



**ESTUDIO DE MERCADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE
ATENCIÓN PSICOLÓGICO EN LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA**



**GIZZELLE LORENA ALBOR ALBOR
MILTON SAUL RODRIGUEZ GARCIA
HEIDY LLERENA SANCHEZ
LUZ ELENA SOTO SOTO**

Proyecto presentado como requisito para optar el título de: Psicólogo

ADRIANA ALTAMAR.

Asesora

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA**

2009



DEDICATORIA

GIZZELLE LORENA ALBOR ALBOR.

Siendo esta investigación un orgullo y satisfacción para culminar mi carrera de psicología. Dedico este logro a Dios quien fue el que me dio las fuerzas, empeño y sabiduría necesaria para hacer realidad este sueño.

A mis padres por su colaboración económica y paciencia adquirida durante estos años.

A Aminson Otálora mi esposo una persona muy especial que siempre me impulso a terminar mi carrera y que todos los días me daba ánimos para seguir adelante no importando el tiempo que tardara.

A toda la familia Albor por la paciencia y los buenos deseos que siempre me daban.

A mis compañeros de investigación por el esmero y la colaboración prestada y fueron pilar fundamental en la organización de ideas claras, para el desarrollo de esta tesis.

A la esposa de Milton, Bellanith quien fue una pieza fundamental en la colaboración de este proyecto.

Y a mi tutora Adriana Altamar quien fue muy especial y atenta con sus orientaciones y horas dedicadas a este proyecto a pesar de sus ocupaciones.

Derrama mil bendiciones sobre nosotros Jesucristo.



DEDICATORIA

HEIDY LLERENA SANCHEZ.

Ya habiendo culminado este logro, solo tengo agradecimientos a Dios primeramente, a mi madre por su colaboración, ánimos y seguimiento de este sueño.

A mi esposo y a mi hija por sacrificar tiempo y espacio invertido en este proyecto.

A la profesora Adriana Altamar por la accesoria prestada durante este proceso, en el cual nos brindo una ayuda muy valiosa.

Y por ultimo a mis compañeros del proyecto por la colaboración prestada y por que sin sus esfuerzos junto a los míos no hubiese sido capaz este paso para el cumplimiento de este sueño.



DEDICATORIA

LUZ ELENA SOTO SOTO.

Dedico este proyecto primeramente a Dios como mediador infaltable en todas las cosas, a mi esposo por brindarme su apoyo y sobre todo su paciencia cuando más lo necesite, a mi hijo que también soporto mi ausencia en esos días en que no pude estar con él.

También mi dedicatoria es para mis hermanos que de una o de otra forma me impulsaron a terminar mi carrera, pero muy especialmente dedico este proyecto a mi hermano Enrique que fue una pieza fundamental durante todo el proceso de mi formación como profesional.

Agradezco a mis compañeros del proyecto por su empeño y dedicación y sobre todo por aportar su conocimiento para poder lograr esta meta.

A mi tutora Adriana Altamar por esos días dedicados a orientarnos y a exigirnos hacer las cosas de la mejor manera posible y a todos aquellos que de alguna manera hicieron posible el cumplimiento de este sueño.



DEDICATORIA

MILTON SALUL RODRIGUEZ

Después de haber culminado esta etapa de mi formación quiero dedicarle y darle las gracias a Dios primeramente, y muy especialmente a mi esposa bellanith quien fue un pilar fundamental en la elaboración de ideas hacia este proyecto.

Seguidamente a mis hijos por ser el motor fundamental de mi vida.

A mis familiares por siempre apoyarme en mi logro.

A mi tutora Adriana Altamar por su asesoría valiosa en todo el camino hacia la construcción de este proyecto.

Y a mis compañeros de grupo por el apoyo y tiempo invertido.



INTRODUCCION

En el vivir cotidiano los seres humanos experimentan una serie de situaciones que inciden de una u otra manera en sus estados de ánimo, y por lo tanto en su salud mental: La actitud frente a la existencia, la manera como desarrollamos los procesos de socialización, de enseñanza y aprendizaje, de interacción entre otros, son aspectos claves para la salud mental. Así como la salud física, la salud mental es importante en cada etapa de la vida, sin embargo día a día son más altas las estadísticas que demuestran que los estados de salud mental de los individuos están cada vez más deteriorados.

Hoy por hoy la humanidad ha rebozado los límites de afecciones mentales: Estados alarmantes de estrés, suicidio, ansiedad, neurosis, depresión, anorexia, abuso sexual, maltrato, se han convertido en las noticias diarias de los diferentes medios de comunicación, todo apunta a que la salud mental ya dejó de ser un tema solo de los psicólogos, psiquiatras, pedagogos, filósofos, neurólogos. Hoy es un tema que preocupa a todos, al estado, a la iglesia, a la familia y por ende a las instituciones educativas.

La labor de todo psicólogo es aportar elementos científicos para el bienestar mental de los seres humanos, con el fin de mejorar su desempeño en las diferentes áreas en que se desarrolla. La universidad de hoy más allá de promover la academia debe apuntar hacia el mejoramiento continuo de la



calidad de vida de los sujetos en sus tres dimensiones humanas: la física, mental y la espiritual.

Dentro del componente mental, se encuentra todo el andamiaje psicológico, axiológico y ético de los individuos, el cual se hace posible no solo generando academia sino creando espacios que contribuyan al fortalecimiento integral y la sana convivencia dentro de una sociedad con óptimas condiciones de salubridad física pero sobre todo psicológica.

Para ello, la Universidad Simón Bolívar se interesó por la creación de un lugar especializado, un Centro de Atención Psicológica, que ofreciera servicios en el área clínica y educativa a la comunidad universitaria, instituciones educativas y comunidad en general, haciendo énfasis en el diagnóstico e intervención de problemas individuales, grupales y familiares, con una orientación psicológica adecuada. La creación de un centro de atención psicológica dentro de la Universidad Simón Bolívar complementa la Misión Educadora del alma mater que en los últimos tiempos ha venido creciendo a pasos agigantados, para alcanzar el nivel de las mejores universidades del país.

No obstante, la nueva generación de profesionales de Psicología pretende legar a la Universidad un Espacio de encuentro, de crecimiento, de sanación, de aprendizaje pero sobre todo de proyección a la comunidad de Barranquilla y del Caribe Colombiano, espacio que perduraría y se fortalecerá en el tiempo bajo la nominación de CAPSI BOLIVARIANO. Es del análisis mismo de la realidad



actual de donde surge la intención de consolidar esta idea en un proyecto que sin duda alguna fortalece la vida de la Universidad.

En la presente investigación, se hizo un análisis descriptivo sobre los servicios psicológicos usados con mayor frecuencia por los estudiantes de la universidad, lo cual permitió identificar los servicios que son de mayor necesidad y así generar proyecciones acordes con la realidad.

A nivel metodológico, esta es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, con el paradigma empírico-analítico. La población son los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar y el tipo de muestreo utilizado para la selección de la muestra fue probabilístico. El instrumento utilizado fue una encuesta diseñada para conocer aspectos socio demográficos de los estudiantes y los servicios más utilizados por ellos.



JUSTIFICACIÓN

La creación de un CAPSI dentro de la Universidad Simón Bolívar se convierte en una necesidad propia del contexto universitario que busca complementar el trabajo de formación personal que viene desarrollando Bienestar universitario.

El centro de atención psicológica de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, a través de las actividades clínicas-educativas-sociales, familiares, pretende brindar espacios formativos de apoyo a los profesores para reforzar en los estudiantes las líneas de actuación científicas en la intervención de los sistemas humanos con el fin de evitar consecuencias negativas o aplicaciones poco efectivas; y experiencias de apoyo en las funciones de tutoría, en la aplicación de métodos instruccionales alternativos y en la práctica evaluativa.

La presencia de este centro facilitará la detección de nuevas necesidades psicológicas, sociales y educativas de estudiantes, de instituciones formativas y de la comunidad en general, estimulando procesos investigativos y la implementación de estrategias de prevención e intervención de los problemas que alteran la salud mental de los usuarios.

Además, se tendrán en cuenta aspectos como la atención de problemáticas asociadas al proceso de aprendizaje, como dificultades cognitivas, situaciones de estrés, ansiedad y del medio familiar que pueda afectar esta importante función académica, lo cual redundará en el buen rendimiento de la Universidad



como tal en su compromiso de formar profesionales integrales y útiles a una sociedad.

La implementación de los servicios irá de la mano de las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta los diferentes enfoques propios de la psicología en las áreas clínica y educativa.

El involucrar a los propios estudiantes de la Universidad Simón Bolívar en la creación de espacios internos, como estudiantes en práctica de pre y posgrado, que favorezcan el desarrollo de la profesión y un beneficio a la comunidad, genera un gran compromiso y un posicionamiento estratégico de la Universidad en la región, considerando las necesidades educativas y personales de la comunidad e implementando metodologías de intervención actualizadas para mejorar la calidad de vida de las personas.

Es por ello, que la importancia de esta investigación radica en determinar los servicios psicológicos que ofrecerá el CAPSI a los estudiantes de la universidad como primer paso de la creación de este Centro. Esto permitirá ofrecer servicios relacionados a las diversas dificultades que puedan presentar los estudiantes dentro de la institución, como problemas de adaptación, dificultades de aprendizaje, ansiedad, estrés entre otras variables que interfieran en una adecuada salud mental de los estudiantes.



Para el grupo investigador se hace importante el proyecto, debido a que es poner en funcionamiento todos los conocimientos adquiridos durante la carrera, lo que se suma al reto de contribuir con la creación del CAPSI BOLIVARIANO que integrará elementos de proyección social, práctica profesional, asesoría y consultoría e investigación, elementos que de una u otra forma se encuentran implícitos en la misión de la universidad de hoy.



DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El tema de salud mental es de interés mundial, por lo que son diversas las entidades que participan o intervienen para minimizar las problemáticas que impiden el desarrollo sano y que desmejoran la calidad de vida de las personas. El aumento y prevalencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, neurosis, ideación y conducta suicida, violencia y estrés es cada vez mas inminente; y cada vez las personas, las instituciones sociales, los grupos van experimentando impotencia frente al manejo de problemas de gran complejidad.

