

**CARACTERIZACIÓN DE LOS CONSULTANTES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO FRAY ELOY LONDOÑO DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTA PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2002 Y DICIEMBRE 2005.**

DIANA GUTIÉRREZ

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BOGOTA, D. C
2007**

**CARACTERIZACION DE LOS CONSULTANTES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO FRAY ELOY LONDOÑO DE
LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTA PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2002 Y DICIEMBRE 2005.**

DIANA GUTIÉRREZ

**ASESOR METODOLÓGICO
HÉCTOR RICARDO JIMÉNEZ**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BOGOTA, D. C
2007**



**TRABAJO DE GRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
No. 20071119-008**

En la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C., siendo las 07:00 A.M. horas del día 15 del mes 11 del año 2007, se realizó la sustentación del Trabajo de grado titulado:

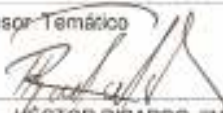
"CARACTERÍSTICAS DE LOS CONSULTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA FRAY ELOY LONDOÑO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTÁ PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2002 Y DICIEMBRE 2005".

Cuyos autores son:

Nombre y Apellido	Código y C.C.	Facultad o Programa
Diana Patricia Gutierrez Rojas	2000281029 52692261	Psicología

Como uno de los requisitos para optar por el título PSICÓLOGO, respectivamente.

Los asesores del trabajo de grado fueron:

Asesor Temático

HÉCTOR RICARDO JIMÉNEZ MARTÍN
C.C. 79710386

Una vez finalizada la evaluación de ésta sustentación, el trabajo aquí relacionado obtuvo la calificación de **ACEPTADO**

Los jurados fueron:


CARLOS ANDRÉS GANTIVA DÍAZ
C.C. 79.723.996


JAIME HUMBERTO MORENO MÉNDEZ
C.C. 93.369.699

Observaciones: _____

En constancia de lo cual se firma y se sella en la ciudad de Bogotá, D.C.


CLEMENCIA RAMÍREZ HERRERA
DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA


JUAN CARLOS MAHECHA
DIRECTOR DE PROGRAMA

AGRADECIMIENTOS

Doctor:

Héctor Ricardo Jiménez

E. S. D.

Estimado Doctor:

Reciba un saludo de paz y bien.

Ha sido para mi motivo de orgullo aceptar su colaboración como Director de proyecto de grado, es por eso que hoy reitero mi mas sincero agradecimiento en especial, a la Universidad de San Buenaventura, a la Doctora Clemencia Ramírez decana de la facultad de psicología y al Doctor Carlos Avendaño Director del Centro de Atención Psicológico, quienes apartaron a mi formación y tuvieron como misión formar profesionales que puedan prestar un servicio de atención especializada desarrollando proyectos que articulen la función docente, la proyección social y la investigación.

En esta investigación se refleja el espíritu investigativo, el esfuerzo y dedicación con que fue elaborado, de lo cual fui testigo y orientadora, además de la sólida estructuración profesional conseguida por la autora a través de los años de estudio en nuestra facultad.

Por lo anterior y teniendo la absoluta seguridad de que el trabajo en cuestión puede llegar a ser un aporte mas para el desarrollo que nuestra profesión, agradezco a las personas que hicieron posible que el objetivo se cumpliera.

Atentamente,

DIANA GUTIÉRREZ

COD 200281029

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 9

MARCO TEÓRICO 9

Historia de Enfermedad 10

Definición de enfermedad 11

Definición de necesidades básicas insatisfechas 13

Definición de Salud 14

Psicología de la salud 18

Definición de Epidemiología 20

Epidemiología salud y enfermedad 21

Epidemiología clínica 21

Psicología clínica 23

Función del psicólogo clínico 24

Factores epidemiológicos que se presentan en el CAP 27

Problemas familiares 28

Problemas de comportamiento 33

Problemas con conducta suicida 35

Técnicas del psicólogo clínico 38

JUSTIFICACIÓN 43

PROBLEMA 44

OBJETIVOS 44

General 44

Específico 44

VARIABLES 45

METODOLOGÍA 50

Tipo de investigación 50

Unidad de análisis 50

Instrumento 50

Procedimiento 50

CONSIDERACIONES ÉTICAS 51

RESULTADOS 52

DISCUSIÓN 78

REFERENCIAS 81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 frecuencia de las variables sociodemográficas	52
Tabla 2 frecuencias edad	52
Tabla 3 frecuencias genero	53
Tabla 4 frecuencias pareja	53
Tabla 5 frecuencias escolaridad	54
Tabla 6 frecuencias ocupación	55
Tabla 7 frecuencias estrato	55
Tabla 8 frecuencias estado civil	56
Tabla 9 frecuencias localidad	56
Tabla 10 frecuencias motivo de consulta	57
Tabla 11 frecuencias expectativas del paciente	59
Tabla 12 motivo de consulta * edad	60
Tabla 13 motivo de consulta * genero	62
Tabla 14 motivo de consulta * pareja	64
Tabla 15 motivo de consulta * escolaridad	65
Tabla 16 motivo de consulta * ocupación	66
Tabla 17 motivo de consulta * estrato	68
Tabla 18 motivo de consulta * estado civil	69
Tabla 19 motivo de consulta * expectativas del paciente	71
Tabla 20 de impresiones diagnosticas utilizadas	73

ÍNDICE DE APÉNDICE

APÉNDICE 85

APÉNDICE A Variables sociodemográfica 2002-2005 85

APÉNDICE B Formato validación de jueces 102

APÉNDICE C Criterios para la evaluación 105

APÉNDICE D Definición de variables 108

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS CONSULTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO FRAY ELOY LONDOÑO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTA PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2002 Y DICIEMBRE 2005.

El propósito de este estudio es observar el perfil de la población que accede al centro psicológico mediante diferentes variables epidemiológicas de mayor incidencia, para esto fue necesario hacer un recorrido desde la psicología clínica, de la salud y algunos estudios acerca de la salud mental y de la enfermedad mental.

Se abarcarán conceptos relacionados con criterios de incidencia los cuales serán útiles al psicólogo en general para proyectos hallazgos diagnósticos, pronósticos y respuestas terapéuticas especiales de grupo y del paciente individual, así como para estudiar la distribución y los determinantes de la enfermedad en grupos y poblaciones. Este tipo de estudio se hará también con el fin fortalecer las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida en la comunidad y también se hará con el fin de sensibilizar sobre el tema de Salud Mental a toda la población para que identifiquen oportunamente los factores de riesgo.

Se trabajó con las historias clínicas que presenta en la actualidad el centro psicológico y con un primer estudio epidemiológico que se realizó en dicha institución. Este estudio fue abordado desde una perspectiva cuantitativa con método descriptivo. En el cual se pudo identificar que las personas que mas acuden al CAP son adultos, estudiantes, estrato tres, solteros, en la localidad de barrios unidos, los principales problemas son de tipo académico y familiar.

El estilo de vida que ha asumido la sociedad moderna, la forma en que individualmente se maneja las obligaciones y los diferentes tipos de personalidad, hacen más o menos susceptibles a vivir determinadas emociones. La carga excesiva de trabajo, los problemas económicos, la violencia, la competitividad y muchos factores psicológicos, arrastran hacia emociones negativas las cuales operan a su vez como agentes, que aumentan la sobrecarga y riesgo de padecer alguna enfermedad mental y física. A tenor de lo anterior la salud mental se debe enfocar no solo como una palabra sino a una realidad que se vive a diario, es un tema que pareciera de poca importancia pero que muchos han tratado de profundizar y

aun no se ha logrado encontrar persona alguna que no padezca sus síntomas negativos.

Al decidir que tema abordar en la presente investigación, se observó que el tema de la salud en general es un tema que provee mucha información, allí se encuentran plasmados claros ejemplos de riesgo en los que se encuentra la población por no tener un concepto claro de ello. Esto hace referencia a la poca información que se maneja no solo a nivel educativo sino a nivel general de los medios de comunicación que muchas veces limitan la información. Es por esto que se debe tener una visión clara de lo que epidemiológicamente ocurre en el país.

Por consiguiente cabe resaltar que el propósito de esta investigación es describir el perfil epidemiológico de la población que accede al centro psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad San Buenaventura y sus variables, por medio de indicadores de incidencia.

En la antigüedad las personas no manejaban un concepto claro de lo que era la enfermedad, ni la salud por eso se ve la necesidad de plasmar el pensamiento de nuestros antepasados ya que se creía que las enfermedades se producían como resultado del contacto con agua en malas condiciones, alimentos contaminados u otras personas enfermas. Una vez enfermas, las personas buscaban los cuidados médicos con la esperanza de curarse, pero, en aquellos tiempos, la medicina tenía pocas curas que ofrecer. La duración de la mayor parte de las enfermedades como en el caso de la fiebre tifoidea, la neumonía y la difteria. En este sentido las personas morían o se recuperaban en cuestión de semanas. La gente tenía una responsabilidad muy limitada a la hora de contraer una enfermedad ya que creía que era imposible evitar las enfermedades contagiosas (Alarcón, 2005).

Con el transcurso del siglo XX, la salud experimentó diversos cambios importantes. En primer lugar las causas fundamentales de muerte han pasado de ser las infecciosas a aquellas que están relacionadas con un comportamiento y un estilo de vida insalubre. En segundo lugar el creciente coste de los cuidados médicos ha resaltado la importancia que tiene educar a la gente acerca de cómo las costumbres saludables pueden disminuir los riesgos de caer enfermo (Alarcón, 2005).

Actualmente, los problemas sanitarios fundamentales ya no proceden de las enfermedades infecciosas, sino de las enfermedades crónicas que se desarrollan, persisten o vuelven a aparecer durante un largo periodo de tiempo. Por trastornos crónicos incluyen las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y los accidentes cerebro-vasculares las cuatro causas principales de muerte. En 1900, la mayor parte de las muertes se producían por enfermedades cuya raíz se encontraba en problemas de salud comunitaria o pública, tales como gripe, la neumonía, tuberculosis. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX la mayor parte de las muertes podían atribuirse a enfermedades asociadas al comportamiento y al estilo de vida individual. (Alarcón, 2005)

Las personas jóvenes con una edad comprendida entre los 15 y 24 mueren con mayor frecuencia a causa de accidentes o de daños no intencionados que por cualquier otro motivo. En 1995, los daños no intencionados eran responsables de aproximadamente el 40 % de las muertes en este grupo de edad, el homicidio provocaba aproximadamente el 21% de los decesos y el suicidio era responsable del 14%. En el caso de los adultos con edades comprendidas entre los 25 y los 44 años de edad, el cuadro resulta bastante diferente. Desde 1993 el SIDA ha superado a los daños no intencionados como primera causa de muerte entre la población situada en este rango de edad (Gómez, 2002)

Proteger a la gente del riesgo resulta preferible a utilizar tratamientos curativos, ya que las enfermedades crónicas resultan muy difíciles de curar y vivir con una enfermedad crónica disminuye en gran medida la calidad de vida. (Incluso mejor que el tratamiento de las enfermedades o la prevención de los riesgos.) Habitualmente, permanecer sano suele ser más fácil y menos costoso que recuperarse. De esta manera, la prevención de la enfermedad mediante la práctica de un estilo de vida saludable, la detección temprana de síntomas y la reducción de los riesgos para la salud forman parte del cambio de filosofía en el campo del cuidado de la salud (González & Sabeh, 2003).

En la última década, algunos países de Latinoamérica, bajo los auspicios o asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), han realizado análisis, en todas las edades de la frecuencia de algunas enfermedades, según indicadores de pobreza o condiciones de vida, los cuales han servido para evidenciar la falta de equidad, y sustentar la necesidad de considerar políticas de desarrollo social (Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003)

Por consiguiente, es importante resaltar que en Colombia, el Ministerio de Salud publicó los indicadores correspondientes a diez años de estadísticas (MINISTERIO DE SALUD, 2002), donde se presenta un análisis de la mortalidad según diez estratos del indicador síntesis de Necesidades Básicas Insatisfechas, en el que se plantea que existe una alta correlación entre mortalidad y grado de urbanización, medida como concentración de población. Igualmente, mencionan que durante 1985, año de referencia del análisis, no encontraron en el país, ningún municipio en el rango de 0 a 9.9% de Necesidades básicas insatisfechas y había sólo tres en el rango de 10 a 19.9 % de Necesidades básicas insatisfechas y que en los rangos entre 20 a 29.9% y 30 a 39% de Necesidades básicas insatisfechas, se ubicaron las

ciudades capitales y algunas ciudades intermedias. (Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003)

Los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas se definen como "las carencias que tienen los hogares en ciertos bienes y servicios que se consideran básicos para su subsistencia". Este indicador refleja y mide las carencias que tienen los hogares que se consideran esenciales para la subsistencia de sus miembros. Mediante este indicador se pretende identificar la proporción de personas que no pueden disfrutar de bienes y servicios que la sociedad considera básicos. En la actualidad, el DANE se encuentra elaborando nuevos indicadores de Necesidades básicas insatisfechas, más acordes con las características de sus pobladores y de sus viviendas, que permitan una diferenciación más fina entre ciudades y regiones, atendiendo la diversidad (Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003)

Es claro que el tema de la salud, requiere un abordaje no sólo de los indicadores de mortalidad y morbilidad, sino de otros indicadores mediante los cuales sea posible ver el grado de influencia, positiva o negativa, en la determinación del proceso salud – según George Stone (1987) las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas. Las que consideran la salud como un estado ideal y aquellas que hablan de la salud como un movimiento en una dirección positiva. La primera definición implica que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que el estado ideal puede restaurarse, eliminando la enfermedad. Esta definición implica que el movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se produce en dirección opuesta. Puesto que la salud es multidimensional, todos los aspectos de la vida biológicos, psicológicos y sociales deben ser tenidos en cuenta (Alarcón, 2005).

Recientemente se han hecho serios intentos en procura de una nueva definición de la salud mental en términos positivos. Este enfoque del problema es útil para la mayoría de las personas que nunca han de sufrir trastornos graves (Peck, 2000).

No obstante, operando sobre los conceptos positivos de la salud mental tendremos mujeres, hombres, niños, y niñas en óptimas condiciones para enfrentarse y sortear las dificultades que se presentan en cada ciclo vital, tenderemos relaciones armónicas, productividad y progreso tanto individual como social (Gonzáles & Sabeh 2003)

Por otro lado, cabe resaltar que existen numerosos conceptos de salud mental, podría decirse que históricamente ha existido una evolución en la forma de definirla y afrontar su disfuncionalidad, lo cual se presta para hacer una referencia holística de su significado. Posiblemente en otros momentos de la historia o en otras culturas se pensaba diferente a lo que se piensa hoy de este tema: Según la corriente órgano-mecanicista la salud mental, giraba en torno al hecho de que la patología mental era siempre la consecuencia de una lesión cerebral, la medicina refuerza estos conceptos con las apariciones en las descripciones anatómicas del cerebro, pero cuando poco a poco se encontraron con situaciones de morbi-mortalidad que no tengan ninguna lesión de base. (León, Martínez, García, 2003)

Con el surgimiento de las teorías de Sigmund Freud se emerge otros conceptos de salud mental, en donde se define que la salud mental no respeta únicamente al funcionamiento de las estructuras cerebrales sino que también el medio, la historia de cada individuo, la experiencia, y las interacciones con los otros, se deben tener en cuenta para entender el porqué de su mayor o menor equilibrio emocional, incluyendo en este modelo de investigación los factores psicológicos, sociales y antropológicos.

La salud mental puede considerarse como un constructor que no tiene una definición directa. Desde esta óptica, para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Muchos autores como Font (1983), Goldenberg & Lubchansky (1990), Vázquez (1990), Ugalde & Lluch (1991) y Tizón (1996), defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada. Tizón (1996) señala algunas razones que desaconsejan la dicotomía entre salud física y salud mental: cuando hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Muchos problemas psicológicos se manifiestan con frecuencia, a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia) (OMS, 2001).

Además, los estados emocionales y afectivos conllevan reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicosomáticos. Desde esta perspectiva, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general (Ugalde & Lluch, 1991).

Por esta razón es importante establecer una relación entre salud y calidad de vida con la psicología del desarrollo la cual se define como el estudio de los cambios y continuidad de la conducta desde la infancia a la edad adulta. La psicología del desarrollo presta especial atención a la psicología infantil ya que es una de las áreas más importantes de la psicología y a su vez supone el estudio sistemático de las personas en cada etapa de su desarrollo a través del ciclo vital (Rice, 1997).

Cuando se habla de salud se debe asumir al ser humano como un ser total, refiriéndose al concepto de salud en todas sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y espirituales de manera

interdependiente e integrada lo cual marca la relación del individuo con su ambiente. Cuando se habla de enfermedad mental no depende únicamente de la alteración y de la personalidad, sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones (Gómez, 2002)

Según la OMS la salud mental responde a: un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo, se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social (OMS, 2001).

Según algunas definiciones la salud mental es dinámica y cambiante, y debe estar a la disposición de enfrentar la transformación de la sociedad como la economía, la desintegración familiar, cambio en los roles, pobreza, desempleo, violencia etc. No podemos desligar como determinantes individuales en salud mental a las causas endógenas y sociales, todo lo contrario; es la conjugación de la historia personal y genética de un individuo y las experiencias concretas que vive día a día en el sistema social en que nos encontramos. (Gómez C, 2002)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la creación en el año de 1948 propende por que todos los pueblos puedan alcanzar el máximo grado de salud posible, este organismo especializado en salud día a día favorece a la humanidad con sus aportes investigativos , asistencia a los gobiernos en la consecución de los objetivos de los servicios sanitarios, promueve y orienta proyectos de prevención y control de enfermedades físicas y mentales, representa la máxima autoridad a nivel mundial para la toma de decisiones en salud, proporciona asistencia en casos de

emergencia, suscita la actualización y educación de los profesionales de la salud , entre otras. (OMS, 2001)

Los programas de servicios sociales tratan de salir al paso de aquellas carencias y problemas que se presentan como más urgentes: personas que no tienen cubiertas las necesidades básicas (comida, techo o abrigo), niños y ancianos desprotegidos, familias sin recursos económicos, sectores con problemas de exclusión (jóvenes, mujeres, etc.), minorías discriminadas, etc. Estas problemáticas se imponen en la práctica como evidentes y ante ellas se adoptan respuestas que pretenden paliarlas o solventarlas. A partir de aquí, todo se plantea en términos de necesidades y recursos de acuerdo a la siguiente argumentación: "las necesidades son muchas y los recursos escasos. Por estas y otras razones no podemos dejar de lado la función de otros profesionales que intervienen de manera positiva en la salud (OMS, 2001)

Por eso que se debe resaltar el papel que juega la psicología de la salud ya que constituye, en últimas, el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no solo se reconoce su función y su aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Rice, 1997).

La función de los profesionales y de los voluntarios del trabajo social sería evidente por sí misma: ante unos problemas concretos (que están ahí)

se organizan unas respuestas. Sin embargo, la necesidad social no es un hecho empírico que se impone por sí mismo (no “está ahí” simplemente), ya que siempre implica, al menos, dos elementos: un juicio de valor sobre lo que se considera deseable o necesario y una interpretación sobre la génesis social de dicha necesidad. Además, tanto los juicios de valor como las interpretaciones sobre el origen de las necesidades no se formulan arbitrariamente por cada individuo, sino que suelen estar condicionados por intereses y estrategias de grupo o clase social. Esto cobra especial relevancia cuando el modelo social que regula las necesidades se caracteriza por la desigualdad social. (León, Martínez,, García 2003)

Las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado deberán ser unos servicios más acordes con las necesidades de la población y mejor utilizados (León, Martínez, García, 2003)

El modelo psicológico de la salud estudia la actividad individual humana, destaca la dimensión psicológica de la salud, y el objetivo del modelo es analizar. El propósito del análisis es relacionar las practicas individuales (factores procesos) con el estado de salud. Por consiguiente la psicología de la salud trata a la persona a lo largo de todas las etapas de su vida. Es de gran importancia resaltar que la epidemiología se ha convertido en una herramienta de gran importancia para el proceso de investigación, su capacidad de recolectar, procesar y analizar grandes volúmenes de información la ha convertido en un elemento imprescindible para la plantación y evaluación de los programas de salud, por lo cual es una de las disciplinas que mas aporta al proceso de administración de la salud y la seguridad social. (Uribe, 2003)

Por esta razón, la investigación epidemiológica actual continúa interesándose por las causas de las enfermedades. En los últimos años se ha prestado mayor atención a la epidemiología de las enfermedades neoplásicas; determinando las causas de ciertos tipos de cáncer. La epidemiología se encuentra estrechamente relacionada con la medicina preventiva, la epidemiología experimental contribuye a la evaluación de medidas o campañas que tienen por objeto promover la salud (Uribe, 2002)

Para muchos la epidemiología es el "estudio de las epidemias" es decir, de las "enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado"

Su significado deriva del griego *Epi* (sobre) *Demos* (Pueblo) *Logos* (ciencia). Una definición técnica es la que propone que la epidemiología es el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas. Ambas definiciones, se corresponden con el significado que la disciplina ha tenido en dos momentos históricos muy distintos. Es así como la primera definición corresponde a la conceptualización surgida en los inicios de la epidemiología, cuando ésta centró su interés en el estudio de procesos infecciosos transmisibles (pestes) que afectaban grandes grupos humanos. Estas enfermedades, llamadas epidemias, resultaban en un gran número de muertes frente a las cuales, la medicina de aquella época no tenía nada efectivo que ofrecer (Alonso, 2001).

La segunda definición constituye una más actualizada y en ese sentido de mayor amplitud y especificidad. Es posible afirmar que la evolución científica, tecnológica y el cambio en el nivel de vida de las poblaciones, modificaron el tipo de enfermedades que afectaban en mayor número y más gravemente a la población.

Esta modificación puso de relieve enfermedades no infecciosas cuya elevada frecuencia de aparición no era consecuencia de los mecanismos clásicos de transmisión conocidos para las enfermedades infecciosas transmisibles. Estas enfermedades son conocidas hoy como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT. Non Communicable Diseases NCD en Inglés) y también son materia importante de estudio en la epidemiología moderna (Font, 1983).

Salud y enfermedad son uno y en ese sentido deben ser entendidos. El concepto o noción de enfermedad no existe en ausencia del de salud y viceversa. Sin embargo, esta afirmación, encuentra serias limitaciones al momento de materializar conceptos. (Font, 1983).

En cambio, la salud tiene límites más imprecisos y significados más erráticos. La epidemiología concibe el fenómeno salud y enfermedad como un proceso dinámico. El individuo pasa de un estado a otro, repetidamente, a lo largo de su vida y en este continuo, identificar los límites de uno u otro se transforma en un problema de orden técnico. (Alfonso, 2001).

