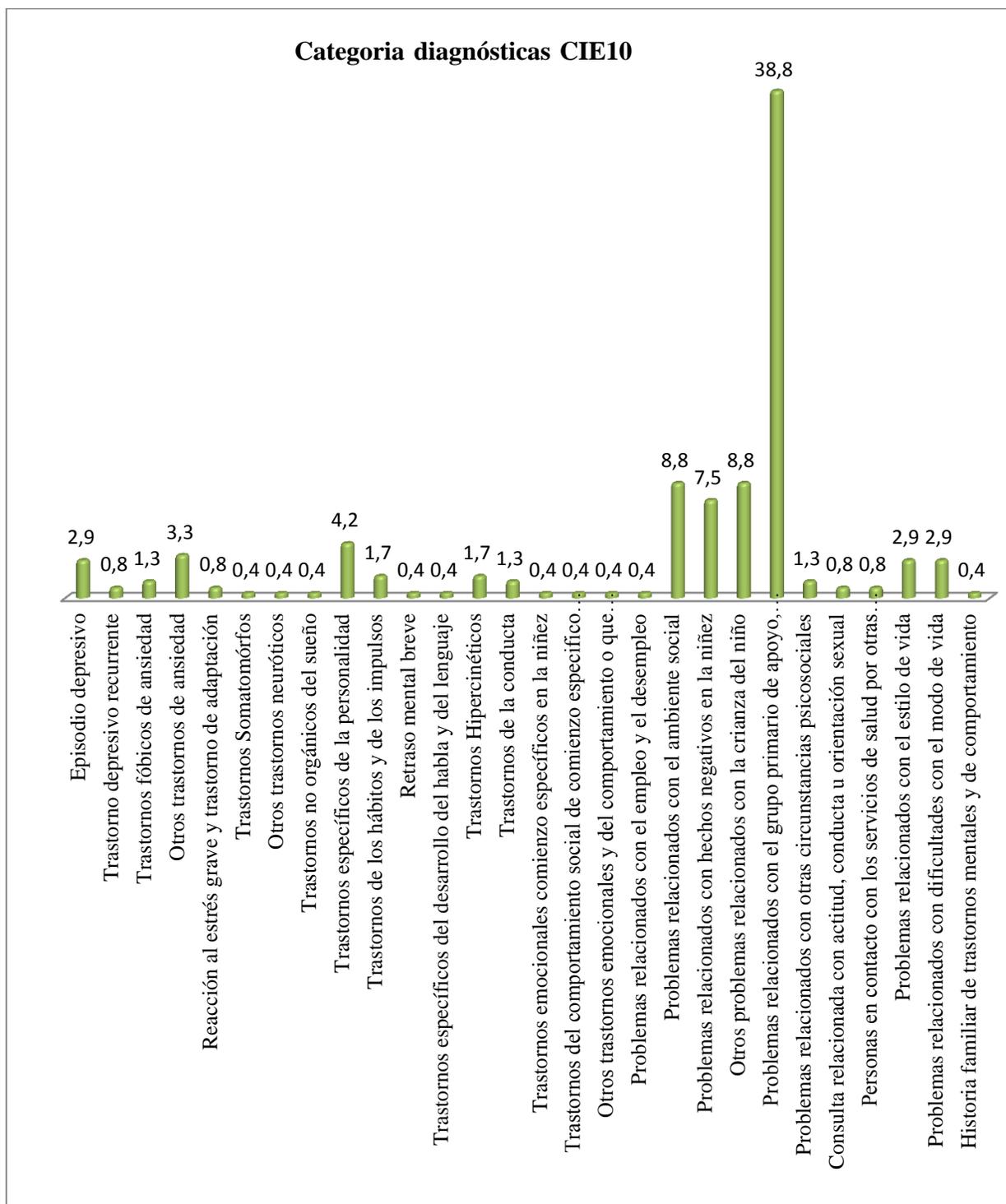
Clasificación CIE 10	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Episodio depresivo	7	2,9	3,1	3,1
Trastorno depresivo recurrente	2	,8	,9	4,0
Trastornos fóbicos de ansiedad	3	1,3	1,3	5,3
Otros trastornos de ansiedad	8	3,3	3,5	8,8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	2	,8	,9	9,7
Trastornos Somatomórfos	1	,4	,4	10,1
Otros trastornos neuróticos	1	,4	,4	10,6
Trastornos no orgánicos del sueño	1	,4	,4	11,0
Trastornos específicos de la personalidad	10	4,2	4,4	15,4
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	4	1,7	1,8	17,2
Retraso mental breve	1	,4	,4	17,6
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1	,4	,4	18,1
Trastornos Hiperkinéticos	4	1,7	1,8	19,8
Trastornos de la conducta	3	1,3	1,3	21,1
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	1	,4	,4	21,6
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	1	,4	,4	22,0
Otros trastornos emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	1	,4	,4	22,5
Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	1	,4	,4	22,9
Problemas relacionados con el ambiente social	21	8,8	9,3	32,2
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	18	7,5	7,9	40,1

Otros problemas relacionados con la crianza del niño	21	8,8	9,3	49,3
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares*	93	38,8	41,0	90,3
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	3	1,3	1,3	91,6
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	2	,8	,9	92,5
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	2	,8	,9	93,4
Problemas relacionados con el estilo de vida	7	2,9	3,1	96,5
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	7	2,9	3,1	99,6
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	1	,4	,4	100,0
Total	227	94,6	100,0	
Perdidos del sistema	13	5,4		
Total	240	100,0		

---

*Nota* Categoría prevalente

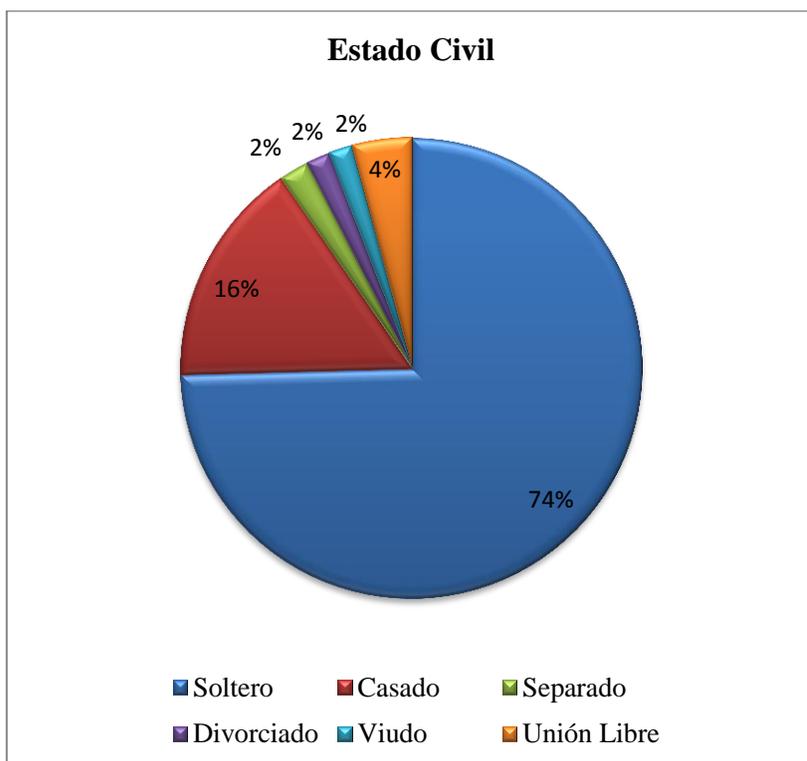
**Gráfica 2.** Categoría CIE 10 prevalencia diagnóstica de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 6.** Estado civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	179	74,6	74,6	74,6
Casado	38	15,8	15,8	90,4
Separado	5	2,1	2,1	92,5
Divorciado	4	1,7	1,7	94,2
Viudo	4	1,7	1,7	95,8
Unión Libre	10	4,2	4,2	100,0
Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 3** Estado civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

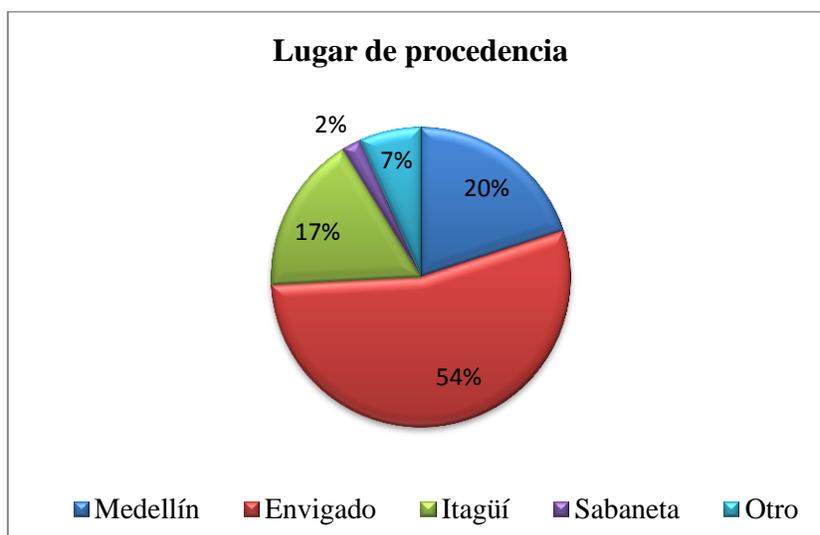


Según los resultados arrojados se puede observar que el 74.6% de la población total son solteros, quienes representan a más de la mitad de las personas, y el 15.8% son personas casadas, seguido por un 4.2% de personas que viven en unión libre, posteriormente se visualiza con un 2.1% de personas separadas y por último entre personas divorciadas y viudas tienen un 1.7% respectivamente. Esta información permite identificar que las 3/4 partes de personas que hacen uso de los servicios del consultorio es soltera.

**Tabla 7.** Lugar de procedencia predominante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Medellín	48	20,0	20,0	20,0
Envigado	130	54,2	54,2	74,2
Itagüí	41	17,1	17,1	91,3
Sabaneta	5	2,1	2,1	93,3
Otro	16	6,7	6,7	100,0
Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 4.** Lugar de procedencia preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

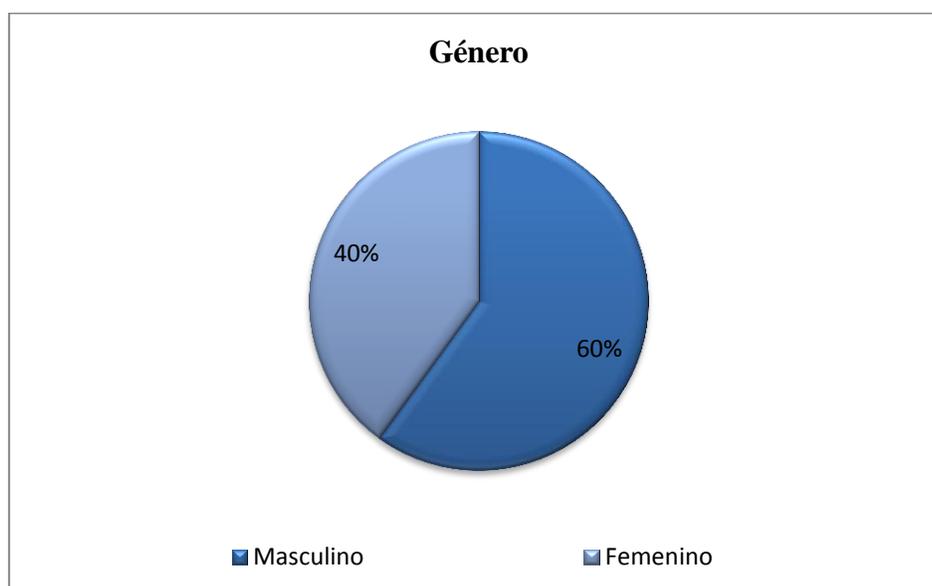


Según los datos analizados con respecto al lugar de procedencia de los pacientes se evidencia que más de la mitad de estos provienen del municipio de Envigado con un 54% del total, seguido por un 20% del municipio de Medellín, un 17.1% del municipio de Itagüí y con un menor porcentaje de pacientes provenientes de Sabaneta y de otros municipios, se obtiene un 2.1% y 6.7 respectivamente.

**Tabla 8.** Género predominante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Masculino	144	60,0	60,0	60,0
Femenino	96	40,0	40,0	100,0
Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 5.** Género predominante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

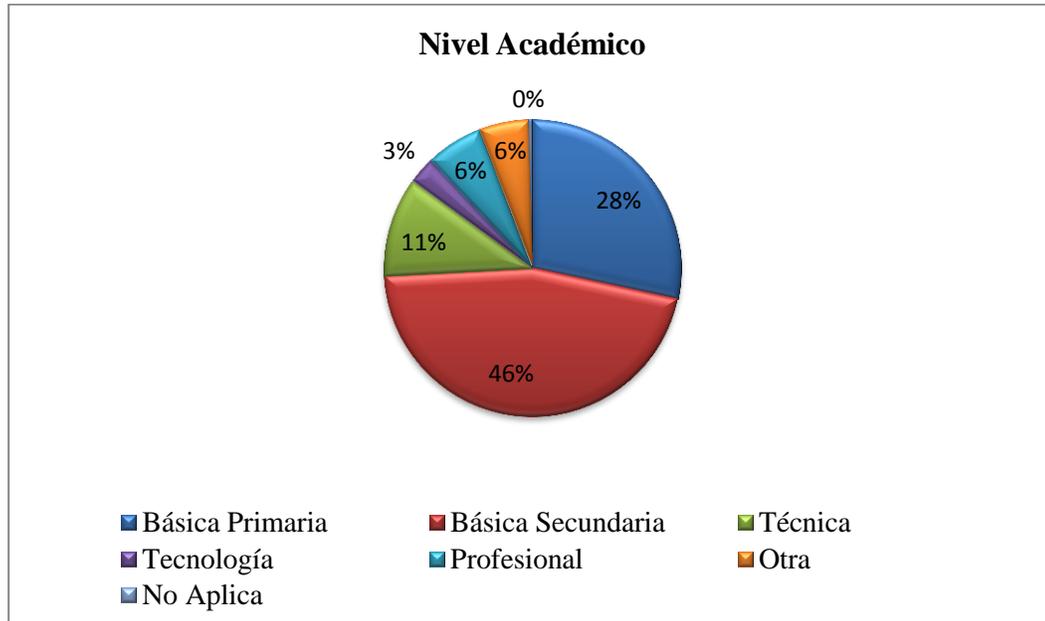


De las 240 historias clínicas de los consultantes que se diligenciaron correctamente en el Consultorio Psicológico de la Institución Universitaria de Envigado el 60% de estos son hombres y el 40% restante mujeres; al cruzar el dato del género con el estado civil, es pertinente mencionar que la mayor parte de la población que hace uso del Consultorio Psicológico Social de la IUE es soltera de género masculino.

**Tabla 9.** Nivel Académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Básica Primaria	68	28,3	28,3	28,3
Básica Secundaria	110	45,8	45,8	74,2
Técnica	26	10,8	10,8	85,0
Tecnología	7	2,9	2,9	87,9
Profesional	15	6,3	6,3	94,2
Otra	13	5,4	5,4	99,6
No Aplica	1	,4	,4	100,0
Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 6.** Nivel académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



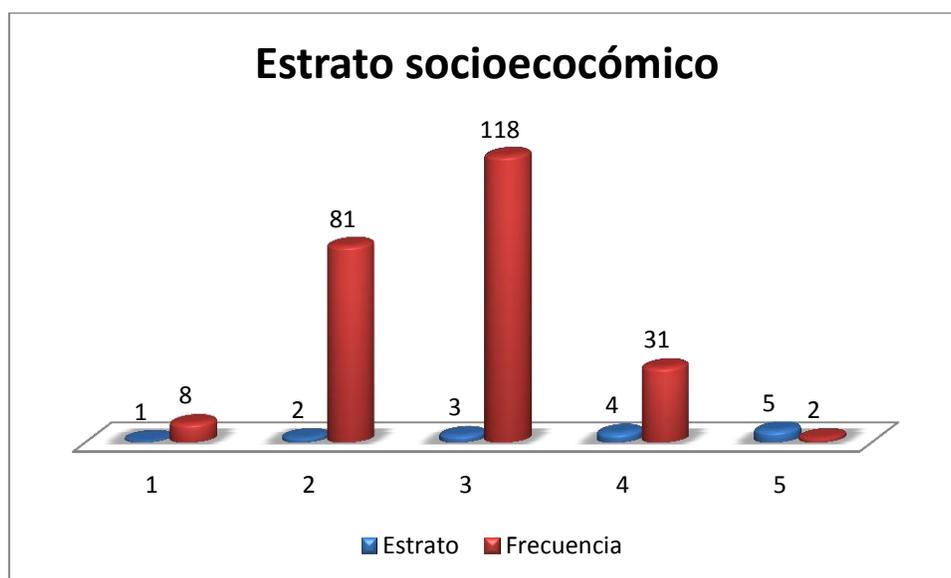
Frente al nivel académico de los pacientes tenemos que el 45,8% pertenecen a la Básica Secundaria, seguido por la básica primaria con un 28.3%, la educación técnica con un 10.8% y el 15.1% restante se lo distribuyen entre tecnología, profesional, otro y no aplica como aparece en la gráfica anterior.

Es importante anotar que si se suman los resultados de esta variable un 74% de la población que hace uso de los servicios del consultorio psicológico de la IUE no posee ninguna formación técnica o profesional.

**Tabla 10.** Estrato Socio-económico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

	<b>Estrato</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válidos	1	8	3,3	3,3	3,3
	2	81	33,8	33,8	37,1
	3	118	49,2	49,2	86,3
	4	31	12,9	12,9	99,2
	5	2	,8	,8	100,0
	Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 7.** Estrato socioeconómico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado.



Del total de historias clínicas que se consultaron tenemos que el estrato socio-económico que más consultó fue el 3 con un 49.2%, seguido por el estrato 2 con un 33.8%,

continuando con el estrato 4 con un 12.9% y por último los estratos 1 y 5 con los porcentajes expuestos en la anterior gráfica.

Es importante establecer que solo se muestra la información obtenida de fuentes públicas, para este caso la información del consultorio de la IUE, pues para obtener un dato estadístico preciso en la distribución de los estratos socioeconómicos, se deberá realizar un estudio en el ámbito particular, para extraer la información de los estratos socioeconómicos más altos.