La familia, por ejemplo, como institución que aporta elementos básicos para el desarrollo del individuo, se está quedando sin herramientas psicológicas, sociales y económicas, para enfrentar las exigencias de la vida cotidiana, demostrando rigidez en su estructura para flexibilizarse o modificar roles, reglas, tiempos, espacios y finalmente interacciones, que puedan favorecer actitudes sanas que lleven a la recuperación de la armonía familiar.

Son diversas e intensas las demandas que la familia y las otras instituciones sociales se ven enfrentadas a solucionar. A nivel social y familiar: El fenómeno del desplazamiento, la violencia armada, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el desempleo, el pandillismo, la drogadicción, el aumento de las separaciones conyugales, la pornografía infantil y juvenil; a nivel educativo, el aumento en los problemas de aprendizaje, dificultades en el desarrollo de



destrezas mentales superiores, irrespeto de la autoridad, poco manejo de la autoridad y dificultades para una buena convivencia escolar.

Como afirma Montaña (2004) “la Salud Mental es parte indivisible de la salud y bienestar de los humanos, bienestar que resulta de la interacción de la persona con el ambiente natural y social. Es así que la salud mental se encuentra indiscutiblemente ligada a las condiciones socioeconómicas y culturales. Es el medio social donde el hombre y la mujer, el niño y el anciano, el discapacitado y el sano deben encontrar, en equidad, la oportunidad para desarrollar al máximo sus potenciales creativas, intelectuales emocionales y su capacidad de relación solidaria y constructiva con su entorno.”

Es evidente que los fenómenos sociales, culturales y educativos de hoy en día, exigen un mayor esfuerzo coordinado entre todas las instituciones sociales y del conocimiento, orientado a favorecer el máximo desarrollo de las potencialidades de los seres humanos que conforman la sociedad.

Es así como a nivel local, “la Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla viene implementado talleres sobre pautas de crianza; fortalecimiento del vínculo afectivo; buen trato a los niños; prevención de la violencia; utilización constructiva del tiempo libre, y convivencia familiar. Así mismo se realizan actividades lúdicas en los centros de educación básica, dirigidos a fomentar estilos de vida saludables.



También, estas actividades tienen la intención de reducir los riesgos y nexos entre salud mental y suicidio, problemática mundial que en estos días aborda de manera abierta la Organización Panamericana de la Salud”.

Por otra parte, encontramos a las instituciones escolares que en su currículo, implementan proyectos pedagógicos orientados al desarrollo de una vida saludable que favorezca hábitos sanos, formación en valores y aprendizaje de habilidades para una buena convivencia. A pesar de ello, las problemáticas escolares han sobrepasado las dificultades cognitivas o problemas de aprendizaje, los cuales se siguen presentando asociadas a fenómenos de gran complejidad. Por ejemplo: Pandillismo (sin importar estrato social), alcoholismo o abuso de este en adolescentes, irrespeto a la autoridad, intento o ideación suicida, prostitución, conformación de grupos que promueven una psicología negativa en sus integrantes (cultura Emo, grupos satánicos), pornografía infantil, entre otros.

Las instituciones con recursos económicos, poseen una planta docente y de salud mental que posiblemente puede dar herramientas a estudiantes, docentes y padres de familia para la solución de estos problemas, pero debido a su complejidad, la intervención del psicólogo educativo no es suficiente para trabajar procesos psicológicos en donde “toda” la comunidad educativa en conjunto con la familia y sociedad están involucrados de manera directa o indirecta.



De igual manera, en el campo universitario, la salud mental de los universitarios, demanda atención psicológica; lo cual es corroborado por un artículo sobre la salud mental de los universitarios en Colombia, publicado en la página WEB de Universia, sobre la experiencia de los servicios de consulta de psicología de las universidades de Medellín, Caldas, Autónoma de Bucaramanga, del Norte en Barranquilla y del Valle, en Cali, se afirma que esta “se ve afectada por múltiples factores que desencadenan trastornos como la depresión, ansiedad y el estrés.

Tal como lo señala Universia (2007) “Algunos síntomas son leves, otros moderados y los hay muy graves y severos. Lo real es que están presentes en los jóvenes universitarios del país, y que éstos no son originados únicamente por las exigencias académicas de la Universidad, sino que están asociados a su estilo de vida, a su propia vulnerabilidad como población por sus características de edad y personalidad en desarrollo, y por supuesto, a las condiciones y problemáticas sociales y económicas del país”.

La salud mental de otros países latinoamericanos no se queda atrás, presentando problemáticas parecidas. Por ejemplo en Chile, en un artículo de un periódico reconocido, La Nación, se informa que Casi la mitad de los estudiantes superiores del país sufren problemas emocionales. “Ansiedad, trastornos afectivos, alcohol, estupefacientes y hasta esquizofrenia. Más de 270 mil alumnos superiores presentan algunos de estos problemas. El fenómeno se agudiza, porque la inestabilidad resiente el rendimiento académico. Para



empeorar aún más el dibujo, la inestabilidad mental se acrecienta conforme baja la situación financiera del joven”.

En la Universidad de Concepción del mismo país, se realizó una investigación sobre la salud mental de los universitarios, encontrándose por ejemplo presencia de trastornos ansiosos y depresivos en mujeres, así como de trastornos de alimentación, mayor consumo de alcohol en hombres es también un dato ampliamente verificado, si bien las tendencias culturales han ido atenuando este fenómeno.

Finalmente, propone Cova (2007) “estos datos corroboran que asumir seriamente la problemática de salud mental de los estudiantes universitarios es un desafío no menor, que requiere de un gran concierto de voluntades, recursos e imaginación”. Indudablemente, en este concierto de voluntades la universidad como ente que desarrolla conocimiento para bien de la sociedad, tiene un gran compromiso como agente transformador de la calidad de vida de la comunidad educativa y social.

La universidad Simón Bolívar, a través del Programa de psicología, dentro de sus procesos académicos de acreditación institucional, se ve en la necesidad de generar un mayor impacto en la comunidad del Atlántico, multiplicando los servicios de extensión, con la creación de un Centro de Atención psicológica, que brinde diversos escenarios de intervención sobre los diferentes problemas



individuales, familiares y sociales que aquejan a la comunidad estudiantil, barranquillera y del departamento.

El Centro de Atención Psicológica (CAPSI) tendrá como función brindar el servicio de atención psicológica a personas de todas las edades y a grupos familiares e instituciones, que soliciten asesoría sobre el manejo de situaciones típicas de su desarrollo personal o familiar, o para el manejo de problemáticas o disfunciones individuales y relacionales que impidan su buen desempeño en los campos familiar, escolar, social y laboral.

Por lo tanto, el programa de psicología de la Universidad Simón Bolívar, preocupado por dar respuesta a las múltiples y complejas necesidades sociales, de estudiantes e instituciones educativas y sociales que necesitan la intervención profesional y efectiva en sus procesos psicológicos, se interesa por hacer confluir todas las prácticas de pregrado en las áreas clínica, clínica-educativa y clínica-social con la clínica-familiar de la Maestría en Psicología.

A través de este Centro de Atención Psicológica, la universidad se interesará por ofrecer calidad en la prestación de los servicios, brindar formación profesional a los estudiantes y fortalecimiento de la investigación, para realizar intervenciones con proyección social e implementar acciones de promoción y prevención en el área de la salud mental; es decir, la universidad de frente a la comunidad.



Como parte de este proceso de conformación del CAPSI BOLIVARIANO se hace necesario conocer inicialmente la tendencia que presentan los estudiantes de la Universidad para el uso de los servicios psicológicos como medida para mantener su salud mental.

Con base en ello, se plantea la siguiente pregunta:

Cuáles son los servicios psicológicos que utilizan con frecuencia los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar?



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de mercado para la implementación de un Centro de Atención Psicológica en la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los servicios psicológicos más utilizados por los estudiantes y sus familias en el último año.
- Describir las características socio demográficas de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar que utilizan determinados servicios psicológicos.



MARCO TEÓRICO

Centros De Atención Psicológica Universitarios.

Estado de los Centros de Atención Psicológica en España.

Los servicios universitarios de orientación psicológica aparecen como una respuesta al objetivo de enriquecer la oferta de formación integral y de calidad en el nivel de enseñanza superior. La incorporación de estos servicios se considera un signo de madurez institucional y una apuesta decidida por la calidad y la atención al estudiantado. También, la proyección social se convierte en un elemento clave que contribuye a hacer más perdurable la universidad en relación con las necesidades de la comunidad, e igualmente ejerce como canal de intermediación entre el sector productivo y formativo.

Al Nakeeb et al (2003), realizó una investigación sobre la salud mental de los estudiantes de la universidad Autónoma de Madrid, señalando que estos se enfrentan diversos factores de riesgo que los harían más susceptibles para manifestar algún tipo de malestar a nivel psicológico, como son: “sobrecarga académica, relación superficial y falta de comunicación entre los miembros de la facultad, compaginar trabajo y estudios”. Dichos factores movilizan ansiedades y estrés en los estudiantes, que siendo de manera reiterativa terminan afectando el adecuado desarrollo de los alumnos dentro de sus múltiples ocupaciones de la universidad.



Con base en esta investigación se considera establecer unos protocolos a nivel interno que permitan conocer más las causas de las problemáticas, para poder direccionar más adecuadamente las futuras intervenciones. A su vez que a nivel institucional, la responsabilidad sería de fomentar una cultura de salud mental para poder incrementar la percepción subjetiva de malestar psicológico.

Por otra parte, en el *III Encuentro de Servicios Psicológicos y Psicopedagógicos Universitarios*, celebrado en Granada del 8 al 10 de Junio de 2006 en el que se compartieron, discutieron y analizaron el estado de los servicios universitarios que dispensan orientación, asesoramiento y/o intervención de carácter psicológico, pedagógico y/o psicopedagógico a la Comunidad Universitaria, se informó a través de una encuesta nacional realizada a 25 centros universitarios que del total de 27 servicios que han respondido, el 48% lleva funcionando menos de 5 años y el 77% menos de 10 años. El tipo de actividades y servicios ofrecidos a toda la Comunidad Universitaria, pero especialmente a estudiantes, consisten en orientar, asesorar e intervenir personal, académica y vocacional profesionalmente.