La epidemiología clínica, tal y como la conocemos hoy, estudia la validez de las pruebas diagnósticas, la eficacia, eficiencia y efectividad de los tratamientos, los pronósticos de las enfermedades, los costos, evalúa tecnologías médicas y también se introduce en aspectos de calidad de la atención médica, así como en otros problemas de salud que aquejan las personas enfermas, quienes, por lo general, reciben atención en áreas clínicas o quirúrgicas. Para ello utiliza herramientas propias de la clínica, de la bioestadística y de la epidemiología y desde esa perspectiva toma decisiones clínicas y realiza investigaciones prioritariamente experimentales. (Alfonso, 2001).

Interpretando el pensamiento de los ideólogos de esta nueva ciencia, para hacer una buena epidemiología clínica, harían falta fundamentalmente: el corazón de un buen epidemiólogo, el cerebro de un buen clínico y los sentidos (oídos, olfato, gusto, vista y tacto) de un buen bioestadístico. Sin embargo, si se quiere hacer epidemiología clínica con una perspectiva verdaderamente integradora, acorde con los requerimientos humanistas que exige la ciencia en nuestro país, donde el hombre es el objeto máspreciado de la sociedad, estos componentes son insuficientes. (León, Martínez, García 2003)

El epidemiólogo clínico debe estar consciente de lo limitado de su radio de acción y de forma general los resultados alcanzados deben ser validados y dados a conocer en un breve período de tiempo. Unos de los mayores peligros a enfrentar en esta ciencia, es la tendencia a magnificar los resultados, así como realizar inferencia de estos a otras poblaciones, otro es la posición neopositivista y reduccionista que adopta en su relación con la epidemiología y la clínica como ciencias y con lo que demanda actualmente la humanidad con respecto a las ciencias, en su contexto más universal. (Gómez, 2002)

Ninguna técnica investigativa, ya sea cuantitativa o cualitativa está por encima de las otras. Ningún tipo de investigación científica se debe considerar de mejor calidad que otro. Es tan útil identificar cuál es el mejor y más económico método diagnóstico para el enfermo de SIDA o cuál es el mejor medicamento para tratar al enfermo con SIDA, como identificar cuántas personas están infectadas, cuáles de ellas están enfermas, dónde viven, cómo adquirieron la enfermedad, si tienen o no medios para su manutención, el grado y gravedad de su enfermedad, etc. En los dos primeros ejemplos se están ejerciendo acciones que están en el contexto de la epidemiología clínica. (León, Martínez, García, 2003)

Por estas y otras razones existen muchas definiciones de epidemiología. Mac Mahon la define como “el estudio de la distribución de las enfermedades en el hombre y de los factores que determinan su frecuencia”. (Uribe, 2003)

Jenicek y Cleroux (1997) la definen como “un razonamiento y un método propio del trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, aplicadas a la descripción de los fenómenos de la salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención mas eficaces”.

En su estudio “Aires, aguas y lugares” Hipócrates hace 2.400 años utilizo los términos “endémicos y epidémicos”. Después de él, en España en el siglo XVI, un medico llamado Angelerio escribió un estudio sobre peste llamado “epidemiología”. El 1802 otro medico español Villalba, escribió epidemiología española, donde se complicaban todas las epidemiologías registradas en España desde el siglo V a.c hasta 1800. Desde un principio la epidemiología se preocupas básicamente de las enfermedades infecciosas, las cuales adquirieron importancia máxima después de 1874, con el advenimiento de la teoría bacteriana de Pasteur y Koch. Las enfermedades no infecciosas apenas comenzaron a despertar el interés de la epidemiología a partir de 1940, cuando se descubrió la relación entre el hábito de fumar y el cáncer pulmonar, y se empezó también a hablar de los factores de riesgo para la enfermedad coronaria. Antes de Pasteur, tuvieron gran relevancia los estudios epidemiológicos empíricos de Jenner, Snow y Semmelweis entre otros, sobre la viruela el cólera y la fiebre respectivamente. (Uribe, 2003)

Es importante destacar el uso de la epidemiología en los diferentes campos ya que tiene la capacidad de : a) describir la magnitud, impacto y distribución de los problemas de salud en las diferentes poblaciones

humanas(epidemiología descriptiva) b) de identifica el papel que juegan los factores de riesgo en la patogenia de las enfermedades a través del enfoque multicausal. (Epidemiología analítica), c) recolecta y proporciona los datos esenciales para transformar la información en decisiones, con el fin de implementar la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención. d) suministra la información necesaria para el desarrollo de la investigación médica. e) forma para lectura critica de la literatura científica.. f) investiga el efecto de nuevos procedimientos diagnósticos y de nuevos medicamentos (epidemiología clínica). (Uribe, 2003)

No se puede dejar de lado otro concepto que es de gran importancia y que va de la mano de la epidemiología ya que presentan de una u otra manera una estrecha relación con algunos criterios según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estudio de salud mental o nuevos conocimientos, nuevas esperanzas realizado en el 2.001, refiere que los trastornos mentales y conductuales son frecuentes, describe como estos trastornos los padece la población en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. (León, Martínez , García 2003)

Por eso la psicología clínica es el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento. (Feldman, 1998)

Establecer un determinado periodo o designar a una persona en particular como iniciador de la psicología clínica seria arbitrario, sino

francamente engañoso. De hecho se puede ir hasta los filósofos griegos, como Tales, Hipócrates o Aristóteles, quienes mucho antes del nacimiento de Cristo especulaban de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología (Oblitas, 2003)

En los años anteriores a 1890 existe realmente muy poco en la historia de la psicología clínica como para separarla de la psicología de lo anormal, o como lo denominaron Ziboorg y Henry (1941) psicología médica."Reisman, D (1976) Encuentra más útil buscar las raíces de la psicología clínica moderna en los movimientos reformistas del siglo XIX, cuyos propósitos incluyeron el mejoramiento en los cuidados de los enfermos mentales" (Oblitas, 2003)

Estas mejorías y los impulsos humanitarios de aquellos que los alentaron, fomentaron los débiles comienzos de las profesiones de la salud mental, como se le conoce hoy en día (Hothersall 1984). Una de las principales figuras del movimiento fue Philippe Pinel, un médico francés horrorizado por la insensata brutalidad que era costumbre en los hospitales mentales del siglo XIX, logró que se le nombrara director del manicomio de Bicetre y después, del Salpatriare. A través de su bondad y humanidad obtuvo grandes logros. Dentro de un campo muy difícil es poco claro si se debe considerar a los logros de Pinel como algo personal o como desarrollos lógicos derivados la filosofía de Rousseau y del enfoque de la salud mental, y en última instancia de la psicología clínica casi al mismo tiempo, un ingles, William Tuke, se dedicó al establecimiento que se podría llamar un hospital moderno para el tratamiento humanitario de enfermos y perturbados. (Oblitas, 2003)

La función del psicólogo clínico consiste en la prevención, diagnostico y tratamiento de todo tipo de trastornos conductuales que pueda presentar una persona. El campo de acción es muy grande y abarca desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neuresis, fobias,

timidez, etc.), hasta patologías, como la esquizofrenia, que desestructuran casi por completo la personalidad del sujeto y cuyo tratamiento presenta muchas dificultades (Tizon, 1996)

Más de un tercio de los psicólogos están ubicados en esta rama. El psicólogo clínico recibe entrenamiento durante dos o tres años de postergado y se encuentra clasificado para:

1. Evaluar las personas con incapacidades mentales, administración de pruebas psicológicas a pacientes con daños cerebrales, diseño de programas de rehabilitación para enfermos psiquiátricos, crónicos y para evaluar ancianos en cuanto a su capacidad mental para vivir de manera independiente en sus hogares

2. Planificación y ejecución de programas de terapia, en general y terapia modificada conductual. Ambas se derivan de los principios de la teoría del aprendizaje. Pero en ocasiones pueden elegir la psicoterapia grupal o individual como método preferido o además de técnica conductual

Desde la promulgación de la ley de salud de 1948 ha ido creciendo la demanda de psicólogos clínicos para trabajar con niños y con adultos en los hospitales de enfermos mentales, clínicas psiquiátricas externas, instituciones destinadas a los subnormales mentales, pabellones de neuróticos, centros de rehabilitación y cada vez más en los hospitales generales

Los psicólogos que trabajan en el servicio de salud sea con niños o con adultos se ocupan de problemas psicológicos que suscita el diagnóstico y el planteamiento de la rehabilitación educacional, social y ocupacional de los pacientes

Otro de los puntos importantes a investigar por los psicólogos clínicos, es la conducta desadaptada, por ejemplo se les atribuye una conducta desadaptada a los consumidores de fármacos (drogas o alcohol) La adicción a los narcóticos difiere en las enfermedades mentales. El adicto necesita ayuda tanto para lograr la independencia como para satisfacer sus instintos." (Vaillant, 1970)

Con cual criterio trabajan los psicólogos clínicos para saber si el paciente es o no anormal mentalmente. Cuando no existe solución de continuidad entre las áreas del comportamiento normal y las del área patológica: ansiedad o agresividad son por ejemplo dentro de cierto margen perfectamente normales y fisiológicas, pero se convierten en conductas anormales cuando sobre pasan determinados límites (Peck, 2000).

También se puede decir que el juicio de normalidad está subordinado al examen del contexto sociocultural dentro del cual se encuentra el paciente Cabe resaltar, que hasta hace muy poco tiempo, la expresión de la salud mental traía a la imaginación de casi todas las ideas de enfermedades mentales o perturbaciones tan graves de la personalidad que disminuía la capacidad del individuo. Aun ahora la mayoría reaccionan ante el concepto con una sensación de intranquilidad y a veces de disgusto. Una de las barreras mas infranqueables que obstaculizan el progreso hacia programas sociales y educativos mas eficaces para mejorar la salud mental de la población es la forma en que muchos entienden el concepto salud mental (Peck, 2000).

Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos. Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal seria que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran

profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos para garantizar una asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad. (Feldman, 1999)

El concepto que manejan los psicólogos clínicos con respecto a factores epidemiológicos hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación, y que están directamente relacionadas con una problemática o situación que afecta el bienestar o a la salud de los individuos. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables dan origen a la aparición de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del ser humano.

Se ha observado que el periodo en el que mas se ve afectada la población es en la niñez, por ser un periodo tan critico sometido a tantos cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un periodo de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades que perjudican tanto al niño como a las personas que se encuentran a su alrededor. (Morales,1999).

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. Esta concepción no resulta útil para la salud, cuyos problemas se generan más bien en el contexto social y afortunadamente no siempre originan mortalidad. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna. (Herrera, 1999)

Por consiguiente es muy importante hacer un análisis de las características epidemiológico que afectan mas a la población que accede al centro psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad San Buenaventura, se consideran como principales factores los siguientes:

La composición familiar y el estado conyugal en situaciones causan diferentes tipos de comportamientos algunos presentan estrés tanto a los niños como a sus familias; por ejemplo, el divorcio, cambiarse a otra población, una grave enfermedad o lesión, la pobreza o la violencia frecuente. Las familias adaptables y compactas, con pautas abiertas de comunicación y buenas habilidades para resolver problemas, son las capaces de sortear los acontecimientos estresantes (Olivia 1997).

A menudo, los hijos de familia de un solo padre están sujetos a más estrés que los que viven con ambos progenitores. La ausencia del padre disminuye la posición social tanto como la economía; tal vez las comidas sean escasas y poco nutritivas y falten los servicios médicos. Además, las mujeres que conducen estos hogares con frecuencia padecen agotamiento a causa de sus esfuerzos por sobrevivir. Muchas sufren depresión o ansiedad, lo que interfiere con sus habilidades para apoyar y atender a sus hijos. Los niños que crecen en estos hogares tienen numerosas desventajas que afectan tanto su salud psicológica como su desarrollo intelectual, por lo que es menos probable que mejore su condición socioeconómica cuando adultos. También es probable que ellos mismos se conviertan en padres solteros (Craig, 1997).

Estudios recientes han tratado de identificar los factores epidemiológicos que pueden romper el círculo de depresión y desesperanza que caracteriza a estas familias. Por ejemplo, cuando las madres solas tienen empleos de su gusto, sus hijos poseen mayor autoestima y sentido de organización y cohesión familiar. Las madres solteras trabajadoras tienen un

especial impacto en las hijas, quienes acentúan más la independencia y los logros de la familia y obtienen mejores calificaciones que las hijas de madres solteras que no trabajan. La ruptura de la familia afecta a los niños de numerosas formas (Alessandri, 1992)

Las relaciones con ambos padres cambian durante y después del divorcio. Las personas pueden volverse desafiantes e insolentes, y desprenderse emocionalmente de su familia en la adolescencia. A menudo están obligados a ser la caja de resonancia de sus padres, escuchando a cada uno hablar de los defectos del otro. Numerosos factores influyen en las respuestas de los niños al divorcio. Los conflictos entre los padres son los principales responsables del bajo sentimiento de bienestar de los hijos, que se muestran temerosos e irritados. Los niños son especialmente vulnerables si se les obliga a escoger a uno u a otro de sus progenitores. Si el niño sigue viviendo en el mismo hogar y con los mismos amigos, es probable que tenga menos problemas para adaptarse en el divorcio. En cambio, si su vida se transforma en forma importante, su confianza personal y sensación de orden en su mundo han de sacudirse. Entre mas cambios se le impongan, sobre todo justo después del divorcio, mas dificultoso es el ajuste. La naturaleza de la relación con los padres. La devoción y el apoyo emocional a largo plazo de alguno o de ambos padres contribuyen a la adaptación exitosa del niño. De hecho, la naturaleza de las relaciones en curso es mucho mas importante que si los dos padres están o no en el hogar (Alessandri 1992).

Otro de los factores epidemiológicos que se observan son las relaciones familiares cuando la figura de uno de los padres se desdibuja, se lesiona o definitivamente se ausenta del grupo. Unas relaciones familiares adecuadas requieren aprender a manejar a personas difíciles, conflictos, crisis y a desarrollar formas creativas de solución en el seno de la misma. El tener que luchar con personas distintas, susceptibles de cambios, sujetas

a circunstancias nos obliga a abrir nuestra comprensión hacia otras maneras de ver la vida a la vez que aprenderemos el respeto necesario a los demás con la sola consigna de la paz familiar. Indudablemente habrá que crear por igual, algunas maneras eficientes de evitar, manejar y reconciliar a las personas o los momentos difíciles que se den en el marco del diario vivir, respetando la esencia misma del ser individual e intentando comprender su situación dentro del problema. Si estas iniciativas son sinceras y nacen de una auténtica vocación pacificadora van a surtir el efecto deseado, enseñándonos también otras maneras distintas de reaccionar en situaciones límites. (Browen 2006)

Otro de los factores epidemiológicos que mas se observa en el entorno es el maltrato también se considera como un factor psicosocial ya que esté trastorna la vida de un niño pero en forma más traumática y, a veces, más perdurable. La primera forma en que la violencia en el contexto familiar puede ser un antecedente de la agresión es a través de un aprendizaje social de carácter indirecto. Con frecuencia los padres recurren a la violencia como forma de imponer disciplina y orden en el hogar. La consecuencia de este recurso a la violencia física es que el niño aprende que la fuerza física constituye un procedimiento adecuado para solucionar conflictos. La segunda forma es el adiestramiento explícito de la conducta agresiva. No es infrecuente que los padres y hermanos mayores expliquen al niño como y cuando es conveniente agredir a otros. Ellos se justifican diciendo que hay que defender los propios derechos y dar una respuesta contundente a las provocaciones y a las agresiones recibidas (Morales 1999).

La tercera forma es la existencia en el hogar de discordia y falta de afecto. El estudio de Loeber & Dishion 1984, citado por Morales (1999), mostró que los niños consistentemente agresivos, es decir, agresivos tanto

en la casa como en la escuela, se diferencian de los otros tres grupos de niños estudiados, a saber, agresivos solo en casa, agresivos solo en la escuela, no agresivos ni en casa ni en la escuela, precisamente y de manera fundamental por la existencia de mayor discordia en el hogar, menos afecto y mas rechazo hacia los niños. En niños muy pequeños, concretamente de entre doce y treinta meses, Cummings & Cols (1985) citados por Morales (1999), comprobaron la existencia de altos niveles de malestar y activación ante expresiones de cólera por parte de miembros de su familia. Este efecto era acumulativo. (Morales 1999).

Otros autores afirman que tres son las condiciones claves responsables de que la violencia en la familia se convierta en un antecedente de la agresión. Estas son: el nivel de estrés y conflicto en la familia, el adiestramiento en la violencia y el fomento de una norma cultural implícita, según la cual la violencia en la familia es algo aceptable. (Morales 1999).

Largas investigaciones sobre el maltrato infantil se centran en tres explicaciones teóricas principales: la explicación psiquiátrica. Esta se concentra en la personalidad y los antecedentes familiares de los padres. Supone que los padres abusivos están enfermos y requieren tratamiento psiquiátrico. Sin embargo, los investigadores no han logrado encontrar un grupo de rasgo de personalidad asociados con la tendencia al maltrato. De cualquier forma, han descubierto que muchos padres abusivos fueron a su vez hijos maltratados. (Morales 1999).

La explicación sociológica. Un rasgo de la sociedad estadounidense muy relacionado con el maltrato infantil es la violencia. También la pobreza tiene su parte en el maltrato. La falta de trabajo es otro factor de riesgo. La violencia masculina en contra de esposas e hijos aumentan en épocas de mucho desempleo. El padre que de pronto y sin aviso queda cesante puede

comenzar a maltratar a sus hijos. Aparte de los problemas financieros, el desempleo disminuye la posición social del padre y su autoestima. Otra característica habitual de las familias perturbadoras por el maltrato infantil es el aislamiento social. En efecto, los padres que maltratan a sus hijos suelen estar apartados de parientes, amigos y sistemas de apoyo comunitario. Tienen dificultades para mantener amistades y rara vez pertenecen a organizaciones sociales. La crianza competente se encuentra en algún punto entre la permisividad y el control autoritario. Aplica un control firme pero esta abierta al análisis razonado de normas y expectativas, valora la obediencia pero trata de fomentar la independencia. Los padres competentes, a diferencia de los autoritarios, son aquellos cuyas normas provienen más de la razón que de convicciones religiosas o políticas. (Lefrancois 2001).

Teniendo en cuenta que existen muchas clases de violencia, la cual se entiende como cualquier acto que amenace la integridad física o psicológica de cualquier persona la Fundación Universitaria Konrad Lorenz ha desarrollado una línea de investigación sobre este fenómeno que ha permitido identificar factores ecológicos, socioculturales, económicos psicológicos y fisiológicos que conforman interacciones complejas asociadas al mismo. En un estudio realizado por esta institución se evaluaron los factores individuales, familiares y escolares que se relacionan con la agresión y se confirmaron muchos de los hallazgos encontrados en la literatura especializada sobre la relación de variables individuales como temperamento, historia de maltrato, competencias sociales, variables contextuales y escolares en relación con el comportamiento agresivo.(Ballesteros 2000)

En general los resultados de los estudios sobre este tema muestran que los factores familiares como por ejemplo fallas en la disciplina temprana e inadecuada supervisión de las actividades, incrementan en los niños los

riesgos de comportamiento agresivo que incluso puede llegar a la delincuencia. De otro lado, otras investigaciones han demostrado que la calidad de la relación marital es un factor directa e indirectamente relacionado con la conducta social de los niños y el ajuste emocional infantil y adolescente. La intervención coercitiva entre los padres y los niños refuerza el comportamiento agresivo de los niños y contribuye a déficit en el aprendizaje de cómo resolver los conflictos y como interpretar adecuadamente las claves y motivaciones de los otros (Karlen, 1996, citado por Mahecha & Col 2005).

Las carencias y los excesos que presentan los padres en sus repertorios básicos de conducta, cuando desempeñan su papel constituyen uno de los principales elementos responsables del origen del desarrollo y mantenimiento de los problemas de comportamiento de los niños. Por ejemplo, las habilidades necesarias para el manejo de las disciplinas, el seguimiento de los hijos y la supervisión de las actividades, el uso adecuado del refuerzo positivo, el empleo eficaz de las técnicas de solución de problemas, las habilidades de comunicación, el manejo adecuado de las emociones, negativas como la ira, son déficit que colocan a los padres en línea de riesgo frente al proceso de educación y cuidado de los hijos. (Monjas,2000)

Otro de los factores epidemiológicos que se presenta en la actualidad y que afectan a los niños esta relacionado con el ambiente escolar ya que la educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes. (Monjas,2000)

Dentro de este factor se presenta el abandono, este hecho provoca que el adolescente o el niño se halle desvinculado de la sociedad, y no

encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en si mismo y en sus posibilidades de desarrollo social. Bajo rendimiento escolar, Puede manifestarse en la escuela con problemas de aprendizaje, que en general se caracterizan por un rechazo manifiesto a la realización de las actividades áulicas. No realizan las tareas, son los niños de cuadernos en blanco o que no llevan la tarea o no la traen. Pierden los elementos escolares o no los llevan a la escuela y así sucesivamente. El característico “niño problema”. Dentro de los problemas más frecuentemente detectados en la escuela encontramos que: Siempre hay niños que no responden a normas, tienen muy poca capacidad a la frustración, se adaptan a las demandas escolares, tienen conflictos en el ámbito familiar, preocupaciones por las situaciones sociales y/o económicas que los afectan en alguna medida, exclusión social, miedo o inseguridad en situaciones de rendimiento, observan problemas vinculares entre sus padres, niños castigados o con sentimientos de rechazo afectivo. (Krawchik, Mías, & Querejeta, 2006.).

Existen factores epidemiológicos que representan una época muy desafiante, ya que las relaciones con los padres, los pares y otras personas se hacen muy complejas. Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, en la escuela y en el trabajo.

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Este modelo presenta la hipótesis de que los niños que no desarrollan habilidades para interactuar de una manera socialmente aceptable temprano en la vida son rechazados por sus pares, y se enfrascan en conductas poco saludables (violencia, abuso del alcohol y otras drogas, etc.). Uno de los mejores pronosticadores de los delincuentes crónicos y de

la violencia en la adolescencia es la conducta antisocial (Pepler & Slaby, 1994).

La investigación también indica que cerca de la mitad de los niños jóvenes que se ven rechazados por sus pares no tienen déficit social sino más bien un alto grado de agresividad aprendido en casa (Patterson, 1986).

Este tipo de personas tienen la tendencia a responder al rechazo de sus pares con agresión, iniciando un ciclo de comportamiento agresivo y de agresión a sus pares que va en aumento conforme estos niños crecen (Bierman & Montimy, 1993).