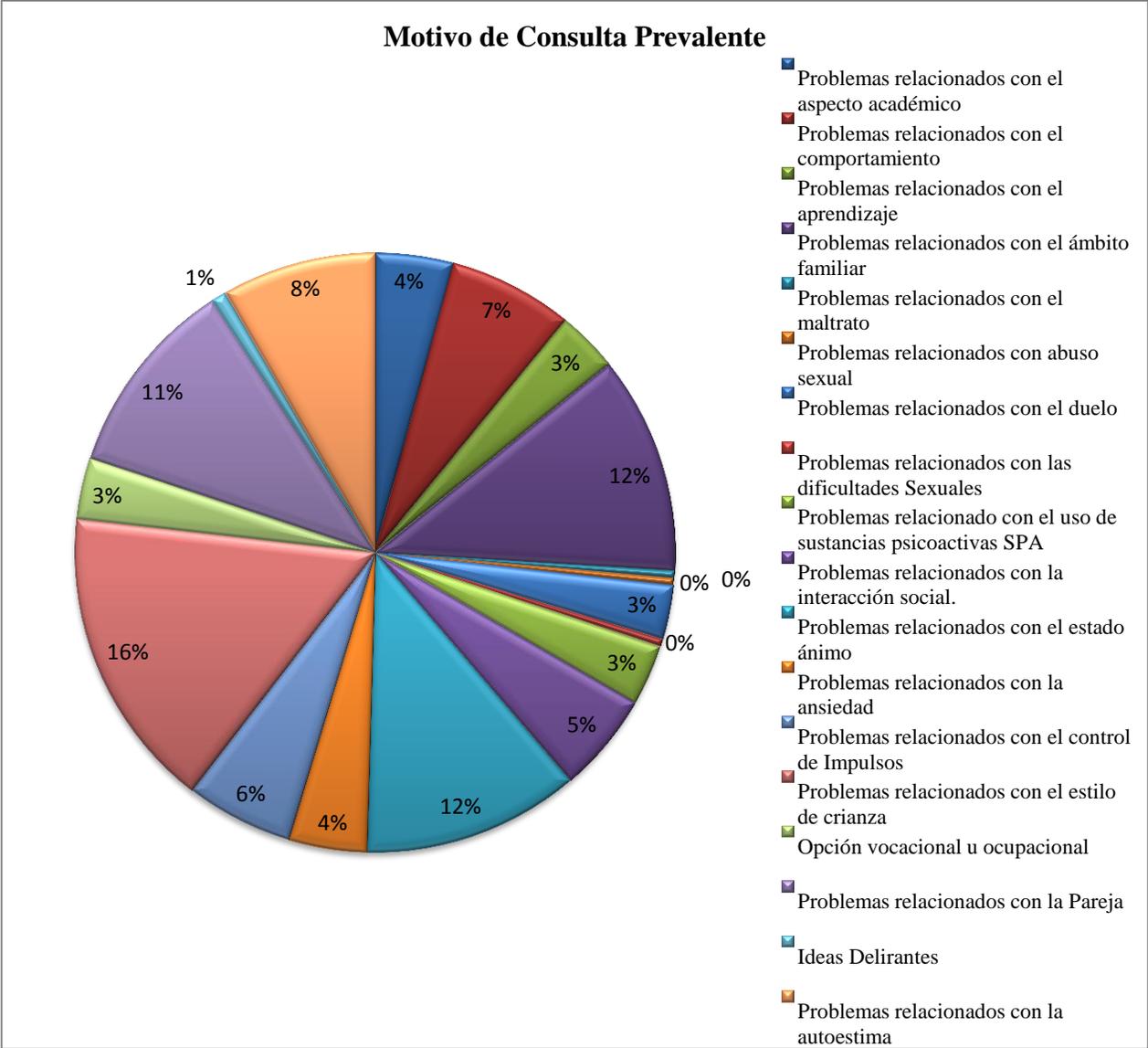
**Tabla 11.** Motivo de consulta preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Problemas relacionados con el aspecto académico	10	4,2	4,2	4,2
Problemas relacionados con el comportamiento	16	6,7	6,7	10,8
Problemas relacionados con el aprendizaje	8	3,3	3,3	14,2
Problemas relacionados con el ámbito familiar	28	11,7	11,7	25,8
Problemas relacionados con el maltrato	1	,4	,4	26,3
Problemas relacionados con abuso sexual	1	,4	,4	26,7
Problemas relacionados con el duelo	7	2,9	2,9	29,6
Problemas relacionados con las dificultades Sexuales	1	,4	,4	30,0
Problemas relacionado con el uso de sustancias psicoactivas	8	3,3	3,3	33,3

SPA				
Problemas relacionados con la interacción social.	13	5,4	5,4	38,8
Problemas relacionados con el estado ánimo	28	11,7	11,7	50,4
Problemas relacionados con la ansiedad	10	4,2	4,2	54,6
Problemas relacionados con el control de Impulsos	14	5,8	5,8	60,4
Problemas relacionados con el estilo de crianza	39	16,3	16,3	76,7
Opción vocacional u ocupacional	8	3,3	3,3	80,0
Problemas relacionados con la Pareja	26	10,8	10,8	90,8
Ideas Delirantes	2	,8	,8	91,7
Problemas relacionados con la autoestima	20	8,3	8,3	100,0
Total	240	100,0	100,0	

---

**Gráfica 8.** Motivo de consulta preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

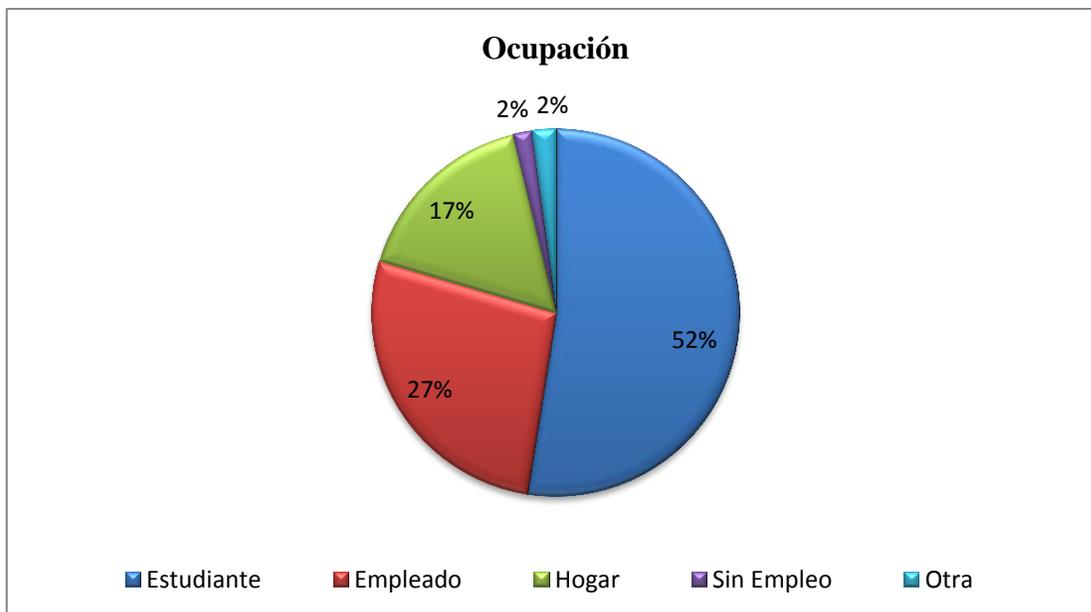


De los 22 motivos de consulta los cinco que más se presentaron fueron: problemas con el estilo de crianza con un 16.3%, problemas de estado de ánimo y problemas familiares con un 11.7% cada uno, problemas de pareja con un 10.8% y problemas de auto estima con un 8.3%.

**Tabla 12.** Ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	126	52,5	52,5	52,5
Empleado	65	27,1	27,1	79,6
Hogar	40	16,7	16,7	96,3
Sin Empleo	4	1,7	1,7	97,9
Otra	5	2,1	2,1	100,0
Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 9.** Ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado.



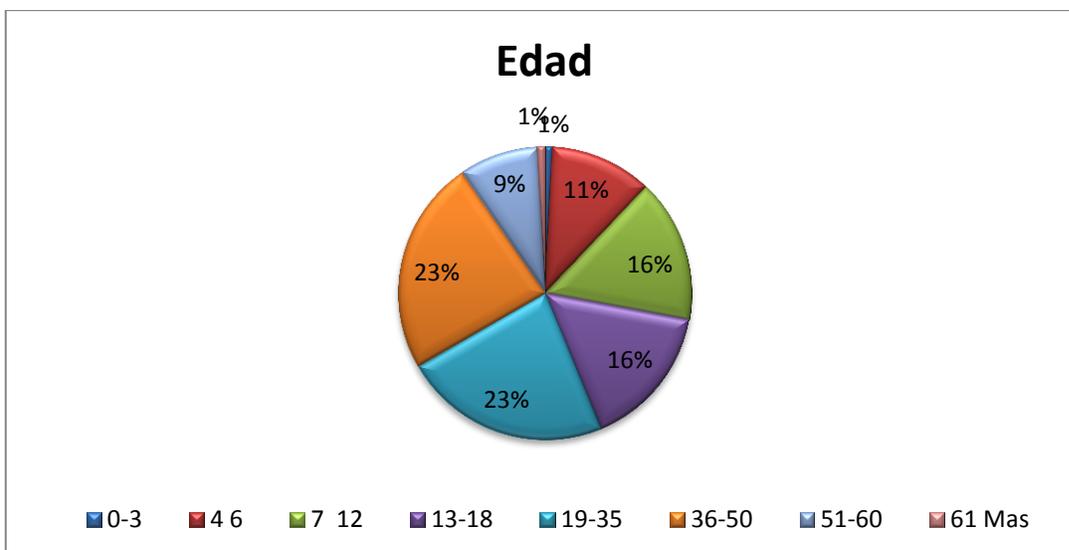
En cuanto a la actividad que realiza los pacientes se obtiene como resultado que más de la mitad de éstos son estudiantes con un porcentaje correspondiente al 52.5% del total de

consultantes, posteriormente tenemos empleado con un 27.1%, seguido del hogar con un 16.7% y el resto no tienen empleo o tienen otra actividad.

**Tabla 13.** Edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0-3	2	,8	,8	,8
4-6	27	11,3	11,3	12,1
7-12	38	15,8	15,8	27,9
13-18	38	15,8	15,8	43,8
19-35	55	22,9	22,9	66,7
36-50	57	23,8	23,8	90,4
51-60	21	8,8	8,8	99,2
61 Mas	2	,8	,8	100,0
Total	240	100,0	100,0	

**Gráfica 10.** Edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



Del total de pacientes, los intervalos de edades que más consultaron por algún motivo son: entre los 36-50 con un 23,8% seguidos por personas entre los 19-35 con un 22,9%, luego por pacientes entre los 7-12 y 13-18 tienen cada uno un 15,8%, entre 4-6 un 11,3%, entre los 51-60 con un 8,8% y por último entre los 0-3 y 60- tienen un 0,8% cada uno.

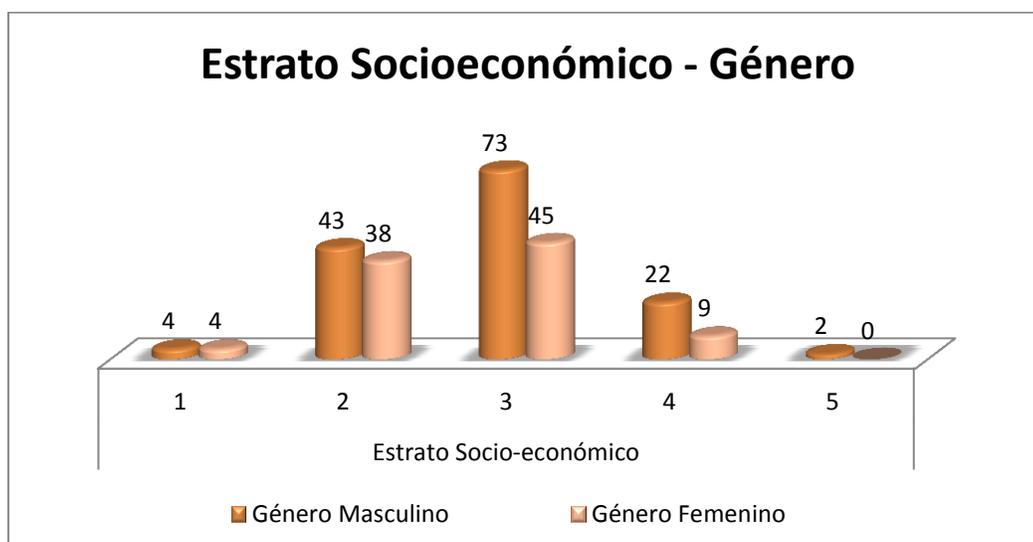
Es importante analizar que el 31,6% de la población objeto de la presente investigación está por debajo de la mayoría de edad, esto presenta un panorama del porque los motivos de consulta son problemas con el estilo de crianza con un 16,3%, problemas de estado de ánimo y problemas familiares con un 11,7% cada uno y problemas de autoestima con un 8,3%. y la interrelación con la variable de ocupación presenta todavía una información más certera donde el 52% son estudiantes, haciendo un análisis más consecuente de estos datos se puede concluir que la población que está presentando mayor uso del consultorio es la población en los rangos de la infancia y la adolescencia, es en este punto, donde se debe entrar a discutir cuáles serían

las causales de estas problemáticas, más aun en un mundo que prácticamente no tiene límites gracias a las nuevas tecnologías o privacidad. Por otra parte la lectura en los problemas de pareja con un 10.8% de la muestra total, podría analizarse en el contexto de la población joven y/o adulta, la cual en sumatoria estaría en un porcentaje del 26,7%.

**Tabla14.** Contingencia Estrato Socio-económico - Género

	Género			Total
	Masculino	Femenino		
<b>Estrato Socio-económico</b>				
1	4	4	8	
2	43	38	81	
3	73	45	118	
4	22	9	31	
5	2	0	2	
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>96</b>	<b>240</b>	

**Gráfica11.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables estrato socioeconómico y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



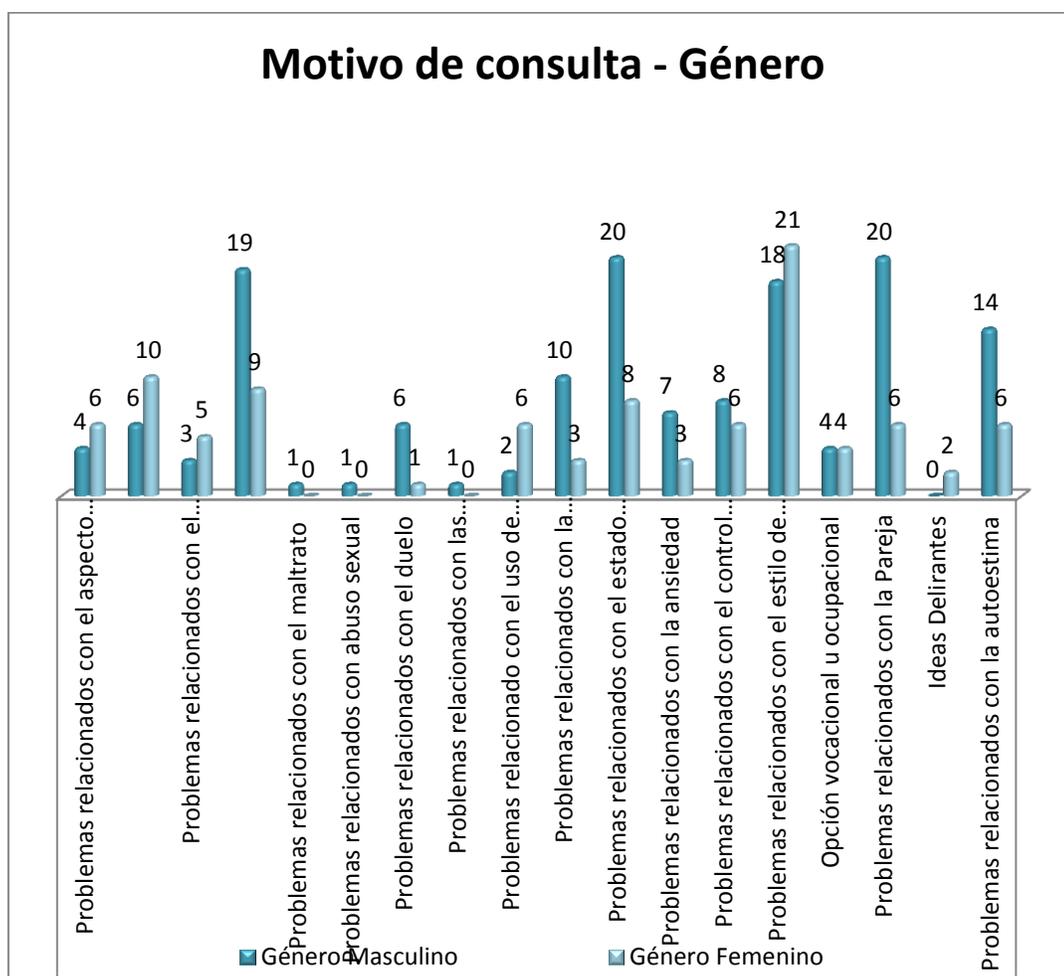
Al cruzar las variables estrato socio-económico con género tenemos que la mayoría de pacientes se concentran en los estratos 2 y 3 con prevaleticia del último, con una tendencia de consulta mayor en hombres; el mínimo de personas que consultaron en una variable fue en el estrato 5, y de ellos quienes lo hicieron son hombres.

**Tabla 15.**Contingencia Motivo de consulta - Género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Motivo de Consulta	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Problemas relacionados con el aspecto académico	4	6	10
Problemas relacionados con el comportamiento	6	10	16
Problemas relacionados con el aprendizaje	3	5	8
Problemas relacionados con el ámbito familiar	19	9	28
Problemas relacionados con el maltrato	1	0	1
Problemas relacionados con abuso sexual	1	0	1
Problemas relacionados con el duelo	6	1	7
Problemas relacionados con las dificultades Sexuales	1	0	1
Problemas relacionado con el uso de sustancias psicoactivas SPA	2	6	8
Problemas relacionados con la interacción social.	10	3	13
Problemas relacionados con el estado ánimo	20	8	28
Problemas relacionados con la ansiedad	7	3	10
Problemas relacionados con el control de Impulsos	8	6	14
Problemas relacionados con el estilo de crianza	18	21	39
Opción vocacional u ocupacional	4	4	8
Problemas relacionados con la Pareja	20	6	26

Ideas Delirantes	0	2	2
Problemas relacionados con la autoestima	14	6	20
Total	144	96	240

**Gràfica12.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables motivo de consulta y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



La relación existente entre el género con el motivo de consulta muestra que uno de los valores más significativos es el de las mujeres que consultaron por el estilo de crianza y seguido de las mismas por problemas comportamentales, problemas familiares y problemas de estado de ánimo, siendo estas las variables más significativas con en referente al género femenino. En cuanto los hombres, se observa que consultaron principalmente por estado de ánimo, problemas de pareja y problemas familiares, vale la pena agregar que quienes consultaron por problemas de estilo de crianza y problemas de auto estima son un porcentaje significativo en referencia del género masculino.

El maltrato, el abuso y las dificultades sexuales son los motivos con bajos índices de personas.