Todos los servicios manifiestan el crecimiento de este tipo de demandas por parte de la comunidad Universitaria. Un ejemplo es la atención individual que representa el 37.5% de todas las actividades realizadas, y la que acumula mayores listas de espera en prácticamente todos los centros. Este ejemplo demuestra, que si bien la demanda ha crecido exponencialmente, la oferta no lo ha hecho al mismo ritmo, ni cuantitativa ni cualitativamente.



En el ámbito nacional, la escasa o nula capacidad de respuesta de estos servicios se remonta al menos al año 2001, cuando se aprueba la Ley Orgánica de Universidades, sin una sola línea sobre qué servicios atenderán las nuevas necesidades generadas, en qué condiciones y con qué recursos. En el plano de la Unión Europea, ha habido que esperar a la Declaración de Bergen del año 2005, para que se mencione expresamente por primera vez en un documento oficial, que para garantizar la dimensión social del EEES (Espacio Europeo de Educación Superior) es responsabilidad de los gobiernos adoptar medidas dirigidas a proveer de los servicios de “*guidance*” y “*counselling*” a los estudiantes.

Entre las conclusiones más importantes a las que se llegó en este encuentro se expusieron las siguientes:

- Parece necesario elaborar el conjunto de posibles funciones y servicios a ofrecer, a partir del análisis detallado de las necesidades psicológicas, pedagógicas y psicopedagógicas de la comunidad universitaria.
- Los representantes están de acuerdo en utilizar la contribución a la calidad que el Proceso de Bolonia atribuye a estos servicios, como la oportunidad de consolidar la identidad y funciones de estos servicios.
- Algunas Universidades están desarrollando servicios tipo consultoría, propios de la prevención primaria (Ej. Participación en contratos de mejora de titulaciones), y la mayoría ofrece servicios en niveles de prevención secundaria



(Ej. Asesoramiento/Orientación e intervención asistencial) y terciaria (Ej. Intervención psicológica clínica).

- Todos los servicios comparten la importancia de las actividades de salidas al Campus (“*Outreach*”), y desarrollan ejemplos de estas actuaciones, a veces en colaboración con otros servicios o instituciones no universitarias. (Ej. Charlas de divulgación, campañas de concienciación, Stands en Jornadas, Recursos en Web, etc.).

- En cuanto al asesoramiento e intervención personal, académico y vocacional profesional, está presente en todos los centros y constituye el grueso de las demandas y las actuaciones.

- Los servicios parecen compartir objetivos similares, si bien los enfoques, planteamientos y metodologías concretos de sus actuaciones son diversos.

- Existen centros y servicios en los que se atienden específicamente las necesidades específicas derivadas de una condición de discapacidad. Sus competencias y dependencias se encuentran difuminadas en el ámbito de las universidades españolas en diferentes vicerrectorados desde el de estudios y/o estudiantes al de asuntos sociales. Con la finalidad de homogeneizar y normalizar su intervención como ocurre en los niveles de enseñanza primaria y secundaria estas actividades deberían enmarcarse en un servicio general de ayuda a estudiantes universitarios.

- Se han identificado dificultades por parte de varios centros para atender algunas necesidades, dadas las diferencias en organización/competencias entre Vicerrectorados y/o los servicios que los componen.



- Los representantes reconocen las ventajas de adoptar una denominación integradora que otorgue identidad propia y que ayude a los potenciales usuarios a identificarnos. (Ej. “centros de apoyo...”, “servicios universitarios....”).
- Los representantes coinciden en la necesidad de definir un conjunto de términos compartidos que describan las funciones y actividades propias de estos servicios, que facilite la comunicación, el intercambio de experiencias y la creación de redes.
- Los representantes reconocen la diversidad de perfiles profesionales involucrados actualmente en los servicios (Ej. Psicopedagogos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, etc.) y la necesidad de una composición multidisciplinar de los mismos.
- Se constata una gran diversidad en la organización interna y la dependencia orgánica de estos servicios (Ej. Vicerrectorados de estudiantes, Vicerrectorados de Extensión Universitaria, Facultades de psicología, etc.), como resultado de procesos y coyunturas históricas, políticas e institucionales específicas de cada Universidad.
- También están de acuerdo todos los servicios en criticar la insuficiencia, precariedad, e inestabilidad del personal de los centros, lo cual impide por ejemplo el desarrollo de programas a medio y largo plazo.
- Se constata los múltiples tipos de relaciones laborales que vinculan a los responsables y trabajadores de estos servicios con la Universidad (PDI, contratados por obra y servicios, técnicos, funcionarios, colaboradores externos, becarios, etc.). En el caso del PDI se constata el escaso reconocimiento académico/docente de las actividades que realiza.



- Acuerdo entre todos los centros sobre la necesidad de aumentar la estabilidad laboral para garantizar la integridad, continuidad, cobertura y calidad de los servicios que se prestan, y no depender así de la voluntad política del momento.
- Todos los centros se muestran de acuerdo con la necesidad de revisar la estructura (y función) de los servicios, debido a las nuevas necesidades integradas que conlleva el Proceso de Bolonia: docencia, formación, investigación y servicio.
- Los representantes muestran consenso sobre la necesidad de que estos servicios queden recogidos en las RPT's (Relación de puestos de trabajo) de cada Universidad, para consolidar en unos casos y garantizar en otros, la estructura y funcionamiento de los mismos.
- Los servicios coinciden en señalar la importancia de disponer de unas infraestructuras e instalaciones (Ej. Ubicación, acceso, etc.) que garanticen la privacidad, anonimato, confidencialidad, etc., de los usuarios.
- Todos los servicios se financian total o parcialmente con fondos públicos aportados por la Universidad. La mayoría de los servicios tiene un carácter gratuito para los usuarios. Algunos servicios se benefician de ayudas regionales y municipales, o de otras fuentes de financiación.
- Acuerdo entre los servicios en la necesidad de que la financiación sea completamente pública, sin que esto excluya financiación privada para proyectos puntuales. (Ej. Convenios).
- Se constata el flujo irregular de las demandas a lo largo del curso académico, así como la variedad de estrategias que adoptan los servicios para responder adecuadamente a las listas de espera y/o a los picos de demanda. Ej. Aumentar



el número de profesionales, cerrar lista de espera, recurrir a colaboradores, reducir número de sesiones, potenciar la atención en grupo, etc.

- Los representantes reconocen la complejidad y la dificultad que entraña el proceso de derivación a otros servicios internos y externos a la Universidad.
- Los servicios están de acuerdo en la necesidad de cooperación/colaboración con los colegios profesionales.
- Coincidencia entre los representantes de los servicios sobre la necesidad de cooperar más con otros servicios universitarios, así como crear redes dentro y/o fuera de la Universidad.

Estado De Los Centros De Atencion Psicologica En Latinoamerica México

El programa de SERVICIOS UNIVERSITARIOS DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD (SUAIS), es un programa que de manera conjunta llevan a cabo el departamento de psicología el centro de ciencias sociales y la clínica de servicios médicos del centro de ciencias biomédicas de la universidad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes en México.

Este programa inicio en agosto del 2004 con la misión de ofrecer a la comunidad universitaria, especialmente a los alumnos, servicios de salud orientados a la optimización de su desarrollo biopsicosocial y la promoción de salud mental.

Su objetivo es coadyuvar al desarrollo integral de la personalidad, la formación de hombre y mujeres al servicio del bien común con actitud de servicio



y compromiso en la vida comunitaria. De esta manera el SUAIS se encamina a la promoción integral de la salud haciendo énfasis en la salud mental.

Este programa ha nacido con la idea de ofrecer servicios de salud multidisciplinarios de alta calidad.

El proyecto de los servicios universitarios de atención integral a la salud (SUAIS) parte de la idea de considerar una estrategia que adopte una estructura organizacional, facilitadora del trabajo especializado por disciplinas de distintas áreas de atención y administración de la salud; para tal fin se han conformado dos tipos de unidades dirigidas desde la coordinación general del SUAIS:

- a) La unidad especializada que representa el conjunto de objetivos pertenecientes a un área específica de la salud, derivado de las diferentes disciplinas.
- b) La unidad de apoyo con carácter multidisciplinario que se conforma por proyectos compartidos con distintas unidades especializadas e instancias afines a la promoción de la salud mental.

En la estructura organizacional del SUAIS todos los miembros de las unidades de apoyo gozan de la misma jerarquía y autoridad aunque con tareas diferentes. El SUAIS trabaja en forma multidisciplinaria desarrollando proyectos eventicos como son: difusalud, escuela para tutores, escuela para padres y



talleres para la educación de la salud; también están los asistenciales como: psicoterapia individual, grupal y tratamiento medico nutricional.

El objetivo principal del SUAIS es mantener la coordinación de los profesionales de las distintas disciplinas logrando así una optimización del control interno del programa de los recursos financieros, de las actividades de gestión y la estandarización de procedimiento y política en las actividades académicas de investigación, de extensión y de administración.

CHILE

Escuela de psicología de la sede de Antofagasta de la Universidad del Mar

Alrededor de 180 pacientes, considerando los 61 atendidos el 2007 y 120 el 2008, se han visto beneficiados en los casi dos años de funcionamiento del Centro de Atención Psicológica, CAP de esta sede.

La Mayoría de los estudiantes atendidos han estado en proceso completo, de psicodiagnóstico, entrevista, psicoterapia, una buena epicrisis y se va de alta, cuando está visado por los profesores de las cátedras que están muy atentos a los procesos de sus terapeutas”, explica el psicólogo Marcos Reinoso, encargado del CAP de la Universidad del Mar (Universia, 2009).

“Las patologías más recurrentes son depresión, duelo, violencia en todos sus contextos y tipologías y trastornos ansiosos a un costo mínimo o gratis para el paciente”.



En CAP, ha establecido convenios con Escuela La Bandera, con PRODEMU, Escuela República del Ecuador, Fundación Integra, Programa Chile Crece contigo, con la Red contra la violencia de Antofagasta, con la Fundación asistencia social de la cámara chilena de la construcción, Giant School, (estos dos últimos se formalizarán el 2009).

Por otra parte, el CAP pertenece a la Red contra la violencia contra la mujer, donde se abordan temáticas y organizan acciones para combatirla. Durante el 2008 a raíz de tratar muchos casos de maltrato y abusos sexuales decidieron preparar a sus estudiantes en práctica en esa temática. De esta forma y con el apoyo de CRECER Juntos, formaron y certificaron 18 monitores en el tema de violencia, lo que ha permitido que el modelo de atención del CAP se fortalezca.