Dentro de los factores epidemiológicos que poco podemos identificar es la conducta suicida ya que está se relaciona o se da como resultado del inadecuado manejo de los factores psicosociales mencionados anteriormente. En un estudio realizado en la facultad de medicina de la universidad de Chile por Larraguibel (2000) encontraron que la conducta suicida ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. Por esta razón definen la conducta suicida tanto en niños como en adolescentes como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte. Diversos autores han postulado diferentes hipótesis para la explicación de este fenómeno; algunos han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida. Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas.

Un gran número de autores han intentado identificar las características de los niños y adolescentes suicidas. Un amplio rango de factores epidemiológicos han sido ligados a la conducta suicida dando como resultado los siguientes: Género. Mientras que los suicidios completados son más

comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. En una investigación de la tasa de riesgo de suicidio durante los cinco años siguientes al intento fue cuatro veces más alto en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue siete veces más alta.

Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión. Edad. El nivel de suicidio epidemiológicamente aumenta con la edad, el suicidio antes de los quince años es inusual. Shaffer (1974) publicó un artículo de treinta casos de suicidio completado entre doce y catorce años ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra, en el que concluye que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, y sus madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos; y otro grupo era agresivo, presentaba problemas conductuales en el colegio y exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad frente a la crítica. En ambos grupos se presentaban conductas antisociales y todos ellos eran altos, física y mentalmente precoces, y el suicidio era frecuentemente precipitado por una crisis disciplinaria. En 1987, se encontró que diez y nueve niños y adolescentes menores de quince años con suicidio completado; en ellos encontró mayor rabia, nerviosismo y menor depresión que en adolescentes mayores. Otros autores, estudiaron veinte uno casos de niños y adolescentes tempranos con suicidio completado, encontrando que el ahorcamiento fue el método suicida más frecuentemente utilizado entre los diez a quince años de edad. Los factores de riesgo de suicidio fueron trastorno del estado de ánimo, trastornos disruptivos y no vivir con ambos padres biológicos. Los niños y adolescentes tempranos están tan expuestos

como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes (Larraguibel 2000).

Otro de los factores de riesgo en la conducta suicida está relacionado con la disfunción familiar. Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida, la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al niño y adolescente les falte el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. . El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo psicopatología parental. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven falla en comunicarse, puede reflejar una relación más disfuncional. (Larraguibel 2000).

Al revisar los factores epidemiológicos de riesgo más frecuentemente descritos en la literatura científica asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, se ha demostrado que los padres son informantes inexactos de la psicopatología de sus hijos, tendiendo habitualmente a minimizarla o negarla. Esto implica que el monitoreo continuo de indicadores de riesgo por parte de los médicos puede tener un importante impacto preventivo. En un

intento de integrar los hallazgos recientemente revisados podemos destacar que las desventajas sociales, disyunción familiar y morbilidad psiquiátrica son factores de riesgo para la conducta suicida. Los niños y adolescentes que presentan conducta suicida generalmente se caracterizan por escaso cuidado parental y circunstancias familiares adversas, presentan más frecuentemente trastorno depresivo, abuso de alcohol o drogas y/o exhiben conductas antisociales. Todo esto los lleva a limitadas oportunidades en la vida. (Larraquibel 2000).

De manera general podemos decir que el manejo de estos factores epidemiológicos permiten identificar a aquellos que están mas expuestos a sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psicoactivas y el suicidio; por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del niño y el adolescente, como son el establecimiento y el logro de una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al niño y al adolescente alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por lo tanto a la autodestrucción y al suicidio. (Herrera 1999).

Por esta razón es importante resaltar que el psicólogo clínico debe desempeñarse en diferentes áreas, según la capacidad e interés del mismo, entre ellas la psicoterapia, modificación de conducta o asesoramiento psicológico considerándose como un proceso en donde las personas que acuden a ello, pueden solucionar sus problemas de manera más productiva y satisfactoria con el objetivo de evitar la incidencia epidemiológica de los

factores riesgo. Las técnicas que utilizan los psicólogos clínicos en la actualidad son diversas, y presentan diferentes enfoques (Davidoff, 1989).

La terapia conductual nace de la rama de la psicología del conductismo, la cual considera que el propósito de esta terapia es la observación objetiva de conducta manifiesta, y formulación de leyes que describen el aprendizaje. Los terapeutas conductuales piensan que la conducta anormal se adquiere bajo los mismos principios del aprendizaje que la conducta normal y que la designación de una persona con desequilibrio en su salud mental refleja un juicio social. Los clínicos cuya preparación ha sido mas tradicional buscan el conflicto interno que supuestamente causa la conducta perturbada, y tienden a pensar en términos de enfermedad mental. (Langer y Abelson 1974; citados por Davison, 2000).

Según Abelson (1974) citado por Davison (2000) el enfoque conductual propicia que los clínicos se concentren en la conducta manifiesta y sean escépticos con respecto a enfermedades que no son bastante visibles. Por otro lado, el paradigma de aprendizaje establece suposiciones según las cuales la conducta anormal se enseña el mismo modo que otra conducta humana. La psicología de principios del siglo xx estaba dominada por el estructuralismo, el cual afirmaba que el objeto de estudio era propiamente el funcionamiento y la estructura mental. La meta de la psicología consistía en aprender mas acerca de lo que sucedía en la mente al analizar los constituyentes elementales que integran su contenido (Davison 2000).

Bajo la necesidad de pacientes que requieren de atención y solución de forma más práctica y menos prolongada, por estas razones se muestra la perspectiva conductista fundada por John Watson y distintos autores se proponen hacer de la psicología una ciencia, el interés estaba centrado en probar como las influencias ambientales moldean la conducta de un

individuo. Este movimiento influenciado alternamente por los pensamientos de Wilhem Wundt (Padre de la Psicología experimental) y William James (Padre del funcionalismo). Introdujo el uso de métodos objetivos, estudiando las conductas observables. El conductismo nace en 1912 Atraído por muchos seguidores denominando casi por 30 años (1930-1960) manteniendo su fuerza e influencia hasta la actualidad (Davidoff, 1989)

Al mismo tiempo Watson (1958) pone de manifiesto la revolución de la psicología conductista, que debe ser objetiva y experimental, donde predice y controla la conducta. Se considera que la Psicología era descubrir cuales estímulos generaban respuestas directamente observables. (Davison, 2000).

Watson y Rayner (1920), hicieron la demostración de un caso de fobia donde, se mostraba una rata blanca al pequeño Albert, un niño de 11 meses de edad quien no manifestó miedo alguno por el animal, y hasta quiso jugar con el. El experimentador emitía un ruido fuerte (EI) al golpear una barra de acero por detrás de la cabeza del niño, lo que le causaba un gran susto (RI). Albert tuvo inicialmente temor asociado al ruido fuerte, luego a ser despertado por el estímulo que antes era neutral (Belloch, 1995)

El segundo tipo de aprendizaje es el Condicionamiento operante quien se relaciona con la obra de Thordike (1874-1949), con el postulado de la ley del efecto (el efecto que tiene las consecuencias sobre la conducta): la conducta que es seguida por consecuencias que satisfacen al organismo es repetida, en tanto que aquellas que tienen consecuencias perjudiciales o negativas se extingue. (Feldman, 1999).

Al mismo tiempo Skinner, aplica la ley del efecto a muchos aspectos de la conducta humana, luego a reformularla en nexos entre estímulos y respuestas (relaciones E-R) y las relaciones entre las respuestas y sus

consecuencias o contingencias. Por tanto Skinner, estableció el concepto de estímulo discriminativo para calificar a sucesos exteriores que en efecto le indican al organismo que si ejecuta determinada conducta, tendrá ciertas consecuencias. Al mismo tiempo diferencia dos tipos de reforzamiento positivo fortaleciendo la tendencia a responder ante la presentación de un evento, denominado reforzador positivo y reforzadores negativos. (Davison, 2000).

Dentro de las premisas más importantes se encuentran; el estudio de eventos ambientales (Estímulos) y las conductas observables (Respuestas) y el aprendizaje a partir de la experiencia como eje predominante sobre el comportamiento humano. Por otra parte la introspección es sustituida por métodos objetivos y experimentales, de igual forma afirma que los psicólogos deben plantearse objetivos científicos; como la descripción, explicación, predicción control teniendo como eje central tareas y actividades que afianzan aprendizajes para el adecuado funcionamiento global. La filosofía de este enfoque ha ido progresivamente evolucionando; hoy día se conoce como conductismo contemporáneo siendo este mucho más flexible, de lo que era con Watson, a pesar que la idea inicial del estudio de estímulos-respuestas observables y aprendizaje sigue siendo el mismo foco de atención (Davidoff, 1989).

Por otro lado, existe el modelamiento que es un tipo de aprendizaje el cual ejemplifica un aspecto importante, la función de los mediadores en el aprendizaje y la conducta. La ventaja de aplicar una perspectiva de aprendizaje en psicología es la mayor precisión de observación. Los estímulos deben ser observados y controlados, se deben medir y registrar la magnitud y frecuencia de las respuestas, así, como la latencia y la rapidez con que se emiten.(Stumphauzer 1998)

Algunas técnicas de terapia conductual que proveen tratamiento psicológico, como lo es la desensibilización sistemática. Se parte de las circunstancias que generan emociones mínimas, hasta llegar a aquellas más fuertes. Se le enseña al paciente a relajarse profundamente, luego paso a paso, imagina serie de situaciones generadoras de ansiedad. La relajación ayuda a inhibir cualquier ansiedad. (Davison 2000).

De modo análogo algunos terapeutas conductuales emplean el desempeño de roles en la sala de consulta. Demuestran al paciente patrones de conducta que resultan más eficaces si los practica. Además el ensayo conductual demuestra formas de manejar una situación y después indica al paciente que las ponga en práctica durante la sesión terapéutica.

Otro cognoscitivo Beck (1976), cuyas teorías e investigaciones acerca de la depresión con la gente da forma a sus experiencias. Por ejemplo muchos individuos deprimidos abstraen selectivamente de un suceso complejo las características que mantendrán su perspectiva desalentadora de la vida. En la terapia de Beck se trata de convencer a los pacientes de que cambien sus opiniones sobre ellos mismos y la forma en que interpretan los sucesos de la vida. En tal caso cuando una persona deprimida manifiesta una abstracción selectiva durante la sesión de terapia, el terapeuta ofrece ejemplos contrarios señalando como el cliente pudo haber pasado por alto características positivas de una compleja serie de eventos. (Hothersall, 1999).

Finalmente es de gran importancia saber que la enfermedad mental parte de los criterios de miedo, angustia, distorsión y un estado de incongruencia, el cual se presenta cuando exista una discrepancia entre el sí mismo que se percibe y la experiencia real, provocando un estado de tensión y confusión interna, por consiguiente cuando existe y el individuo no

es consciente de ello, es potencialmente vulnerable a la ansiedad. Para que el ser humano tome control sobre su vida, es necesario que acepte incondicionalmente, teniendo consciencia de su realidad. Por lo tanto esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base internacional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo, con el objetivo de Prevenir la aparición de enfermedad psíquica para mejorar en forma homogénea el acceso, cobertura y calidad de la atención del trastorno mental y problemas del comportamiento, con referencia a eventos clínicos, consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, y suicidio. Y mejorar la cobertura de servicios de atención de salud mental. Aportar información a que apoye los sistemas de vigilancia epidemiológica en la Secretaría de Salud, que permita tener datos actualizados sobre enfermedades mentales.

Teniendo en cuenta el marco teórico y estudios como el de la política distrital de salud mental como el estudio a nivel mundial de la salud mental de 2000 y el sistema general de seguridad social en salud 1998 entre otros se observa la necesidad de realizar una investigación que permita un aporte claro y conciso acerca del perfil epidemiológico de los usuarios que acceden al centro con los de otros servicios de consulta externa del Centro de atención psicológica. Se observa la necesidad de brindar la posibilidad de tener una base epidemiológica válida, confiable y actual sobre el perfil de cada uno de los usuarios. Esta investigación permitirá mejorar la cobertura de servicios de atención en el área de la salud, salud mental y psicología clínica aportando información que apoye los sistemas de vigilancia epidemiológica en la secretaria de la salud y finalmente servirá a futuro para la toma de decisiones por parte de la institución.

Teniendo en cuenta el alto índice de la población que asistió al Centro de Atención Psicológica Fray Eloy Londoño durante los periodos del 2002 al 2005 se realizará una investigación de tipo descriptivo con el fin de identificar las características de los consultantes asociadas a los factores sociodemográficos que presenta la población en general. Por esta razón la pregunta de investigación va dirigida a: ¿Que características presentan los consultantes que acceden al Centro de atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura en un periodo comprendido entre 2002 y 2005? Este estudio permite también identificar el objetivo general el cual se basa en Identificar las principales características epidemiológicas de los consultantes que acuden al Centro de Atención Psicológica Fray Eloy Londoño de La Universidad de San Buenaventura entre el 2002 y 2005, por consiguiente se puede plantear los objetivos específicos que están encaminados a: Describir las características sociodemográficas de los consultantes del centro de atención psicológica, Identificar los principales motivos de consulta en los diferentes grupos de la población de consultantes del centro de atención psicológica y proporcionar información que sirva para la toma de decisiones en el centro de atención psicológico.

VARIABLES

1. Edad: La edad puede referirse a varios conceptos: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Una persona, según su edad, puede ser un bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, estar en la mediana edad o en la tercera edad. (Feldman R, 1998)

La edad será tomada por quinquenios los cuales quedaran establecidos de la siguiente forma:

0-4	NIÑOS
5-9	ESCOLARES
10-19	ADOLESCENTES
20-59	ADULTOS
60 EN >	ADULTOS MAYORES

2. Género: La palabra género se refiere a un grupo formado por seres u objetos que tiene entre ellos características comunes. Género, en sentido gramatical, es la forma que reciben las palabras para indicar el sexo de los seres animados. Así, vemos por la terminación de las palabras, si una cosa es de «género masculino» o de «género femenino», por ejemplo: alta–alto; buena–bueno. Este aspecto gramatical del término «género» manifiesta la división de sexos en masculino y femenino.(Maccoby Y Jacklin, 1974)

3. GRADO DE EDUCACION

- Escolaridad: Cuando la persona ha cursado cualquiera de los siguientes niveles primaria, secundaria, media superior ó superior. La escolaridad también se refiere al tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza. (Torres, 1996)

- Sin Escolaridad: persona que no tiene ningún nivel de enseñanza. (Torres, 1996)
- Educación preescolar. La educación preescolar corresponde a la ofrecida al niño para su desarrollo en los aspectos biológico, cognoscitivo, psicomotriz, socio-afectivo y espiritual, a través de experiencias de socialización pedagógicas y recreativas. (Torres,1996)
- Primaria completa: Nivel educativo en el cual se forma a los educandos en el conocimiento científico y en las disciplinas sociales. Es obligatoria y se cursa en seis años. (Educación, primaria , 2005)
- Secundaria completa: La educación secundaria es la que tiene como objetivo capacitar al alumno para proseguir estudios superiores o bien para incorporarse al mundo laboral. Al terminar la educación secundaria se pretende que el alumno desarrolle las suficientes habilidades, valores y actitudes necesarias para lograr un buen desenvolvimiento en la sociedad .En muchos países aún no es obligatoria y las edades varían mucho de una nación a otra, si bien por lo común cubre la etapa de la adolescencia. (Educación_secundaria, 2005)
- Técnica completa Palabra de origen (griego que significa teknikos, de tekne, arte). Que pertenece a una ciencia o arte: voz técnica. Los saberes prácticos se distinguen en puramente empíricos (fundados en la experiencia) y los saberes técnicos (fundados en la razón). El técnico puede entender y explicar racionalmente lo que hace. (Alarcón A, 2003)
- Tecnológica completa Estas últimas son las que expresan el compromiso concreto del aparato escolar para responder o no a las demandas de los demás sectores de la sociedad (Alarcón A, 2003)
- Universitaria completa: En los últimos años los estados latinoamericanos han adoptado políticas para evaluar y acreditación como respuesta a las situaciones que trajo la globalización y en especial a la explosión indiscriminada de programas e instituciones de Educación

Superior y al debilitamiento de lo que se entendía por calidad, fenómeno surgido a partir de los años 80, lo que ha provocado un conjunto heterogéneo de formas y mecanismos evaluativos de la calidad de la educación (UNESCO, 1998).

OTROS ESTUDIOS

- Postgrado: Nivel educativo que forma parte del tipo superior; es la última fase de la educación formal, tiene como antecedente obligatorio la licenciatura o su equivalente. Comprende los estudios de especialización, maestría y doctorado, así como los de actualización que se imparten en este nivel. (UNESCO, 1998)

4. Ocupación: La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo. Este término se refiere al tipo y carácter del uso de un bien en cuestión; la empresa comercial en ese lugar específico. Curso que capacita para el desempeño de una ocupación. Responde a un perfil profesional y engloba la totalidad de los módulos que constituyen el itinerario formativo.

5. Estrato: (Artículo 102 Ley 142 de 1994): Nivel de clasificación de un inmueble como resultado del proceso de estratificación socioeconómica. Legalmente existe un máximo de seis estratos socioeconómicos: Estrato 1 o Bajo-bajo; Estrato 2 o Bajo; Estrato 3 o Medio-bajo; Estrato 4 o Medio; Estrato 5 o Medio-alto y Estrato 6 o Alto. Ninguna zona residencial urbana que carezca de la prestación de por lo menos dos servicios públicos domiciliarios básicos podrá ser clasificada en un estrato superior.

6. Localidad: En el lenguaje común el término “localidad” se usa en varios sentidos, generalmente vagos. Se suele llamar “localidad” a un municipio, a la llamada “zona urbanizada” de un pueblo o ciudad y hasta a un barrio, loteo, villa de emergencia, etc. dentro de una “zona urbanizada”. (Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2001).

7. Estado civil: vínculo afectivo. Es la unión estable entre hombre y mujer, convenida de acuerdo con la ley, regulada y ordenada a la creación de una familia. Según el DANE el estado conyugal se puede clasificar de la siguiente manera: Soltero(a), Casado(a), No Casado (cuando se ha convivido con la pareja por menos o mas de uno o dos años), Separados y Viudo(a).

8. Procedencia: lugar donde habita actualmente

9. Motivo de consulta: el motivo de consulta esta 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. Al describir el motivo de consulta en la historia clínica o el documento respectivo, es preferible anotar textualmente las palabras de quien asiste a la evaluación, independiente de lo extrañas o irrelevantes que puedan parecer. Si alguien no brinda información, se registra la versión del familiar o del acompañante. Si se considera conveniente se agrega una nota con la descripción resumida que hace el evaluador. (Fierro M, 2001)

10. Impresiones diagnosticas: es la conclusión de todo lo registrado. Al formular un diagnostico se asigna un nombre específico al conjunto de manifestaciones encontradas, lo que conlleva consideraciones de tipo etiológico, terapéutico y de pronóstico. Para efectos del diagnostico, en el DSM IV, se recomienda el sistema multiaxial. Cada eje del sistema brinda un

tipo diferente de información, ampliando la posibilidad de conocer rápidamente el funcionamiento actual del psiquismo. (Fierro M, 2001)

MÉTODO

Tipo de estudio:

El tipo de estudio que se utilizó es de tipo descriptivo

Descriptivo: en el cual se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. El estudio descriptivo mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. (Hernández S, 1998)

Unidad de análisis

Se trabajó a partir de la revisión de historias clínicas y registros de información de los consultantes del periodo comprendido entre el 2002 hasta 2005.

Instrumento

Para esta investigación se elaboró un instrumento (base de datos) (ver Anexo A) que permitió identificar los factores epidemiológicos de mayor incidencia en la población que acude al Centro de Atención Psicológica entre los periodos del 2002 al 2005. Se hizo una revisión del formato de Instituciones de Servicio Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP) con el fin de realizar una adaptación que fuera pertinente con el objetivo del proyecto. El instrumento fue revisado y aprobado por jueces. (ver Anexo B).

Otro de los instrumentos con los que se trabajó fue con las Historias Clínicas proporcionadas por el Centro de Atención Psicológica.

Procedimiento:

Fase 1: diseño y validación del instrumento

Fase 2: Recolección de datos originados a partir de las historias clínicas y de los registros de información

Fase 3: Recolección de Información. Y/o análisis cuantitativo

Fase 4: Análisis y Resultados. Preparación del informe de investigación

Fase 5: Discusión y Conclusiones.

CONSIDERACIONES ETICAS

- Guardar completa reserva sobre la identidad de las personas, a quienes pertenecen las historias clínicas
- Conservar la confidencialidad de las historias clínicas
- El acceso al archivo de historias clínicas se realizara con la debida autorización de los directivos del centro de atención psicológica
- La información suministrada se utilizara únicamente para fines de la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1

Variables sociodemográficas del Centro de Atención Psicológica Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura.

		EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
N	Válidos	615	615	615	615	615
	Perdidos	0	0	0	0	0

ESTRATO	ECIVIL	LOCALIDAD	MCONSLT	DXCIE10	EXPPACIE
615	615	615	615	615	615
0	0	0	0	0	0

En la tabla de estadísticos se puede identificar el número de variables sociodemográficas y el número de unidad de análisis que se tuvieron en cuenta para realizar dicha investigación.

Tabla 2

Tabla de frecuencia de la variable edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-4 NIÑOS	12	2,0	2,0
5-9 ESCOLARES	147	23,9	25,9
10-19 ADOLESCENTES	202	32,8	58,7
20-59 ADULTOS	230	37,4	96,1
60 O MAS ADULTOS MAYORES	12	2,0	98,0
NO REPORTA	12	2,0	100,0
Total	615	100,0	

En la tabla de frecuencias de la variable **edad** se puede observar que las personas que mas acuden al Centro de atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son adultos en su mayoría entre 20 y 59 años de edad y adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Tabla 3

Tabla de frecuencias de la variable genero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MASCULINO	300	48,8	48,8
FEMENINO	305	49,6	98,4
NO REPORTA	10	1,6	100,0
Total	615	100,0	

En la tabla de frecuencias de la variable **género** se puede observar que no existe una diferencia relevante (masculino, femenino) entre las personas que acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura, sin embargo se puede decir que el género que más son en su mayoría de género femenino.