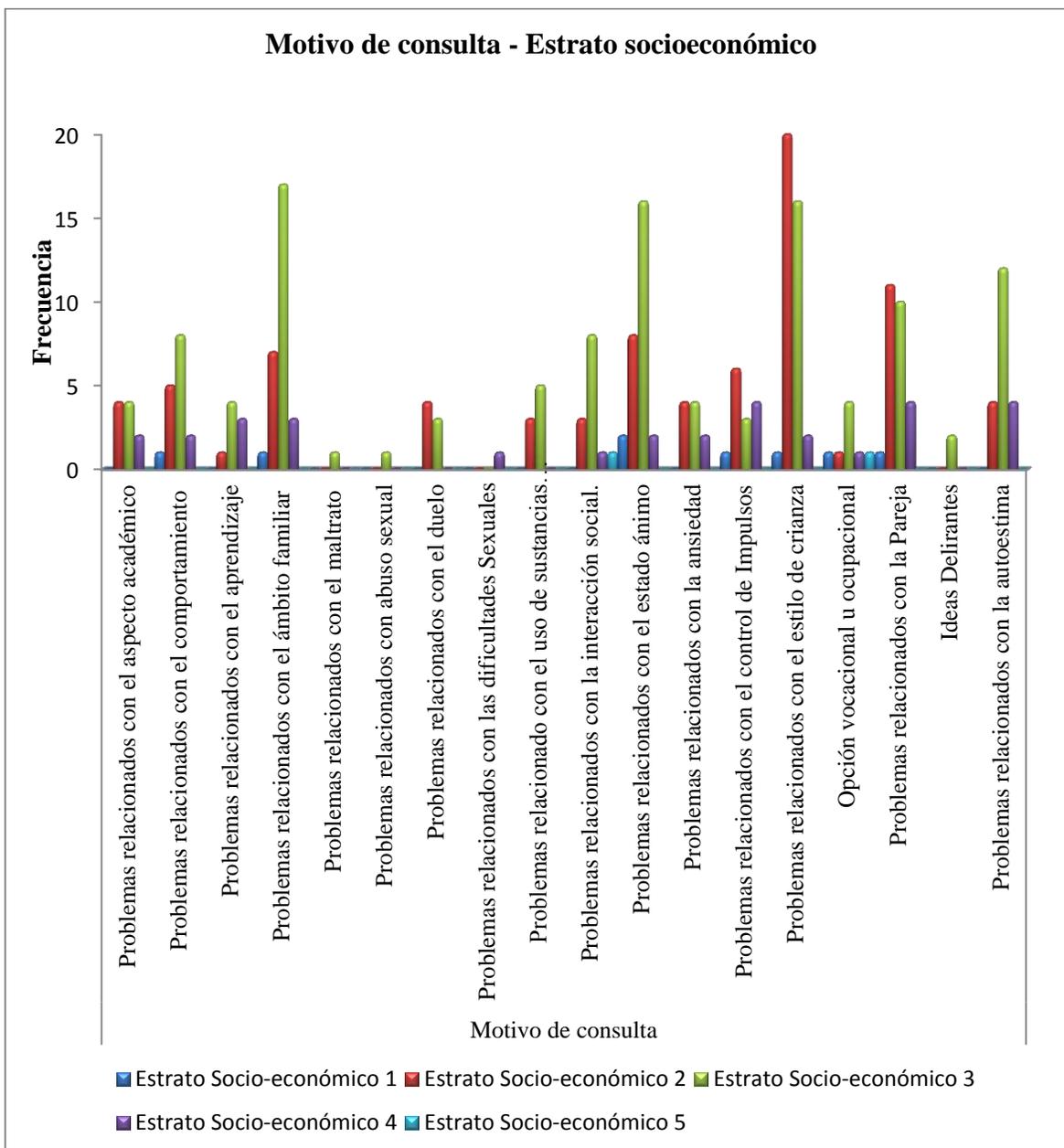
**Tabla 16.** Contingencia Motivo de consulta - Estrato Socio-económico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Motivo de Consulta	Estrato Socio-económico					Total
	1	2	3	4	5	
Problemas relacionados con el aspecto académico	0	4	4	2	0	10
Problemas relacionados con el comportamiento	1	5	8	2	0	16
Problemas relacionados con el aprendizaje	0	1	4	3	0	8
Problemas relacionados con el ámbito familiar	1	7	17	3	0	28
Problemas relacionados con el maltrato	0	0	1	0	0	1
Problemas relacionados con abuso sexual	0	0	1	0	0	1

Problemas relacionados con el duelo	0	4	3	0	0	7
Problemas relacionados con las dificultades Sexuales	0	0	0	1	0	1
Problemas relacionado con el uso de sustancias psicoactivas SPA	0	3	5	0	0	8
Problemas relacionados con la interacción social.	0	3	8	1	1	13
Problemas relacionados con el estado ánimo	2	8	16	2	0	28
Problemas relacionados con la ansiedad	0	4	4	2	0	10
Problemas relacionados con el control de Impulsos	1	6	3	4	0	14
Problemas relacionados con el estilo de crianza	1	20	16	2	0	39
Opción vocacional u ocupacional	1	1	4	1	1	8
Problemas relacionados con la Pareja	1	11	10	4	0	26
Ideas Delirantes	0	0	2	0	0	2
Problemas relacionados con la autoestima	0	4	12	4	0	20
Total	8	81	118	31	2	240

---

**Gráfica13.**Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables motivo de consulta y estrato socioeconómico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

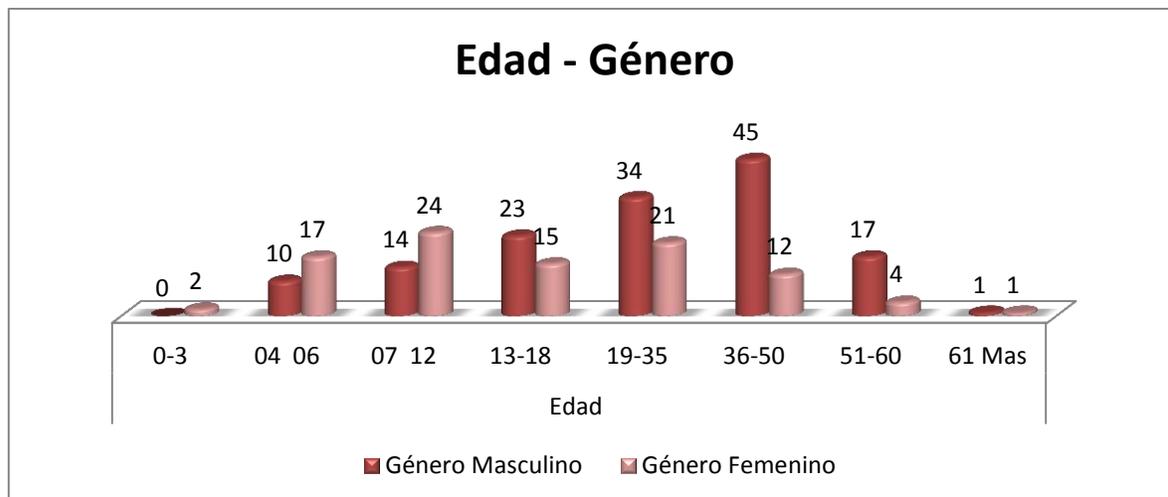


Al cruzar las variables estrato socio-económico, con el motivo de consulta, se evidencia que casi la totalidad de la población se concentra en los estratos 2-3 y 4 en el cual el número mayor de pacientes se encuentra en el estrato 3. Al mirar uno por uno los anteriores se observa que en el estrato 2 consultaron principalmente por problemas de estilo de crianza, seguido por problemas de pareja, problemas de estado de ánimo, problemas familiares y por problemas de control de impulsos. En el estrato 3 se muestra que principalmente consultaron de manera jerárquica por problemas familiares, problemas de estado de ánimo, problemas de estilo de crianza, problemas de auto estima y problemas de pareja. Finalmente en el estrato 4 los principales motivos de consulta fueron, problemas con el control de impulsos, problemas de pareja, problemas de autoestima, problemas familiares y problemas de aprendizaje. Por último se observa que los estratos 1 y 5 tienen una menor tendencia a consultar por problemas psicológicos.

**Tabla 17.** Contingencia Edad – Género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Edad	Género		Total
	Masculino	Femenino	
0-3	0	2	2
4-6	10	17	27
7-12	14	24	38
13-18	23	15	38
19-35	34	21	55
36-50	45	12	57
51-60	17	4	21
61 Mas	1	1	2
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>96</b>	<b>240</b>

**Gráfica14.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables edad y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

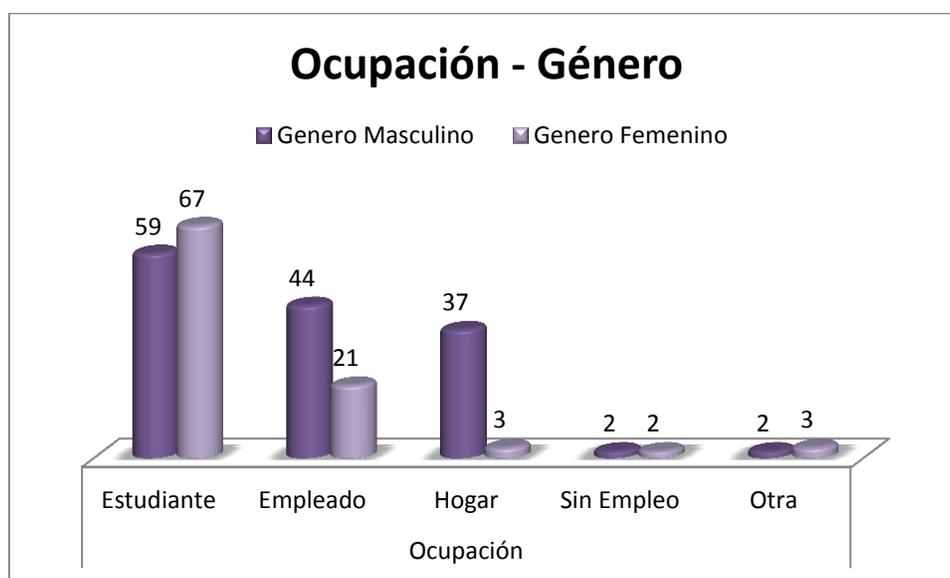


Los resultados arrojados por la relación entre los variables edad y género se observa que, los hombres que más consultaron se encuentran entre los (36-50), seguidos por los de (19-35) y los de (13-18). En las mujeres se encuentran una mayor cantidad de pacientes ubicadas en los intervalos de edades de (7-12), de (19-35) y de (4-6) en orden de importancia. Por último la menor cantidad de consultas se dan en los intervalos de edad 0-3 y 61-mas, es decir que pocos niños menores de tres años y pocos adultos mayores tanto hombre como mujeres estuvieron en consulta.

**Tabla 18.** Contingencia Ocupación– Género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Ocupación	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Estudiante	59	67	126
Empleado	44	21	65
Hogar	37	3	40
Sin Empleo	2	2	4
Otra	2	3	5
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>96</b>	<b>240</b>

**Gráfica15.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables ocupación y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



Los resultados arrojados por el análisis entre las variables ocupación y género se muestra que, de las 96 mujeres que asistieron a consulta más de la mitad son estudiantes,

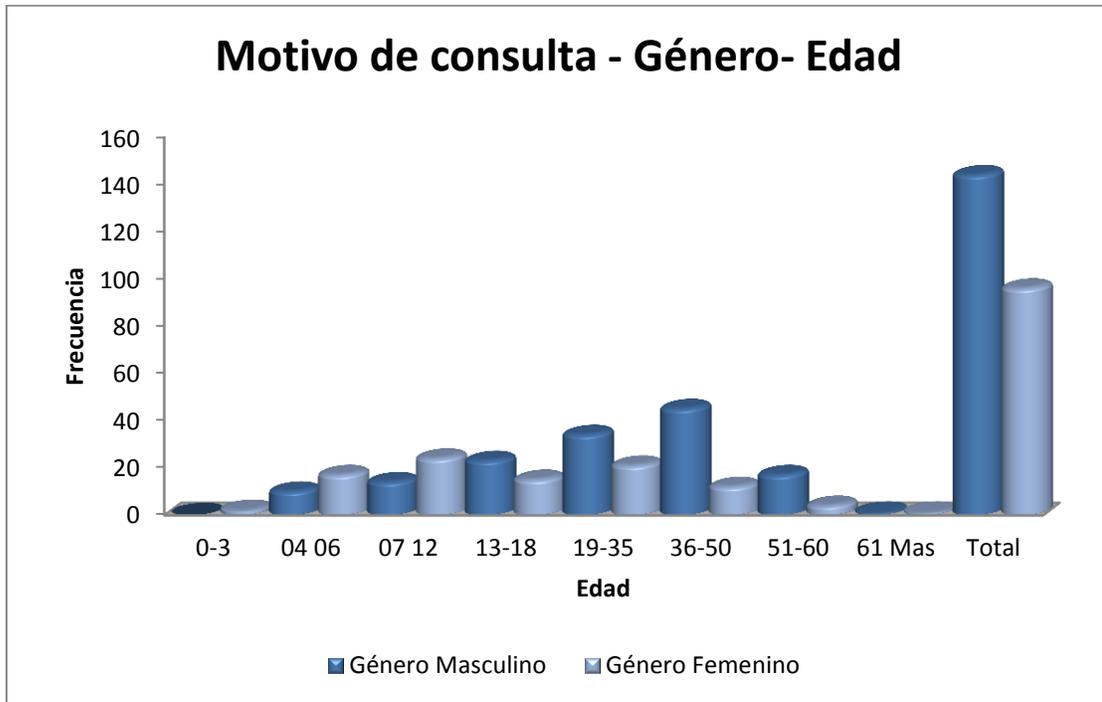
seguidas por la ocupación de empleadas y el resto equivalente a 8 mujeres se reparten dentro de las demás ocupaciones. Cuando miramos el caso de los hombres estos se reparten en su mayoría en tres tipos de ocupaciones, estudiantes, empleados y hogar, respectivamente en orden jerárquico. Por último cabe resaltar que existe una cantidad considerable de hombres dedicados a la labor del hogar, hecho que vale la pena profundizar.

**Tabla 19.** Contingencia Género – Edad - Motivo de consulta preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

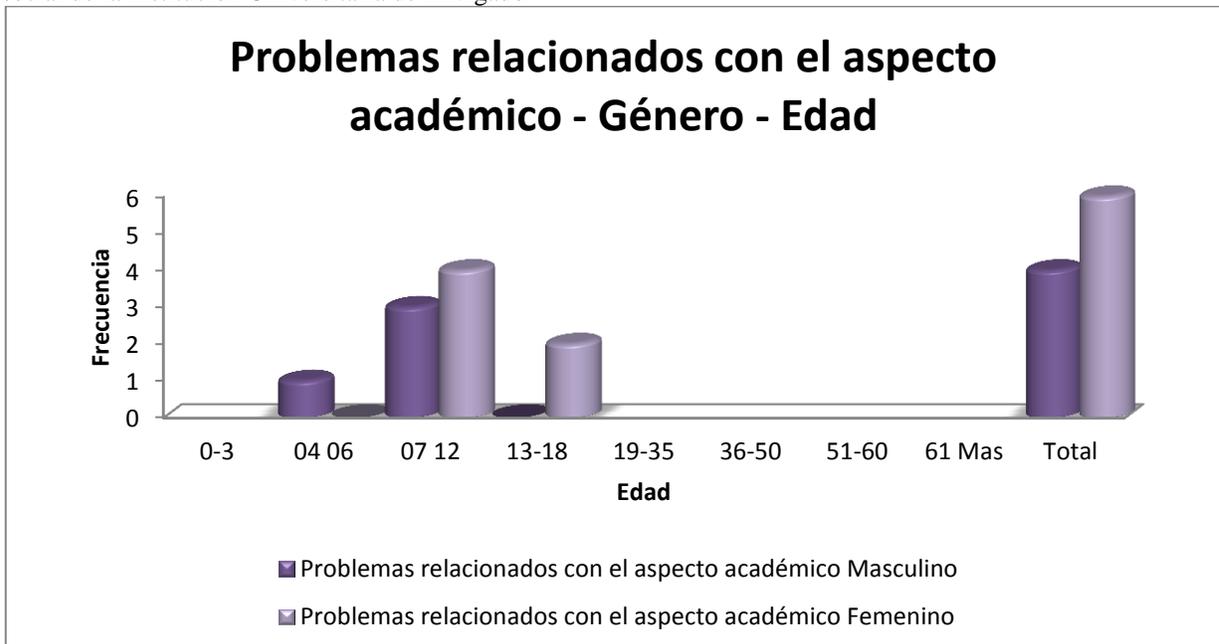
Motivo de consulta	Género	Edad							Total	
		0-3	4-6	7-12	13-18	19-35	36-50	51-60		61 Mas
Problemas relacionados con el aspecto académico	Masculino		1	3	0				4	
	Femenino		0	4	2				6	
	Total		1	7	2				10	
Problemas relacionados con el comportamiento	Masculino	0	2	1	3	0			6	
	Femenino	1	3	3	2	1			10	
	Total	1	5	4	5	1			16	
Problemas relacionados con el aprendizaje	Masculino		2	1		0			3	
	Femenino		2	2		1			5	
	Total		4	3		1			8	
Problemas relacionados con el ámbito familiar	Masculino		1	2	1	4	7	3	1	19
	Femenino		4	0	1	2	2	0	0	9
	Total		5	2	2	6	9	3	1	28
Problemas relacionados con el maltrato	Masculino					1				1
	Total					1				1
Problemas relacionados con abuso sexual	Masculino							1		1
	Total							1		1
Problemas relacionados con el duelo	Masculino		1	1	0	2	1	1		6
	Femenino		0	0	1	0	0	0		1
	Total		1	1	1	2	1	1		7
Problemas relacionados con	Género Masculino						1			1

las dificultades Sexuales	Total									1	1
Problemas relacionado con el uso de sustancias psicoactivas SPA	Género Masculino				2	0	0				2
	Femenino				1	3	2				6
	Total				3	3	2				8
Problemas relacionados con la interacción social	Género Masculino				2	2	3	3			10
	Femenino				0	1	1	1			3
	Total				2	3	4	4			13
Problemas relacionados con el estado ánimo	Género Masculino				0	2	5	10	3		20
	Femenino				1	2	3	1	1		8
	Total				1	4	8	11	4		28
Problemas relacionados con la ansiedad	Genero Masculino				1	0		2	2	2	7
	Femenino				0	1		1	0	1	3
	Total				1	1		3	2	3	10
Problemas relacionados con el control de Impulsos	Género Masculino				0	0	3	1	3	1	8
	Femenino				2	2	0	2	0	0	6
	Total				2	2	3	3	3	1	14
Opción vocacional u ocupacional	Género Masculino	0	1	4	2	1	6	4	0		18
	Femenino	1	5	10	2	1	1	0	1		21
	Total	1	6	14	4	2	7	4	1		39
Opción Vocacional u ocupacional	Género Masculino						3	1		0	4
	Femenino						3	0		1	4
	Total						6	1		1	8
Problemas relacionados con la Pareja	Género Masculino				1			9	9	1	20
	Femenino				0			2	3	1	6
	Total				1			11	12	2	26
Ideas Delirantes	Género Femenino				1			1			2
	Total				1			1			2
Problemas relacionados con la autoestima	Género Masculino					0	5	5	3	1	14
	Femenino					1	0	3	2	0	6
	Total					1	5	8	5	1	20
Total	Género Masculino	0	10	14	23	34	45	17	1		144
	Femenino	2	17	24	15	21	12	4	1		96
	Total	2	27	38	38	55	57	21	2		240