COLOMBIA

En Colombia, específicamente en la ciudad de Bogotá, los Centros de Atención Psicológica de las diferentes universidades se han organizado en una red institucional denominada ISUAP.

Las Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP), son entidades pertenecientes a Facultades de psicología, departamentos o unidades académico - administrativas equivalentes, que por su carácter universitario desarrollan procesos formativos y por su objeto social prestan servicios psicológicos a la comunidad. Las ISUAP potenciadas por la



conformación de una red de instituciones que intercambia y comparte conocimientos e informaciones, representan la vanguardia en la formación profesional de los psicólogos en Colombia.

La Red ISUAP, está conformada por las Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica pertenecientes a Facultades de Psicología de la ciudad de Bogotá D.C, quienes integran sus esfuerzos para unificar criterios entorno a la calidad en la prestación del servicio a sus usuarios, la formación profesional de los estudiantes y el fortalecimiento de la investigación.

Las Universidades que conforma las ISUAP son: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Fundación Universitaria Los Libertadores, Fundación Universitaria Manuela Beltrán, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Antonio Nariño, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Católica de Colombia, Universidad de la Sabana, Universidad de Santo Tomás, Universidad de San Buenaventura, Universidad Inca de Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Pontificia Bolivariana.

Entre los centros prestadores de servicio psicológico más importantes en la Región Caribe Colombiana tenemos:

CAIF Uninorte.



Es un centro de atención en psicología clínica, el cual fue denominado con el nombre de SANTA ROSA DE LIMA con mas de 14 años al servicio de la ciudad de Barranquilla y su área metropolitana.

Desde sus inicios ha prestado servicios de asesoría de empresa, centro educativos, organismos gubernamentales y no gubernamentales en las áreas de salud, prevención y abordaje a problemas psicológicos y de adaptación.

El SANTA ROSA DE LIMA ofrece servicios de psicoterapia individual la cual es dirigida a niños adolescentes y a adultos. Son aproximadamente 20 psicólogos para atender problemas emocionales, de comportamiento, ansiedad, sexualidad, relaciones sexuales e íntimas y otras alteraciones que afectan el bienestar y la calidad de vida de las personas.

También se ofrecen charlas dirigidas al campo educativo tanto para escuelas de padres como capacitación de docentes. Entre las temáticas dirigidas a las familias están: Pautas de crianza, adolescencia, violencia intrafamiliar, etc. Para los docentes existen capacitaciones concernientes a la psicología evolutiva y del desarrollo, dinámica psicológica en el área de clases y pautas para la identificación de trastornos psicológicos en la infancia.

El centro SANTA ROSA DE LIMA está interesado en realizar convenios con empresas e instituciones educativas, teniendo en cuenta tarifas especiales para



la atención en psicoterapia, realización de charlas promocionales basadas en temas que sean acordes a las necesidades del usuario.

Las tarifas establecidas por este centro están estipuladas de la siguiente manera

Costo	
Sesión de 45 minutos	25.000
Servicio de evaluación psicológica	100.000 (4 sesiones)

Universidad Tecnológica de Bolívar.

El centro asesoría y consultorías psicológicas de la Universidad Tecnológica de Bolívar, tiene como objetivo ofrecer un servicio psicológico de extensión a la comunidad, que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas.

Los servicios prestados por el CAPSI de la Universidad Tecnológica del Caribe son los siguientes:

SERVICIO PSICOLOGICO EN EL AREA CLINICA: aquí se atienden situaciones académicas, sociales, familiares y personales.

SERVICIO PSICOLOGICO EN EL AREA EDUCATIVA: aquí se hace una evaluación de las necesidades, se brinda orientación profesional y vocacional,



existe la escuela para padres de familia. Además se dictan conferencias y talleres dirigidos a profesores, estudiantes, alumnos y directivos de colegio.

SERVICIO PSICOLOGICO EN AREA DE LA SALUD: estos apuntan más específicamente a la atención de la salud familiar en donde se brindan programas encaminados al fortalecimiento y mejoramiento de las relaciones familiares. También prestan el servicio de salud medica en donde se evalúan, diseñan y ejecutan programas dirigidos a la prevención de enfermedades físicas y discapacidades, productos de factores psicológicos. Además tiene la salud comunitaria en donde se encargan de investigar y trabajar con comunidades enteras como clientes, poniendo énfasis en la prevención, educación y consultoría para promover la salud mental comunitaria.

SERVICIO PSICOLOGICO EN EL AREA ORGANIZACIONAL: aquí brindan capacitación y desarrollo humano análisis y descripción de cargos, estudios de climas organizacional, programas de acompañamientos en el retiro laboral, sistema integral de riesgos psicosocial, selección de personal, comunicación y relaciones efectivas en el contexto organizacional, salud ocupacional, resolución de conflictos, etc.

COBERTURA: cuentan con una cobertura bastante amplia ya que ofrecen diferentes servicios, para lo cual, cuentan con los diferentes tipos de CAPSI como son:



CAPSI ORGANIZACIONAL: está dirigido a las empresas en los diferentes sectores económicos.

CAPSI EDUCATIVO: ofrece servicios dirigidos a colegios públicos y privados de la ciudad de Cartagena.

CAPSI CLINICO TERAPEUTICO: este dispone de consultorios clínicos para atender a la comunidad de la zona suroccidental.

CAPSI SALUD: se establecen convenios o alianzas con entidades prestadoras de los servicios de salud.

CAPSI SOCIAL: se desarrollan programas sociales que tengan impacto en la comunidad de Cartagena y el departamento de Bolívar.

PERSONAL DE APOYO: está conformado por grupos profesionales especializados en las áreas clínicas, social, salud, educativa y organizacional, estudiantes en práctica de últimos semestres monitoreados por profesionales especializados egresados que prestan sus servicios en diferentes áreas.

Los diferentes tipos de CAPSI ofrecen sus servicios dependiendo de lo que a cada cual le corresponda.

CAPSI CLINICO: ofrece servicios tales como: Terapia familiar, terapia de pareja, terapia individual y terapia grupal.

CAPSI EDUCATIVO: sus servicios van dirigidos a la atención y a los requerimientos de parte de las instituciones educativas y sus actores (estudiantes, padres de familiar, docentes y directivos). Los servicios que ofrece son:



- Evaluación de necesidades educativas.
- Orientación profesional y vocacional
- Escuelas para padres y madres de familia
- Conferencia y talleres dirigidos a toda la comunidad educativa
- Evaluación e intervención en dificultades estudiantiles es rendimiento académico
- Acompañamientos en el diseño de currículos educativos.

CAPSI ORGANIZACIONAL: conformado con un equipo de docente consultores y estudiantes que están encargados de optimizar los procesos de la gestión del talento humano en las organizaciones.

UNIDADES DE GESTION:

Ofrece servicios en:

- Proceso de selección de personal idóneo para los cargos de la empresa
- Análisis de perfiles y cargos
- Estudios de climas organizacional
- Salud ocupacional
- Calidad de vida laboral y bienestar
- Liderazgo.

CAPSI SALUD: se encarga de diseñar programas de salud familiar médica y comunitaria para promover hábitos y conductas saludables dentro de una comunidad.



Presta atención a los requerimientos de parte de la comunidad o entidades que se encargan de velar por la salud pública y salud mental en Cartagena entre los diferentes servicios están:

- salud médica: encaminada a la prevención e intervención de los efectos psicológicos en el padecimiento de enfermedades crónicas o discapacidades.
- salud comunitaria: implementación de programas encaminados a la prevención de enfermedades en las comunidades, especialmente de las más vulnerables de la región
- salud familiar: implementación de programas que busquen el fortalecimiento de la salud al interior de la familia.

CAPSI SOCIAL: desarrolla procesos sociales que pongan al servicio de la comunidad el talento humano, y los recursos físicos y tecnológicos con los que cuenta la Universidad Tecnológica de Bolívar; además de permitir a los estudiantes desarrollar su actitud investigativa, compromiso social y participación ciudadana, que contribuya a establecer soluciones efectivas a las problemáticas y necesidades que afectan el entorno.





PAIS	CIUDAD	UNIVERSIDAD	NOMBRE DEL CAPSI	SERVICIOS	COSTO
ESPAÑA	MALAGA	MALAGA.	DIRECCIÓN GENERAL DE ALUMNOS PSICÓLOGOS SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIV	<ul style="list-style-type: none">- Taller de voz.- Miedo de hablar en público.- Ansiedad en los exámenes.- Técnicas de estudio.- Taller de crecimiento personal.- Psicoterapia	Gratuito.



				<p>individual y grupal.</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervención en crisis.- Asesoramientos. <p>Por déficit de atención o algún trastorno del aprendizaje.</p>	
ESPAÑA	GRANADA	GRANADA	COUNSELIG SERVICES SERVICONT	<ul style="list-style-type: none">- Talleres de relajación.- Talleres de hábitos y técnicas de estudio.-Taller de ansiedad.	Gratuito



				<ul style="list-style-type: none">- Taller miedo hablar en publico.- Asesoramiento.	
ESPAÑA	MADRID	UNIVERSIDAD CARLOS MADRID	ORIENTACION PSICOLOGICA PARTICIPACION SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">- Orientación psicológica.-Orientación psicopedagoga.- Programación mejora personal.- Programa para compañeros, asociaciones, discapacitados.	Gratuito



ESPAÑA	VASCO	UNIVERSIDAD DE VASCO	UNIDAD DE ATENCIÓN P.A.S	- Evaluación. - Orientación. - Manejo de estrés. - Talleres.	Gratuito
ESPAÑA	MURCIA	UNIVERSIDAD DE MURCIA	Servicios de asesoría y orientación personal. (SAOP)	- Asesoría pedagógica. - Apoyo a estudiantes con discapacidad.	Gratuito



CAPSIS EN CENTROAMÉRICA

PAIS	UNIVERSIDAD	NOMBRE DEL CAPSI	SERVICIOS	COSTOS
CUBA	LA HABANA	COAP CENTRO DEORIENTACION Y ATENCION PSICOLOGICA	<ul style="list-style-type: none">- Atención psicológica a niños y adolescentes con síndrome de Down- Atención y caracterización tercera edad y de personas que no superna la soledad.- Psicoterapia a jóvenes y adultos.- Orientación estudiantil.- Atención psicológica institucional,- Terapia grupal- Orientación vocacional y familiar	No especifica los costos



			- Atención comunitaria y adiciones.	
MEXICO	AUTONOMA DE GUADALAJARA	CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICO CAPSI	- Asesoría, evaluación y diagnóstico psicológico y psicopedagógico, tanto en la comunidad universitaria como en el ámbito externo.	GRATUITO.
MEXICO	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	Centro de Atención y Servicios Psicológicos VivirLibre.org	- Talleres de inteligencia emocional para niños y adolescentes y adultos, parejas. - Talleres del perdón. - Taller de duelo. - Psicoterapia de pareja. - Psicoterapia individual. - Tanatología.	Ajustado a la situación económica del interesado.