Tabla 4

Tabla de frecuencias de la variable pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PAREJA	4	,7	,7
999	611	99,3	100,0
Total	615	100,0	

En la tabla de frecuencias de la variable **pareja** se puede observar que solo el 0.7% que equivale a 4 (cuatro) personas acudieron a terapia con su pareja (esposa, esposo)

Tabla 5

Tabla de frecuencias de la variable escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SIN ESCOLARIDAD	3	,5	,5
TECNOLÓGICO COMPLETO	19	3,1	3,6
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	37	6,0	9,6
UNIVERSITARIO COMPLETO	117	19,0	28,6
OTROS	15	2,4	31,1
PREESCOLAR	42	6,8	37,9
PRIMARIA INCOMPLETA	126	20,5	58,4
PRIMARIA COMPLETA	53	8,6	67,0
SECUNDARIA INCOMPLETA	100	16,3	83,3
SECUNDARIA COMPLETA	73	11,9	95,1
TÉCNICA INCOMPLETA	3	,5	95,6
TÉCNICA COMPLETA	9	1,5	97,1
TECNOLÓGICO INCOMPLETO	2	,3	97,4
NO REPORTA	16	2,6	100,0
Total	615	100,0	

En la variable **escolaridad** se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son personas con un nivel de escolaridad incompleto (primaria incompleta) esto se debe a varias razones una de ellas es que se pueden presentar muchos cambios en las personas, pues algunos pasan de ser niños a adolescentes y es una etapa bastante difícil otros simplemente tiene como único nivel de escolaridad primaria incompleto por lo general son personas de bajos recursos.

Tabla 6

Tabla de frecuencias de la variable ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ESTUDIANTE	451	73,3	73,3
EMPLEADO	83	13,5	86,8
INDEPENDIENTE	6	1,0	87,8
DESEMPLEADO	5	,8	88,6
HOGAR	30	4,9	93,5
OTROS	23	3,7	97,2
NO REPORTA	17	2,8	100,0
Total	615	100,0	

En la variable **ocupación** se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son personas estudiantes en un 73.3% lo que equivale a 451 personas.

Tabla 7

Tabla de frecuencia de la variable estrato socio económico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DOS	38	6,2	6,2
TRES	308	50,1	56,3
CUATRO	180	29,3	85,5
CINCO	15	2,4	88,0
FUERA DE BOGOTA	16	2,6	90,6
NO REPORTA	58	9,4	100,0
Total	615	100,0	

En la variable de **estrato** económico se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la

Universidad de San Buenaventura son personas de estrato socioeconómico tres y cuatro con el 79.4% lo que equivale a 488 personas.

Tabla 8

Tabla de frecuencia de la variable estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CASADO	61	9,9	9,9
SOLTERO	486	79,0	88,9
UNIÓN LIBRE	27	4,4	93,3
SEPARADO	23	3,7	97,1
OTRO	3	,5	97,6
UNIÓN LIBRE	15	2,4	100,0
Total	615	100,0	

En la variable de **estado civil** se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son personas solteras en un 79,4 % del total de las unidades de análisis que se tuvieron en cuenta

Tabla 9

Tabla de frecuencia de la variable localidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
USAQUEN	111	18,0	18,0
ENGATIVA	40	6,5	24,6
SUBA	79	12,8	37,4
BARRIOS UNIDOS	127	20,7	58,0
TEUSAQUILLO	31	5,0	63,1
LOS MÁRTIRES	7	1,1	64,2
ANTONIO NARIÑO	5	,8	65,0
PUENTE ARANDA	26	4,2	69,3

Continuación Tabla 9

Tabla de frecuencia de la variable localidad

LA CANDELARIA	13	2,1	71,4
RAFAEL URIBE URIBE	6	1,0	72,4
CUIDAD BOLIVAR	3	,5	72,8
CHAPINERO	26	4,2	77,1
SOACHA	2	,3	77,4
FUERA DE BOGOTA	16	2,6	80,0
SANTA FE	11	1,8	81,8
SAN CRISTÓBAL	1	,2	82,0
USME	4	,7	82,6
TUNJUELITO	8	1,3	83,9
BOSA	7	1,1	85,0
KENNEDY	26	4,2	89,3
FONTIBON	8	1,3	90,6
NO REPORTA	58	9,4	100,0
Total	615	100,0	

En la variable de **localidad** se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son personas que habitan entre las localidades de barrios unidos y usaquen con un porcentaje del 38.7 % del total de las unidades de análisis que se tuvieron en cuenta

Tabla 10

Tabla de frecuencias de la variable motivo de consulta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PROBLEMAS ACADÉMICOS	168	27,3	27,3
INTENTO DE SUICIDIO	1	,2	27,5
DIFICULTADES SEXUALES	4	,7	28,1
PROBLEMAS SPA	11	1,8	29,9
PROB INTERACCIÓN SOCIAL	48	7,8	37,7

Continuación Tabla 10

Tabla de frecuencias de la variable motivo de consulta

PROB ESTADO DE ANIMO	9	1,5	39,2
TRANS ANSIEDAD	36	5,9	45,0
TRANS DE ALIMENTACION	3	,5	45,5
OPCIÓN VOCACIONAL U OCUPACIONAL	1	,2	45,7
PROBLEMAS COMPORTAMENTALES	23	3,7	49,4
PROBLEMAS DE PAREJA	45	7,3	56,7
APLICACIÓN DE PRUEBAS	19	3,1	59,8
FONADIOLOGIA	13	2,1	62,0
DEPRESIÓN	56	9,1	71,1
ORIENTACIÓN PROFESIONAL	19	3,1	74,1
TOMA DE DESICION	7	1,1	75,3
PROB EN EL TRABAJO	1	,2	75,4
REGRESIÓN	1	,2	75,6
PROBLEMAS DE DESARROLLLO	2	,3	75,9
ADICCIÓN AL ALCOHOL	5	,8	76,7
SEPARACIÓN	4	,7	77,4
PAUTAS DE CRIAZA	3	,5	77,9
PSIQUIATRÍA	29	4,7	83,1
TERAPIA OCUPACIONAL	8	1,3	84,4
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	8	1,3	85,7
PROB DE RELACION FAMILIA	59	9,6	95,3
ABUSO	5	,8	96,1
RETARDO MENTAL	4	,7	96,7
DUELO	9	1,5	98,2
NO REPORTA	11	1,8	100,0
Total	615	100,0	

En la variable de motivos de consulta se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son personas que presentan problemas

académicos con un 27.3% al igual que personas que acuden por problemas de familia.

Tabla 11

Tabla de frecuencias de la variable expectativas del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EVALUACIÓN Y/O REPORTE	17	2,8	2,8
AUTOCONOCIMIENTO	9	1,5	4,2
SOLUCIÓN PROB ESPECIFICO	392	63,7	68,0
TOMA DE DECISIONES	16	2,6	70,6
AUMENTAR LOS NIVELES DE BIENESTAR	4	,7	71,2
ORIENTACIÓN Y APOYO	162	26,3	97,6
NINGUNA	1	,2	97,7
OTRA	5	,8	98,5
NO REPORTA	9	1,5	100,0
Total	615	100,0	

En la variable de **expectativas que presentan los pacientes** hacia el tratamiento o intervención se puede observar que las personas que mas acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son personas que buscan una solución a su problema específico con un 63.7% y algunas buscan orientación y apoyo en un 26.3% del total de las unidades de análisis que se tuvieron en cuenta

Tabla 12

Relación entre las variables Motivo de consulta vs. edad

MOTIVOS DE CONSULTA		EDAD						Total
		0-4 NIÑOS	5-9 ESCOLARES	10-19 ADOLESCENTES	20-59 ADULTOS	ADULTOS MAYORES	NO REPORTA	
PROBLEMAS ACADÉMICOS	Recuento	2	70	83	12	1	0	168
	% de MCONSLT	1,20%	41,70%	49,40%	7,10%	0,60%	0,00%	100,00%
	% de EDAD	16,70%	47,60%	41,10%	5,20%	8,30%	0,00%	27,30%
	% del total	0,30%	11,40%	13,50%	2,00%	0,20%	0,00%	27,30%
PROB INTERACCION SOCIAL	Recuento	2	15	12	18	1	0	48
	% de MCONSLT	4,20%	31,30%	25,00%	37,50%	2,10%	0,00%	100,00%
	% de EDAD	16,70%	10,20%	5,90%	7,80%	8,30%	0,00%	7,80%
	% del total	0,30%	2,40%	2,00%	2,90%	0,20%	0,00%	7,80%
TRANS ANSIEDAD	Recuento	0	7	3	25	1	0	36
	% de MCONSLT	0,00%	19,40%	8,30%	69,40%	2,80%	0,00%	100,00%
	% de EDAD	0,00%	4,80%	1,50%	10,90%	8,30%	0,00%	5,90%
	% del total	0,00%	1,10%	0,50%	4,10%	0,20%	0,00%	5,90%
PROBLEMAS DE PAREJA	Recuento	0	0	2	43	0	0	45
	% de MCONSLT	0,00%	0,00%	4,40%	95,60%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de EDAD	0,00%	0,00%	1,00%	18,70%	0,00%	0,00%	7,30%
	% del total	0,00%	0,00%	0,30%	7,00%	0,00%	0,00%	7,30%
DEPRESION	Recuento	0	6	12	35	3	0	56
	% de MCONSLT	0,00%	10,70%	21,40%	62,50%	5,40%	0,00%	100,00%

Continuación Tabla 12

Relación entre las variables Motivo de consulta vs. edad

DEPRESION	% de							
	EDAD	0,00%	4,10%	5,90%	15,20%	25,00%	0,00%	9,10%
	% del total	0,00%	1,00%	2,00%	5,70%	0,50%	0,00%	9,10%
TOTAL	Recuento	12	147	202	230	12	12	615
	% de							
	MCONSLT	2,00%	23,90%	32,80%	37,40%	2,00%	2,00%	100,00%
	% de							
	EDAD	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% del total	2,00%	23,90%	32,80%	37,40%	2,00%	2,00%	100,00%

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a la variable edad son:

- Problemas académicos: de 168 personas el 49.4% que acuden son adolescentes y se encuentran en un rango de edad de 10 a 19 años, el 41.7% son escolares y su rango de edad es de 5-9 años de edad.
- Problemas de interacción social: de 48 personas el 37.5% que acuden son adultos, el 31.3% son escolares y el 25.0% son adolescentes.
- Trastornos de ansiedad: de 36 personas el 69.4% que acuden son adultos, el 19.4% son escolares y el 8.3% son adolescentes
- Problemas de pareja: de 45 personas el 95.60% que acuden son adultos y el 4.4% son adolescentes.
- Depresión: de 56 personas el 62.5% que acuden son adultos, el 21.4% son adolescentes y el 10.7% son escolares.
- Problemas de familia: de 59 personas el 50.8% que acuden son adultos, el 32.2% son adolescentes.

Tabla 13

Relación entre las variables de motivo de consulta vs genero

MOTIVO DE CONSULTA		GENERO			Total
		MASCULINO	FEMENINO	NO REPORTA	
PROBLEMAS ACADÉMICOS	Recuento	100	68	0	168
	% de				
	MCONSLT	59,50%	40,50%	0,00%	100,00%
	% de				
	GENERO	33,30%	22,30%	0,00%	27,30%
PROB INTERACCION SOCIAL	% del total	16,30%	11,10%	0,00%	27,30%
	Recuento	23	25	0	48
	% de				
	MCONSLT	47,90%	52,10%	0,00%	100,00%
	% de				
TRANS ANSIEDAD	GENERO	7,70%	8,20%	0,00%	7,80%
	% del total	3,70%	4,10%	0,00%	7,80%
	Recuento	16	20	0	36
	% de				
	MCONSLT	44,40%	55,60%	0,00%	100,00%
PROBLEMAS DE PAREJA	% de				
	GENERO	5,30%	6,60%	0,00%	5,90%
	% del total	2,60%	3,30%	0,00%	5,90%
	Recuento	16	29	0	45
	% de				
DEPRESION	MCONSLT	35,60%	64,40%	0,00%	100,00%
	% de				
	GENERO	5,30%	9,50%	0,00%	7,30%
	% del total	2,60%	4,70%	0,00%	7,30%
	Recuento	20	36	0	56
	% de				
	MCONSLT	35,70%	64,30%	0,00%	100,00%
	% de				
	GENERO	6,70%	11,80%	0,00%	9,10%
	% del total	3,30%	5,90%	0,00%	9,10%

Continuación Tabla 13

Relación entre las variables de motivo de consulta vs genero

	Recuento	25	34	0	59
PROB DE RELACION	% de				
FAMILIA	MCONSLT	42,40%	57,60%	0,00%	100,00%
	% de				
	GENERO	8,30%	11,10%	0,00%	9,60%
	% del total	4,10%	5,50%	0,00%	9,60%
TOTAL	Recuento	300	305	10	615
	% del total	48,80%	49,60%	1,60%	100,00%

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a la variable género son:

- Problemas académicos: de 168 personas el 59.5% corresponden al género masculino y el 40.5% corresponde al género femenino.
- Problemas de familia: de 59 personas el 57.6% corresponden al género femenino y el 42.4% corresponde al género masculino
- Problemas de interacción social: de 48 personas el 52.1% corresponden al género femenino y el 47.9 corresponde al género masculino.
- Transtornos de ansiedad: de 36 personas el 55.6% corresponden al género femenino y el 44.4% corresponde al género masculino.
- Problemas de pareja: de 45 personas el 64.4% corresponden al género femenino y el 35.6% corresponde al género masculino
- Depresión: de 56 personas el 64.3% corresponden al genero femenino y el 35.7% al genero masculino.

Tabla 14

Relación de las variables motivo de consulta vs. Pareja

MOTIVO DE CONSULTA		PAREJA		Total
		PAREJA	999	
PROBLEMAS DE PAREJA	Recuento	3	42	45
	% de MCONSLT	6,70%	93,30%	100,00%
	% de PAREJA	75,00%	6,90%	7,30%
	% del total	0,50%	6,80%	7,30%
ABUSO	Recuento	1	4	5
	% de MCONSLT	20,00%	80,00%	100,00%
	% de PAREJA	25,00%	0,70%	0,80%
	% del total	0,20%	0,70%	0,80%
NO REPORTA	Recuento	0	11	11
	% de MCONSLT	0,00%	100,00%	100,00%
	% de PAREJA	0,00%	1,80%	1,80%
		0,00%	1,80%	1,80%
TOTAL	Recuento	4	611	615
	% de MCONSLT	0,70%	99,30%	100,00%
	% de PAREJA	100,00%	100,00%	100,00%
	% del total	0,70%	99,30%	100,00%

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a dicha variable son:

- Problemas de pareja: en un 75.0%
- Abuso en un 25.0%

Tabla 15

Relación de las variables de motivos de consulta vs escolaridad

		SIN ESCOLARIDAD	TECNOLOGICO COMPLETO	UNIVERSITARIA INCOMPLETA	UNIVERSITARI O COMPLETO	OTROS	PREESCOLAR	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	TECNICA INCOMPLETA	TECNICA COMPLETA	TECNOLOGICO INCOMPLETO	NO REPORTA	Total
PROBLEMAS ACADEMICOS	Recuento	0,00	0,00	3,00	8,00	2,00	11,00	66,00	24,00	38,00	15,00	0,00	0,00	1,00	0,00	168,00
	% de MCONSLT	0,00	0,00	1,79	4,76	1,19	6,55	39,29	14,29	22,62	8,93	0,00	0,00	0,60	0,00	100,00
	% de ESCOLARI	0,00	0,00	8,11	6,84	13,33	26,19	52,38	45,28	38,00	20,55	0,00	0,00	50,00	0,00	27,32
	% del total	0,00	0,00	0,49	1,30	0,33	1,79	10,73	3,90	6,18	2,44	0,00	0,00	0,16	0,00	27,32
PROB INTERACCION SOCIAL	Recuento	1,00	0,00	3,00	12,00	4,00	2,00	9,00	8,00	3,00	5,00	0,00	1,00	0,00	0,00	48,00
	% de MCONSLT	2,08	0,00	6,25	25,00	8,33	4,17	18,75	16,67	6,25	10,42	0,00	2,08	0,00	0,00	100,00
	% de ESCOLARI	33,33	0,00	8,11	10,26	26,67	4,76	7,14	15,09	3,00	6,85	0,00	11,11	0,00	0,00	7,80
	% del total	0,16	0,00	0,49	1,95	0,65	0,33	1,46	1,30	0,49	0,81	0,00	0,16	0,00	0,00	7,80
PROBLEMAS DE PAREJA	Recuento	0,00	3,00	6,00	19,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	9,00	0,00	1,00	0,00	0,00	45,00
	% de MCONSLT	0,00	6,67	13,33	42,22	4,44	2,22	4,44	2,22	2,22	20,00	0,00	2,22	0,00	0,00	100,00
	% de ESCOLARI	0,00	15,79	16,22	16,24	13,33	2,38	1,59	1,89	1,00	12,33	0,00	11,11	0,00	0,00	7,32
	% del total	0,00	0,49	0,98	3,09	0,33	0,16	0,33	0,16	0,16	1,46	0,00	0,16	0,00	0,00	7,32
DEPRESION	Recuento	0,00	4,00	7,00	21,00	0,00	3,00	4,00	2,00	6,00	7,00	0,00	1,00	1,00	0,00	56,00
	% de MCONSLT	0,00	7,14	12,50	37,50	0,00	5,36	7,14	3,57	10,71	12,50	0,00	1,79	1,79	0,00	100,00
	% de ESCOLARI	0,00	21,05	18,92	17,95	0,00	7,14	3,17	3,77	6,00	9,59	0,00	11,11	50,00	0,00	9,11
	% del total	0,00	0,65	1,14	3,41	0,00	0,49	0,65	0,33	0,98	1,14	0,00	0,16	0,16	0,00	9,11
PROB DE RELACION FAMILIA	Recuento	0,00	6,00	3,00	9,00	2,00	1,00	11,00	4,00	12,00	9,00	1,00	0,00	0,00	1,00	59,00
	% de MCONSLT	0,00	10,17	5,08	15,25	3,39	1,69	18,64	6,78	20,34	15,25	1,69	0,00	0,00	1,69	100,00
	% de ESCOLARI	0,00	31,58	8,11	7,69	13,33	2,38	8,73	7,55	12,00	12,33	33,33	0,00	0,00	6,25	9,59
	% del total	0,00	0,98	0,49	1,46	0,33	0,16	1,79	0,65	1,95	1,46	0,16	0,00	0,00	0,16	9,59
Total	Recuento	3,00	19,00	37,00	117,00	15,00	42,00	126,00	53,00	100,00	73,00	3,00	9,00	2,00	16,00	615,00
	% de MCONSLT	0,49	3,09	6,02	19,02	2,44	6,83	20,49	8,62	16,26	11,87	0,49	1,46	0,33	2,60	100,00
	% de ESCOLARI	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	% del total	0,49	3,09	6,02	19,02	2,44	6,83	20,49	8,62	16,26	11,87	0,49	1,46	0,33	2,60	100,00

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a la variable de escolaridad son:

- Problemas académicos: de 168 personas el 39.3% se encuentran en nivel de escolaridad primaria incompleta, el 22.6% presentan un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y el 14.3% presentan nivel de escolaridad primaria completa

- Trastornos de ansiedad: de 36 personas el 44.4% son de nivel escolar universitario completo el 16.7% son de nivel escolar de primaria incompleta y el 13.9% presentan un nivel de escolaridad universitario incompleto.
- Depresión : de 56 personas el 37.5% son de escolaridad universitario completo, el 12.5 son universitarios incompleto
- Problemas de interacción social: de 48 personas el 25.0% son de nivel universitario completo.
- Problemas de pareja: de 45 personas el 42.2% son de nivel escolar universitario completo

Tabla 16

Relación de las variables de motivo de consulta vs ocupación

MOTIVOS DE CONSULTA		OCUPACION							Total
		ESTUDIANTE	EMPLEADO	INDEPENDIENTE	DESEMPLEADO	HOGAR	OTROS	NO REPORTA	
PROBLEMAS ACADEMICOS	Recuento	161	3	1	0	1	2	0	168
	% de								27,30
	OCUPACIO	35,70%	3,60%	16,70%	0,00%	3,30%	8,70%	0,00%	%
PROB INTERACCION SOCIAL	Recuento	35	5	0	1	3	4	0	48
	% de								
	OCUPACIO	7,80%	6,00%	0,00%	20,00%	10,00%	17,40%	0,00%	7,80%
TRANS ANSIEDAD	Recuento	25	6	1	1	1	2	0	36
	% de								
	OCUPACIO	5,50%	7,20%	16,70%	20,00%	3,30%	8,70%	0,00%	5,90%
PROBLEMAS DE PAREJA	Recuento	16	21	1	0	7	0	0	45
	% de								
	OCUPACIO	3,50%	25,30%	16,70%	0,00%	23,30%	0,00%	0,00%	7,30%
DEPRESION	Recuento	32	12	0	2	6	4	0	56
	% de								
	OCUPACIO	7,10%	14,50%	0,00%	40,00%	20,00%	17,40%	0,00%	9,10%

Continuación Tabla 16

Relación de las variables de motivo de consulta vs ocupación

PROB DE RELACION FAMILIA	Recuento	36	12	1	1	5	2	2	59
	% de OCUPACIO	8,00%	14,50%	16,70%	20,00%	16,70%	8,70%	11,80%	9,60%
NO REPORTA	Recuento	1	0	0	0	0	0	10	11
	% de OCUPACIO	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	58,80%	1,80%
TOTAL	Recuento	451	83	6	5	30	23	17	615
	% de OCUPACIO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a la variable de ocupación son:

- Problemas académicos: de 168 personas el 35.7% son estudiantes y el 16.7% son independientes
- Trastornos de ansiedad: de 36 personas el 20.0% son desempleados y el 16.7% son independientes.
- Problemas de pareja: de 45 personas el 25.3% son empleados, el 23.3% permanecen en el hogar y el 16.7% son independientes.
- Depresión: de 56 personas el 40.0% son desempleados, el 20.0% permanecen en el hogar, el 17.4% realizan otro tipo de ocupación y el 14.5% son empleados.