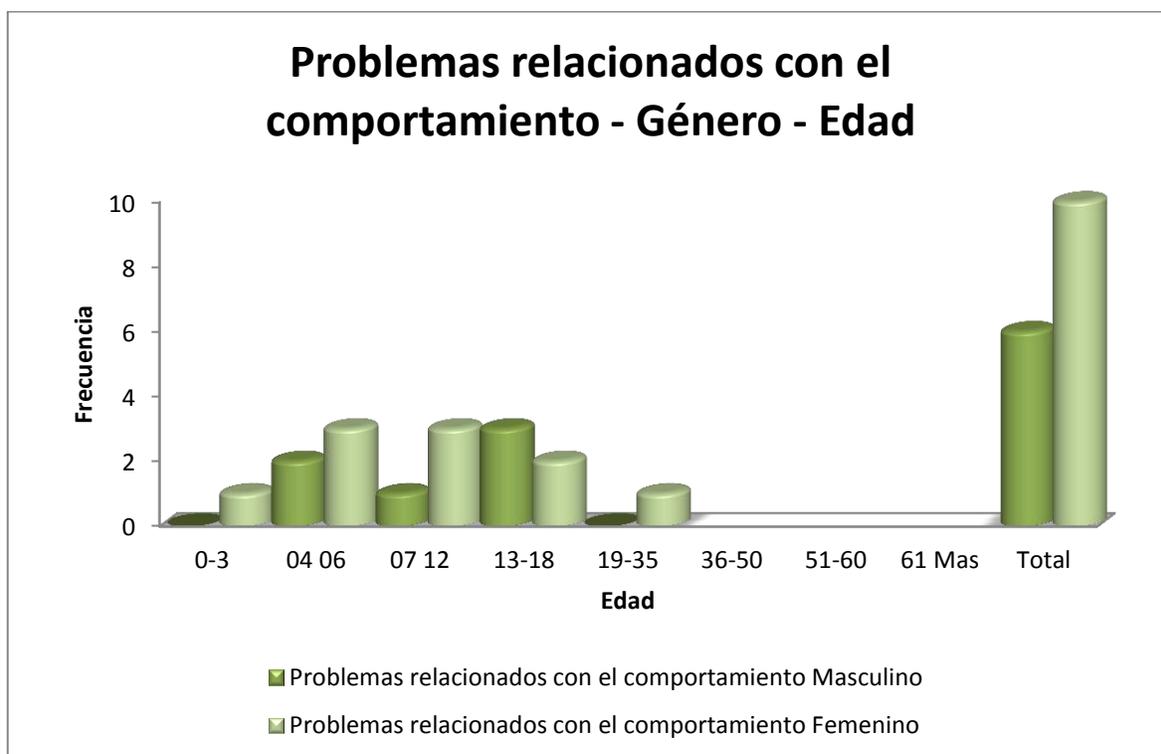
**Gráfica 16.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables motivo de consulta, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



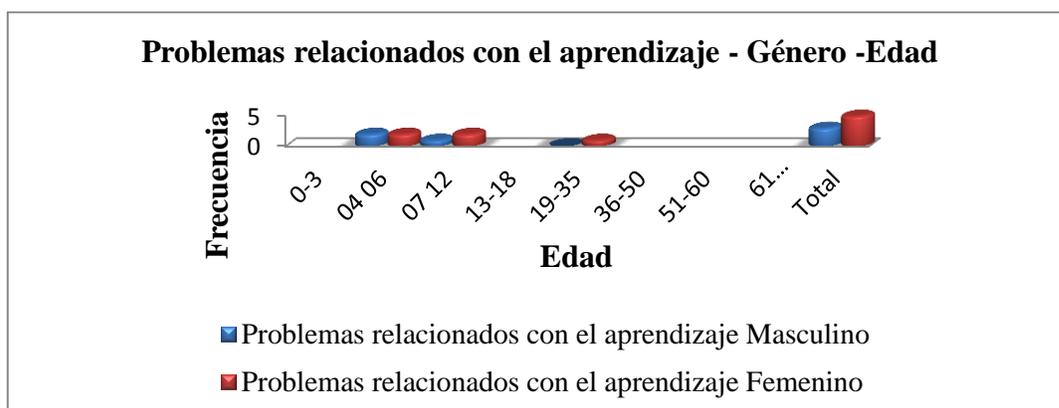
**Gráfica 17.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el aspecto académico, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



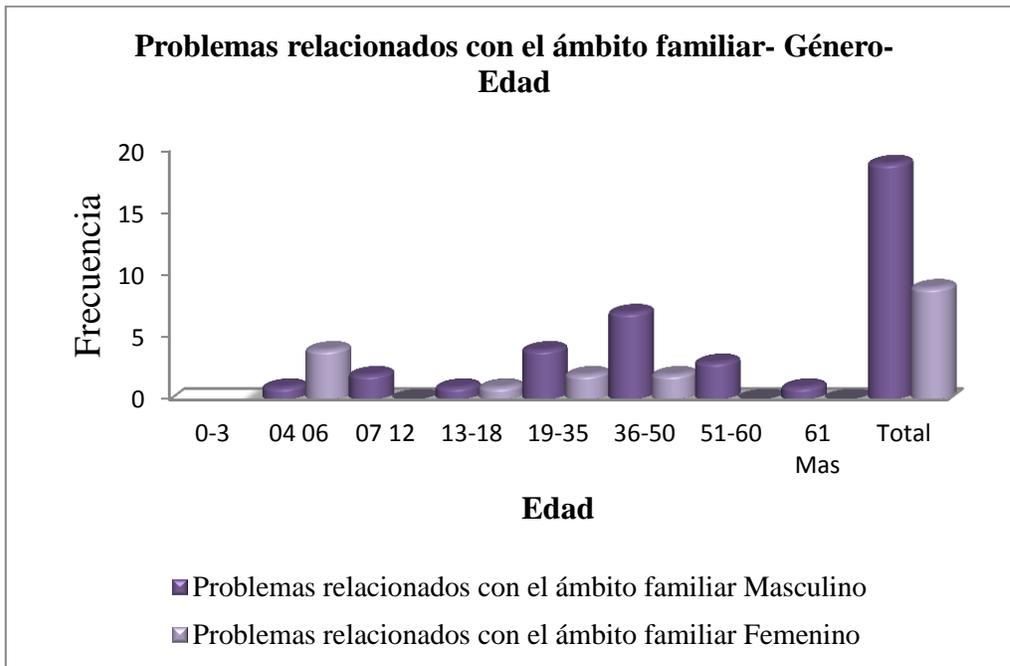
**Gráfica18.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el comportamiento, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



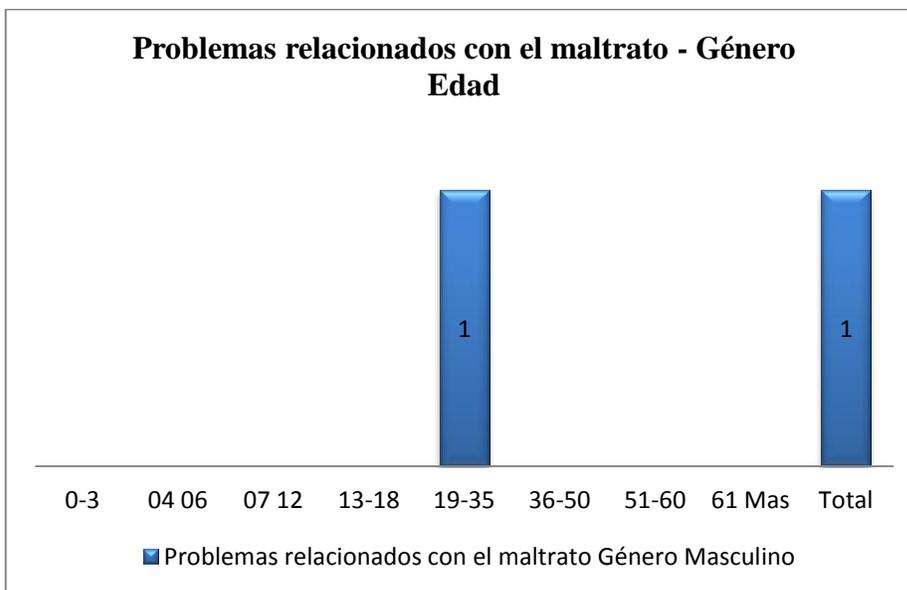
**Gráfica19.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el aprendizaje, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



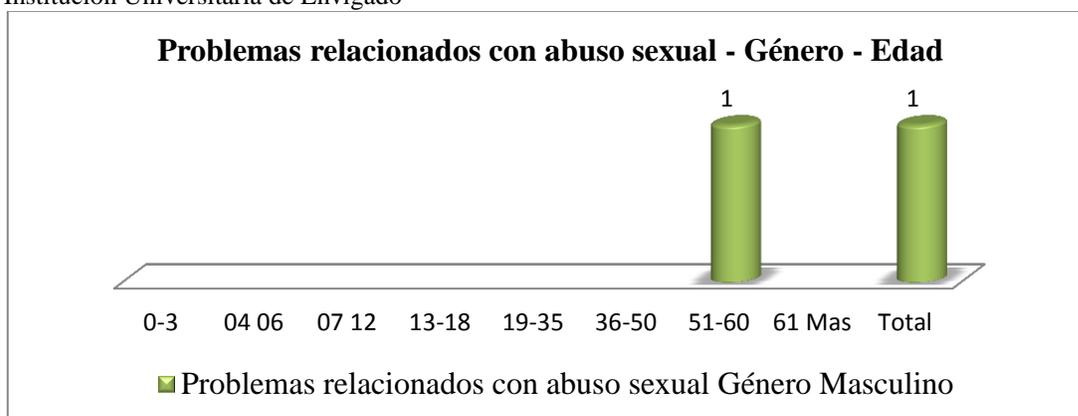
**Gráfica20.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el ámbito familiar, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



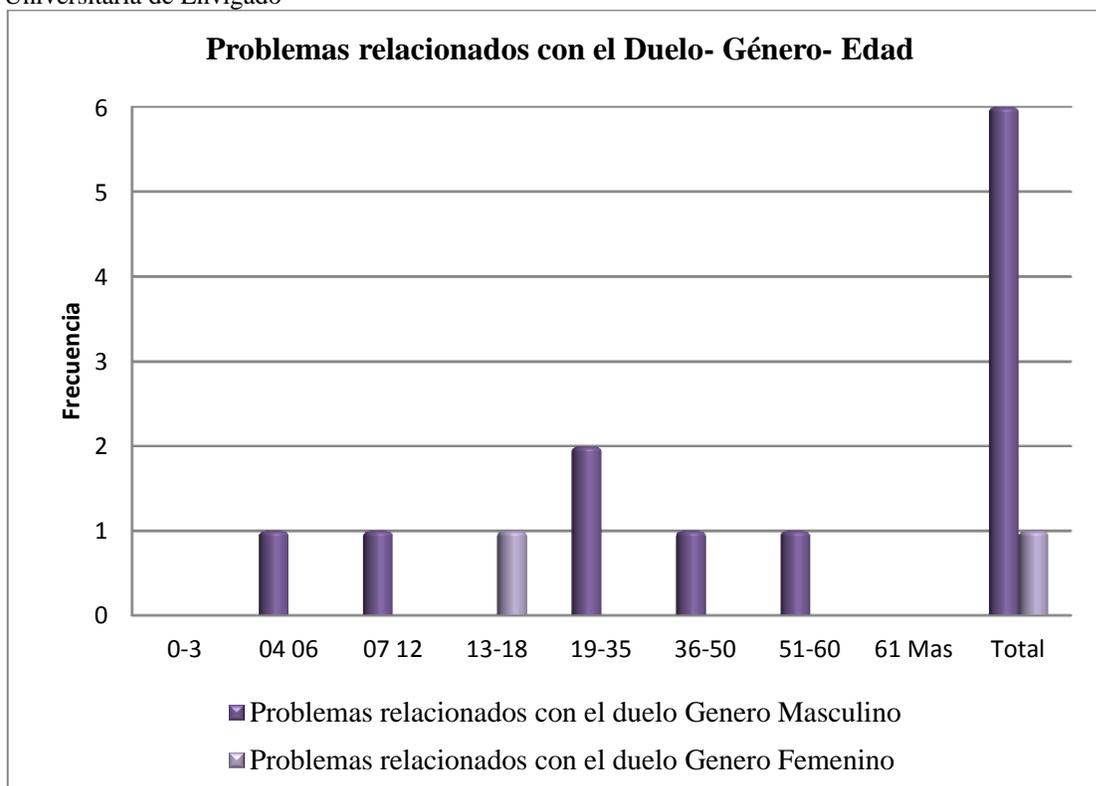
**Gráfica21.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el maltrato, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



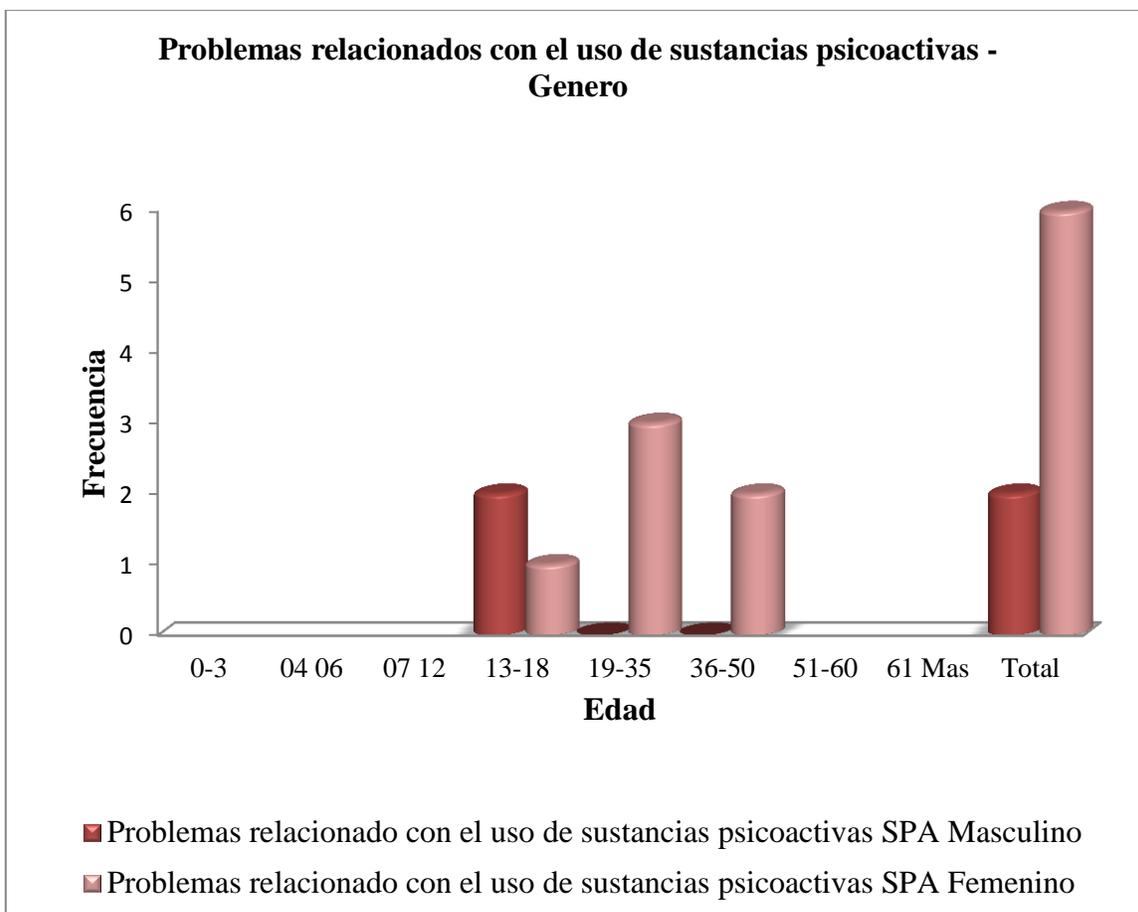
**Gráfica22.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el abuso sexual, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



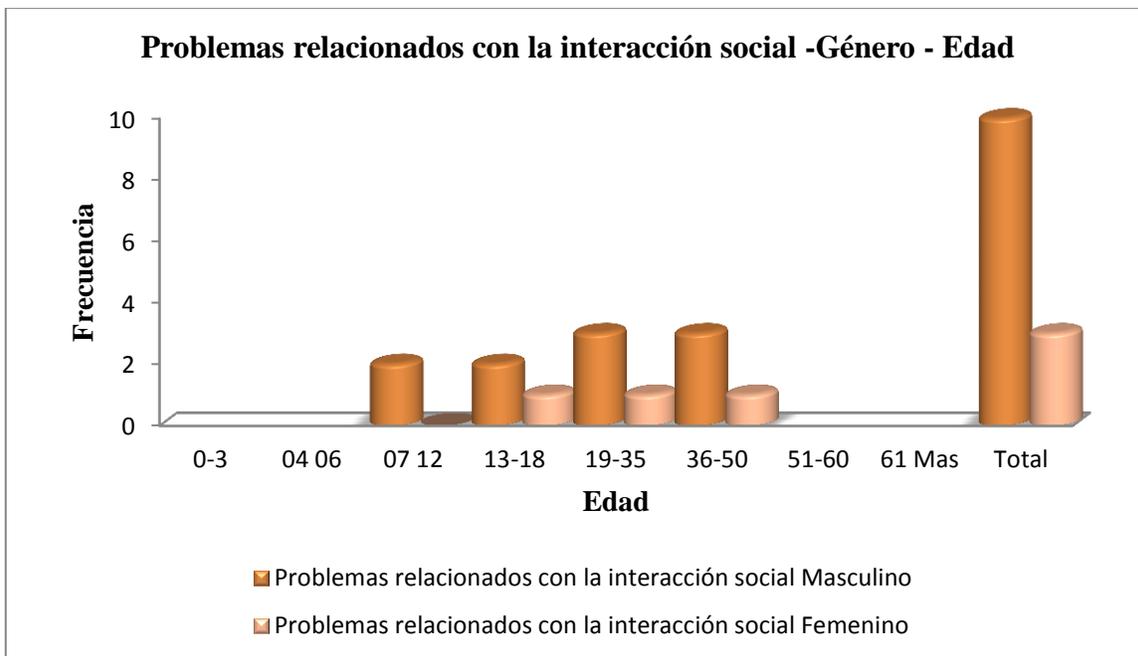
**Gráfica23.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el duelo, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