			<ul style="list-style-type: none">- Psicoterapia breve.- Psicoterapia de grupo.- Talleres terapéuticos.	
COSTA RICA	UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.	El Centro de Atención Psicológica de la UCR	Además de la terapia psicológica, realizan trabajo preventivo, de psicología organizacional y comunitaria, de psicología educativa y de investigación, entre otros.	Ajustado a la situación económica del interesado.



CAPSIS EN LATINOAMÉRICA

TABLA DE SERVICIOS PSICOLOGICOS Y COSTOS POR UNIVERSIDADES DE COLOMBIA

Ciudad	Universidad	Nombre del CAPSI	Servicios	Precio de servicios
BARRANQUILLA	Universidad del Norte.		- PSICOTERAPIA. - EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.	25.000 100.000 por 4 sesiones
CUNDINAMARCA	Universidad de la Sabana.		Línea de atención amiga	Gratuito.
MANIZALES	Universidad de Manizales		- Psicoterapia individual y grupal. - Asesoramiento en evaluación e intervención psicológica.	Gratuito.
RISARALDA	Universidad católica de		- Servicio de Evaluación	El valor del programa



	Risaralda		<p>Psicológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración e Intervención Psicológica. - Programas de Prevención y Fomento de la Salud Mental. - Selección de Personal. - Programa de Orientación Profesional y Vocacional para Jóvenes Bachilleres. 	<p>responde a las políticas de atención bajo condiciones de equidad a la situación socioeconómica de cada familia:</p> <p>Nivel 1: \$25.000</p> <p>Nivel 2: \$30.000</p> <p>Nivel 3: \$50.000</p> <p>Nivel 4 y 5 \$60.000</p>
Cartagena	Universidad Tecnológica de Bolívar Cartagena de Indias.		<ul style="list-style-type: none"> - Capsi organizacional. - Capsi educativo. - Capsi clínico terapéutico. 	Gratuito para estudiantes.



			<ul style="list-style-type: none">- Capsi salud.- Capsi social.- Terapia de Familia- Terapia de Pareja- Terapia Individual- Terapia Grupal	
BOGOTA	Fundación Universitaria Konrad Lorenz Centro de psicología clinico		<ul style="list-style-type: none">- Ofrece servicios desde el enfoque Cognoscitivo Conductual en Terapia Individual.- Asistencia inmediata que consiste en Asesorías o	\$2.000 para la comunidad en general y \$1.000 para estudiantes FUKL.



			<p>Intervención en crisis. Se atiende a toda clase de usuarios desde los cinco años, preferiblemente de estratos menos favorecidos.</p> <p>-Talleres a la comunidad en general en temas como Hábitos de Estudio, Manejo de Ansiedad, Habilidades Sociales, Conflicto Marital, Pautas de Crianza, entre otros.</p>	
BOGOTA	Fundación Universitaria Los Libertadores Bienestar universitario.		-La atención integral en salud de la Comunidad Libertadora, considerando los aspectos	Gratuito.



			biológicos, psicológicos y socioculturales, mediante las acciones de promoción de salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad con el apoyo académico-científico de la institución y con la participación activa de la comunidad a través de las organizaciones que la representan.	
BOGOTA	Pontificia Universidad Javeriana CAP. CENTRO DE		- Línea Psicología Clínica: Asesoría psicológica, Intervención en crisis,	



	ATENCION PSICOLOGICO.		Psicoterapia, Terapia de pareja, Evaluación psicológica Evaluación neuropsicología. - Línea Psicología Organizacional Proceso integral de selección de personal tradicional y por competencias, Medición de clima organizacional, Evaluación de desempeño y potencial, implementación del modelo de gestión por competencias, Talleres de capacitación organizacional, Talleres de	Gratuito.
--	--------------------------	--	---	-----------



			<p>formación humana, Asesoría organizacional.</p> <p>- Línea Psicología Educativa, Asesoría psicológica, Orientación vocacional y profesional, Evaluación psicopedagógica, Intervención en dificultades del aprendizaje, Talleres de formación humana para estudiantes, profesores y padres de familia.</p> <p>- Línea Psicología Social</p> <p>Diseño e implementación de proyectos psicosociales</p>	
--	--	--	--	--



			<ul style="list-style-type: none">- Programa radial Mentes Sanas Emisora Radio Bolivariana 1110 AM Talleres de formación.	
BOGOTA	Universidad santo Tomas		<ul style="list-style-type: none">- Intervención Psicológica y Terapéutica a Nivel Individual, Grupal, de Pareja y Familiar-Asesoría PsicológicaInstitucional Evaluación Psicológica- Procesos de Orientación Profesional y Vocacional- Procesos de Selección- Capacitación y Formación Clima	De 5.000 a 20.000 dependiendo del nivel económico



			<p>Organizacional Cultura</p> <p>Organizacional Gestión para el Cambio *Elaboración de Manual de Procesos y Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none">- Gestión por Competencias- Evaluación del Desempeño- Negociación y Manejo de Conflictos- Gestión de Calidad de Vida en el Trabajo- Construcción de Pruebas- Salud Ocupacional (Evaluación, Intervención y Prevención)	
--	--	--	--	--



			<ul style="list-style-type: none">- Talleres en temas como: Manejo del Estrés, Liderazgo, Autoestima, Habilidades de Dirección, Motivación, Asertividad entre otros.- Evaluación, Diagnóstico- Asesoría o Consultoría en procesos que Posibiliten el Cumplimiento del Conjunto de Normas ISO 9000 para Sistemas De Gestión de la Calidad.	
Cartagena	U. tecnológica de Bolívar	Centro de asesoría y consultoría psicológica CAPSI	<ul style="list-style-type: none">- Servicios psicológicos en el área clínica, situaciones académicas sociales, familiares y	Gratuito para los estudiantes



			<p>personales.</p> <ul style="list-style-type: none">- Asesorías y consultoría: áreas educativas, salud, organizacional, social, clínico terapéutico.- Asesorías psicológicas en el área clínica: situaciones académicas, sociales, de familia y personales.- Asesorías y consultorías en el área educativa: evaluación de necesidades, orientación profesional y vocacional, escuela para padres de familia. Conferencias y talleres dirigidos a	
--	--	--	---	--



			<p>profesores, estudiantes, alumnos y directivos de colegios; servicio de atención y consultoría individual.</p> <p>- Asesorías psicológicas en el área de la salud:</p> <p>Salud familiar: programas encaminados al fortalecimiento y mejoramiento de las relaciones familiares.</p> <p>- Salud médica: evaluar, diseñar y ejecutar programas dirigidos a la prevención de enfermedades físicas y/o discapacidades,</p>	
--	--	--	--	--



			<p>producto de factores psicológicos.</p> <p>- Salud comunitaria: investigar y trabajar con vecindarios o comunidades enteras como clientes, al poner énfasis en la prevención, educación y consultoría para promover la salud mental comunitaria.</p> <p>- Psicológicos en el área organizacional: capacitación y desarrollo humano, análisis y descripción de cargos, estudios de clima organizacional,</p>	
--	--	--	---	--



			programas de acompañamiento en el retiro laboral, sistema integral de riesgo psicosocial, selección de personal, comunicación y relaciones efectivas en el contexto organizacional, salud ocupacional, resolución de conflictos, entre otros.	
--	--	--	---	--

PAIS	UNIVERSIDA	NOMBRE DEL	SERVICIOS	COSTOS
------	------------	------------	-----------	--------



	D	CAPSI		
ARGENTINA	UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	Servicio de psicología de la dirección salud y asistencia social de la universidad de Buenos Aires.	<ul style="list-style-type: none"> - Tareas preventivas y asistenciales a sus usuarios alumnos de la universidad de buenos aires y de los colegios secundarios dependientes de la Universidad. - Acciones de intervención orientadas a la prevención de diversas patologías. - Capacitación y la formación de los profesionales que integran el equipo de salud mental. - Investigación sobre los procesos psicoterapéuticos. 	No hay información
CHILE	Universidad de Chile.	Centro de atención psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio asistencial especializado en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos. - Atención a personas que presenten dificultades en su 	No hay información



			<p>adaptación personal y social, que permitan la detención temprana de conflictos, el diagnóstico precoz y el rápido abordaje para evitar la instalación de la patología o el deterioro.</p> <ul style="list-style-type: none">- Atención a casos. Ansiedad, miedo, pánico, fobias, angustias, depresión, compulsiones, bulimia, anorexia, problemas afectivos y/o sexuales, orientación psicoeducativos (niños de 3 a 4 años) enuresis, encopresis, insomnio o somnolencia, SDA, problemas del desarrollo, crisis traumáticas.- Prevención de atención psicológica a la comunidad universitaria.	
CHILE	Universidad	Centro de atención	- Programas de intervención, prevención y educación en la	No hay



	la Serena	psicológica y salud integral	comunidad orientados al mejoramiento de la calidad de vida de las personas en el ámbito de la salud mental. - Áreas de atención: salud, educación, comunitaria y jurídica.	información
--	-----------	---------------------------------	---	-------------



PSICOLOGÍA CLÍNICA

Después de hacer la revisión de las características generales de CAPSIS de diferentes países y universidades se concluye que el énfasis de cada uno de ellos es clínico por eso se hace pertinente abordar las generalidades conceptos y objetivos de dicha rama de la psicología.

Generalidades. Concepto y Objetivos. Definición de psicoterapia.