Tabla 17

Relación de las variables de motivo de consulta vs estrato

		ESTRATO						Total
		DOS	TRES	CUATRO	CINCO	FUERA DE BOGOTA	NO REPORTA	
PROBLEMAS ACADEMICOS	Recuento	10	102	40	3	2	11	168
	% de MCONSLT							
		6,00%	60,70%	23,80%	1,80%	1,20%	6,50%	100,00%
	% de ESTRATO							
PROB INTERACCION SOCIAL		26,30%	33,10%	22,20%	20,00%	12,50%	19,00%	27,30%
	% del total	1,60%	16,60%	6,50%	0,50%	0,30%	1,80%	27,30%
	Recuento	3	27	11	1	1	5	48
	% de MCONSLT							
MOTIVO DE CONSULTA PROBLEMAS ACADEMICOS		6,30%	56,30%	22,90%	2,10%	2,10%	10,40%	100,00%
	% de ESTRATO							
		7,90%	8,80%	6,10%	6,70%	6,30%	8,60%	7,80%
	% del total	0,50%	4,40%	1,80%	0,20%	0,20%	0,80%	7,80%
DEPRESION	Recuento	4	16	13	2	1	0	36
	% de MCONSLT							
		11,10%	44,40%	36,10%	5,60%	2,80%	0,00%	100,00%
	% de ESTRATO							
PROB DE RELACION FAMILIA		10,50%	5,20%	7,20%	13,30%	6,30%	0,00%	5,90%
	% del total	0,70%	2,60%	2,10%	0,30%	0,20%	0,00%	5,90%
	Recuento	4	19	15	1	3	3	45
	% de MCONSLT							
TOTAL		8,90%	42,20%	33,30%	2,20%	6,70%	6,70%	100,00%
	% de ESTRATO							
		10,50%	6,20%	8,30%	6,70%	18,80%	5,20%	7,30%
	% del total	0,70%	3,10%	2,40%	0,20%	0,50%	0,50%	7,30%
TOTAL	Recuento	4	27	20	1	1	3	56
	% de MCONSLT							
		7,10%	48,20%	35,70%	1,80%	1,80%	5,40%	100,00%
	% de ESTRATO							
TOTAL		10,50%	8,80%	11,10%	6,70%	6,30%	5,20%	9,10%
	% del total	0,70%	4,40%	3,30%	0,20%	0,20%	0,50%	9,10%
	Recuento	4	28	20	2	0	5	59
	% de MCONSLT							
TOTAL		6,80%	47,50%	33,90%	3,40%	0,00%	8,50%	100,00%
	% de ESTRATO							
		10,50%	9,10%	11,10%	13,30%	0,00%	8,60%	9,60%
	% del total	0,70%	4,60%	3,30%	0,30%	0,00%	0,80%	9,60%
TOTAL	% del total	0,20%	0,80%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	1,50%
	Recuento	38	308	180	15	16	58	615
TOTAL	% del total	6,20%	50,10%	29,30%	2,40%	2,60%	9,40%	100,00%

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a la variable de estrato son:

- Problemas académicos: de 168 personas el 60.7% son de estrato tres y el 23.8% son de estrato cuatro.
- Problemas de interacción social: de 48 personas el 56.3% son de estrato tres
- Transtornos de ansiedad: de 36 personas el 44.4% son de estrato tres y el 36.1% son de estrato cuatro
- Problemas de comportamiento: de 23 personas el 60.9% son de estrato tres
- Problemas de pareja: de 45 personas el 42.2% son de estrato tres y el 33.3% son de estrato cuatro

Tabla 18

Relación de las variables de motivos de consulta vs estado civil

MOTIVO DE CONSULTA							TOTAL
		CASADO	SOLTERO	UNION LIBRE	SEPARADO	OTRO	
PROBLEMAS ACADEMICOS	Recuento	4	163	0	0	0	168
	% de MCONSLT	2,40%	97,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de ECIVIL	6,60%	33,50%	0,00%	0,00%	0,00%	27,30%
	% del total	0,70%	26,50%	0,00%	0,00%	0,00%	27,30%
PROB INTERACCION SOCIAL	Recuento	5	39	2	2	0	48
	% de MCONSLT	10,40%	81,30%	4,20%	4,20%	0,00%	100,00%
	% de ECIVIL	8,20%	8,00%	7,40%	8,70%	0,00%	7,80%
	% del total	0,80%	6,30%	0,30%	0,30%	0,00%	7,80%

Continuación Tabla 18

Relación de las variables de motivos de consulta vs estado civil

TRANS ANSIEDAD	Recuento	7	28	0	1	0	36
	% de						
	MCONSLT	19,40%	77,80%	0,00%	2,80%	0,00%	100,00%
	% de						
	ECIVIL	11,50%	5,80%	0,00%	4,30%	0,00%	5,90%
PROBLEMAS DE PAREJA	% del total	1,10%	4,60%	0,00%	0,20%	0,00%	5,90%
	Recuento	19	17	6	3	0	45
	% de						
	MCONSLT	42,20%	37,80%	13,30%	6,70%	0,00%	100,00%
	% de						
DEPRESION	ECIVIL	31,10%	3,50%	22,20%	13,00%	0,00%	7,30%
	% del total	3,10%	2,80%	1,00%	0,50%	0,00%	7,30%
	Recuento	9	38	4	5	0	56
	% de						
	MCONSLT	16,10%	67,90%	7,10%	8,90%	0,00%	100,00%
PROB DE RELACION FAMILIA	% de						
	ECIVIL	14,80%	7,80%	14,80%	21,70%	0,00%	9,10%
	% del total	1,50%	6,20%	0,70%	0,80%	0,00%	9,10%
	Recuento	7	40	5	6	1	59
	% de						
NO REPORTA	MCONSLT	11,90%	67,80%	8,50%	10,20%	1,70%	100,00%
	% de						
	ECIVIL	11,50%	8,20%	18,50%	26,10%	33,30%	9,60%
	% del total	1,10%	6,50%	0,80%	1,00%	0,20%	9,60%
	Recuento	0	0	0	0	0	11
TOTAL	% de						
	ECIVIL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,80%
	% del total						
	Recuento	61	486	27	23	3	615
	% de						
	ECIVIL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% del total	9,90%	79,00%	4,40%	3,70%	0,50%	100,00%

Los motivos de consulta por los que más acuden al Centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura con relación a la variable de estado civil son:

– Problemas académicos: de 168 personas el 97.0% son solteros

- Problemas de interacción social: de 48 personas el 81.3% son solteros y el 10.4 son casados
- Problemas de estado de animo: de 9 personas el 88.9% son solteros y el 11.1% conviven en unión libre
- Transtornos de ansiedad: de 36 personas el 77.8% son solteros y el 19.4 son casados.
- Problemas comportamentales: de 23 personas el 95.7% son solteros
- Problemas de pareja: de 45 personas el 42.2% son casados y el 37.8% son solteros
- Depresión: de 56 personas el 67.9% son solteras y 16.1% son casadas.
- Problemas de relación familiar: de 59 personas el 67.8% son solteras, el 11.9 son casados y el 10.20 son separados

Tabla 19

Relación de las variables motivo de consulta * expectativas del paciente

MOTIVO DE CONSULTA		EXPPACIE									Total
		EVALUACION Y/O REPORTE	AUTOCONOCIMIENTO	SOLUCION PROBESPECIFICO	TOMA DE DECISIONES	AUMENTAR LOS NIVELES DE BIENESTAR	ORIENTACION Y APOYO	NINGUNA	OTRA	NO REPORTA	
PROBLEMAS ACADEMICOS	Recuento	0	1	122	0	1	43	0	1	0	168
	% de MCONSLT	0,00%	0,60%	72,60%	0,00%	0,60%	25,60%	0,00%	0,60%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	11,10%	31,10%	0,00%	25,00%	26,50%	0,00%	20,00%	0,00%	27,30%
	% del total	0,00%	0,20%	19,80%	0,00%	0,20%	7,00%	0,00%	0,20%	0,00%	27,30%
PROB INTERACCION SOCIAL	Recuento	0	0	33	1	0	14	0	0	0	48
	% de MCONSLT	0,00%	0,00%	68,80%	2,10%	0,00%	29,20%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	0,00%	8,40%	6,30%	0,00%	8,60%	0,00%	0,00%	0,00%	7,80%
	% del total	0,00%	0,00%	5,40%	0,20%	0,00%	2,30%	0,00%	0,00%	0,00%	7,80%
TRANS ANSIEDAD	Recuento	0	0	24	0	0	9	1	2	0	36
	% de MCONSLT	0,00%	0,00%	66,70%	0,00%	0,00%	25,00%	2,80%	5,60%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	0,00%	6,10%	0,00%	0,00%	5,60%	100,00%	40,00%	0,00%	5,90%
	% del total	0,00%	0,00%	3,90%	0,00%	0,00%	1,50%	0,20%	0,30%	0,00%	5,90%

Continuación Tabla 19

Relación de las variables motivo de consulta * expectativas del paciente

PROBLEMAS COMPORTAMENTALES	Recuento	0	1	16	3	0	3	0	0	0	23
	% de MCONSLT	0,00%	4,30%	69,60%	13,00%	0,00%	13,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	11,10%	4,10%	18,80%	0,00%	1,90%	0,00%	0,00%	0,00%	3,70%
	% del total	0,00%	0,20%	2,60%	0,50%	0,00%	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	3,70%
PROBLEMAS DE PAREJA	Recuento	0	1	21	2	0	21	0	0	0	45
	% de MCONSLT	0,00%	2,20%	46,70%	4,40%	0,00%	46,70%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	11,10%	5,40%	12,50%	0,00%	13,00%	0,00%	0,00%	0,00%	7,30%
	% del total	0,00%	0,20%	3,40%	0,30%	0,00%	3,40%	0,00%	0,00%	0,00%	7,30%
DEPRESION	Recuento	0	1	36	5	1	13	0	0	0	56
	% de MCONSLT	0,00%	1,80%	64,30%	8,90%	1,80%	23,20%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	11,10%	9,20%	31,30%	25,00%	8,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9,10%
	% del total	0,00%	0,20%	5,90%	0,80%	0,20%	2,10%	0,00%	0,00%	0,00%	9,10%
PROB DE RELACION FAMILIA	Recuento	0	0	40	0	0	19	0	0	0	59
	% de MCONSLT	0,00%	0,00%	67,80%	0,00%	0,00%	32,20%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% de EXPPACIE	0,00%	0,00%	10,20%	0,00%	0,00%	11,70%	0,00%	0,00%	0,00%	9,60%
TOTAL	Recuento	17	9	392	16	4	162	1	5	9	615
	% de MCONSLT	2,80%	1,50%	63,70%	2,60%	0,70%	26,30%	0,20%	0,80%	1,50%	100,00%
	% de EXPPACIE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% del total	2,80%	1,50%	63,70%	2,60%	0,70%	26,30%	0,20%	0,80%	1,50%	100,00%

Las expectativas de los pacientes en relación al motivo de consulta son muy diversas ya que todas las personas no esperan lo mismo del tratamiento que se le va a dar por ejemplo el 72.6% de las personas con problemas académicos esperan que su problema sea solucionado mientras que el 25.6% simplemente buscan una orientación u apoyo.

El 81.8% de las personas con problemas de SPA esperan que su problema sea solucionado. Las personas que presentan problemas de interacción social el 68.8% esperan una solución específica mientras que el 29.2% esperan un apoyo u orientación las personas que acuden al centro psicológico para aplicación de pruebas, el 73.7% esperan que les den un reporte de su desempeño, mientras que el 15.8% esperan una orientación o apoyo para ser cada día mejor.

Tabla 20

Tabla de códigos CIE-10 que son más diagnosticados en el CAP (Centro de Atención Psicológico)

DX	Frecuencia	Porcentaje	acumulado
F10,1	1	0,2	14
F10,2	1	0,2	14,1
F11,8	1	0,2	14,3
F12,1	3	0,5	14,8
F12,2	1	0,2	15
F14,3	1	0,2	15,1
F16,1	1	0,2	15,3
F18,1	2	0,3	15,6
F20,0	1	0,2	15,8
F20,6	1	0,2	15,9
F21,X	2	0,3	16,3
F23,3	1	0,2	16,4
F32,0	14	2,3	18,7
F32,1	8	1,3	20
F32,2	3	0,5	20,5
F32,8	18	2,9	23,4
F32,9			
	5	0,8	24,2
F33,0	5	0,8	25
F33,1	4	0,7	25,7
F33,2	4	0,7	26,3
F33,8	3	0,5	26,8
F38,8	1	0,2	27
F39,X	2	0,3	27,3
F40,1	11	1,8	29,1
F40,8	3	0,5	29,6
F41,0	3	0,5	30,1
F41,2	11	1,8	31,9
F41,8	1	0,2	32
F41,9	5	0,8	32,8
F42,8	3	0,5	33,3

DX	Frecuencia	Porcentaje	acumulado
F43,0	2	0,3	33,7
F43,2	4	0,7	34,3
F44,5	1	0,2	34,6
F52,4	1	0,2	34,8
F60,3	4	0,7	35,4
F60,6	4	0,7	36,1
F60,9	3	0,5	36,7
F63,0	3	0,5	37,2
F63,8	1	0,2	37,4
F63,9	1	0,2	37,6
F64,2	2	0,3	37,9
F64,9	1	0,2	38
F64,2	1	0,2	38,2
F66,8	1	0,2	38,4
F70,1	1	0,2	38,5
F70,8	1	0,2	38,7
F70,9	2	0,3	39
F71,9	1	0,2	39,2
F81,8	2	0,3	39,5
F81,9	13	2,1	41,6
F82 X	1	0,2	41,8
F84,8	1	0,2	42
F90,0	7	1,1	43,1
F90,9	1	0,2	43,3
F91,2	3	0,5	43,7
F91,3	22	3,6	47,3
F91,8	6	1	48,3
F91,9	2	0,3	48,6
F92,0	5	0,8	49,4
F92,9	3	0,5	49,9
F93,0	3	0,5	50,4

F93,2	5	0,8	51,2	T74,2	4	0,7	57,6
F93,3	1	0,2	51,4	Z02,8	43	7	64,6
F94,0	3	0,5	51,9	Z56,7	1	0,2	80,2
F94,1	3	0,5	52,4	Z60,3	1	0,2	80,3
F94,8	8	1,3	53,7	Z63,0	60	9,8	90,1
F94,9	2	0,3	54	Z63,1	32	5,2	95,3
F94,1	1	0,2	54,1	Z63,4	15	2,4	97,7
F98,1	1	0,2	54,3	Z63,8	10	1,6	99,3
F98,2	1	0,2	54,5	Z63,9	2	0,3	99,7
F98,8	12	2	56,4	Z63,1	1	0,2	99,8
F98,9	2	0,3	56,7	Z91,3	1	0,2	100
T74,1	1	0,2	56,9	Total	615	100	

El diagnostico CIE-10 que mas se diagnostica en los consultantes que acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura son: Z55.8 problemas académicos, Z63.0 problemas conyugales, Z63.1 problemas paterno filiares y F91.3 trastorno negativita desafiante.

Codigo CIE -10

1. F101. Abuso de Alcohol.
2. F102. Dependencia del Alcohol.
3. F121. Abuso de Cannabis.
4. F122. Dependencia de Cannabis.
5. F21X. Trastorno esquizotipico de la personalidad.
6. F220. Trastorno Delirante.
7. F320. Trastorno depresivo mayor, leve.
8. F321. Trastorno depresivo mayor, moderado.
9. F329. Trastorno depresivo mayor, o especificado/ trastorno depresivo no especificado.
10. F331. Trastorno depresivo mayor, recidivante moderado.

11. F341. Trastorno distímico.
12. F39X. Trastorno del estado de ánimo no identificado.
- 13., F401. Fobia social.
14. F402. Fobia especificada.
15. F410. Trastorno de angustia sin agorafobia.
16. F411. Trastorno de ansiedad generalizada.
17. F419. Trastorno de ansiedad no especificado.
18. F428. Trastorno obsesivo- compulsivo.
19. F430. Trastorno por estrés agudo.
20. F431. Trastorno por estrés postraumático.
21. F432. Trastorno adaptativo con estado de animo depresivo/ con ansiedad/ mixto con ansiedad y estado de animo depresivo/ con trastorno del comportamiento/ con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
22. F439. Trastorno adaptativo no especificado.
23. F444. Trastorno de conversión con síntomas o déficit motores.
24. F500. Anorexia nerviosa.
25. F502. Bulimia nerviosa.
26. F509. Trastorno de la conducta alimentaría no especificado.
27. F513. Sonambulismo.
28. F514. Terrores nocturnos.
29. F519. Disomnia no especificada/ pesadillas.
30. F529. Trastorno sexual no especificado.
31. F600. Trastorno paranoide de la personalidad.
32. F603. Trastorno limítrofe de la personalidad.
33. F604. Trastorno histriónico de la personalidad.
34. F606. Trastorno de la personalidad por evitación.
35. F607. Trastorno de la personalidad por dependencia.
36. F609. Trastorno de la personalidad no especificado.
37. F630. Juego patológico.
38. F638. Trastorno explosivo intermitente.

39. F640. Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta.
40. F642. Trastorno de la identidad sexual en la niñez.
41. F649. Trastorno de la identidad sexual no especificada.
42. F709. Retraso mental leve.
43. F719. Retraso mental moderado.
44. F729. Retraso mental grave.
45. F739. Retraso mental profundo.
46. F799. Retraso mental de gravedad no especificado.
47. F819. Trastorno del aprendizaje no especificado.
48. F900. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado/
tipo con predominio hiperactivo - impulsivo.
49. F909. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
50. F913. Trastorno negativista desafiante.
51. F918. Trastorno disocial.
52. F919. Trastorno del comportamiento perturbador no especificado.
53. F930. Trastorno de ansiedad por separación.
54. F941. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo
inhibido.
55. F980. Enuresis no debida a enfermedad medica.
56. F981. Encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.
57. F982. Trastorno de rumiación/ trastorno de la ingestión alimentaría de la
infancia o la niñez.
58. F985. Tartamudeo.
59. F988. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con
predominio del déficit de atención.
60. F989. Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.
61. F99X. Trastorno mental no especificado (no psicótico).
62. T740. Negligencia en la infancia.
63. T741. Abuso físico del niño/ del adulto.
64. T742. Abuso sexual del niño/ del adulto.

- 65. Z032. Códigos adicionales sin diagnostico o estado en el eje I/ sin diagnostico en el eje II.
- 66. Z558. Problema académico.
- 67. Z567. Problema laboral.
- 68. Z630. Problemas conyugales.
- 69. Z631. Problema paterno filiales (cuando el objeto de atención es el niño).
- 70. Z634. Duelo.
- 71. Z637. Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad medica.
- 72. Z638. Problema paterno filiales.
- 73. Z639. Problemas de relación no especificado.
- 74. Z028. Examen con fines administrativos.

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue identificar las características de los consultantes que acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura, para ello fue necesario incluir conceptos acerca de la psicología clínica, conceptos tales como enfermedad, salud mental, epidemiología, incidencia y algunos estudios que apoyan dicha investigación. Se realizó con el fin de tener una visión más clara de la labor que hacen los psicólogos clínicos en el CAP y de cuáles son los motivos por los que las personas más acuden al centro psicológico. Se observó que dos de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Y los problemas académicos, comportamiento y los trastornos de ansiedad son los más prevalentes.

Se observó también que entre los hombres la adicción es el problema más común en tanto que para las mujeres es la depresión. Por otro lado se observó que Barrios Unidos es la localidad que presenta la prevalencia más elevada. Es bastante interesante mencionar que en base a los estudios realizados se puede afirmar que resulta alarmante el hecho de que las tasas de incidencia de los trastornos no disminuyen; donde el sector más dañado de nuestra sociedad no tiene acceso a los servicios básicos de salud, ni a normas de higiene que se dan por cultura en comunidades rurales, son prácticamente inexistentes. Para solucionar estos problemas se requiere grandes acciones políticas para legislar y aprobar un mayor presupuesto a los servicios básicos de salud, así como a las campañas y crear acciones para que la gente de escasos recursos tenga el conocimiento de una educación para la salud que le permita prevenir muchos de los trastornos o de los problemas que día a día los aquejan.

Este trabajo busca proyectar el campo de estudio de la epidemiología de los trastornos mentales y sus limitaciones, haciendo énfasis en las

variables comunes de ésta con otras áreas más tradicionales de la epidemiología y en las aportaciones particulares de este campo epidemiológico a la psiquiatría, a la psicología en general y a la epidemiología en particular. Otro aspecto importante a resaltar es la necesidad de hablar en plural al referirnos a los trastornos mentales. Este campo de la epidemiología presenta también un carácter particular, bifacético por un lado, este es un problema en sí mismo, que produce sufrimiento y motiva la búsqueda de atención especializada, con manifestaciones clínicas particulares. Por otro lado, esta epidemiología también se orienta hacia un dominio particular de determinantes (como el uso, abuso o dependencia hacia ciertas conductas) y cómo estas variables independientes afectan determinados procesos (como los accidentes, el homicidio, el suicidio, etc.) Por último, la epidemiología de los trastornos mentales se ha caracterizado también por su interés en una serie de procesos que no parecen constituir síndromes propiamente dichos, siendo el ejemplo más claro de esto el problema de la violencia.

Los hallazgos obtenidos por medio de las variables sociodemográficas confirman que en general los problemas académicos son los que aparecen a edades más tempranas, seguidos por los problemas de familia y por último los trastornos afectivos relacionados con la depresión. El surgimiento de los trastornos mentales a edades tempranas junto con la cronicidad sugiere que muchas personas los padece la mayor parte de su vida. Cabe destacar que el objetivo general de este estudio se logro, ya que se pretendía caracterizar el perfil epidemiológico de los consultantes que acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de La Universidad de San Buenaventura. A pesar de que algunas de las unidades de análisis no estaban en su totalidad diligenciadas, es conveniente sugerir que para próximas investigaciones la muestra sea mas amplia para que no afecte los resultados, es decir que sea representativa que todas las variables se identifiquen que las unidades de

análisis presente una información clara y coherente del tratamiento. También se puede tener mas datos demográficos o sociodemográficos que estén relacionados con las variables, por ejemplo para la variable de estado civil hubiese sido conveniente analizar desde hace cuanto se encuentra separado, casado, soltero en unión libre o viudo, otro aspecto importante es desde cuando presenta este tipo de comportamiento o conductas si ya ha buscado accesoria antes etc. Y realizar una prueba piloto para así poder identificar falencias en la muestra o en la unidad de análisis que puede hacer mas valida la investigación.

REFERENCIAS

- Alessandri S. (1992). Effects of Maternal Work Status in Single-Parent Families on Children's Perceptio of Self and Family and Shool. Achievement. Jovinal of Experimental Child Psychology.completar
- Alfonso H, León-Sarmiento FE, Brokate AM, Valderrama V, Parra JE. (2001) Epidemiología del SIDA basada en la evidencia. En: León-Sarmiento FE, ed. VIH y los virus de la imaginación humana. Santa Fe de Bogotá: Celsus; 2001. Pp. 13–32.
- Ballesteros, B. P. (2000). Factores de riesgo de la conducta agresiva en niños y jóvenes de Santa fe de Bogota, Informe final del proyecto de investigación. *SUMA Psicológica Fundación Universitaria Konrad Lorenz*.
- Beck, L. (1999). *Desarrollo del niño y el Adolescente*. España. Prentice Hall.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F.: (1995) "Manual de Psicopatología", vol. 1, McGraw-
- Bierman, K. & Montminy, K. (1993). "Developmental Issues in Social-skills Assessment and Intervention with Children and Adolescents." *Behavioral Modification*. 17,5 229-254.
- Bowen, P. (2006). *Relaciones Familiares*. México.
- Censo Nacional de Población Hogares Y viviendas (2001). Recuperado en: www.lapampa.gov.ar/Publicaciones/ProduccionEstadistica/censo2001/SRosayPico/conceptosLocalidad.ht6m. Consultado en febrero de 2007.
- Craig, J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. 7. México: Prentice Hall.
- Davidoff (1989) introducción a la Psicología. Ed Mc Graw Hill. Buenos Aires.
- Davidson (2000) modifying the built environment. The impact of improve street lighting. *Geoforum*. 25, 339, 350
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2005). Recuperado en: www.dane.gov.co. Consultado en Marzo de 2007.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia (2002)

Feldman (1999) Psicología con aplicaciones de habla hispana. Mc Graw Hill.