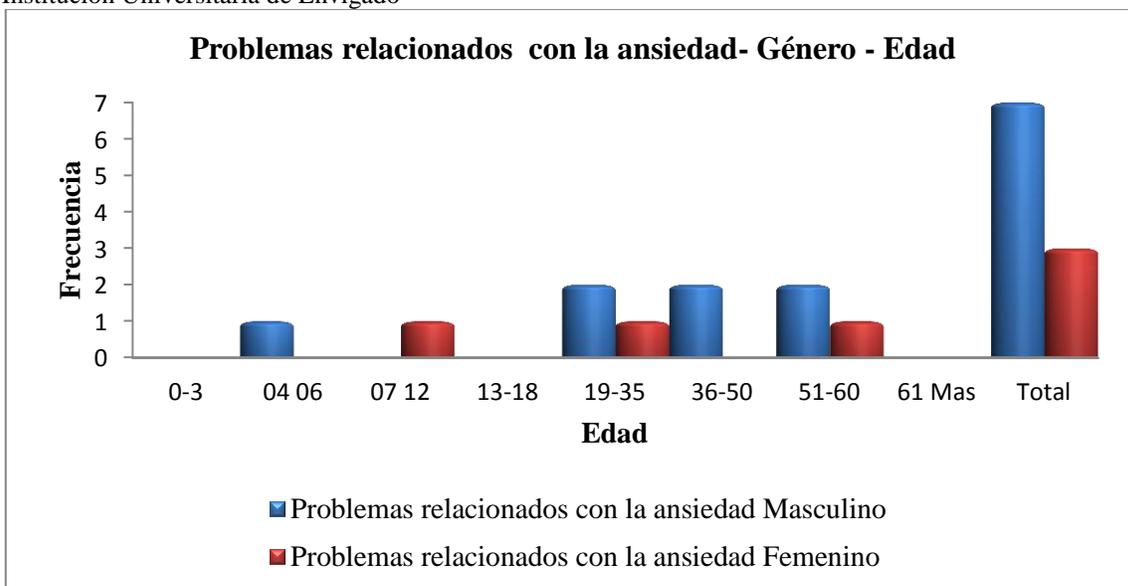
**Gráfica24.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



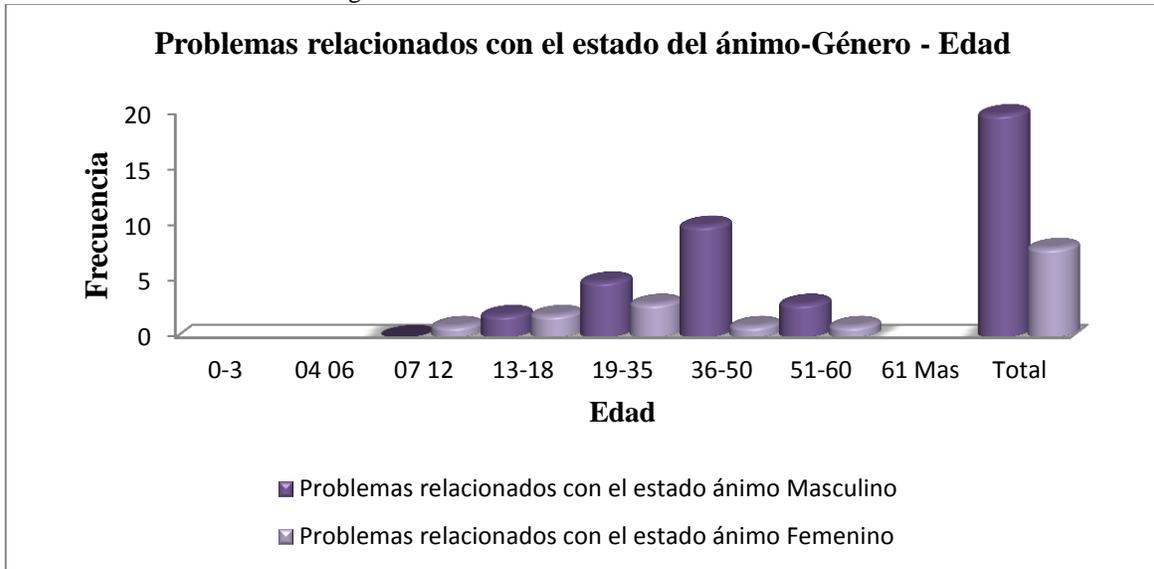
**Gráfica25.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con la interacción social, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



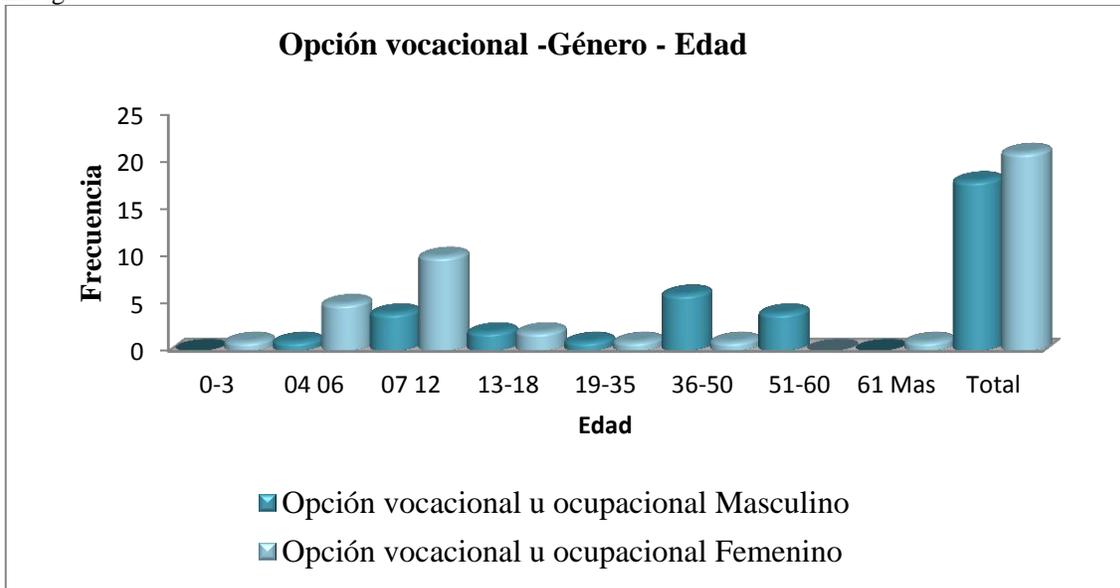
**Gráfica26.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con la ansiedad, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



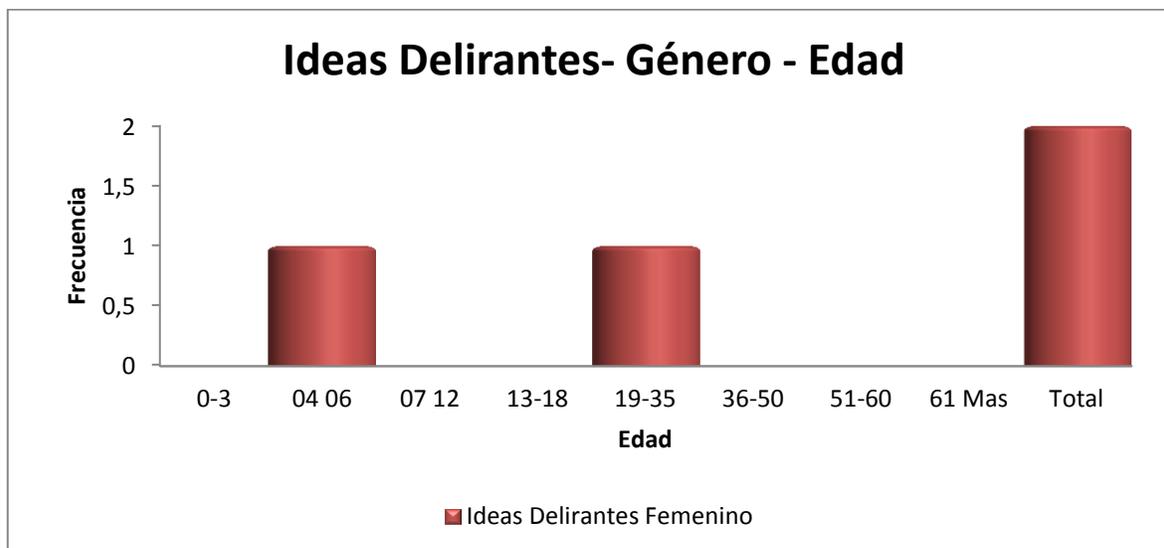
**Gráfica27.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el estado de ánimo, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



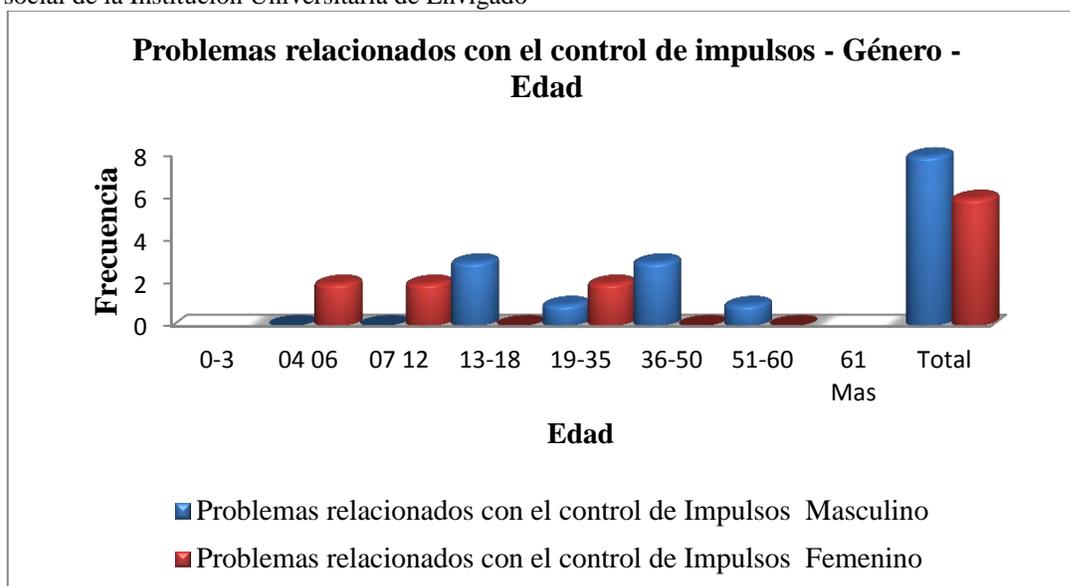
**Gráfica28.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables opción vocacional, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



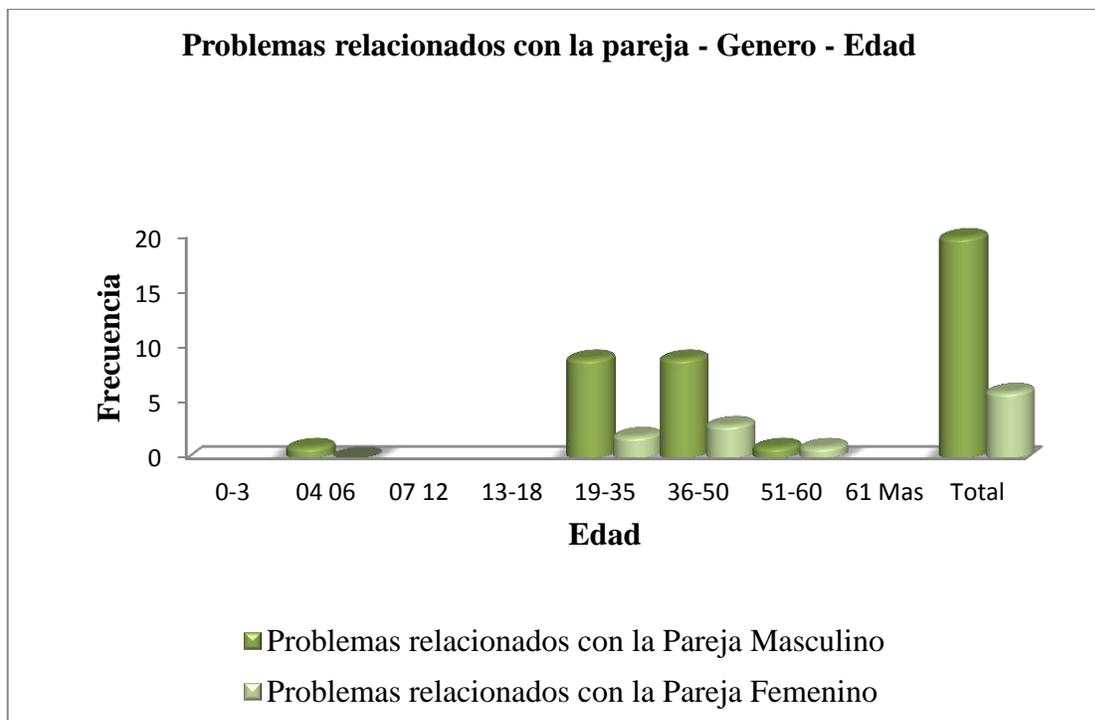
**Gráfica29.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables ideas delirantes, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



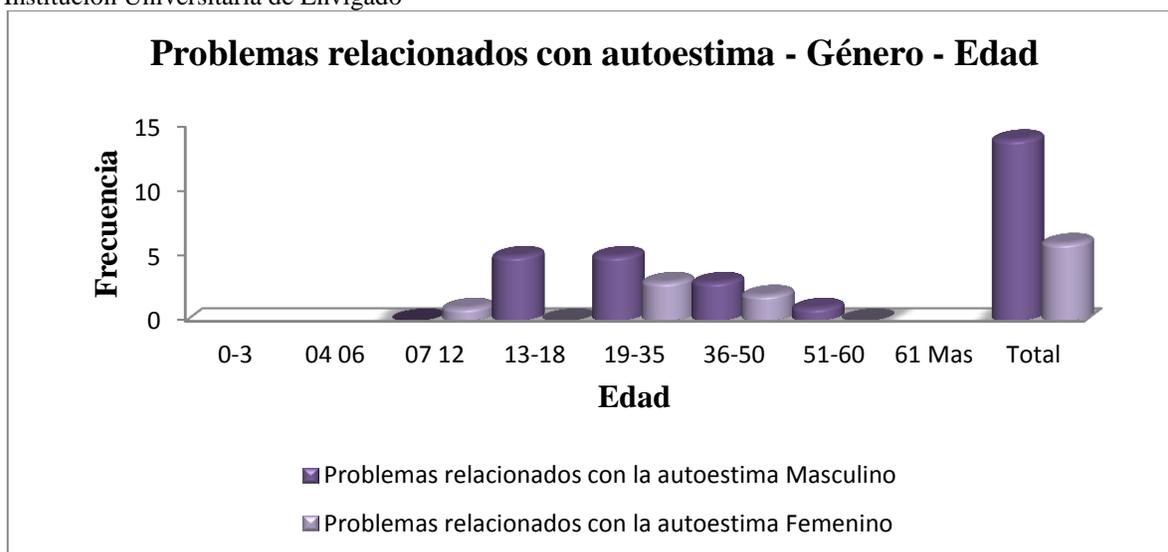
**Gráfica30.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con el control de impulsos, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Gráfica31.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con la pareja, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Gráfica32.** Distribución porcentual (frecuencia) en cuanto a las variables problemas relacionados con autoestima, género y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



Según la relación hecha entre las variables Genero- Edad y el motivo por el cual consultaron se muestra de manera significativa que, en el género masculino los motivos de consulta más frecuentes es:

Problemas con el estado de ánimo, donde prevalece en hombre que se encuentran entre los 36 y los 50 años de edad.

Problemas de pareja, donde prevalece en hombres de entre los 19 - 35, y 36 - 50 años de edad, dando un total de 20 personas repartidas entre los intervalos de edades, pero prevaleciendo en los ya mencionados.

Otro de los motivos de consulta más frecuente de los hombres son los problemas familiares, de los cuales el mayor número de personas se encuentra entre los 36 y los 50 años.

No tan fuerte como en los otros casos un número de 14 hombres consultaron por problemas con su autoestima, y la mayoría de estos se encuentran entre los 13-18 y 19-35 años de edad.

En el caso de las mujeres quienes consultaron en menos cantidad se observa que:

El porcentaje mayor de mujeres que consultaron muestra que es por problemas de estilo de crianza, y de ellas gran parte se encuentran entre los 7 y los 12 años de edad.

Otro de los motivos más frecuentes de consulta por parte de las mujeres fue por problemas comportamentales, a este asistieron personas menores de 35 años, aunque predominan mujeres de entre los 4 -6 y 7-12 años de edad.

Un número de mujeres que resalta consulto por problemas familiares de los cuales el mayor número fue de niñas de entre los 4 y los 6 años.

Finalmente se destaca el número de mujeres que consultaron por el estado de ánimo donde sobresale que de esta gran parte se encuentra entre los 19 y los 35 años.