Para el Colegiado de Psicólogos de España (2004) menciona lo siguiente sobre las generalidades de la psicología clínica.

La psicología (clínica) interesada en el ámbito médico. De hecho, la Psicología de la Salud puede verse como la conjunción entre la Psicología Clínica y la Medicina. Igualmente que la Psicología Clínica y la Medicina, y por lo mismo, la Psicología de la Salud tiene antecedentes centenarios, por no decir milenarios si se retrae a Hipócrates. Ciñéndose a su establecimiento formal, habría que remitirse a la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos, destacando a este respecto Georg Groddeck. En el año 1939 aparece la Revista Psychosomatic Medicine que, como decía en la primera editorial, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales, y de esta manera integrar la terapia somática y la psicoterapia". A pesar de este propósito, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde unas serían propiamente psicosomáticas (aparte lo discutible que es una tal tipificación), y, lo que es peor,



terminó por proponer explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas.

De la misma forma el Colegiado define la psicología clínica de la siguiente forma “La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.” Así mismo que enmarca sus objetivos, entre los cuales se encuentran:

Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos.

Diagnóstico

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones.



Tratamiento e Intervención.

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

Prevención y Promoción de la Salud.

Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes socio sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.



- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.

Investigación.

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo clínico y de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Técnicas y Procedimientos de Intervención.

Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estimular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobre corrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y



Técnicas aversivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).

- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta)
- Técnicas de relajación.

Técnicas de Terapia cognitivo-conductual.

- Técnicas cognitivas (Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras).
- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas y otras).

Técnicas Psicoanalíticas.

Las principales técnicas psicoanalíticas basadas o inspiradas en el Psicoanálisis son la Interpretación, la Aclaración y la Confrontación y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la Alianza de Trabajo y la Transferencia y Contratransferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades principales:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.



- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.
- Psicoterapia dinámica.

Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales

- Técnicas de Psicoterapia guesáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

Técnicas de Terapia Sistémica

- Pautación escénica.
- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos.



Instrumentos usados dentro de la psicología clínica.

- Tests.
- Escalas.
- Cuestionarios.
- Inventarios.
- Encuestas.
- Guías y protocolos de entrevistas.
- Instrumentos de autoregistro.
- Sistemas de registro en observación directa.
- Aparatos de Biofeedback o retroalimentación.
- Aparatos para registro de señales psicofisiológicas.
- Sistemas de presentación de estímulos.
- Sistemas informáticos para la evaluación y la intervención psicológica.

2.2 Modelo Psicoanalítico. Objetivos, Técnicas, Instrumentos de Evaluación utilizados y Modelo de Historia clínica.

El psicoanálisis no es simplemente una escuela del pensamiento, se refiere más bien a una amplia variedad de teorías y sistemas de psicoterapia que están identificados en algún grado con la formulación inicial del psicoanálisis clásico de Freud. En general el pensamiento psicoanalítico explica la conducta en términos del concepto de determinismo, es la creencia central en que las causas significativas que determina la acción de una manera regular e intencional.



Según Baker (1988) “El psicoanálisis enfatiza que la historia de desarrollo del individuo es un determinante significativo de la conducta y pensamiento posterior. En consecuencia, existen una tendencia a intentar explicar la conducta actual en términos de la historia y el desarrollo de las experiencias significativas para el individuo”

Como aporte personal que este modelo considera de suma importancia a las experiencias anteriores del individuo en relación con el mundo que lo rodea, a veces como seres humanos no hemos superado etapas en que se encuentra el individuo fijado y es por ello que desde el psicoanálisis se le da una explicación fundamentada a estas fases. Al igual que a las estructuras psíquicas internas.

En cada persona existen una energía psíquica distribuida en las facetas de la personalidad; la energía se proyecta hacia la satisfacción inmediata de las necesidades del individuo. En este modelo, la estructura de la personalidad consta de tres partes: id (ello), ego (yo) y superego (super yo).

El id consiste en las tendencias instintivas con las que nace el gobierno, según Freud proporcionan la energía psíquica necesaria para el funcionamiento de las dos partes de la personalidad que se desarrollan después: el ego y superego. El id se refiere únicamente a la satisfacción de las necesidades biológicas básicas y de evitación del dolor.

El papel primario del ego es mediar entre los requerimientos del organismo (las demandas del id) y las condiciones del medio ambiente. El ego funciona mediante el



principio de la realidad para satisfacer las tendencias instintivas de la menara mas eficaz.

La última parte de la personalidad que se desarrolla es el superego, en la cual esta contenido los valores de la sociedad en la que se desarrolla en niño. Estos valores surgen de la identificación con los padres. El niño incorpora a su personalidad todas las maneras socialmente aceptables de conducirse que le señalan sus padres.

Las funciones principales del superego son inhibir y persuadir el ego a sustituir por objetivos morales las tendencias instintivas y a luchar por alcanzar la perfección; estos conflictos son la fuente de los problemas del desarrollo psicológico.

Freud sostiene que cada individuo atraviesa por varias etapas durante sus primeros años de vida y que estos son decisivos en la formación de la personalidad adulta. Las etapas son: oral, anal, fálica y genital. Durante la etapa oral del desarrollo (del nacimiento a los 18 años) la fuente principal de satisfacción es la boca. La siguiente etapa es el periodo anal; esta se desarrolla de los 18 meses a los tres años y medio; aquí empieza a desarrollar tensiones anales por medio de la eliminación. La tercera etapa del desarrollo es la fálica y comprende a los tres y medio a los cuatro y medio. En ella el individuo empieza asociar la satisfacción sexual con el área genital.



El individuo posee mecanismos de defensa como la represión, que le ayudan a eliminar la ansiedad causada por deseos o sentimientos inaceptables; se motiva a la persona a olvidarlos y reprimirlos relegándolos a la inconsciencia.

De esta breve descripción de la teoría de la personalidad de Freud se desprende que existen muchos puntos a considerar para entender el comportamiento del consumidor; La contribución más importante de esta teoría es la idea de que las personas son motivadas por fuerzas tanto conscientes como inconscientes. Obviamente sus decisiones en la compra de productos están basadas, por lo menos hasta cierto grado en motivaciones inconscientes.

El planteamiento de Freud sobre los problemas creados por las tres estructuras de la personalidad son puntos que deben considerarse en la mercadotecnia. Debido a que representan diferentes necesidades y funciones dentro de la personalidad hay ocasiones en las que la compra de un producto genera conflictos en estas estructuras. Se debe ayudar a suavizar el conflicto y aumentar la posibilidad de una venta. La comprensión de los diferentes mecanismos de defensa como la sublimación y formación reactiva sugiere formas en que el individuo puede afrontar la venta de diferentes productos.

Hay productos que permiten a algunas personas la expresión de motivos en forma explícita, por ejemplo los cazadores pueden comprar rifles para sublimar sus deseos de destruir y matar. En este caso una campaña promocional de rifles no deberá alimentar esos motivos inaceptables sino inferir razones aceptables para la compra.



MODELO DE HISTORIA CLINICA PSICOANALISIS

El modelo de historia clínica en psicoanálisis consiste en estos puntos:

- Datos de identificación.
- Motivo de consulta.
- Historia de la enfermedad.
- Historia familiar.
- Historia personal
- Evaluación del estado mental
- Test psicológicos.
- Técnicas a utilizar.
- Sesiones a implementar psicoterapia breve intensiva y de urgencias
- Expectativas del paciente
- Diagnostico psicodinámicos. Características del yo.
- Pronostico.
- Logros avanzados con el paciente.
- Recomendaciones.

Sus objetivos pueden ser cognoscitivos, terapéuticos afectivos) o formativos. Hay muchos dispositivos psicoanalíticos: cura psicoanalítica (dispositivo freudiano), psicoterapia, consultoría, asesoría, supervisión, sección clínica, cartel, grupos analíticos, talleres, seminarios, cursos, conferencias, entre otros.



TÉCNICAS: Algunas de las técnicas que se utilizan son las siguientes:

1. Freud comienza el psicoanálisis como un intento de comprender y tratar la neurosis.

- Explicación de la neurosis: los síntomas patológicos son un sustitutivo de satisfacciones prohibidas de naturaleza libidinal; los motivos que provocan estos síntomas queda fuera de la consciencia del paciente y los síntomas perduran a lo largo del tiempo. Los impulsos anímicos enlazados a dichos motivos han sido reprimidos por fuerzas del yo del paciente.

- Método terapéutico: el analista utiliza la asociación libre (el paciente comunica toda ocurrencia dejando de lado la reflexión consciente y objeciones o reparos de todo tipo). Estas ocurrencias están determinadas por el material inconsciente y son interpretadas por el analista tratando de reconstruir los elementos olvidados por el paciente.

- Rasgos de la técnica analítica:
 - La interpretación.
 - Actitud no crítica.
 - Evitación de cualquier tipo de consejo o de directividad.

- El psicoanálisis exige que los propios terapeutas se sometan a un análisis personal, el análisis didáctico, para que pueda estar mínimamente seguro de la



objetividad de sus propios recursos psíquicos y controlar la contratransferencia y el uso terapéutico adecuado de la transferencia.

- Técnica analítica clásica:
 - Visita diaria o casi diaria.
 - El paciente se tumba en un diván; el terapeuta tras él, sin contacto visual mutuo.
 - Usa la regla analítica fundamental de la asociación libre.
 - No da consejos ni prescribe medicamentos ni aconseja directamente sobre la forma de manejar la vida del paciente.
 - Se limita a interpretar los materiales ofrecidos por la libre asociación.

2. Alfred Adler.

- Frente al enfoque causalista de Freud prefiere un enfoque teleológico, que destaca la relación de lo actual con los objetivos futuros.
- Defiende la fortaleza del yo individual, frente a su fragilidad que tenía en el sistema freudiano como consecuencia de la presión del ello.
- Propuso los conceptos de carácter y de estilo de vida
- Objetivo de la terapia: ayudar al paciente en la comprensión de su estilo de vida y el apoyo para cambiar a otro.
- El terapeuta es más activo y prescriptivo y reduce la frecuencia de las sesiones y la duración del tratamiento.