Feldman, R. (2001). *Psicología con Aplicaciones en Países de Habla Hispana*. México. Mc Graw Hill.

Font, J. (1983). *Salud y Enfermedad Mental*. Barcelona.

Goldenberg, D. & Lubchansky, J. (1990). *Salud Mental*. I. buenos Aires. El Ateneo.

Gómez-Restrepo C, Ospina MB, Díaz- Granados N. (2002) Carga de la enfermedad mental en el mundo: un esbozo de la relevancia de los trastornos psiquiátricos. En: Gómez-Restrepo C, Hernández-Bayona G, Rojas-Urrea A, Santacruz-Oleas

Gonzáles, P. & Sabeh, G. (2003). *Psicología de la Salud y Conceptos de Medicina*. México. Thomson.

Hernández, 1998 metodología de la investigación. Mc graw hill 3° ed.

Hernández, S. (1991). *Metodología de la Investigación*. Buenos Aires. Mc Graw Hill.

Herrera, P. (1999) *Pediatría Revista Cubana Pediatría*. 71.1 Ciudad de la Habana. 30,38

Krawchik, R. Mías, D. & Querejeta, A. (2006). Depresión, suicidio y conductas destructivas en niños y adolescentes el discurso de la violencia. *Revista infancia, adolescencia y familia* 1, 2,275-286

Labrador (1998) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Ed. Ediciones pirámide

Larraguibel, Q. (2000). *Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Niños y adolescentes*. Universidad de Chile. Facultad de Medicina.

Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. 6. Ciudad. Internacional. Thomson

- León-Sarmiento FE, Martínez M, García I. (2003) Migraña y calidad de vida en trabajadores hospitalarios colombianos, usando los protocolos de la OMS y MIDAS (MIDASELA), en español. Rev Neurol 2003;36:412–417.
- Ley 1093 (2006), El Congreso de Colombia, Libro 1 La Protección Integral, título 1 Disposiciones Generales, capítulo I Principios y Definiciones.
- Ley 30 y 115. (1994). *Nueva ley General de la Educación*. Tomado del diario oficial No 41.214. El triángulo de oro. Bogotá.
- Maccoby, E. E & Jacklin, C. (1974). *The Psychology of Sex Differences* Stanford: *Stanford University Press*.
- Mahecha J., Martínez N. (2005). Conductas Aparéntales y Perfil Sociofamiliar en Estratos Socioeconómicos Bajos de Bogotá. *Revista SUMA Psicología, 12,2 Consejo Editorial Nacional. Bogotá*
- Monjas, I. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños/as y adolescentes*. Ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid. 56-72.
- Morales J (1999). *Psicología Social*. Buenos Aires. Mc Graw Hill.
- Oblitas, A. (2003). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. Mexico.Thomson.
- Olivia, A. (1997). Familia y Escuela. *Revista de Psicología de la Universidad de Sevillana. 4. 5*.
- Organizacion mundial de la salud OMS. Estudio en Salud. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas 2.001. Ginebra
- Papalia, D. (2001). *Psicología del desarrollo*. Bogotá. Mc Graw Hill
- Patterson, G.R. (1986). "Performance Models for Antisocial Boys." *American Psychologist. 41, 432-444*.
- Peck R, 2000 la salud mental. Librería del Colegio. Mexico Buenos aires.
- Pepler, D. & Slaby, R. (1994). *Theoretical and Developmental Perspectives on Youth and Violence*. En: Eron, L. & cols. (Eds.),
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. México. Prentice. 2, 6-9.

- Shaffer, D. (2002). *Psicología del Desarrollo Humano*. México. Thomson.
- Sheldon, B.: (1995) "Cognitive-Behavioural Therapy. Research, practice and philosophy", Routledge, London.
- Stumphauzer, Jeroneme. Terapia conductual: manual de entrenamiento. Trillas, México. Ed medica panamericana.
- Tizón, J. (1996). *Componentes Psicológicos de la Práctica Médica*. Barcelona.
- Torres, C. (1996). *Las secretas aventuras del orden. Estado y Educación*. Buenos Aires.
- Ugalde & Luch. (1991). *Salud Mental y Conceptos Básicos en Psicopatología*. Barcelona. Ginebra.
- Universidad de san Buenaventura. *Manual de procedimientos de las Historias Clínicas del Centro de Atención Psicológica Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura* Bogota.
- Vázquez, (1990). *Sistemas de Clasificación en Sicopatología*. Madrid. Mc Graw Hill.

ANEXOS

ANEXO A
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
460	52046643	4	2	999	10	3	3	2	12	15	Z63,0	6
461	53079737	3	2	999	5	1	2	2	7	24	Z02,8	6
462	19302288	4	1	999	11	2	4	1	11	5	Z63,8	6
463	84112056210	3	2	999	5	1	3	2	12	24	Z02,8	4
464	80101846	3	1	999	5	1	3	2	12	24	Z02,8	4
465	87042261287	3	1	999	4	1	4	2	1	5	F41,9	3
466	51874631-1	2	2	999	4	1	3	2	10	13	F32,0	6
467	53073533	3	2	999	4	1	3	2	8	24	Z02,8	6
468	85103132660	3	1	999	4	1	3	2	12	24	Z02,8	6
469	51975200	4	2	999	8	2	3	4	3	13	F32,9	6
470	32818340-1	2	1	999	2	1	3	2	16	1	Z02,8	3
471	52208194	4	2	999	3	2	3	1	5	20	Z63,0	3
472	35253115	4	2	999	12	1	3	2	10	23	F32,8	3
473	52133777-2	2	2	999	3	1	2	2	21	9	Z63,4	3
474	52769227-1	1	1	999	2	1	2	2	17	5	F91,3	3
475	80166900	4	1	999	5	2	3	2	11	25	F21,X	6
476	96061207420	2	1	999	3	1	3	2	12	5	F91,3	3
477	19107986	4	1	999	6	3	3	1	12	5	Z63,0	3
478	52567584	999	999	999	999	999	999	999	999	999	Z63,0	3
479	53071811	3	2	999	6	2	999	2	999	11	F64,2	6
480	50918837	4	2	999	11	1	999	1	999	20	F60,7	3
481	41513751	4	2	999	10	2	5	4	1	5	Z63,8	6
482	52327574	4	2	999	11	2	3	4	8	5	Z63,8	3
483	19019992-2	3	1	999	4	2	2	2	14	1	F81,8	6
484	52089368	4	1	1	2	2	3	3	8	20	Z63,0	6
485	41347687	4	2	999	5	6	4	1	1	15	F32,2	8
486	52998414	3	2	999	5	1	4	2	1	5	Z63,8	6
487	52996493	3	2	999	4	1	4	2	1	23	F33,1	4
488	52865351	4	2	999	10	1	4	2	1	23	Z63,8	2
489	40275594-4	3	2	999	4	1	3	2	5	22	F81,8	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
490	63539810	3	1	999	11	1	5	2	2	14	Z63,9	3
491	79569637	4	2	999	6	2	3	2	11	13	F41,2	6
492	52195608	4	2	999	13	6	2	1	17	1	Z02,8	3
493	41665155-2	2	2	999	2	1	3	2	8	15	F90,0	3
494	51893175-1	2	2	999	6	5	3	2	12	1	F32,0	8
495	20677810	4	1	999	3	1	3	2	11	14	F32,0	6
496	83243004	4	1	999	3	2	2	1	17	20	Z63,0	3
497	41352621	2	1	999	5	2	3	2	12	13	F81,9	6
498	52120571	4	2	999	5	2	2	4	17	20	Z63,0	6
499	52150330-1	2	1	999	11	1	999	2	999	13	F91,3	6
500	8008043	4	1	999	11	1	3	2	8	25	F43,2	4
501	72264445	4	1	999	11	1	4	2	2	23	F40,1	3
502	11259210	3	1	999	11	1	4	2	1	23	F64,9	3
503	79889850	3	1	999	11	1	4	2	11	15	F12,1	3
504	79542670	4	1	999	11	2	2	2	19	12	F63,9	2
505	86122013105	4	1	999	11	1	3	1	12	13	Z03,2	3
506	798027097	3	1	999	999	999	999	2	999	5	Z63,0	6
507	2003060894	4	1	999	3	1	3	2	13	1	F91,3	6
508	19446571	4	2	1	6	5	3	2	12	20	Z63,0	3
509	79990164	4	1	1	6	1	3	1	13	7	Z03,2	6
510	8508123222	3	2	999	11	1	4	2	1	2	T74,2	4
511	85081142055	3	2	999	11	1	3	2	11	20	Z63,0	4
512	87102860266	3	1	999	5	1	4	2	16	5	Z03,2	3
513	802577741	3	1	999	6	6	3	2	6	34	F43,0	3
514	93450041	3	1	999	5	2	3	4	16	5	Z63,0	3
515	52518759	4	2	999	6	2	4	2	16	25	Z02,8	6
516	2003270490	3	1	999	5	1	999	2	999	13	F91,3	6
517	27421078	1	2	999	2	1	4	2	1	13	Z63,1	3
518	2003250296	2	1	999	3	1	999	2	999	13	Z63,1	3
519	21182085	5	2	999	1	5	3	6	12	34	F23,3	8
520	89050660509	3	1	999	5	1	4	2	1	34	Z03,2	3
521	89011463844	3	1	999	5	1	4	2	13	1	Z55,8	3
522	20476144	999	2	999	999	999	3	999	18	34	F33,0	3
523	80756578	4	1	999	12	1	2	2	14	20	Z63,0	2
524	79356572	4	1	999	8	3	999	2	999	14	F60,6	6
525	2003201291	3	2	999	5	1	3	2	10	1	F98,8	6
526	20796587-2	2	1	999	3	1	3	2	8	1	Z02,8	3
527	51943224	4	2	999	12	5	4	1	16	20	Z63,0	6

[illegible]

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
566	85072132128	3	1	999	6	1	3	2	12	13	F20,6	6
567	51983339	4	2	999	12	1	3	3	13	23	Z63,0	6
568	86051533978	3	2	999	5	1	4	2	2	1	F91,9	6
569	2003060192	3	2	999	5	1	4	2	2	1	Z55,8	6
570	52423243	4	2	999	11	1	3	4	11	34	Z63,0	3
571	51572578-2	3	1	999	6	1	4	2	13	34	Z55,8	3
572	80086382	4	1	999	5	1	7	1	22	1	F21,X	6
573	80407448	4	1	999	5	2	4	3	1	12	F10,2	6
574	51633036	4	2	999	13	2	4	3	13	5	Z63,0	6
575	35403129-2	3	1	999	6	1	4	2	12	1	Z55,8	3
576	92071294744	2	2	999	4	1	2	2	17	1	Z63,1	6
577	82160323-1	2	1	999	4	1	4	2	1	13	Z63,1	3
578	2003150194	2	2	999	4	1	3	2	10	15	Z63,1	3
579	2003050399	1	1	999	2	1	3	2	6	13	F91,9	3
580	52951257	4	2	999	11	1	3	1	13	23	Z63,0	5
581	88208562	4	1	999	6	1	3	2	10	27	F63,0	3
582	94092702361	3	1	999	5	1	4	2	1	1	F91,3	3
583	51812223	4	2	999	12	3	4	4	2	20	F66,8	3
584	20318901	5	2	999	9	6	3	4	10	23	Z63,1	3
585	51633036-1	4	2	999	13	2	3	2	12	28	Z63,1	3
586	90103051940	3	1	999	5	1	3	2	11	1	Z63,4	6
587	91090923302	3	1	999	5	1	3	2	11	1	F90,9	3
588	80760818	4	1	999	11	1	3	2	10	1	F32,0	3
589	52237900	4	2	999	6	6	999	3	999	23	F33,0	6
590	80179489	4	1	999	12	1	4	2	1	5	F60,3	3
591	80173397	4	1	999	12	1	3	2	10	12	Z63,4	3
592	39521218	4	1	999	4	5	3	1	10	20	Z63,0	6
593	2003160593	3	1	999	4	1	4	2	1	1	F81,9	3
594	79748250	4	1	999	6	2	4	2	16	20	Z63,0	6
595	79278544	4	1	999	13	2	999	2	999	18	F41,9	3
596	2003150395	2	1	999	2	1	4	2	13	24	F70,8	3
597	17037833-6	3	2	999	5	1	3	2	11	1	Z55,8	3
598	92052250015	3	2	999	4	1	3	2	18	1	Z63,1	3
599	79519356-1	2	2	999	2	1	3	2	16	1	Z63,1	3
600	79882701	4	1	999	11	1	3	2	12	1	F32,8	3
601	39721780-1	3	1	999	5	1	7	2	22	34	Z63,1	6
602	79947892	4	1	999	10	2	4	3	1	20	Z63,0	6
603	91010515365	3	1	999	5	1	2	2	3	1	Z55,8	6

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
604	52699029	4	2	999	6	1	3	2	1	20	Z63,0	3
605	26624174	2	1	999	4	1	3	2	11	13	F91,2	3
606	79248356	4	1	999	11	1	3	4	12	23	F60,9	3
607	80041744	3	1	999	11	1	4	2	2	12	F12,1	3
608	80083348	4	1	999	12	1	4	2	1	12	F63,0	3
609	79201093-1	2	1	999	3	1	3	2	12	1	F90,0	6
610	25706964	2	1	999	4	1	999	2	999	1	Z02,8	3
611	79898096	4	1	999	12	1	7	2	22	15	F41,9	7
612	52707552	4	2	999	12	1	3	2	10	23	F32,0	6
613	98638020	4	1	999	13	2	4	2	11	14	F63,0	6
614	52046987	4	2	999	12	2	3	2	10	13	F32,1	3
615	90100352604	3	1	999	5	1	3	2	11	1	F91,3	6
616	51724518	4	2	999	6	5	4	4	1	5	F32,8	3
617	52704391	4	2	999	12	2	2	2	17	15	F60,6	6
618	87092559384	3	1	999	6	1	3	2	6	1	Z55,8	3
619	52353903	4	2	999	12	1	4	2	1	34	F32,9	3
620	2003051195	3	1	999	5	1	999	2	999	5	Z63,4	3
621	2003120890	3	1	999	5	1	3	2	11	24	Z55,8	2
622	11206548	3	1	999	12	1	999	2	999	1	F41,9	3
623	89110452625	3	1	999	6	1	4	2	12	21	Z02,8	6
624	28562366	1	2	999	2	1	7	2	22	8	F84,8	6
625	97110806996	2	1	999	999	999	999	2	999	8	Z02,8	3
626	97122000242	2	1	999	4	1	4	2	11	1	T74,1	6
627	2003090292	3	2	999	4	1	4	2	1	1	F91,3	6
628	52019477	4	2	999	12	2	3	3	12	20	Z63,0	6
629	8813055631	2	2	999	4	1	3	2	8	28	F98,2	3
630	96022200477	2	2	999	4	1	3	2	8	1	F90,0	6
631	26068	4	2	999	6	2	3	1	15	20	Z63,0	6
632	51866763	4	2	999	10	2	4	4	1	34	F32,8	6
633	39540126-2	2	1	999	2	1	3	2	10	21	Z02,8	1
634	80009557	4	1	999	6	1	3	3	9	10	F32,9	3
635	19419643-2	2	2	999	3	1	3	2	11	13	F93,2	3
636	52128915	4	2	999	10	2	3	1	9	23	Z02,8	6
637	52182296	4	2	999	12	4	4	2	11	23	F32,8	3
638	52181720-1	2	1	999	3	1	4	2	12	1	F81,9	3
639	51820594-1	3	2	999	6	1	4	2	1	1	F91,3	3
640	52691896	4	2	999	6	1	4	2	1	25	F60,6	6
641	79540357-1	2	2	999	3	1	2	2	17	2	Z55,8	4