**Tabla 20.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

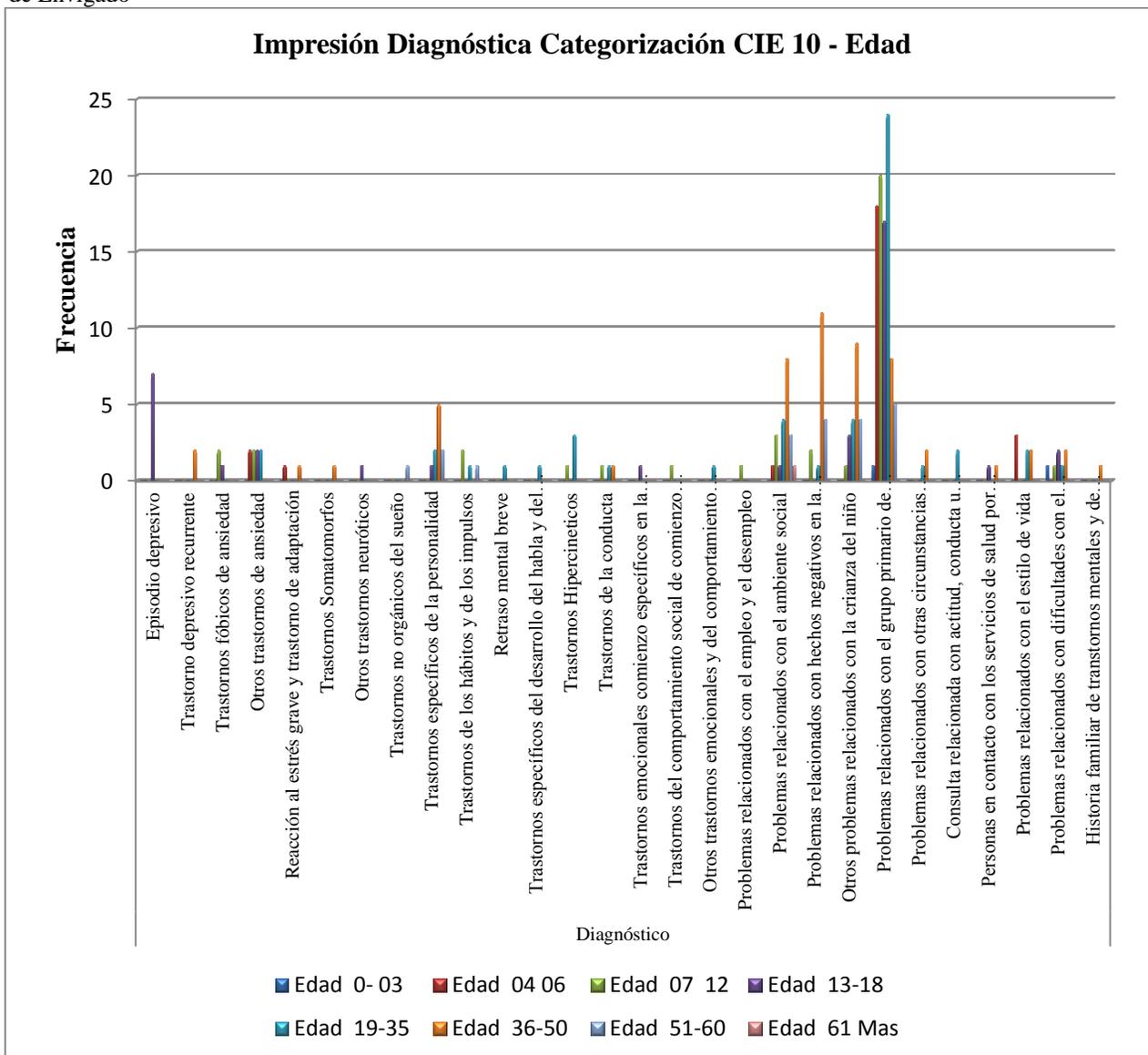
Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10	Edad								Total
	0-3	4-6	7-12	13-18	19-35	36-50	51-60	61 Mas	
Episodio depresivo	0	0	0	7	0	0	0	0	7
Trastorno depresivo recurrente	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Trastornos fóbicos de ansiedad	0	0	2	1	0	0	0	0	3
Otros trastornos de ansiedad	0	2	2	2	2	0	0	0	8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Trastornos Somatomórfos	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Otros trastornos neuróticos	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Trastornos no orgánicos del sueño	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Trastornos específicos de la personalidad	0	0	0	1	2	5	2	0	10
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	0	0	2	0	1	0	1	0	4
Retraso mental breve	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Trastornos Hipercinéticos	0	0	1	0	3	0	0	0	4
Trastornos de la conducta	0	0	1	0	1	1	0	0	3
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Otros trastornos emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Problemas relacionados con el ambiente social	0	1	3	1	4	8	3	1	21
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	0	0	2	0	1	11	4	0	18
Otros problemas relacionados con la crianza del niño	0	0	1	3	4	9	4	0	21
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	1	18	20	17	24	8	5	0	93
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Consulta relacionada con	0	0	0	0	2	0	0	0	2

actitud, conducta u orientación sexual									
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Problemas relacionados con el estilo de vida	0	3	0	0	2	2	0	0	7
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	1	0	1	2	1	2	0	0	7
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>227</b>

El cruce de variables entre diagnóstico y edad muestra que la mayor cantidad de personas que consultaron están en el rango de edad entre los 36-50 años con 54 pacientes en total, de estos se evidencia que los dos mayores motivos de consulta fue Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez y otros problemas relacionados con la crianza del niño con 11 y 9 casos respectivamente; luego se observa personas entre los 19-35 con un total de 51 pacientes, de estos el diagnóstico más recurrente fue, Otros problemas relacionados con la crianza del niño equivalente a 24 personas, para finalizar el rango de edad que menos consulto fue de 61- más con un total de una persona, la anterior consulto por problemas relacionados con el ambiente social

**Gráfica 33.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y edad preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



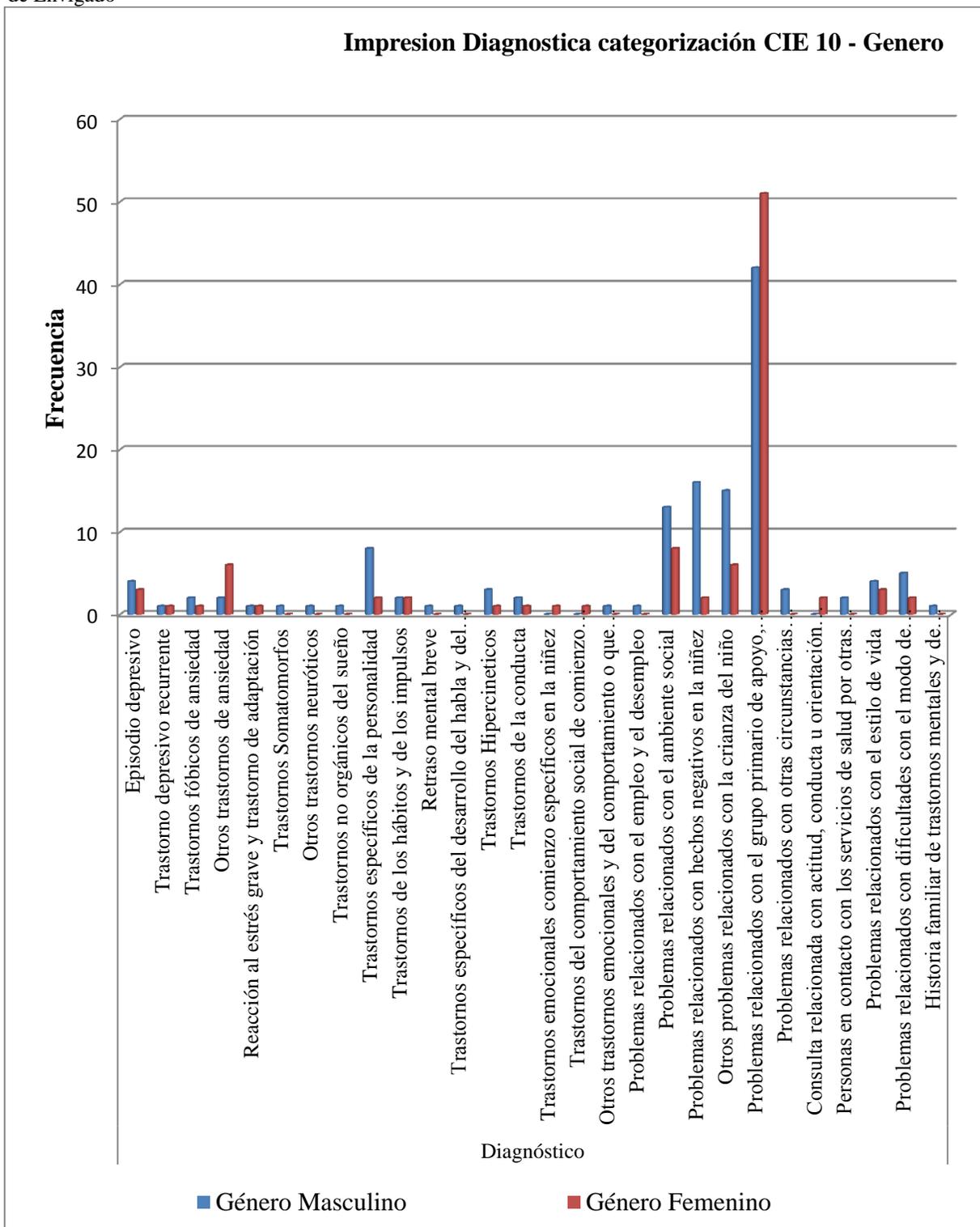
**Tabla 21.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y género ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10	Género		
	Masculino	Femenino	Total
Episodio depresivo	4	3	7
Trastorno depresivo recurrente	1	1	2
Trastornos fóbicos de ansiedad	2	1	3
Otros trastornos de ansiedad	2	6	8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	1	1	2
Trastornos Somatomórfos	1	0	1
Otros trastornos neuróticos	1	0	1
Trastornos no orgánicos del sueño	1	0	1
Trastornos específicos de la personalidad	8	2	10
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	2	2	4
Retraso mental breve	1	0	1
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1	0	1
Trastornos Hipercinéticos	3	1	4
Trastornos de la conducta	2	1	3
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	0	1	1
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	0	1	1
Otros trastornos emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	1	0	1
Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	1	0	1
Problemas relacionados con el ambiente social	13	8	21
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	16	2	18
Otros problemas relacionados con la crianza del niño	15	6	21
Problemas relacionados con el grupo primario	42	51	93
			143

de apoyo, inclusive circunstancias familiares			
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	3	0	3
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	0	2	2
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	2	0	2
Problemas relacionados con el estilo de vida	4	3	7
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	5	2	7
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	1	0	1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>94</b>	<b>227</b>

Al relacionar *diagnostico* con *género*, se evidencia que la mayor parte de la población son hombres con un total de 133, los cuales 42 fue diagnosticados por problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, seguido por problemas relacionados con hechos negativos en la niñez y otros problemas relacionados con la crianza del niño, con un número de pacientes de 16 y 15 respectivamente; por último se obtiene a pacientes mujeres con un total de 94 casos, de estas la mayoría ósea 51 de las mismas son diagnosticadas por problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, seguido por 8 mujeres que tienen problemas relacionados con el ambiente social, las restantes 35 están diagnosticadas dentro del resto de problemáticas como está expuesto en la tabla anterior.

**Gráfica 34.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento y género preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 22.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento - Estado Civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

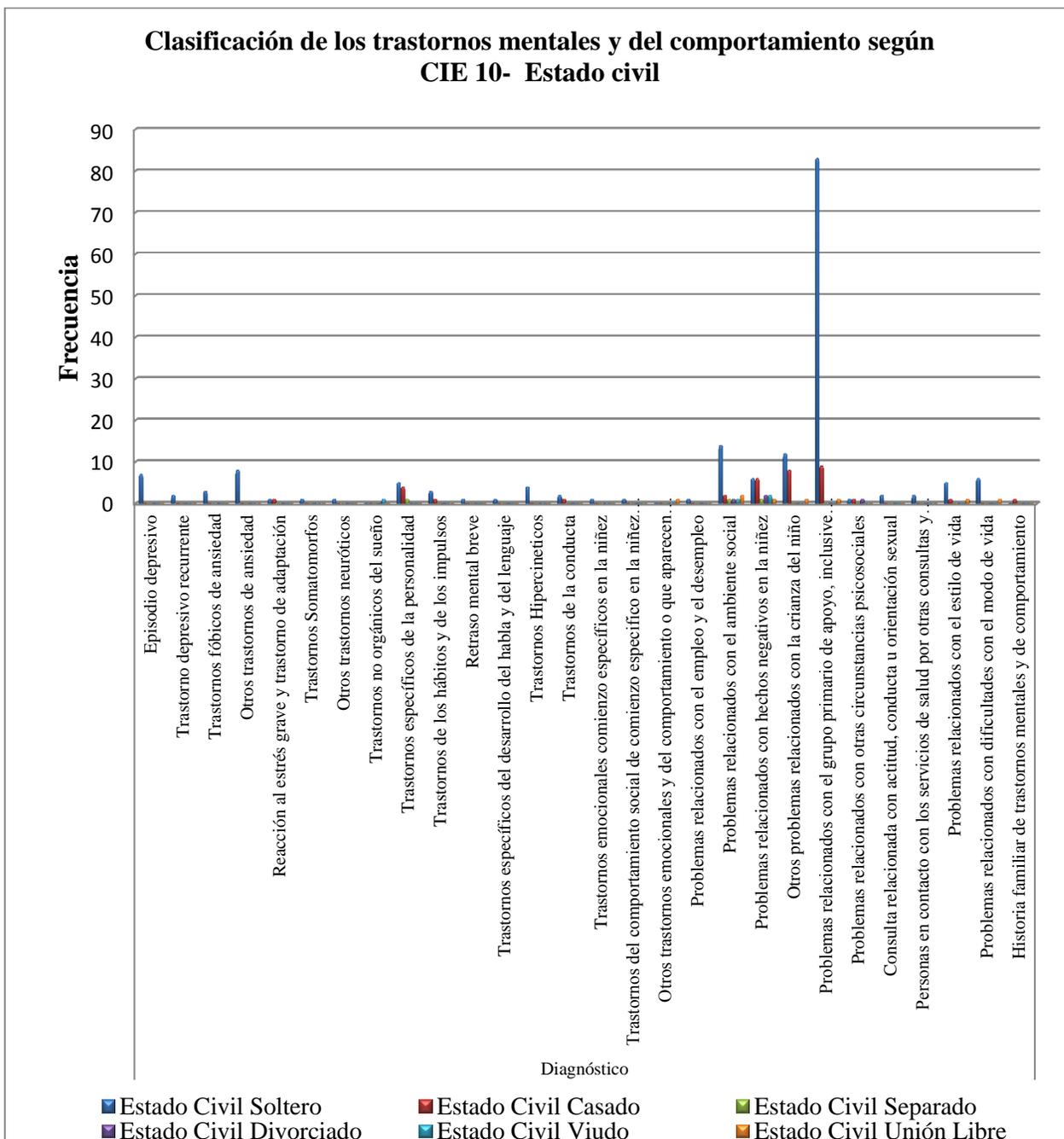
Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10	Estado Civil						Unión Libre	Total
	Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Viudo			
Episodio depresivo	7	0	0	0	0	0	7	
Trastorno depresivo recurrente	2	0	0	0	0	0	2	
Trastornos fóbicos de ansiedad	3	0	0	0	0	0	3	
Otros trastornos de ansiedad	8	0	0	0	0	0	8	
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	1	1	0	0	0	0	2	
Trastornos Somatomórfos	1	0	0	0	0	0	1	
Otros trastornos neuróticos	1	0	0	0	0	0	1	
Trastornos no orgánicos del sueño	0	0	0	0	1	0	1	
Trastornos específicos de la personalidad	5	4	1	0	0	0	10	
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	3	1	0	0	0	0	4	
Retraso mental breve	1	0	0	0	0	0	1	
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	1	0	0	0	0	0	1	
Trastornos Hipercinéticos	4	0	0	0	0	0	4	
Trastornos de la conducta	2	1	0	0	0	0	3	
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	1	0	0	0	0	0	1	
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	1	0	0	0	0	0	1	
Otros trastornos	0	0	0	0	0	1	1	

emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia								
Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	1	0	0	0	0	0	1	
Problemas relacionados con el ambiente social	14	2	1	1	1	2	21	
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	6	6	1	2	2	1	18	
Otros problemas relacionados con la crianza del niño	12	8	0	0	0	1	21	
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	83	9	0	0	0	1	93	
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	1	1	0	1	0	0	3	
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	2	0	0	0	0	0	2	
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	2	0	0	0	0	0	2	
Problemas relacionados con el estilo de vida	5	1	0	0	0	1	7	
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	6	0	0	0	0	1	7	
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	0	1	0	0	0	0	1	

Total	173	35	3	4	4	8	227
-------	-----	----	---	---	---	---	-----

La comparación realizada con las variable Diagnostico con Estado Civil se evidencia que la mayoría de los pacientes son solteros (173), de estos 83 tienen Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, seguido por 14 pacientes con problemas relacionados con el ambiente social y 12 pacientes solteros con otros problemas relacionados con la crianza del niño, los restantes 64 se encuentran dentro de las demás problemáticas identificadas; la segunda variable relevante está dada por los pacientes casados con un total de 35 en total, de los cuales 9 de ellos son tratados por problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, así mismo 8 de estos pacientes con otros problemas relacionados con la crianza y 6 con problemas relacionados con hechos negativos en la niñez. Se observa que el total de solteros y casados son de 209 los cuales fueron diagnosticados en su mayoría por Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares y que el resto es decir, 19 personas del universo se encuentran distribuidos en los demás estados civiles que consultaron, principalmente por problemas relacionados con el ambiente social y problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.

**Gráfica 35.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según el estado civil preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 23.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento– lugar de Procedencia preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10	Procedencia					Total
	Medellín	Envigado	Itagüí	Sabaneta	Otro	
Episodio depresivo	2	4	0	0	1	7
Trastorno depresivo recurrente	1	1	0	0	0	2
Trastornos fóbicos de ansiedad	2	1	0	0	0	3
Otros trastornos de ansiedad	1	3	1	2	1	8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	1	1	0	0	0	2
Trastornos Somatomórfos	0	1	0	0	0	1
Otros trastornos neuróticos	0	1	0	0	0	1
Trastornos no orgánicos del sueño	0	0	1	0	0	1
Trastornos específicos de la personalidad	3	1	2	0	4	10
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	0	1	3	0	0	4
Retraso mental breve	1	0	0	0	0	1
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	0	1	0	0	0	1
Trastornos Hipercinéticos	0	4	0	0	0	4
Trastornos de la conducta	0	1	1	0	1	3
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	0	0	1	0	0	1
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	0	1	0	0	0	1
Otros trastornos emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la	0	1	0	0	0	1

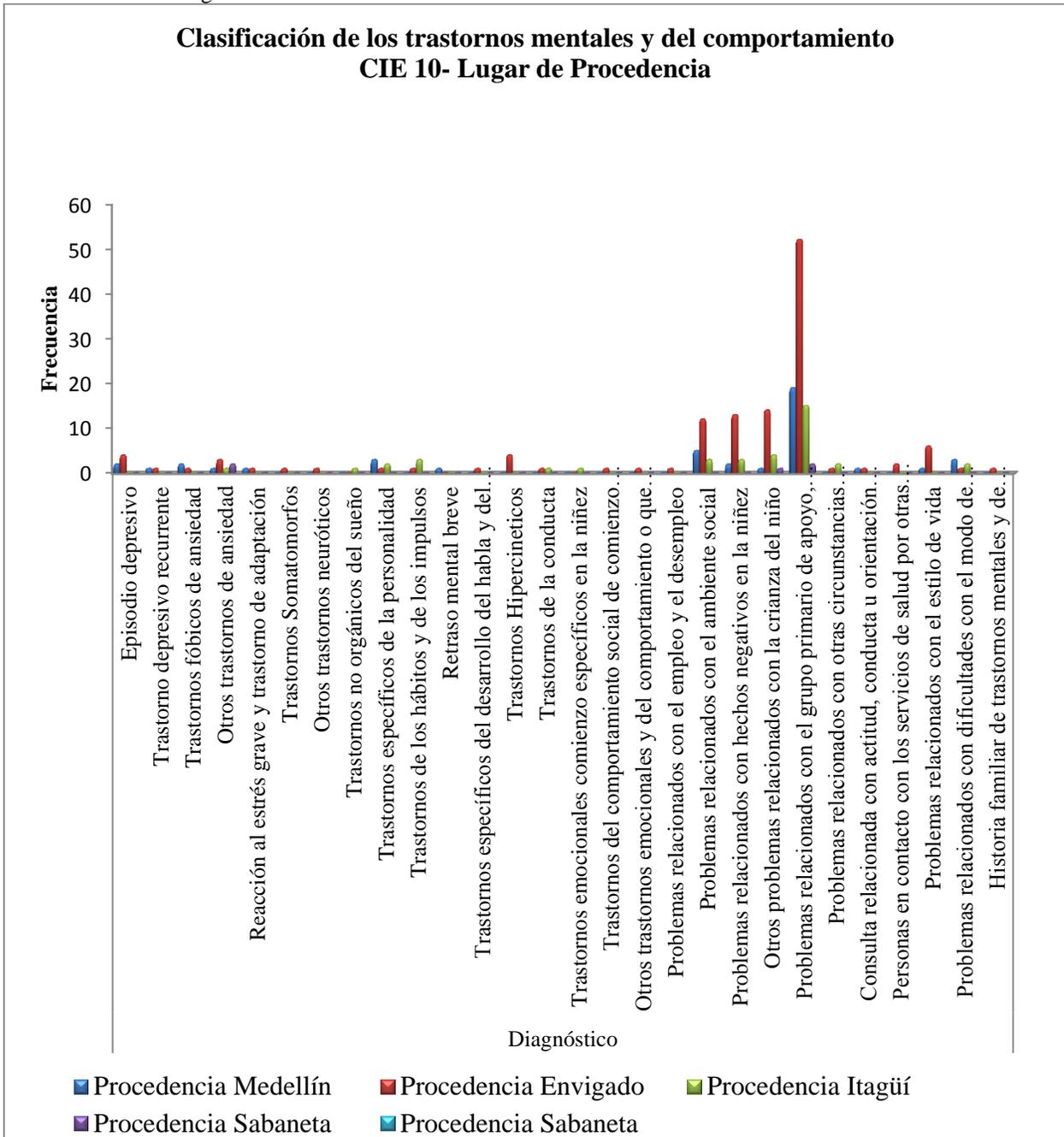
niñez o en la adolescencia						
Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	0	1	0	0	0	1
Problemas relacionados con el ambiente social	5	12	3	0	1	21
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	2	13	3	0	0	18
Otros problemas relacionados con la crianza del niño	1	14	4	1	1	21
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	19	52	15	2	5	93
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	0	1	2	0	0	3
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	1	1	0	0	0	2
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	0	2	0	0	0	2
Problemas relacionados con el estilo de vida	1	6	0	0	0	7
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	3	1	2	0	1	7
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	0	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>126</b>	<b>38</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>227</b>

Los datos que se obtuvieron al cruzar las variables diagnóstico con el lugar de procedencia de los pacientes, se evidencia que la mayoría provienen del municipio de Envigado es decir 126, de los cuales tenemos que 52 de estos tienen problemas relacionados

con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, seguido por 14 personas incluidas en otros problemas relacionados con la crianza del niño, 13 con problemas relacionados con hechos negativos en la niñez y 12 con Problemas relacionados con el ambiente social.