3. Carl Jung.



- La libido es un componente más junto con elementos culturales y cosmovisionales.
- Al inconsciente individual añade el inconsciente colectivo.
- Tratamiento jungiano: persigue el proceso de individuación, la autoposición del hombre.
- Origen de los síntomas patológicos: mal ajuste a un papel dado desde fuera.
- Colaboración activa del paciente.
- Se analizan los sueños y otras creaciones del paciente (escritos, dibujos).

4. Neofreudianos (Erik Fromm, Karen Horney, Harry Stack)

- En la génesis de la neurosis, reducen el papel de las experiencias infantiles y de la sexualidad, dando más importancia de los factores sociales y culturales.
- Se centran en el área de las relaciones interpersonales y en las experiencias actuales y los procesos del yo.
- En la terapia tienden a adoptar una posición más activa y directiva que los ortodoxos.

Modelo Conductual- Cognitivo.

Objetivos, Técnicas, Instrumentos de Evaluación utilizados y Modelo de Historia clínica.

Las terapias conductuales contrastan mucho con los métodos orientados al insight los terapeutas conductuales son mas activos que los psicodinámicos; se concentran en modificar el comportamiento del paciente y no en mejorar el conocimiento de sus pensamientos y sentimientos; operan en un marco temporal mas breve(O"Leary y



Wilson,1987) los conductistas afirman que la psicología debe centrarse en el comportamiento observable y mensurable, no en los pensamientos, en los sentimientos o en los procesos inconscientes. Para el terapeuta orientado al insight, los trastornos de la personalidad son síntomas de las fuerzas inconscientes o resultado de una conciencia o insight insuficientes; Están convencidos de que resolverán el problema si logran enseñar al sujeto a comportarse en formas mas convenientes.

Así pues las terapias conductuales se basan en la suposición de que todo comportamiento se aprende, tanto el normal como el anormal. Los hipocondríacos aprenden que reciben atención cuando están enfermos; los paranoicos aprenden a ser suspicaces. El terapeuta no necesita saber con exactitud cómo o por que los pacientes aprendieron a comportarse de manera anormal. Su tarea consiste en enseñarles formas nuevas y más satisfactorias de comportarse.

Las terapias conductuales también se distinguen de las de insight en que tratan de explicar los resultados fundamentales de la psicología al tratamiento de problemas clínicos, en particular los de la investigación de los procesos del aprendizaje.

Las terapias conductuales también se distinguen de las insight en que tratan de aplicar los resultados fundamentales de la psicología al tratamiento de problemas clínicos, en particular los de la investigación de los procesos del aprendizaje. En conclusión muchas técnicas de terapia conductual son una aplicación de los conceptos relacionados con el aprendizaje que expusimos en capítulos anteriores.



TERAPIAS DE GRUPO.

En las terapias que hemos venido explicando intervienen sólo dos personas: el cliente y el terapeuta. Algunos psicólogos consideran que este tipo de terapia no es el ideal, pues muchos de los problemas por los cuales la gente acude a ellos son de índole interpersonal. En su opinión, el tratamiento simultáneo de varios clientes, o terapia de grupo, es preferible al tratamiento individual. La terapia de grupo permite al cliente y al terapeuta ver cómo se comporta aquél en presencia de otros. Si un cliente sufre gran ansiedad y no puede hablar, si acostumbra criticarse y denigrarse a sí mismo o si muestra hostilidad y agresividad contra el sexo opuesto, esas tendencias se manifestarán muy pronto en una sesión de grupo.

Los grupos tienen otras ventajas más. Un buen grupo ofrece apoyo social, la sensación de que no somos los únicos en el mundo con problemas emocionales. Ofrece, además, ayuda para aprender nuevas conductas. Las interacciones con los miembros del grupo a veces hacen que el cliente entienda su conducta. Y Por último la terapia de grupo es menos costosa que la individual. (Yalom, 1995).

Hay muchas clases de terapias de grupo, algunas siguen los lineamientos generales de las otras terapias, Otras se centran en una meta particular; dejar de fumar o beber o de comer en exceso. Y otras persiguen metas mas generales, digamos un matrimonio más feliz.

Modelo Humanista

Objetivos, Técnicas, Instrumentos de Evaluación utilizados y Modelo de Historia clínica.



Se denomina psicología humanista a una corriente dentro de la psicología, que nace como parte de un movimiento cultural más general surgido en Estados Unidos en la década de los sesenta del siglo XX y que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado Contracultura.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, denominó a este movimiento La Tercera Fuerza para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).



Dentro de esta corriente los enfoques teóricos y terapéuticos son tan diversos que no es posible plantear un modelo teórico único. Lo que sí se puede extrapolar de estas diversas teorías y enfoques es una serie de principios y énfasis (Kalawski, citado por Bagladi):

Énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana: el ser humano es considerado único e irrepetible. Tenemos la tarea de desarrollar eso único y especial que somos, así, ámbitos como el juego y la creatividad son considerados fundamentales.

Confianza en la naturaleza y búsqueda de lo natural: el ser humano es de naturaleza intrínsecamente buena y con tendencia innata a la autorrealización. La naturaleza, de la que este ser humano forma parte, expresa una sabiduría mayor. Por lo tanto, como seres humanos debemos confiar en la forma en que las cosas ocurren, evitando controlarnos o controlar nuestro entorno.

Concepto de conciencia ampliado: la conciencia que tenemos de nosotros mismos y la forma en que nos identificamos con nuestro yo o ego, es uno de los varios estados y niveles de conciencia a los que podemos llegar, pero no es el único.

Trascendencia del Ego y direccionamiento hacia la Totalidad que somos: la tendencia en el curso de nuestra autorrealización es ir alcanzando cada vez niveles de conciencia más evolucionados, que se caracterizan por ser cada vez más integradores (de partes de nosotros mismos y de nuestra relación con el resto, y con la totalidad. Véase también Psicología transpersonal).



Superación de la escisión mente/cuerpo: la psicología humanista parte desde un reconocimiento del cuerpo como una fuente válida de mensajes acerca de lo que somos, hacemos y sentimos, así como medio de expresión de nuestras intenciones y pensamientos. Funcionamos como un organismo total, en que mente y cuerpo son distinciones hechas sólo para facilitar la comprensión teórica.

Equilibrio entre polaridades y revalorización de lo emocional: la cultura occidental ha tendido a valorar lo racional sobre lo emocional, la acción frente a la contemplación, etc. Esto produce un desequilibrio en nuestro organismo, ya que desconoce aspectos valiosos de nosotros mismos o los subestima, relegándolos al control de otros. El cultivo de lo emocional, lo intuitivo, lo contemplativo, por parte de la psicología humanista, es un intento por reestablecer ese equilibrio.

Valoración de una comunicación que implique el reconocimiento del otro en cuanto tal: dejar de reconocer a los demás como objetos, o medios para alcanzar nuestros propósitos personales, es uno de los énfasis principales de esta corriente. Esta forma restringida de relacionarse con los demás se transforma en una barrera comunicacional entre los seres humanos, ya que nos concentramos en sólo una parte del otro (la que nos es útil, por ejemplo), y dejamos de verlo como un ser total, impidiendo una comunicación plena.



Modelo Sistémico

El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como sistema. No está claro cuando se introdujo el término por primera vez. Al menos, ya desde 1951 (Reusch y Bateson, 1951). La idea de la familia como sistema se refiere básicamente a que la conducta y la experiencia de un miembro de la familia, no se puede entender separada de la del resto de sus miembros. La familia es una unidad social enormemente interdependiente. En términos del ejemplo que presentemos antes, la conducta de la adolescencia no se puede comprender de forma aislada. Su conducta está asociada y depende de la conducta de sus padres hacia ella, de la relación de estos como pareja y de cómo sus hermanos se manejan para enfrentar las reglas de la familia.

Un segundo significado de la familia como sistema como sistema está expresado en la siguiente formulación “El todo es más que la suma de las partes” Esto implica que existen cualidades de la familia como unidad psicosocial que puedan distinguir un tipo de funcionamiento familiar de otro.

Los terapeutas trabajan con las familias para entender las pautas de comportamiento, las creencias o historias que han desarrollado, y el contexto más amplio en el que estas viven. A través del proceso de comprensión de estas pautas de comportamiento y de las creencias o historias, los terapeutas podrían introducir información novedosa o



diferente en el sistema, utilizando para este fin estrategias activas. La información afectará el desarrollo estas pautas de comportamiento, las creencias e historias y la influencia que éstas tienen en la familia.

De esta manera, el terapeuta ayuda a la familia a desarrollar nuevas percepciones o acciones que puede utilizar para enfrentar las dificultades por las que están atravesando. Existen varias como se observa en la tabla anterior percepciones que por lo general son útiles para que las familias logren el cambio. Una vez que éste comienza a ocurrir, los terapeutas deberían destacar el proceso de cambio, permitiéndoles así desarrollar nuevos cambios y un entendimiento de cómo el mismo fue posible. Esto le permitirá a la familia desarrollar sus propios recursos para enfrentar satisfactoriamente posibles futuras dificultades.

TRATAMIENTO.

La aceptación de la familia como unidad de tratamiento en psicoterapia es consecuencia inevitable de la experiencia e investigación sobre esta tema, que han proporcionado nuevos conocimientos sobre la conducta humana, con distintas concepciones del significado y causas de la misma, haciendo posible así distintas técnicas de tratamiento.

Tratar a la familia como una unidad significa tener a todos los miembros de la misma presentes al mismo tiempo, y en el mismo lugar, con uno o dos terapeutas; coterapeutas masculino y femenino. Se entrevista y trata a la familia entera como un



sistema primario desarrollado por el hombre y la mujer adultos que son los «arquitectos» que la han construido.

Psicología Educativa.

Generalidades. Concepto y Objetivos.

La psicología educativa es un enfoque de la psicología que va enfocado al estudio del comportamiento humano dentro de la situación estudiantil sin tener en cuenta las etapas del desarrollo humano, debido a que la situación de aprendizaje tiene sus propias características, tanto desde la primaria pasando por el bachillerato, culminando en la universidad o en cualquier otra situación donde la enseñanza y el aprendizaje estén presentes. La definición más acorde sobre la psicología educativa la menciona Woolfolk (1991) una de la más representativas. Esta afirma que: "Una disciplina abocada al estudio de los procesos de la enseñanza y el aprendizaje que aplica los métodos y la teoría de la psicología y también tiene los propios"(p. 21).