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
642	25094034	2	2	999	2	1	4	2	1	1	F71,9	3
643	41769195	4	2	999	12	4	3	4	12	23	F33,1	3
644	2003011197	2	1	999	2	1	4	2	1	2	F92,9	3
645	92010650048	3	1	999	4	1	3	2	11	1	Z63,1	3
646	41702063	4	2	999	6	5	3	1	12	23	F32,8	3
647	52087087	4	2	999	10	2	7	2	22	34	F32,2	3
648	86100366217	3	2	999	6	1	2	2	3	13	F94,8	3
649	51768048	4	2	999	12	2	3	3	10	20	Z63,0	6
650	52797720	4	2	999	12	1	3	2	11	1	F60,9	6
651	99072311000	1	2	999	2	1	3	2	11	1	Z63,1	3
652	80350225	4	1	999	12	1	7	2	22	20	Z63,0	6
653	90092851701	3	1	999	6	1	4	2	12	2	F81,9	3
654	94081702289	2	1	999	5	1	4	2	12	2	Z63,1	3
655	20255497	5	2	999	4	5	3	1	13	5	Z63,8	3
656	17138355	4	1	999	12	2	4	2	2	20	Z02,8	3
657	95040206133	2	2	999	6	1	999	2	999	21	Z02,8	1
658	90110853970	3	2	999	6	1	4	2	12	13	F91,8	3
659	79511376	3	2	999	6	5	3	2	13	20	Z63,0	6
660	27288578-1	2	1	999	2	1	3	2	10	17	Z91,3	6
661	52811809	4	2	999	11	2	4	2	13	5	Z63,8	3
662	27405937-1	2	2	999	3	1	4	2	1	1	Z55,8	3
663	87219685	3	1	999	12	1	5	2	2	13	F41,2	3
664	86082501	3	1	999	12	1	999	2	999	1	F41,8	3
665	79725147	4	1	999	6	2	3	2	18	23	999	6
666	52710403	4	2	999	6	5	2	1	3	5	Z63,0	3
667	52539123	4	2	999	13	1	2	1	3	20	Z63,0	6
668	9203100930	3	1	999	6	1	3	2	16	1	F91,3	6
669	88062953041	3	1	999	6	1	999	2	999	1	F12,1	6
670	51964233	4	2	999	10	2	2	1	3	23	999	3
671	52997146	4	2	999	6	6	4	2	1	15	Z63,0	3
672	20118036	5	2	999	4	6	3	1	16	34	F33,8	3
673	91102178144	3	1	999	6	1	4	2	12	5	Z63,0	3
674	89031977666	3	1	999	6	1	4	2	11	2	F91,3	3
675	52761324	3	2	999	12	1	999	2	999	23	F33,1	3
676	23914516	3	2	999	12	1	3	2	8	23	F33,2	3
677	91032308827	3	1	999	5	1	3	2	11	2	F64,2	3
678	90061260632	3	2	999	6	1	4	2	12	1	Z63,1	3
679	52330808-1	2	2	999	2	1	999	2	999	8	Z55,8	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
680	79706986	4	2	999	6	6	3	1	16	23	Z63,0	3
681	80007087	4	1	999	12	1	2	2	7	15	F32,0	8
682	80541576	4	1	999	6	1	7	2	22	11	F52,4	3
683	20725242	5	1	999	13	5	4	1	12	13	F32,1	3
684	86120352913	3	2	999	6	1	4	2	1	24	Z02,8	3
685	53070527	3	2	999	12	1	4	2	1	23	F91,2	3
686	52860170	4	2	999	6	1	3	2	14	13	F32,8	3
687	39492681	3	1	999	12	1	3	2	1	23	F32,0	3
688	80432236	4	2	999	12	1	4	2	1	24	F33,0	2
689	22078533	2	1	999	4	1	4	2	12	1	Z63,1	3
690	98080927898498	2	1	999	3	1	3	2	16	1	Z55,8	3
691	91012504522	3	1	999	6	1	3	2	18	1	Z55,8	3
692	87020563174	3	1	999	6	1	4	2	12	24	Z02,8	2
693	30982354-1	1	2	999	2	1	4	2	11	2	Z63,1	3
694	52932954	4	1	999	12	5	3	2	19	13	F32,0	3
695	51601123	4	2	999	4	5	3	1	11	13	F32,8	3
696	51798641	4	2	999	13	6	3	6	13	34	F33,0	3
697	80002893	4	2	999	12	2	7	2	22	23	F32,8	3
698	80061359	4	1	999	6	2	3	2	18	5	F32,2	3
699	52806780	4	1	999	12	1	2	2	7	23	F33,2	3
700	52517592	3	2	999	6	1	3	2	11	24	F40,8	6
701	53125379	3	2	999	6	1	3	2	11	1	Z02,8	3
702	41720881-2	4	2	999	12	6	4	2	11	9	F41,0	6
703	52850019	4	2	999	12	1	4	2	11	5	F60,3	6
704	89101579914	4	2	999	10	1	3	1	10	5	Z63,0	6
705	41717522	4	2	999	12	1	4	2	13	5	Z63,0	6
706	2853319	5	1	999	12	6	4	1	12	23	F41,2	3
707	79259825-1	3	2	999	5	1	4	2	12	1	Z55,8	6
708	91072203084	4	2	999	12	1	999	2	999	1	Z55,8	3
709	52794792	4	2	999	12	1	3	2	10	23	F33,2	3
710	45556986	4	1	999	12	1	3	2	11	29	Z02,8	3
711	657400975	4	2	999	12	1	3	2	1	15	F40,1	6
712	41331142	5	2	999	10	6	3	4	1	5	F63,8	3
713	52797451-1	3	1	999	4	1	3	2	8	13	F94,8	3
714	80759313	4	1	999	12	1	7	2	22	24	Z02,8	3
715	52333775-1	2	1	999	3	1	3	2	10	1	Z63,1	3
716	97013007407	2	1	999	4	1	4	2	11	1	F94,9	3
717	92031109029	3	1	999	6	1	4	2	13	1	F94,8	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
718	51876617-1	2	1	999	3	1	3	2	12	1	999	3
719	79567669	4	1	999	12	1	3	2	12	15	F40,1	3
720	517175024-1	3	1	999	4	1	4	2	12	11	F94,1	6
721	9305854602	3	1	999	6	1	4	2	13	1	Z55,8	3
722	90092263338	3	2	999	4	1	3	2	10	1	Z63,1	3
723	51560980	4	2	999	10	2	4	1	1	20	F60,3	6
724	80101681	4	1	999	12	1	4	2	1	24	Z55,8	3
725	88265308	4	1	999	4	4	2	3	14	13	F60,3	3
726	96120812030	2	2	999	6	1	3	2	15	17	F41,9	3
727	1019012195	2	2	999	4	1	3	2	12	12	Z02,8	3
728	808750003	3	2	999	12	1	3	2	1	30	F12,2	3
729	95011305211	2	2	999	4	1	4	2	12	1	T74,2	3
730	52418380-3	2	2	999	2	1	3	2	11	1	Z63,0	3
731	26918564	2	1	999	2	1	3	2	12	35	Z55,8	3
732	20233837-1	3	1	999	3	1	3	2	2	1	F90,0	3
733	89101150128	3	1	999	6	1	3	2	16	1	Z63,1	3
734	92073051470	3	2	999	4	1	3	2	11	7	F81,9	6
735	95100405408	2	1	999	4	1	3	2	12	1	Z55,8	3
736	92041467640	3	1	999	5	1	3	2	12	1	Z55,8	3
737	93011108120	3	1	999	5	1	3	2	14	1	F91,3	3
738	90121056223	3	1	999	5	1	3	2	10	1	Z55,8	3
739	19465608-2	2	2	999	3	1	3	2	13	1	Z55,8	3
740	89072969503	3	1	999	5	1	3	2	12	1	Z55,8	6
741	65694882-1	3	2	999	5	1	3	2	7	1	F70,1	3
742	9524167-2	2	1	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
743	97061810661	2	1	999	4	1	3	2	12	21	F81,9	1
744	89071058658	999	999	999	999	999	999	999	999	999	F41,2	999
745	79797862	4	1	999	12	1	999	2	999	20	Z63,0	3
746	79695866-2	2	1	999	2	1	3	2	12	22	Z55,8	3
747	80136525	4	1	999	12	1	5	2	1	21	Z55,8	3
748	79047396-1	2	1	999	2	1	3	2	12	1	F81,9	3
749	95081705284	3	2	999	5	1	4	2	16	1	Z55,8	6
750	79002120-3	2	1	999	3	1	2	2	19	1	Z55,8	3
751	41628727-1	2	1	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
752	51792969-2	3	1	999	5	1	3	2	12	7	T74,2	6
753	79982312	4	1	999	12	1	4	2	1	20	Z60,3	6
754	79867033-2	2	2	999	3	1	5	2	1	1	F43,2	6
755	88070450555	3	2	999	5	1	4	2	13	31	Z02,8	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
756	93050529159	3	2	999	5	1	4	2	16	21	Z63,1	1
757	39804011	4	2	999	12	1	7	2	22	14	F40,1	5
758	11204275	4	1	999	11	1	4	2	12	23	F40,1	3
759	13279498	3	1	999	11	1	3	2	1	23	F32,8	3
760	28532295	2	1	999	2	1	3	2	13	23	Z02,8	3
761	520513721-1	2	2	999	3	1	3	2	12	15	F32,8	3
762	20215686	5	2	999	6	5	3	1	10	15	F40,1	3
763	40392260	4	1	999	12	1	3	3	1	21	F41,2	1
764	41397911	4	2	999	12	5	5	2	1	32	Z02,8	3
765	51665744-1	2	2	999	5	1	4	2	1	21	999	6
766	51665744-2	3	1	999	6	1	4	2	1	21	Z02,8	1
767	41614087	4	2	999	12	2	3	4	1	33	F40,8	3
768	32739052	3	2	999	4	1	3	2	8	1	Z55,8	3
769	41669690-1	3	1	999	5	1	7	2	22	21	Z02,8	1
770	52018495-1	3	1	999	5	1	3	2	10	30	Z55,8	3
771	39523921	4	2	999	4	6	3	4	10	34	F33,2	6
772	23809102	4	2	999	8	5	3	1	10	20	F20,0	3
773	20583272	5	2	999	12	6	7	2	22	36	F32,9	6
774	41670452-3	3	1	999	3	1	4	2	1	2	Z63,1	3
775	95092108342	2	1	999	4	1	3	2	12	1	Z55,8	6
776	92012959526	3	1	999	3	1	4	2	11	5	Z55,8	6
777	51617067	4	2	999	12	2	4	1	2	15	Z63,0	6
778	80032369	4	1	999	12	1	3	2	12	9	F16,1	6
779	90020351356	3	2	999	6	1	7	2	22	33	F94,8	6
780	1019005317	3	1	999	12	1	4	2	11	13	F32,8	6
781	79909008	4	1	999	6	1	4	2	11	34	F14,3	3
782	53031090	3	1	999	12	2	4	2	16	14	F33,0	3
783	79820602	4	1	999	10	2	4	3	16	14	F40,1	3
784	80843610	4	1	999	10	1	3	2	8	14	F42,8	3
785	26225400	2	1	999	3	1	3	2	11	13	F94,1	3
786	40387804-2	2	1	999	3	1	3	2	6	21	Z02,8	3
787	94080200833	3	1	999	3	1	3	2	12	1	F94,1	3
788	20318034-2	2	1	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
789	51921442-1	2	1	999	3	1	3	2	12	13	Z55,8	3
790	40387804-1	3	2	999	3	1	3	2	12	1	999	3
791	80171130	4	1	999	12	1	3	2	12	12	F10,1	3
792	20071780	5	2	999	4	2	3	1	12	9	Z63,4	3
793	52800593	4	2	999	12	1	3	2	10	9	F41,0	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
794	52552647-1	3	1	999	3	1	3	2	12	1	F81,9	3
795	24651044-2	3	2	999	4	1	999	2	999	13	F94,0	3
796	58972072-1	3	2	999	4	1	3	2	12	13	F94,8	6
797	51956897-1	3	2	999	3	1	3	2	12	5	Z02,8	6
798	52586413-4	2	1	999	2	1	4	2	1	34	F91,8	3
799	52356213-1	2	1	999	3	1	3	2	11	15	F93,2	3
800	80060140	4	1	999	10	2	3	2	17	20	Z63,0	3
801	53050541	4	2	999	12	1	4	2	1	24	Z63,0	6
802	73106127	4	1	999	12	2	5	1	1	34	Z63,0	3
803	51707059-1	2	2	999	3	1	2	2	3	21	Z02,8	1
804	79685908	4	1	999	12	2	5	1	2	20	F44,5	3
805	88112760940	4	1	999	6	1	3	2	12	2	F98,9	3
806	79855125	4	1	999	6	2	3	2	8	28	Z63,1	3
807	96041400177	3	2	999	6	1	4	2	13	31	Z63,1	3
808	40093527	4	2	999	11	1	999	2	999	20	Z63,0	3
809	795096823	4	1	999	11	1	3	2	11	13	F60,6	3
810	1015395924	3	1	999	5	1	3	2	12	30	999	3
811	39533879-1	2	1	999	2	1	4	2	1	23	Z55,8	3
812	951017814613	2	2	999	3	1	4	2	16	23	F92,0	3
813	80009411	4	1	999	11	1	3	2	9	20	F40,1	6
814	52262728	4	2	999	12	2	3	1	11	31	Z02,8	4
815	41745317-4	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
816	92032012940	3	1	999	5	1	3	2	12	1	Z55,8	3
817	40032107-1	2	2	999	3	1	3	2	1	32	Z63,1	6
818	20687952-1	2	1	999	1	6	3	2	10	13	F90,0	3
819	52960440	4	2	999	11	1	4	2	2	15	Z63,1	6
820	28714173-1	3	2	999	3	1	3	2	11	21	F70,9	1
821	52185884	4	2	999	11	1	3	1	12	20	Z63,0	6
822	51577884	4	2	999	6	5	3	1	12	20	Z63,0	6
823	95060203807	2	1	999	2	1	3	2	12	1	Z55,8	3
824	5971077-1	3	2	999	3	1	4	2	11	21	Z02,8	1
825	19984717	2	1	999	3	1	3	2	12	1	F90,0	6
826	38259556-1	3	1	999	5	1	4	2	1	23	F32,0	3
827	87040358585	3	1	999	5	1	3	2	12	25	Z63,8	6
828	88071455623	3	1	999	5	1	3	2	1	1	Z55,8	5
829	21068846	4	2	999	4	2	4	1	1	23	Z63,0	4
830	79576146	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
831	90090560300	3	1	999	5	1	3	2	11	34	F92,0	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
832	30744418	4	2	999	12	5	4	2	2	23	999	3
833	79121160	4	1	999	4	2	999	2	999	5	F41,0	6
834	89050563449	4	2	999	12	5	5	3	2	23	F41,2	4
835	80470477-2	2	1	999	3	1	3	2	11	1	Z55,8	3
836	51665987	4	2	999	10	1	3	3	11	5	Z63,0	3
837	51742951-1	2	2	999	3	1	3	2	16	1	Z55,8	3
838	93111803003	3	1	999	5	1	999	2	999	24	F92,0	3
839	95083104130	3	2	999	3	1	4	2	1	5	Z55,8	3
840	1013577614	3	1	999	5	1	3	2	10	24	Z02,8	1
841	52707051	4	2	999	12	1	4	2	13	13	F32,1	3
842	52694043	4	2	999	12	1	4	2	1	20	F93,2	3
843	87050076875	3	2	999	5	1	999	2	999	1	F94,8	3
844	52547266	4	2	999	10	2	999	2	999	23	F91,8	3
845	52327935-1	3	1	999	3	1	3	2	11	1	F91,8	3
846	52817932	4	2	999	11	1	3	2	12	15	F32,1	3
847	90092558052	3	2	999	6	1	3	2	12	5	F32,8	6
848	254302	1	1	999	2	1	3	2	10	3	F32,0	6
849	89061878806	3	1	999	5	1	999	2	999	5	999	3
850	97090227392713	3	1	999	6	1	3	2	12	23	F91,3	3
851	3954184	4	2	999	6	5	3	3	12	30	999	6
852	4769142	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
853	51941969	4	2	999	11	6	4	2	1	2	F92,9	6
854	92100555869	3	1	999	5	1	3	2	12	24	Z02,8	1
855	35199933	4	2	999	11	1	7	1	22	20	Z63,0	3
856	51937180	4	2	999	12	2	3	1	10	21	F81,9	1
857	39751117	4	2	999	12	1	7	2	22	20	F40,1	6
858	52267636	4	2	999	12	2	4	1	11	20	Z63,0	6
859	52863499	4	2	999	11	1	4	2	1	2	F92,9	3
860	39695058	4	2	999	6	5	4	2	1	2	Z63,1	3
861	90121080752	3	2	999	5	1	999	2	999	34	999	3
862	94032001569	3	1	999	3	1	3	2	12	2	F64,2	6
863	26433798	4	2	999	11	1	2	3	3	24	Z02,8	3
864	92031607789	3	1	999	5	1	3	2	12	1	999	3
865	193295362	2	1	999	3	1	3	2	10	1	Z55,8	3
866	79624214	4	1	999	13	1	4	1	1	15	Z63,0	3
867	52184926-1	2	2	999	3	1	4	2	1	32	Z63,1	6
868	52500191-1	2	2	999	3	1	4	2	16	1	Z55,8	3
869	17528071-1	2	2	999	3	1	3	2	12	1	F93,0	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
870	940112804521	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
871	35325731	4	2	999	12	2	3	1	13	34	999	3
872	30673063	1	1	999	2	1	3	2	16	2	F94,0	3
873	97051209501	2	1	999	3	1	4	2	1	2	F91,3	3
874	91040604850	3	2	999	3	1	3	2	2	1	F91,3	3
875	51956941	4	2	999	6	5	4	3	1	20	Z63,0	3
876	98022750500	2	1	999	5	1	999	2	999	1	Z63,4	3
877	51914219	4	2	999	12	2	3	2	2	33	F40,8	3
878	79887228	4	1	999	6	2	3	2	11	23	F41,2	3
879	41722989	4	2	999	13	2	4	1	1	20	Z63,0	3
880	5226817	4	2	999	4	1	3	2	11	5	999	3
881	9907140146	2	1	999	2	1	3	2	10	4	F98,8	3
882	19990228	2	2	999	3	1	3	2	12	1	F91,3	3
883	89090652240	3	1	999	5	1	3	2	5	1	F91,3	3
884	91051116513	3	1	999	5	1	3	2	10	5	999	3
885	97051914264	2	1	999	5	1	3	2	12	21	Z55,8	1
886	96022021491	2	2	999	3	1	3	2	12	22	999	3
887	93082507866	3	1	999	3	1	4	2	13	21	F41,2	1
888	39747197	4	2	999	6	1	3	3	12	5	999	3
889	39721780-2	4	2	999	12	1	4	4	13	23	Z55,8	3
890	80770904	4	1	999	12	3	3	2	16	1	Z55,8	3
891	320714	4	2	999	12	1	999	2	999	34	Z55,8	3
892	41767031	4	2	999	12	1	3	1	12	13	F32,1	3
893	79687035	3	1	999	3	1	3	2	11	11	F93,2	3
894	79834364	4	1	999	12	2	2	2	14	15	F94,8	6
895	10427833485	2	1	999	2	1	4	2	12	3	F91,8	1
896	80927969	3	1	999	5	6	4	2	12	12	F41,2	3
897	52698260	4	2	999	12	2	3	2	11	5	F32,1	3
898	940263340	3	1	999	3	1	3	2	12	1	F32,8	6
899	280	3	2	999	5	1	3	2	12	1	F32,0	3
900	39695058-1	2	2	999	3	1	4	2	1	13	F32,1	6
901	41547343	4	2	999	12	1	4	1	1	15	F93,2	3
902	27951209	4	2	999	10	6	3	2	11	5	F94,8	3
903	29158189	4	2	999	6	5	3	3	9	5	F91,8	3
904	324217	4	2	999	12	1	4	1	1	9	F41,2	4
905	79684627	4	1	999	999	999	999	999	999	34	F32,1	3
906	93081112906	3	1	999	1	1	4	2	1	7	F32,8	8
907	20956602	4	2	999	13	5	4	1	11	5	F32,0	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
908	94081203762	3	1	999	3	1	3	2	12	1	999	3
909	88020361470	3	2	999	5	1	4	2	1	1	999	6
910	88120650232	3	2	999	5	1	4	2	1	1	999	6
911	39721342	4	2	999	12	1	3	4	12	23	Z02,8	4
912	80224402	4	1	999	11	1	4	2	1	23	F38,8	6
913	91080924882	3	1	999	5	1	3	2	8	1	999	6
914	16677616	4	1	999	10	1	999	3	999	30	999	6
915	52266524	4	2	999	12	2	3	2	15	20	Z63,0	6
916	90022755772	3	2	999	5	1	4	2	12	13	F94,1	6
917	52487993-4	2	2	999	3	1	3	2	12	4	F98,8	6
918	97012408335	2	2	999	3	1	3	2	11	15	999	3
919	93092205540	3	1	999	3	1	3	2	12	1	F98,1	3
920	39810212	4	2	999	12	1	7	2	22	13	Z55,8	3
921	96101307236	2	2	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
922	98111660581	6	1	999	3	1	3	2	11	2	Z63,1	3
923	80778449	4	1	999	12	1	3	2	8	5	999	3
924	52699249	4	2	999	12	2	4	3	1	4	F98,8	5
925	921200020	3	1	999	5	1	3	2	12	5	999	3
926	89031452628	3	1	999	5	1	3	2	10	22	999	3
927	96041207539	2	2	999	3	1	2	2	7	5	Z55,8	3
928	79399312	4	1	999	12	2	4	1	12	20	F40,1	3
929	98021155888	2	1	999	3	1	4	2	1	15	999	3
930	52148521-2	2	1	999	3	1	3	2	12	1	999	6
931	3108407	4	1	999	12	2	4	4	13	25	Z02,8	3
932	79939366	4	1	999	12	1	4	2	1	15	999	6
933	52779917	4	2	999	12	1	3	2	1	13	F94,0	3
934	3727537	1	2	999	2	1	3	2	8	31	Z02,8	3
935	46378143	4	2	999	12	1	999	3	999	5	999	3
936	51649182-3	3	1	999	5	1	3	2	11	5	999	3
937	521911123	4	2	999	12	1	999	4	999	13	F90,0	6
938	96101108101	2	1	999	3	1	5	2	1	5	F91,3	3
939	52418276	4	2	999	12	1	4	4	1	5	999	3
940	88071519262	3	2	999	5	1	999	2	999	34	999	3
941	19200710	4	1	999	8	2	999	4	999	34	999	3
942	52175545-1	2	2	999	2	1	4	2	2	2	Z63,1	3
943	88081150596	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
944	53161385	3	2	999	5	1	3	2	10	35	999	3
945	53083863	4	2	999	12	1	3	2	11	14	F42,8	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
946	94030602573	3	2	999	5	1	3	2	11	1	F43,0	3
947	94072801452	3	2	999	3	1	3	2	12	1	F93,3	3
948	95101716117	3	1	999	3	1	2	2	1	5	999	6
949	80190109	4	1	999	7	1	3	2	12	5	999	6
950	29051703	2	2	999	2	1	4	2	12	22	999	3
951	52691609-1	2	1	999	5	3	999	2	999	22	999	3
952	39789462-3	3	2	999	3	1	999	2	999	22	999	3
953	22216538	2	2	999	3	1	3	2	11	24	F39,X	3
954	89072365330	3	2	999	5	1	3	2	16	34	999	3
955	23507583-5	2	2	999	3	1	3	2	11	23	Z63,0	6
956	52096472-2	3	1	999	3	1	4	2	2	1	Z63,4	3
957	79503802-1	2	1	999	2	1	3	2	11	35	999	3
958	79671611	4	1	999	8	6	4	1	1	9	Z63,4	3
959	27409242	2	2	999	4	1	4	2	1	4	F98,8	3
960	251169	2	1	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
961	45508426-2	3	1	999	3	1	4	2	1	1	999	3
962	25186007	2	1	999	3	1	3	2	10	13	Z55,8	3
963	96090722546	2	1	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
964	90051363778	3	2	999	5	1	3	2	8	34	999	3
965	94031920587	3	1	999	5	1	3	2	9	1	F81,9	6
966	250109	2	2	999	2	1	999	2	999	35	999	3
967	96120908984	2	1	999	3	1	3	2	10	1	999	6
968	52102734-1	2	2	999	3	1	3	2	11	1	999	3
969	52102734-2	2	2	999	3	1	3	2	11	1	Z55,8	3
970	80873105	4	1	999	12	1	4	2	1	15	Z63,4	6
971	93040718999	3	2	999	5	1	3	2	6	1	999	3
972	3228403	4	1	999	12	2	5	1	12	15	Z63,4	3
973	95071305490	2	2	999	3	1	3	2	12	1	F81,9	3
974	52181914-3	2	2	999	3	1	3	2	11	1	Z55,8	3
975	87082055833	999	2	999	13	6	999	2	999	34	999	3
976	060397-284	2	1	999	3	1	999	2	999	1	Z55,8	3
977	98052961106	2	1	999	3	1	3	2	12	1	F81,9	3
978	97011409699	2	2	999	3	1	3	2	8	2	Z63,8	3
979	960111	2	2	999	999	999	999	999	999	35	Z55,8	3
980	24201715-3	2	2	999	3	1	3	2	10	5	Z55,8	3
981	51948919-3	2	2	999	3	1	2	2	7	1	Z63,4	3
982	51948919-4	2	1	999	3	1	2	2	17	1	Z55,8	3
983	253027	1	1	999	2	1	3	2	12	4	F98,8	3

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
984	94060502778	3	2	999	3	1	3	2	10	1	F93,0	3
985	74858696	4	1	999	12	1	4	2	1	15	Z63,4	3
986	52950286	4	2	999	3	2	2	2	7	23	F60,9	3
987	25704187	2	2	999	5	1	4	2	12	35	Z55,8	3
988	52847493-1	2	1	999	3	1	3	2	12	5	F91,3	6
989	79906305-1	2	1	999	3	1	2	2	21	1	Z55,8	3
990	51640603-2	2	1	999	2	1	3	1	12	1	Z55,8	3
991	20604305	5	2	999	5	5	4	2	1	23	F32,8	4
992	91052576941	3	1	999	4	1	4	2	11	22	999	3
993	22343445	2	1	999	2	1	999	2	999	1	Z55,8	3
994	52075666	4	2	999	12	1	3	2	12	23	F32,8	6
995	43914647	4	2	999	12	1	4	1	1	1	999	6
996	52418380-1	2	1	999	3	1	3	2	11	13	Z03,2	3
997	53103408	3	2	999	11	1	3	2	8	1	999	3
998	89010861153	3	2	999	5	1	4	2	1	5	999	3
999	52411371-1	2	1	999	3	1	3	2	12	15	Z55,8	3
1000	80851047	4	1	999	12	2	3	2	8	5	999	3
1001	94062815382	3	1	999	3	1	3	2	8	1	F32,9	3
1002	94010216103	3	1	999	3	1	3	2	11	22	F432	3
1003	20633924-3	2	1	999	2	1	3	2	10	22	Z55,8	3
1004	41566876-5	2	1	999	5	1	4	2	12	1	Z55,8	3
1005	96092012090	2	2	999	3	1	3	2	11	1	F70,9	6
1006	89072253125	3	1	999	4	1	3	2	16	1	999	6
1007	99091529388	2	1	999	3	1	2	2	17	13	Z55,8	3
1008	1013589819	3	2	999	5	1	3	2	16	23	F33,1	3
1009	20739808	2	2	999	3	1	4	2	1	1	Z55,8	3
1010	51834982	2	1	999	2	1	3	1	9	23	F40,1	3
1011	253683	2	1	999	3	1	4	2	2	2	F92,0	3
1012	52157271	4	2	999	12	5	3	1	12	23	Z02,8	3
1013	97020603147	4	2	999	12	1	5	4	2	15	F43,2	3
1014	94112201488	3	1	999	3	1	4	2	1	1	999	3
1015	28837098	3	2	999	3	1	3	2	1	15	999	3
1016	19477689-2	3	1	999	3	1	4	2	1	1	999	3
1017	96030900631	2	2	999	3	1	3	2	8	13	F91,3	3
1018	39752536-1	3	2	999	3	1	4	2	1	5	999	3
1019	79359054	4	1	999	12	1	4	1	11	15	999	3
1020	19461361-2	3	1	999	3	1	4	2	1	1	Z63,9	3
1021	52765340	4	2	999	12	5	4	3	12	23	F91,2	6