En segundo plano los que proceden del municipio de Medellín dan un total de 43, de los cuales se encontraron 19 con problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, seguido por 5 con problemas relacionados con el ambiente social; por último se evidencia que como dato relevante a 38 pacientes del municipio de Itagüí que principalmente fueron diagnosticados con problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, el resto de las personas de Itagüí están repartidas dentro de los diagnósticos con una diferencia mínima.

**Gráfica 36.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según el lugar de procedencia preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 24.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento- Nivel Académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10	Nivel Académico							Total
	Básica Primaria	Básica Secundaria	Técnica	Tecnología	Profesional	Otra	No Aplica	
	Episodio depresivo	0	7	0	0	0	0	
Trastorno depresivo recurrente	0	0	2	0	0	0	0	2
Trastornos fóbicos de ansiedad	2	1	0	0	0	0	0	3
Otros trastornos de ansiedad	3	4	0	0	0	1	0	8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	1	0	0	0	0	1	0	2
Trastornos Somatomórfos	0	0	0	0	1	0	0	1
Otros trastornos neuróticos	0	1	0	0	0	0	0	1
Trastornos no orgánicos del sueño	1	0	0	0	0	0	0	1
Trastornos específicos de la personalidad	0	4	3	0	2	1	0	10
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	2	1	1	0	0	0	0	4
Retraso mental breve	0	1	0	0	0	0	0	1
Trastornos específicos del desarrollo del habla	0	0	0	0	1	0	0	1

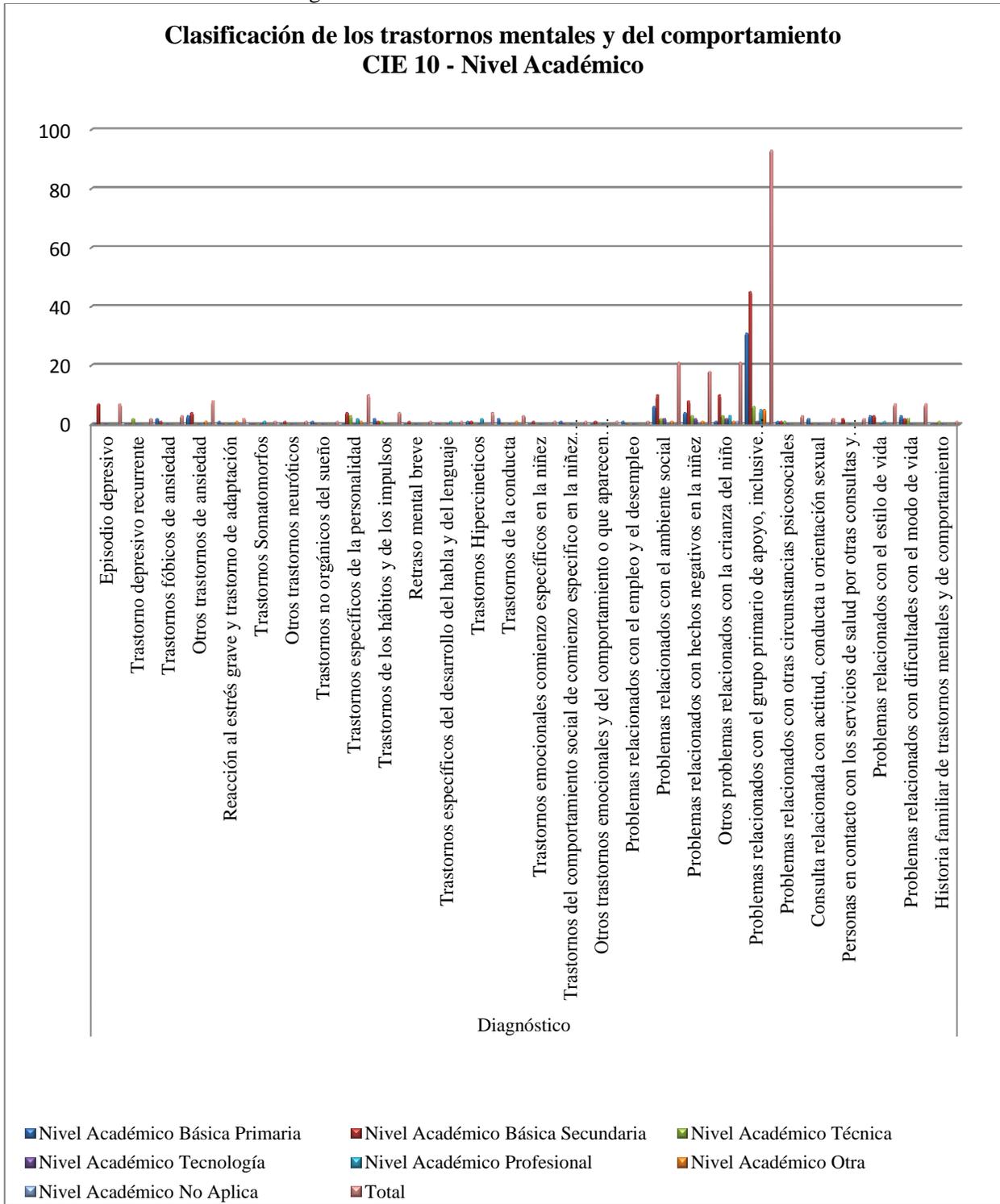
y del lenguaje									
Trastornos	1	1	0	0	2	0	0	4	
Hipercineticos									
Trastornos de la	2	0	0	0	0	1	0	3	
conducta									
Trastornos	0	1	0	0	0	0	0	1	
emocionales									
comienzo									
específicos en la									
niñez									
Trastornos del	1	0	0	0	0	0	0	1	
comportamiento									
social de comienzo									
especifico en la									
niñez y en la									
adolescencia									
Otros trastornos	0	1	0	0	0	0	0	1	
emocionales y del									
comportamiento o									
que aparecen									
habitualmente en la									
niñez o en la									
adolescencia									
Problemas	1	0	0	0	0	0	0	1	
relacionados con el									
empleo y el									
desempleo									
Problemas	6	10	2	2	0	1	0	21	
relacionados con el									
ambiente social									
Problemas	4	8	3	2	0	1	0	18	
relacionados con									
hechos negativos									
en la niñez									
Otros problemas	1	10	3	2	3	1	1	21	
relacionados con la									
crianza del niño									
Problemas	31	45	6	1	5	5	0	93	
relacionados con el									

grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares									
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	1	1	1	0	0	0	0	3	
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	2	0	0	0	0	0	0	2	
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	0	2	0	0	0	0	0	2	
Problemas relacionados con el estilo de vida	3	3	0	0	1	0	0	7	
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	3	2	2	0	0	0	0	7	
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	0	0	1	0	0	0	0	1	
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>103</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>227</b>	

El análisis abstraído por las variables diagnóstico y nivel académico arroja que 103 de los casos se encuentran en básica secundaria dentro de estos 45 tienen problemas relacionados

con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, además se encontró que tenían Problemas relacionados con el ambiente social y otros problemas relacionados con la crianza del niño con 10 pacientes por diagnostico respectivamente; posteriormente se obtiene que 65 pacientes en básica primaria de los cuales 31 se encontraron con Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares y 6 con Problemas relacionados con el ambiente social; por último se evidencia que 24 pacientes con una formación técnica y como dato más relevante tiene que 6 pacientes con Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares.

**Gráfica 37.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según el nivel académico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 25.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento- Estrato Socio-económico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

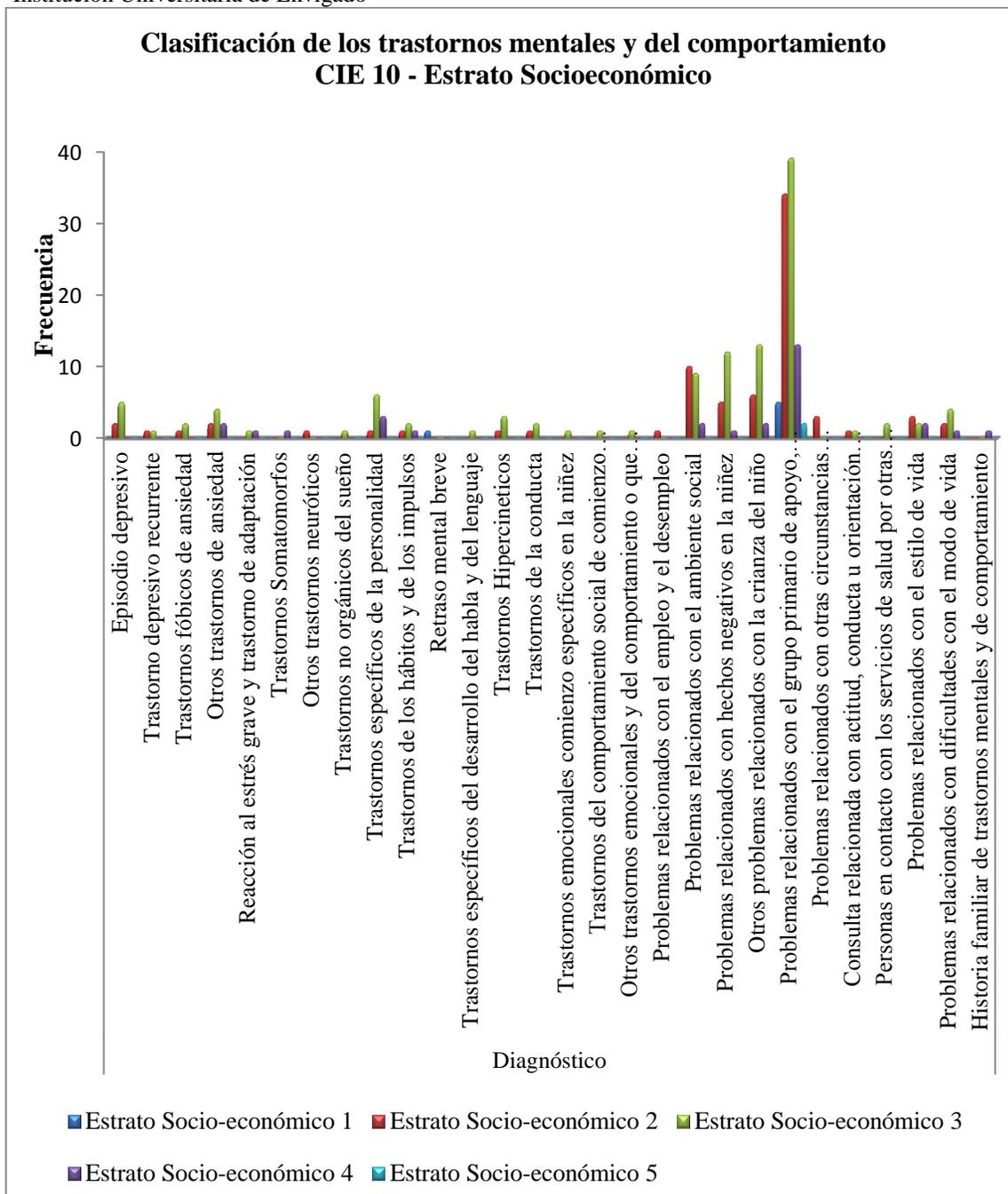
Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10	Estrato Socio-económico					Total
	1	2	3	4	5	
Episodio depresivo	0	2	5	0	0	7
Trastorno depresivo recurrente	0	1	1	0	0	2
Trastornos fóbicos de ansiedad	0	1	2	0	0	3
Otros trastornos de ansiedad	0	2	4	2	0	8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	0	0	1	1	0	2
Trastornos Somatomórfos	0	0	0	1	0	1
Otros trastornos neuróticos	0	1	0	0	0	1
Trastornos no orgánicos del sueño	0	0	1	0	0	1
Trastornos específicos de la personalidad	0	1	6	3	0	10
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	0	1	2	1	0	4
Retraso mental breve	1	0	0	0	0	1
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	0	0	1	0	0	1
Trastornos Hipercinéticos	0	1	3	0	0	4
Trastornos de la conducta	0	1	2	0	0	3
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	0	0	1	0	0	1
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	0	0	1	0	0	1
Otros trastornos emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	0	0	1	0	0	1
Problemas relacionados con el	0	1	0	0	0	1

empleo y el desempleo						
Problemas relacionados con el ambiente social	0	10	9	2	0	21
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	0	5	12	1	0	18
Otros problemas relacionados con la crianza del niño	0	6	13	2	0	21
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	5	34	39	13	2	93
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	0	3	0	0	0	3
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	0	1	1	0	0	2
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	0	0	2	0	0	2
Problemas relacionados con el estilo de vida	0	3	2	2	0	7
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	0	2	4	1	0	7
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	0	0	0	1	0	1
Total	6	76	113	30	2	227

El cruce de variable entre diagnóstico y estrato socio-económico muestra que la mayoría de los pacientes pertenecen al estrato 3, de estos 113 pacientes, 39 tienen problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, 13 con otros problemas relacionados con la crianza del niño y 12 con Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez. Luego se observa a 76 pacientes en el estrato 2, de los cuales 34 se

encuentran con Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares y 10 con problemas relacionados con el ambiente social, estos como los más relevantes en este estrato; por último el estrato 4 en total son 30 pacientes de los cuales 13 tienen Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, este es el dato más relevante en este caso.

**Gráfica 38.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento estrato socioeconómico preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



**Tabla 26.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento– Ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado

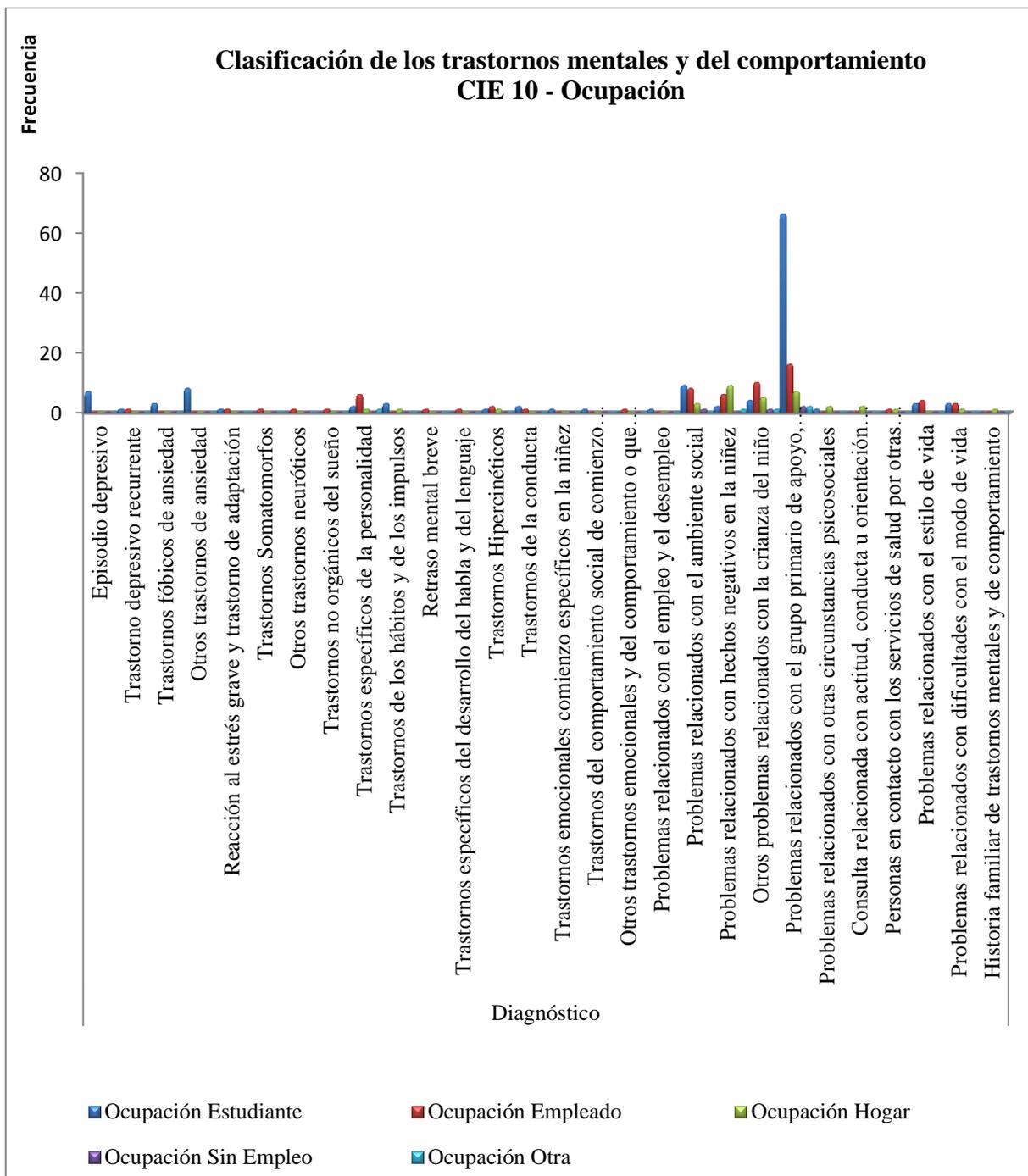
Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10	Ocupación					Total
	Estudiante	Empleado	Hogar	Sin Empleo	Otra	
Episodio depresivo	7	0	0	0	0	7
Trastorno depresivo recurrente	1	1	0	0	0	2
Trastornos fóbicos de ansiedad	3	0	0	0	0	3
Otros trastornos de ansiedad	8	0	0	0	0	8
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	1	1	0	0	0	2
Trastornos Somatomórfos	0	1	0	0	0	1
Otros trastornos neuróticos	0	1	0	0	0	1
Trastornos no orgánicos del sueño	0	1	0	0	0	1
Trastornos específicos de la personalidad	2	6	1	0	1	10
Trastornos de los hábitos y de los impulsos	3	0	1	0	0	4
Retraso mental breve	0	1	0	0	0	1
Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	0	1	0	0	0	1
Trastornos Hipercinéticos	1	2	1	0	0	4
Trastornos de la conducta	2	1	0	0	0	3
Trastornos emocionales comienzo específicos en la niñez	1	0	0	0	0	1
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	1	0	0	0	0	1
Otros trastornos emocionales y del comportamiento o que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	0	1	0	0	0	1
Problemas relacionados con el empleo y el desempleo	1	0	0	0	0	1

Problemas relacionados con el ambiente social	9	8	3	1	0	21
Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	2	6	9	0	1	18
Otros problemas relacionados con la crianza del niño	4	10	5	1	1	21
Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	66	16	7	2	2	93
Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	1	0	2	0	0	3
Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	0	0	2	0	0	2
Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	0	1	1	0	0	2
Problemas relacionados con el estilo de vida	3	4	0	0	0	7
Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	3	3	1	0	0	7
Historia familiar de trastornos mentales y de comportamiento	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>65</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>227</b>

El resultado de la tabla de contingencia que toma las variables de diagnóstico-ocupación muestra que, 119 pacientes son estudiantes, de los cuales 66 tienen problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares y 9 con problemas relacionados con el ambiente social; se continua con 65 pacientes empleados, de estos, 16 tienen Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive

circunstancias familiares y 10 con otros problemas relacionados con la crianza del niño. Por último se observa que a 34 pacientes que se dedican al hogar ( amas de casa), de los cuales 9 tienen problemas relacionados con hechos negativos en la niñez, 7 con problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares y 5 con otros problemas relacionados con la crianza del niño. Los 9 pacientes restantes están distribuidos entre personas sin empleo y otra ocupación.

**Gráfica 39.** Contingencia clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según la ocupación preponderante de los consultantes atendidos en el consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado



## 7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue identificar las características socio- demográficas y prevalencia diagnósticas de la población que acude al consultorio Psicológico Social de la Institución Universitaria de Envigado; para la realización de esta investigación fue necesario incluir nociones acerca de la psicología clínica, la salud mental, epidemiología, etc. También se investigaron antecedentes de algunos estudios que apoyan la investigación. Esta caracterización se realizó con el propósito de tener una visión más objetiva sobre el estado actual de la demanda del Consultorio de dicha Institución.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación, en lo que respecta la prevalencia diagnóstica fue el (Z63.0) que corresponde a problemas relacionados entre esposos o pareja con un porcentaje del 10.83%, impresión que no se asemeja a ningún estudio previo o tomado como referencia, puesto que el estudio realizado en el contexto más cercano, fue el de *“Primer estudio poblacional de salud mental, Medellín 2011-2012”* Realizado por la universidad CES de Medellín, la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Harvard, ésta investigación señala que el diagnóstico prevalente incluye los trastornos de ansiedad (Ansiedad generalizada, agorafobia, fobia específica, estrés post-traumático, ansiedad por separación y obsesivo compulsivo); en este sentido ambos resultados no son comparables debido a que en el estudio poblacional la prevalencia diagnóstica fue trastornos mentales y del comportamiento, en la presente caracterización la prevalencia diagnóstica son los factores que influyen en el estado de salud mental pero no son considerados trastornos mentales.

En Colombia el *Estudio de Salud Mental* de 2003 publicó que el 3.5% de los hombres y el 3.4% de las mujeres presentan ansiedad por separación. En la actualidad, dicha problemática aumenta de manera alarmante; en Colombia las demandas presentadas ante las comisarías de familia por violencia intrafamiliar son cada día más frecuentes, es por esto, que se hace necesario observar éste fenómeno de manera más constante, puesto que a largo plazo puede afectar las conformaciones familiares y a los hijos como tal, ya que de allí provendrán después factores que influyan en las dificultades de socialización, la drogadicción el alcoholismo, la depresión, el rendimiento académico, y la delincuencia etc. así como señala Hawkins y Cols (1992).

Según los hallazgos encontrados, y la correlación de variables en donde subyace una problemática más de tipo familiar, se hace necesario exponer las posibilidades por las cuales, el diagnóstico prevalente, Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, triangulado con la variable edad, y motivo de consulta, abren la discusión a las posibles causas, que intentan dar respuesta desde la teorización sobre la relación de pareja y la teoría sistémica familiar.

Para referirse a los problemas de pareja, es necesario identificar el conflicto como inevitable en cualquier relación íntima, que puede de alguna manera ser constructivo si se sabe manejar, según Stuart (1980) el conflicto puede ser una carga emocional que presione hasta lograr el cambio, en alguno de los dos miembros de la pareja, sin embargo se dice que no hay

una conceptualización única y definida sobre el conflicto en las relaciones de pareja. Sin embargo, no hay que descartar que éste fenómeno presenta comorbilidad, con otros trastornos, como lo argumenta Datillio y Cols. (2000), “Los conflictos de pareja se relacionan estrechamente, en el eje I, con (depresión, abuso de sustancias, trastorno generalizado de ansiedad) o en el eje II , (trastornos de personalidad)”(p. 8). Estadísticamente la ansiedad, se presenta como el trastorno más preponderante, causal del conflicto de pareja, y la depresión en mayor cantidad en el género femenino; en una variación del (18%) en mujeres y (14%) en los hombres. Bruce, Kim (1992). No obstante Epstein (2011) considera que la relación entre el abuso de alcohol y los conflictos en la relaciones de pareja, van en una doble dirección afectando de manera sistémica, en este caso, o causal en otros.

Desde la teoría sistémica familiar se puede contextualizar el resultado de ésta investigación. Así, podrá decirse que las interacciones son maneras de expresarse intencionadamente, en el ámbito familiar son consideradas como el sistema de relación que se da entre dos o más miembros de la familia, que afectan de manera sistémica a todo el grupo familiar. Cada tipo de interacción será clasificado como un “patrón” que determinará la manera de vincularse de las familias. Fairlie (1998), aquellas interacciones se van caracterizando conforme el tipo de vínculo se vaya tejiendo alrededor de la composición familiar.

Se distinguen muchos tipos de interacciones a nivel sistémico, sin embargo reconoce Fairlie (1998) que a pesar de esas relaciones transaccionales, la familia es y será considerada

siempre como la institución protectora por excelencia. Esto es, que más allá del tipo de interacción que se geste dentro de la familia, en términos diádicos o no, debe suponerse que la familia es el primer ente regulador y socializador del individuo, y que allí ha de encontrar ya sea factores protectores o de riesgo que potencien o debiliten sus estructuras socializadoras.

En este sentido se puede mencionar una última investigación que refiere que los factores psicosociales y ambientales son incidentes en los trastornos de depresión mayor, trastorno por angustia y en mayor porcentaje fueron relacionados con los problemas del grupo primario de apoyo con un 54% (Cáceres, 2006).

En el estudio realizado es contundente en señalar que los criterios diagnósticos y estadísticos del DSM IV no son congruentes con los hallazgos encontrados con la población que asiste al Consultorio Psicológico de La Institución Universitaria de Envigado. Puesto que en el DSM IV por ejemplo, se articulan los criterios evaluativos en relación a una clasificación estrictamente taxonómica, dejando de lado aspectos relacionados con la dinámica familiar y aspectos intersubjetivos de los consultantes, elementos importantes que quedarían contemplados en una clasificación nosológica. Esto en contexto, evidencia de que no todas las demandas y las consultas de los usuarios de un centro de salud mental o similar, se pueden contextualizar en términos estrictamente psicopatológicos o bajo los criterios de enfermedad mental.

## 8. CONCLUSIONES

Los hallazgos de la investigación son concluyentes al determinar que: la impresión diagnóstica prevalente fue: *problemas relacionados con el grupo primario de apoyo*, inclusive circunstancias familiares con 10.8%; seguido de *problemas relacionados con el ambiente social* con 6.67%; y *problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital* con 5%.

En cuanto la variable sociodemográfica las personas que más acuden a consulta en porcentajes, son respectivamente: 74% solteros; 54% viven en Envigado; género masculino en un 60%; 46% de ellos cursaron hasta básica secundaria; 49.2% son estrato 3; 52.5% son estudiantes; 23.8% tienen entre 19-35 años de edad. Con respecto al motivo de consulta prevalente se muestra que los problemas relacionados con el estilo de crianza, es el más preponderante (16.3%).

Cabe señalar también que los criterios diagnósticos ligados a los consultantes que acuden al Consultorio Psicológico de la Institución Universitaria de Envigado, no se corresponden con aquellos articulados con el DSM IV TR, esto deja entrever que las demandas de consulta estipuladas por los usuarios no son congruentes con aquellos estipulados por los manuales diagnósticos de carácter estrictamente taxonómicos. Lo que permite pensar que dichos criterios diagnósticos marcan diferencias significativas de los consultantes en aspectos tales como dimensión social, cultural, e incluso geográfica.

Se muestra que debido al acceso limitado que hubo en el momento de la recolección de información estadística y epidemiológica de los consultorios pertenecientes a la red ISUAP, no se pudo realizar un estudio comparativo que mostrara diferencias o similitudes significativas relacionadas a los hallazgos objeto de ésta investigación.

También, puede concluirse que las políticas públicas de promoción y prevención en el Municipio de Envigado, y por parte de la Institución Universitaria de Envigado, está ligada primordialmente a la atención clínica de los usuarios, por lo que puede evidenciarse que podrían implementarse programas de tipo extramural, que promuevan la prevención en problemas relacionados con la salud mental.

## **9. RECOMENDACIONES**

Se debe generar fácil acceso a los registros de información de los consultorios psicológicos de las diferentes universidades; con el fin de que la información estadística tenga fluidez en términos epidemiológicos.

En términos institucionales, se sugiere tener mayor rigurosidad en cuanto al diligenciamiento de historias clínicas; ya que en el proceso investigativo, se encontraron varias fuentes faltantes de información.

Se pretende que haya continuidad en el estudio y que sea considerada por el área de investigación de la Institución Universitaria de Envigado, así como por otras entidades e instituciones universitarias y de salud pública, que aborden estudios epidemiológicos en el Aburrá sur, para contrastar con los hallazgos obtenidos en ésta investigación.

## 10. REFERENCIAS

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Washington, DC: APA, 4<sup>a</sup> ed., Texto Rev.
- Barlow, D. y Durán, V. (2001). Evaluación Clínica y Diagnostico. *Psicología Anormal*, 72-93  
Madrid: Thomson Learning.
- Bonilla, E.y Rodríguez, P. (1997). Más allá del dilema de los métodos, de investigación en ciencias sociales. Bogotá: Norma.
- Belloch, A. y Sandin, B. (2008). Clasificación y Diagnóstico en Psicopatología. *Manual de Psicopatología*, pp. Madrid: Mc Graw Hill.
- Briones, G. (1996). Metodología de la investigación Cuantitativa en ciencias Sociales. Bogota: Arfo.
- Bruce, L. & Kim, K. (1992). Differences in theEffects of Divorceon Major Depression in Men and Woman.American Journal of Psychiatry. New York: Pergamon.
- Fairlie, D. (1998). “Teoría De Las Interacciones Familiares”. *IPSI Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 41 – 74.

Gutiérrez, D. (2012). *Caracterización de los consultantes que acuden al centro de atención psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá periodo comprendido entre enero 2002 y diciembre 2005*. (Tesis de pregrado, Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, 2012). Recuperado de <http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/handle/10819/564>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mac Graw Hill.

Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Paidós.

Ellis, A., Sichel, J., Yeager, R., DiMattia, D. & Digiuseppe, R. (1989). *Rational- Emotive couples therapy psychology practitioners guidebooks*. New York: Pergamon.

Epstein, N., Pretzer, J. & Fleming, B., (1987). *The Role of Cognitive Appraisal in Selfreports of Marital Communication*. Behavior Therapy. Pergamon.

Institución Universitaria de Envigado. (2015). *Servicios Institucionales, Consultorio de Psicología*. Recuperado de <http://www.iue.edu.co/portal/index.php/servicios-institucionales/consultorio-psicologico-social>

Carrasco, J. (1989). El método estadístico en la investigación médica. Madrid: Editorial

Ciencia 3

López, M., Montoya, D. y Dussán, C. (2012). Caracterización De Los Asistentes Al Centro De

Atención Psicológica De La Universidad De Manizales, 2006 – 2010. *Scielo*, 17(2).

Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

[75772012000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Marín, C., Londoño, N., Juárez, F., Giraldo, F. y Ramírez, V. (2010). Prevalencia de trastornos

mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la

universidad de san buenaventura, Medellín-Colombia. *Dialnet*, 10(1). Recuperado de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642073>

Melero, R. (2008). *“La relación de pareja, apego, dinámicas de interacción y actitudes*

*amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación”* (Tesis de pregrado,

Universidad de Valencia). Recuperado de

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10234/melero.pdf;jsessionid=1FB6FEB1A>

[EBD453AC7161EAD06F24A2F.tdx1?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10234/melero.pdf;jsessionid=1FB6FEB1A)

Microsoft Corporation Office (2007). Base de Datos, Excel. CopyRight. Recuperado de

<http://exceltotal.com/funciones/base-de-datos/>

Organización Mundial de la Salud. (2006). CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas relacionados con la salud: Descripciones Clínicas y Pautas en el Diagnostico. Madrid: Meditor.

Osorio, Y. (2012). *Caracterización sociodemográfica y prevalencia de la población atendida en el Consultorio Psicológico de la Universidad Católica de Oriente*. (Tesis de pregrado, Universidad Católica de Oriente). Recuperado de <http://app.uco.edu.co:8084/BibliotecaWebUco/GestionarDocumentosTextoCompleto.js>

p

## 11. ANEXOS

**Anexo 1** Formato Historia Clínica Consultorio IUE

**Fecha primera consulta:** DD/ MM/ AA/

**Profesional que atiende:**

**Nombres y apellidos:** Socorro Sánchez

**Fecha de nacimiento:** DD/ MM/ AA/

**Edad:**

**Sexo:** M F

**Ocupación:**

**Estado civil:**

**Escolaridad:**

**Lugar de procedencia:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Estrato socioeconómico:**

**Personas con quien vive:**

**Nº hijos:**

**Nombre del cónyuge:**

**Edad:**

**Escolaridad:**

**Ocupación:**

**Residencia actual:**

**Teléfono:**

**Nombre del acompañante:**

**Teléfono:**

**Parentesco:**

## CONFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre	Apellido	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación

Motivo de Consulta:

Remitido por:

**Aspectos Generales del Desarrollo:** Embarazo, parto, estado general de salud prenatal y posnatal.

Desarrollo Motriz:

Desarrollo del lenguaje:

Desarrollo Cognitivo:

Desarrollo Social:

Desarrollo Afectivo:

**Área Familiar:** Relación con las figuras de apego:

Tipo de familia y rol del paciente dentro de esta:

Estilo de normas, disciplina y pautas de crianza:

**Área Escolar:** Niveles de escolaridad alcanzados, metas en esta área:

Logros y dificultades académicas, motivos que los ocasionan:

Relación con las figuras de autoridad:

Relación con los pares:

**Área Cognitiva:** Estilos de afrontamiento a los problemas:

Procesos psíquicos superiores (atención, memoria, lenguaje, gnosis, praxias):

Utilización de la función ejecutiva y la metacognición:

**Área Social:** Estilo de interacción social:

Manejo de situaciones sociales, niveles de adaptación:

Relaciones de pareja:

Utilización del tiempo libre:

**Área Personal – Afectiva:** Capacidad de toma de decisiones:

Autoesquemas: autoestima y autoeficacia:

Capacidad de dar y recibir afecto:

Expresión y manejo de la sexualidad:

Respuesta a situaciones de estrés:

Motivación para el logro y tolerancia a la frustración:

Manejo de ansiedad y temores:

Alteraciones de índole emocional:

Sentido y proyecto de vida:

**Área de la Salud:** Nivel de salud a lo largo del ciclo vital:

Aspectos hereditarios de salud física y/o mental:

Hábitos de alimentación, sueño, consumo de sustancias:

Tratamientos anteriores:

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**METAS TERAPEUTICAS:**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
CONSULTORIO PSICOLOGICO DE PROYECCION SOCIAL**

NOMBRE DEL TERAPEUTA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONSUTANTE: \_\_\_\_\_

HISTORIA #: \_\_\_\_\_

FECHA	HOR A	SESI ÓN N°	OBSERVACIONES
DD/M M/AA			

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TERAPEUTA

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
CONSULTORIO PSICOLÓGICO DE PROYECCIÓN SOCIAL**

**INFORME PSICOLOGICO**

**I DATOS GENERALES**

Nombre:

Identificación

Fecha de nacimiento:

Escolaridad:

Estado Civil:

Remitido por:

Edad:

Ocupación:

Terapeuta:  
Practicante:  
Fecha del informe:

Asesor:

**II MOTIVO DE CONSULTA:**

**III PROCESO TERAPEUTICO:**

**IV IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

**V RECOMENDACIONES:**

Firma del terapeuta

Firma del asesor

## **SUPERVISIÓN DE CASOS TERMINADOS**

**Nº DE HISTORIA** \_\_\_\_\_

**TERAPEUTA:**

**PRACTICANTE:**

**ASESOR:**

**CONSULTANTE:**

**FECHA DE INGRESO AL C.P.P:**

**FECHA EN QUE SE DA POR TERMINADO EL CASO:**

**MOTIVO POR EL CUAL SE TERMINA EL CASO:**

**DESERCIÓN:**

**DE ALTA:**

**CANCELADO:**

**REMITIDO A:**

**MOTIVO:**

OBSERVACIONES:

LA HISTORIA CLÍNICA SE ENTREGA PARA SER ARCHIVADA

FECHA DE ENTREGA:

Coordinador Consultorio Psicológico

Terapeuta