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
1022	99011900875	2	2	999	3	1	3	2	11	5	Z55,8	6
1023	99112229336	2	2	999	2	1	3	2	18	1	Z55,8	6
1024	79981038-1	2	1	999	3	1	5	2	1	1	Z55,8	6
1025	9779639-2	3	1	999	3	1	3	2	15	1	999	3
1026	1015397706	3	2	999	5	2	3	2	11	9	Z63,0	3
1027	52196927	4	2	999	12	2	3	2	12	5	999	3
1028	63437572	4	2	999	13	6	4	2	13	13	F32,0	3
1029	92062260639	3	2	999	13	6	4	2	13	13	F82X	3
1030	91111116844	3	1	999	5	1	4	2	2	1	999	3
1031	43629777	4	2	999	12	2	4	1	2	20	Z63,0	3
1032	101515400703	3	2	999	5	1	3	2	10	15	999	6
1033	74187489	4	1	999	12	2	3	3	8	13	Z55,8	6
1034	79043920	4	1	999	12	2	3	2	2	20	Z63,0	3
1035	94010116036	3	2	999	3	1	2	2	4	1	999	6
1036	98090751085	2	1	999	3	1	3	2	1	23	Z63,8	3
1037	39756251-1	2	2	999	3	1	3	2	16	4	F98,8	3
1038	52107607-1	3	2	999	5	1	4	2	16	1	999	2
1039	73181077	4	1	999	12	4	3	2	9	15	999	3
1040	51750636	4	2	999	5	1	3	2	12	5	999	6
1041	92090751249	3	1	999	3	1	3	2	11	4	F98,8	2
1042	79353576-1	3	2	999	3	1	4	2	12	22	999	3
1043	35326223	4	2	999	8	5	4	2	13	2	F98,9	4
1044	52859191	4	2	999	8	2	3	2	6	15	999	3
1045	52444752	4	1	999	6	2	4	2	1	23	Z55,8	3
1046	52073424-1	3	1	999	3	1	4	2	1	1	Z55,8	3
1047	96013102640	2	1	999	3	1	3	2	12	1	Z55,8	3
1048	52865421	4	2	999	8	2	4	2	1	23	Z63,0	3
1049	97111606289	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
1050	95091406447	3	1	999	3	1	3	2	5	2	Z55,8	6
1051	51561329	4	2	999	5	2	4	1	11	5	999	3
1052	79237265	4	1	999	10	4	4	2	1	5	999	6
1053	92102601981	3	1	999	5	1	3	2	11	23	F32,8	6
1054	88102960410	3	2	999	5	1	3	2	10	17	F41,2	6
1055	97090717280	2	1	999	3	1	3	2	2	1	Z55,8	6
1056	93380246-1	2	1	999	3	1	3	2	12	35	Z55,8	3
1057	41422705-1	3	2	999	5	1	4	2	2	23	Z63,1	6
1058	52988796	4	2	999	4	5	999	2	999	8	Z02,8	6
1059	52515376	4	2	999	5	5	2	3	17	2	F92,0	2

ORDEN INTERNO	CEDULA	EDAD	GENERO	PAREJA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	PROCEDENCIA	MOTIVO CONSULTA	IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	DE LOS PACIENTES
1060	51818864	4	2	999	13	6	4	1	1	13	Z55,8	4
1061	55197005	4	2	999	5	1	999	2	999	34	Z55,8	3
1062	1032375798	3	2	999	9	1	3	2	12	1	999	3
1063	1032376249	3	2	999	7	1	4	2	1	21	Z02,8	1
1064	53008017	4	2	999	12	2	2	2	3	15	Z55,8	3
1065	94041721418	3	2	999	999	999	3	2	2	35	999	3
1066	81717268	4	1	999	11	1	4	2	1	25	F43,2	6
1067	89060659886	3	1	999	5	1	999	999	999	999	999	999
1068	9433049	4	1	999	12	2	4	2	12	34	999	3
1069	1032373018	3	2	999	12	1	3	2	12	13	Z55,8	6
1070	29775454	4	2	999	11	1	3	2	11	15	999	3
1071	90101063380	3	1	999	5	1	3	2	6	1	999	3
1072	7275741	4	1	999	5	2	2	2	3	23	F32,0	6
1073	991109	2	2	999	2	1	3	2	11	22	Z55,8	3
1074	95031625220	3	1	999	3	1	999	999	999	1	999	3

ANEXO B
VALIDACIÓN DE JUECES
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



DIANA GUTIÉRREZ

PROYECTO DE GRADO
BOGOTÁ, D. C 2007

Bogotá D.C, Octubre de 2006

Doctora:

Noelia Helwitt Ramírez

Ciudad

Por medio de la presente quiero solicitar a usted, la validación del presente instrumento ya que servirá para la construcción de un perfil epidemiológico de los consultantes del Centro de Atención Psicológica Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura, para el desarrollo de este estudio se proponen las variables sociodemográficas y clínicas que se relacionan en el instrumento que le solicitamos evaluar.

Agradezco su amable atención, y su pronta devolución.

Atentamente,

DIANA GUTIÉRREZ

PSICÓLOGA EN FORMACIÓN

COD 200281029

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES

NOMBRE DEL EVALUADOR _____

FECHA _____

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará las variables que se propone incluir en el perfil epidemiológico a realizar. Para cada una le agradecemos evaluar si es o no pertinente para el objetivo del estudio, favor marcar con una X en el espacio según la evaluación que haga de cada una de las variables. Sus observaciones favor colocarlas en la columna correspondiente.

El siguiente es el criterio a tener en cuenta.

PERTINENCIA: evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso de las variables con relación al tema a medir.

ANEXO C

CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CATEGORÍAS	PERTINENCIA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
EDAD	1. 0-4 NIÑOS 2. 5-9 ESCOLARES 3. 10-19 ADOLESCENTES 4. 20-59 ADULTOS 5. 60 O MAS ADULTOS MAYORES			
GENERO	1. MASCULINO 2. FEMENINO			
PAREJA	999 NO REGISTRA 1 PAREJA			
ESCOLARIDAD	1. SIN ESCOLARIDAD 2. PREESCOLAR 3. PRIMARIA INCOMPLETA 4. PRIMARIA COMPLETA 5. SECUNDARIA INCOMPLETA 6. SECUNDARIA COMPLETA 7. TECNICA INCOMPLETA 8. TECNICA COMPLETA 9. TECNOLOG INCOMPLETA 10. TECNOLOG COMPLETA 11. UNIVERSITARIA INCOMPLETA 12. UNIVERSITARIA COMPLETA 13. OTROS			
OCUPACION	1. ESTUDIANTE 2. EMPLEADO 3. INDEPENDIENTE 4. DESEMPLEADO 5. HOGAR 6. OTROS			
ESTRATO	1. UNO 2. DOS 3. TRES 4. CUATRO 5. CINCO			

	6. SEIS			
ESTADO CIVIL	1. CASADO(A) 2. SOLTERO(A) 3. UNION LIBRE 4. SEPARADO 5. MADRE/ SOLTERA			
PROCEDENCIA	1. USAQUÉN 2. CHAPINERO 3. SANTA FÉ 4. SAN CRISTÓBAL 5. USME 6. TUNJUELITO 7. BOSA 8. KENNEDY 9. FONTIBON 10.ENGATIVÁ 11.SUBA 12.BARRIOS UNIDOS 13.TEUSAQUILLO 14.LOS MÁRTIRES 15.ANTONIO NARIÑO 16.PUENTE ARANDA 17.LA CANDELARIA 18.RAFAEL URIBE URIBE 19.CIUDAD BOLÍVAR 20.SUMAPAZ 21.SOACHA 22.FUERA DE BOGOTÁ			
MOTIVO CONSULTA	1. PROBLEMAS ACADEMICOS 2. PROB COMPORTAMENTALES 3. PROBLEMAS DESARROLLO 4. PROBLEMAS APRENDIZAJE 5. PROB. RELACIONES FAMILIAR 6. MALTRATO 7. ABUSO 8. RETARDO MENTAL 9. DUELO 10.INTENTO SUICIDIO 11.DIFICULTADES SEXUALES 12.PROBLEMAS SPA 13.PROB. INTERACCIÓN SOCIAL 14.PROB. ESTADO DE ÁNIMO 15.TRANS. ANSIEDAD 16.TRANS. CONTROL DE			

	IMPULSOS 17. TRANS. DE ALIMENTACIÓN 18. OPCIÓN VOCACIONAL U OCUPACIONAL 19. TRANS. ORGÁNICOS 20. PROBLEMAS DE PAREJA			
IMPRESIONES DIAGNOSTICAS	NOTA : según código diagnostico CIE -10			
EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES	1. EVALUACIÓN Y/O REPORTE 2. AUTOCONOCIMIENTO 3. SOLUCIÓN PROB. ESPECÍFICO 4. TOMA DE DECISIONES 5. AUMENTAR LOS NIVELES DE BIENESTAR 6. ORIENTACIÓN Y APOYO 7. NINGUNA 8. NO REGISTRA			

ANEXO D

VARIABLES

- 2. Edad:** La edad puede referirse a varios conceptos: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Una persona, según su edad, puede ser un bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, estar en la mediana edad o en la tercera edad. (Feldman R, 1998)

La edad será tomada por quinquenios los cuales quedaran establecidos de la siguiente forma:

0-4	NIÑOS
5-9	ESCOLARES
10-19	ADOLESCENTES
20-59	ADULTOS
60 EN >	ADULTOS MAYORES

- 2. Género:** La palabra género se refiere a un grupo formado por seres u objetos que tiene entre ellos características comunes. Género, en sentido gramatical, es la forma que reciben las palabras para indicar el sexo de los seres animados. Así, vemos por la terminación de las palabras, si una cosa es de «género masculino» o de «género femenino», por ejemplo: alta–alto; buena–bueno. Este aspecto gramatical del término «género» manifiesta la división de sexos en masculino y femenino.(Maccoby Y Jacklin, 1974)

3. GRADO DE EDUCACION

- **Escolaridad:** Cuando la persona ha cursado cualquiera de los siguientes niveles primaria, secundaria, media superior ó superior. La escolaridad también se refiere al tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza. (Torres, 1996)

- Sin Escolaridad: persona que no tiene ningún nivel de enseñanza. (Torres, 1996)
- Educación preescolar. La educación preescolar corresponde a la ofrecida al niño para su desarrollo en los aspectos biológico, cognoscitivo, psicomotriz, socio-afectivo y espiritual, a través de experiencias de socialización pedagógicas y recreativas. (Torres, 1996)
- Primaria completa: Nivel educativo en el cual se forma a los educandos en el conocimiento científico y en las disciplinas sociales. Es obligatoria y se cursa en seis años. (Educación, primaria , 2005)
- Secundaria completa: La educación secundaria es la que tiene como objetivo capacitar al alumno para proseguir estudios superiores o bien para incorporarse al mundo laboral. Al terminar la educación secundaria se pretende que el alumno desarrolle las suficientes habilidades, valores y actitudes necesarias para lograr un buen desenvolvimiento en la sociedad .En muchos países aún no es obligatoria y las edades varían mucho de una nación a otra, si bien por lo común cubre la etapa de la adolescencia. (Educación_secundaria, 2005)
- Técnica completa Palabra de origen (griego que significa teknikos, de tekne, arte). Que pertenece a una ciencia o arte: voz técnica. Los saberes prácticos se distinguen en puramente empíricos (fundados en la experiencia) y los saberes técnicos (fundados en la razón). El técnico puede entender y explicar racionalmente lo que hace. (Alarcón A, 2003)
- Tecnológica completa Estas últimas son las que expresan el compromiso concreto del aparato escolar para responder o no a las demandas de los demás sectores de la sociedad (Alarcón A, 2003)
- Universitaria completa: En los últimos años los estados latinoamericanos han adoptado políticas para evaluar y acreditación como respuesta a las situaciones que trajo la globalización y en especial a la explosión indiscriminada de programas e instituciones de Educación

Superior y al debilitamiento de lo que se entendía por calidad, fenómeno surgido a partir de los años 80, lo que ha provocado un conjunto heterogéneo de formas y mecanismos evaluativos de la calidad de la educación (UNESCO, 1998).

OTROS ESTUDIOS

- Postgrado: Nivel educativo que forma parte del tipo superior; es la última fase de la educación formal, tiene como antecedente obligatorio la licenciatura o su equivalente. Comprende los estudios de especialización, maestría y doctorado, así como los de actualización que se imparten en este nivel. (UNESCO, 1998)

4. Ocupación: La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo. Este término se refiere al tipo y carácter del uso de un bien en cuestión; la empresa comercial en ese lugar específico. Curso que capacita para el desempeño de una ocupación. Responde a un perfil profesional y engloba la totalidad de los módulos que constituyen el itinerario formativo.

5. Estrato: (Artículo 102 Ley 142 de 1994): Nivel de clasificación de un inmueble como resultado del proceso de estratificación socioeconómica. Legalmente existe un máximo de seis estratos socioeconómicos: Estrato 1 o Bajo-bajo; Estrato 2 o Bajo; Estrato 3 o Medio-bajo; Estrato 4 o Medio; Estrato 5 o Medio-alto y Estrato 6 o Alto. Ninguna zona residencial urbana que carezca de la prestación de por lo menos dos servicios públicos domiciliarios básicos podrá ser clasificada en un estrato superior.

6. Localidad: En el lenguaje común el término “localidad” se usa en varios sentidos, generalmente vagos. Se suele llamar “localidad” a un municipio, a la llamada “zona urbanizada” de un pueblo o ciudad y hasta a un barrio, loteo, villa de emergencia, etc. dentro de una “zona urbanizada”. (Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2001).

7. Estado civil: vínculo afectivo. Es la unión estable entre hombre y mujer, convenida de acuerdo con la ley, regulada y ordenada a la creación de una familia. Según el DANE el estado conyugal se puede clasificar de la siguiente manera: Soltero(a), Casado(a), No Casado (cuando se ha convivido con la pareja por menos o mas de uno o dos años), Separados y Viudo(a).

8. Procedencia: lugar donde habita actualmente

9. Motivo de consulta: el motivo de consulta esta 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. Al describir el motivo de consulta en la historia clínica o el documento respectivo, es preferible anotar textualmente las palabras de quien asiste a la evaluación, independiente de lo extrañas o irrelevantes que puedan parecer. Si alguien no brinda información, se registra la versión del familiar o del acompañante. Si se considera conveniente se agrega una nota con la descripción resumida que hace el evaluador. (Fierro M, 2001)

10. Impresiones diagnosticas: es la conclusión de todo lo registrado. Al formular un diagnostico se asigna un nombre específico al conjunto de manifestaciones encontradas, lo que conlleva consideraciones de tipo etiológico, terapéutico y de pronóstico. Para efectos del diagnostico, en el DSM IV, se recomienda el sistema multiaxial. Cada eje del sistema brinda un

tipo diferente de información, ampliando la posibilidad de conocer rápidamente el funcionamiento actual del psiquismo. (Fierro M, 2001)

RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIONES (RAI)

Título:

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.

Autor: GUTIÉRREZ, Diana **

Palabras claves: Enfermedad, Salud, Epidemiología, Psicología clínica, características epidemiológicas, problemas académicos, problemas familiares, maltrato, comportamiento localidad, género, escolaridad, ocupación, motivo de consulta, impresiones diagnósticas.

Descripción:

El propósito de este estudio es observar el perfil de la población que accede al centro psicológico mediante diferentes variables epidemiológicas de mayor incidencia, para esto fue necesario hacer un recorrido desde la psicología clínica, de la salud y algunos estudios acerca de la salud mental y de la enfermedad mental.

Se abarcarán conceptos relacionados con criterios de incidencia los cuales serán útiles al psicólogo en general para proyectos hallazgos diagnósticos, pronósticos y respuestas terapéuticas especiales de grupo y del paciente individual, así como para estudiar la distribución y los determinantes de la enfermedad en grupos y poblaciones. Este tipo de estudio se hará también con el fin fortalecer las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida en la comunidad y también se hará con el fin de sensibilizar sobre el tema de Salud Mental a toda la población para que identifiquen oportunamente los factores de riesgo.

Se trabajó con las historias clínicas que presenta en la actualidad el centro psicológico y con un primer estudio epidemiológico que se realizó en dicha institución. Este estudio fue abordado desde una perspectiva cuantitativa con método descriptivo. En el cual se pudo identificar que las personas que más acuden al CAP son adultos, estudiantes, estrato tres, solteros, en la localidad de barrios unidos, los principales problemas son de tipo académico y familiar.

Fuentes:

Se consultaron un total de 27 libros sobre salud y enfermedad: 3 sobre epidemiología: 10 libros sobre temas de psicología: 2 referencias de Internet: 2 estudios de la secretaria de salud, 1 manual de procedimientos de las historias clínicas del centro psicológico de la Universidad de San

Buenaventura sede Bogotá: 2 artículos o revistas latinoamericana de psicología. 2 libros acerca de variables sociodemográficas.

Contenido:

El contenido del presente estudio hizo especial énfasis en el perfil epidemiológico, de los consultantes que acceden al centro psicológico Fray Eloy Londoño de la Universidad de San Buenaventura, al igual se incluyeron conceptos acerca de la psicología clínica, conceptos tales como enfermedad, salud mental, epidemiología, incidencia y algunos estudios que apoyaron dicha investigación. Para esto fue necesario hacer un recorrido por cada uno de los temas, ya que la labor en la que más se fundamentan en el centro psicológico es en el enfoque clínico. Se realizó con el fin de tener una visión más clara de la labor que hacen los psicólogos practicantes y de cuales son los motivos por los que las personas más acuden al centro psicológico. Cabe resaltar que el marco teórico se basó en el área de la salud, parte de dicha investigación se apoyó en el sistema de clasificación que se este manejando actualmente ya sea mediante los criterios del DANE ó en el CIE 10. La información que se manejó de las variables fue registrada mediante un instrumento que fue viable para dicha investigación. Con el fin de tener un poco mas de confiabilidad y validez, la información fue registrada en el SPSS versión 15.0 para Windows este software es un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas

de uso básico en epidemiología y representarlas con gráficos y mapas, todo esto con el objetivo de tener una idea clara de quienes son las personas que acuden al centro de donde vienen, entre que rango de edad se encuentran y los motivos mas relevantes. Se observo que entre los hombres la adicción es el problema más común en tanto que para las mujeres es la depresión. Por otro lado se observo que Barrios unidos es la localidad que presenta la prevalencia más elevada. Es bastante interesante mencionar que en base a los estudios realizados se puede afirmar que resulta alarmante el hecho de que las tasas de incidencia de los trastornos no disminuyen; donde el sector mas dañado de nuestra sociedad no tiene acceso a los servicios básicos de salud, ni a normas de higiene que se dan por cultura en comunidades rurales, son prácticamente inexistentes. Para solucionar estos [problemas](#) se requiere grandes acciones políticas para legislar y aprobar un mayor presupuesto a los servicios básicos de salud, así como a las campañas y crear acciones para que la gente de escasos recursos tenga el conocimiento de una educación para la salud que le permita prevenir muchos de los trastornos o de los problemas que día a día los aquejan.

Metodología

Tipo de estudio:

El tipo de estudio que se utilizó es de tipo descriptivo

Descriptivo: en el cual se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea

sometido a análisis. El estudio descriptivo mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. (Hernández S, 1998)

Unidad de análisis

Se trabajó a partir de la revisión de historias clínicas y registros de información de los consultantes del periodo comprendido entre el 2002 hasta 2005.

Instrumento

Para esta investigación se elaboró un instrumento (base de datos) que permitió identificar los factores epidemiológicos de mayor incidencia en la población que acude al Centro de Atención Psicológica entre los periodos del 2002 al 2005. Se hizo una revisión del formato de Instituciones de Servicio Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP) con el fin de realizar una adaptación que fuera pertinente con el objetivo del proyecto. El instrumento fue revisado y aprobado por jueces. Otro de los instrumentos con los que se trabajó fue con las Historias Clínicas proporcionadas por el Centro de Atención Psicológica.

Procedimiento:

Fase 1: diseño y validación del instrumento

Fase 2: Recolección de datos originados a partir de las historias clínicas y de los registros de información

Fase 3: Recolección de Información. Y/o análisis cuantitativo

Fase 4: Análisis y Resultados. Preparación del informe de investigación

Fase 5: Discusión y Conclusiones.

Conclusiones

Este trabajo buscó proyectar el campo de estudio de la epidemiología de los trastornos mentales y sus limitaciones, haciendo énfasis en las variables comunes de ésta con otras áreas más tradicionales de la epidemiología y en las aportaciones particulares de este campo epidemiológico a la psiquiatría, a la psicología en general y a la epidemiología en particular. Otro aspecto importante a resaltar es la necesidad de hablar en plural al referirnos a los trastornos mentales. Este campo de la epidemiología presenta también un carácter particular, bifacético por un lado, este es un problema en sí mismo, que produce sufrimiento y motiva la búsqueda de atención especializada, con manifestaciones clínicas particulares. Por otro lado, esta epidemiología también se orienta hacia un dominio particular de determinantes (como el uso, abuso o dependencia hacia ciertas conductas) y cómo estas variables independientes afectan determinados procesos (como los accidentes, el homicidio, el suicidio, etc.)

Por último, la epidemiología de los trastornos mentales se ha caracterizado también por su interés en una serie de procesos que no parecen constituir síndromes propiamente dichos, siendo el ejemplo más claro de esto el problema de la violencia. Los hallazgos obtenidos por medio de las variables sociodemográficas confirman que en general los problemas académicos son los que aparecen a edades más tempranas, seguidos por los problemas de familia y por último los trastornos afectivos relacionados con la depresión. El surgimiento de los trastornos mentales a edades tempranas junto con la cronicidad sugiere que muchas personas los padece la mayor parte de su vida. Cabe destacar que el objetivo general de este estudio se logro, ya que se pretendía caracterizar el perfil epidemiológico de los consultantes que acuden al centro de Atención Psicológico Fray Eloy Londoño de La Universidad de San Buenaventura. A pesar de que algunas de las unidades de análisis no estaban en su totalidad diligenciadas, es conveniente sugerir que para próximas investigaciones la muestra sea mas amplia para que no afecte los resultados, es decir que sea representativa que todas las variables se identifiquen que las unidades de análisis presente una información clara y coherente del tratamiento. También se puede tener mas datos demográficos o sociodemográficos que estén relacionados con las variables, por ejemplo para la variable de estado civil hubiese sido conveniente analizar desde hace cuanto se encuentra separado, casado, soltero en unión libre o viudo, otro aspecto importante es desde cuando presenta este tipo de comportamiento o conductas si ya ha buscado accesoria antes etc. Y

realizar una prueba piloto para así poder identificar falencias en la muestra o en la unidad de análisis que puede hacer más válida la investigación

Anexos:

Dentro de los anexos encontramos el mapa conceptual, instrumento y formato de evaluación y validación de jueces