Teorías Básicas del área educativa.

Uno de los enfoques que más representan el estudio de la psicología educativa, son aquellos que fueron derivados de las diversas teorías cognitivas desarrolladas en la antigua unión soviética por Lev Vigostky sobre la forma en que el ser humano desarrolla, tanto el pensamiento y el lenguaje, dichas posturas crearon un gran acumulado de teorías que con el tiempo desembocaron en la conformación de la teoría



cognoscitiva, que es la más común dentro de la psicología educativa, Colodron (2004) menciona que “Mientras la psicología cognoscitiva ha elaborado una teoría del ser humano como un activo constructor de conocimiento, una nueva visión del aprendizaje está naciendo: la que describe los cambios en el conocimiento como el resultado de la automodificación que hacen los estudiantes de sus propios procesos de pensamiento y estructuras de conocimiento.

Esto significa a su vez que la enseñanza no se debe diseñar para introducir el conocimiento en las mentes de los estudiantes, sino situar a los estudiantes en una posición que les permita construir un conocimiento bien estructurado” lo anterior implica que para conocer cómo serán probablemente estas poblaciones se necesita saber más de lo que se sabe ahora sobre los procesos cognoscitivos dentro del aprendizaje. Mientras se va configurando un cuadro más rico de los procesos cognoscitivos de aprendizaje, en parte a partir de estudios descriptivos de las transformaciones del conocimiento bajo varias situaciones educativas, se podrá disponer de la base científica para una teoría más descriptiva de intervención.

Áreas de Intervención.

De la misma forma que la psicología clínica y organizacional tiene sus diversas áreas de intervención, la psicología educativa no es ajena a tener áreas de interés y de intervención, Colodron (2004) menciona las siguientes.



Formación y Asesoramiento Familiar.

El/la psicólogo/a actúa promoviendo y organizando la información y formación a madres y padres en una línea de apoyo al desarrollo integral del hijo/a. Realiza la intervención para la mejora de las relaciones sociales y familiares, así como la colaboración efectiva entre familias y educadores, promoviendo la participación familiar en la comunidad educativa así como en los programas, proyectos y actuaciones que el profesional de la psicología educativa desarrolle.

Intervención Socioeducativa.

El/la psicólogo/a participa en el análisis de la realidad educativa, y de los factores sociales y culturales que influyen en el proceso educativo de la comunidad concreta, interviene en la prevención socioeducativa, impulsa la cooperación y coordinación de los servicios, instituciones y organizaciones sociales del entorno. En resumen interviene en las relaciones entre las actividades educativas y la comunidad donde tienen lugar, así como en los factores sociales y culturales que condicionan las capacidades educativas.

También puede participar en el diseño de planes de intervención comunitaria en el ámbito territorial, promoviendo criterios metodológicos, procesos de implantación, sistemas de evaluación etc.



Teniendo en cuenta lo anterior, el/la psicólogo/a puede asesorar técnicamente a los responsables de la toma de decisiones de planificación y actuación a partir de su pronunciamiento especializado y de su aplicación al análisis y estudio del sistema educativo en una línea de mejora de la atención educativa.

Investigación y Docencia.

La investigación incluye las actividades para el análisis y reflexión sobre el propio trabajo; la mejora y actualización de su competencia técnica, la profundización y extensión de la teoría y los procedimientos propios de la psicología de la educación. La docencia que realizan los profesionales de la psicología educativa está orientada a difundir su conocimiento entre los demás profesionales de la educación, los grupos sociales implicados en esta, los propios psicólogos y estudiantes de psicología y otros colectivos profesionales.

DESARROLLO HUMANO.



Se hace necesario un conocimiento sobre cada etapa del desarrollo humano, esto es desde sus niveles de desarrollo y características del mismo. Son los aspectos Físicos, Individuales y Sociales, lo cual crea un entorno de conocimiento respecto a cada etapa de desarrollo de una persona. Siguiendo un orden de ideas, se inicia con la etapa de infancia a partir de de diversos autores, tales como Papalia, Y wendkos olds. (1997), De Bord (2008).

DESARROLLO FÍSICO EN LA INFANCIA.

Desarrollo físico y motor en la primera infancia.

El desarrollo físico de los niños está relacionado con el proceso intenso de crecimiento y desarrollo de las diferentes estructuras y tejidos, constituyendo de hecho, un indicador para la evaluación de las distintas etapas de la vida del niño. El crecimiento es el aumento de la masa corporal y se define como el aumento del número de células, del tamaño de estas y el crecimiento de la sustancia intercelular. El desarrollo, es la diferenciación celular traducida en e perfeccionamiento de la capacidad funcional. Constituye un proceso de maduración progresiva de estructuras y funciones asociadas con el cambio de tamaño.

El crecimiento y el desarrollo no se producen independientemente uno del otro; sino que representan una diversidad y continuidad de interacciones entre la herencia y el ambiente. Estos procesos se producen desde el momento de la fecundación hasta el



momento en que se ha alcanzado la plena madurez del organismo. Puede entenderse que el proceso de crecimiento y desarrollo está asociado a un conjunto de procesos químicos, físicos y psicológicos que conducen a cambios, vinculados a las formas y funciones de los diversos tejidos. El organismo del niño se diferencia del de los adultos fundamentalmente por las características morfológicas y funcionales de órganos y tejidos, por encontrarse en un estado ininterrumpido de crecimiento y desarrollo y por presentar una capacidad propia de reaccionar frente a los estímulos del medio ambiente.

Para caracterizar las diferentes etapas del desarrollo de la vida del niño, es necesario partir de las regularidades con que se va produciendo, así como tener en cuenta la influencia que tienen la carga genética y los factores ambientales. Existe además, una característica inherente al desarrollo que viene dada por las diferentes velocidades de cambio, relacionadas con lo que se conoce como gradiente de desarrollo. Este se produce en sentido céfalo-caudal y próximo distal. Podemos entonces concluir que los procesos de crecimiento y desarrollo se producen de forma continua, gradual y con un orden determinado. Ambos procesos están estrechamente relacionados, son más intensos mientras más pequeño es el niño, se desarrollan con distinta velocidad, observándose diferencias entre las diversas partes del cuerpo y entre los niños de forma individual; están bajo la influencia de factores endógenos (genéticos) y exógenos (ambientales).



Alrededor de los tres años, los niños comienzan a perder su aspecto regordete y a adquirir una apariencia atlética y delgada. Como los músculos abdominales se fortalecen, el estómago se reduce, tronco, brazos y piernas se alargan. La cabeza continua siendo un poco grande, pero las otras partes del cuerpo siguen adquiriendo con firmeza las proporciones que las harán ver adultas. Dentro de este patrón general, los niños presentan un amplio rango de diferencias individuales y en relación con su sexo. Los varones Tienden a tener más músculos por libra de peso que las niñas, mientras que éstas tienen mas cantidad de tejido graso.

Los cambios en la apariencia de los niños reflejan importantes modificaciones internas. El progreso en el crecimiento del esqueleto y los músculos los hacen más fuertes; los cartílagos se convierten en huesos a una velocidad mayor y los huesos se endurecen, dando a los niños una figura firme y protegiendo los órganos internos. Estos cambios, coordinados por la inmadurez del cerebro y del sistema nervioso, permiten una expansión de las habilidades motrices de los músculos largos y de los sistemas circulatorio y respiratorio mejora la resistencia física y, junto con el desarrollo del sistema inmunológico, mantienen a los niños más sanos. Hacia los tres años, los dientes primarios o de leche están en su lugar y los niños pueden masticar cuanto quieran los dientes permanentes, los cuales aparecen alrededor de los seis años, están en desarrollo, por consiguiente, si la succión del pulgar persiste después de los cinco años, puede afectar el nacimiento apropiado de los dientes en formación. Los niños crecen en etapas, no a un ritmo constante. Las habilidades físicas, o la falta de estas pueden afectar la autoestima de un niño. Para las edades de 6 a 7 años, la mayor parte



de las destrezas motrices básicas se han desarrollado. Buena nutrición y bastante ejercicio, contribuyen a un crecimiento saludable.

En la actualidad, aunque se acepta que puede haber diferencias genéticas de la emotividad, las evidencias señalan a las condiciones ambientales como las principales responsables de las diferencias de emotividad de los recién nacidos se han atribuido en parte, a las diferentes tensiones emocionales experimentadas por sus madres durante el embarazo. Hay también pruebas de que los niños que se crían en un ambiente excitante o están sujetos a presiones constantes para responder a las expectativas excesivamente altas de los padres o maestros de escuela, pueden convertirse en personas tensas, nerviosas y muy emotivas.

La capacidad para responder emotivamente se encuentra presente en los recién nacidos. La primera señal de conducta emotiva es la excitación general, debido a una fuerte estimulación. Esta excitación difundida se refleja en la actividad masiva del recién nacido. Sin embargo, al nacer, el pequeño no muestra respuestas bien definidas que se puedan identificar como estados emocionales específicos.

El patrón general emocional no sólo sigue un curso predecible, sino que también pronosticable, de manera similar, el patrón que corresponde a cada emoción diferente. Por ejemplo, los "pataleos" o "berrinches" llegan a su punto culminante entre los 2 y 4 años de edad y se ven reemplazados por otros patrones más maduros de expresiones de ira, tales como la terquedad y la indiferencia.



Aún cuando el patrón de desarrollo emocional es predecible, hay variaciones de frecuencia, intensidad y duración de las distintas emociones y las edades a las que aparecen. Todas las emociones se expresan menos violentamente cuando la edad de los niños aumenta, debido al hecho de que aprenden cuáles son los sentimientos de las personas hacia las expresiones emocionales violentas, incluso las de alegrías y otras de placer.

Las variaciones se deben también, en parte, a los estados físicos de los niños en el momento de que se trate y sus niveles intelectuales y, en parte, a las condiciones ambientales. Las variaciones se ven afectadas por reacciones sociales, a las conductas emocionales. Cuando esas reacciones sociales son desfavorables, como en el caso del temor o la envidia, a las emociones aparecerán con menos frecuencia y en forma mejor controlada que lo que lo harían si las reacciones sociales fueran más favorable; si las emociones sirven para satisfacer las necesidades de los niños esto influirá en las variaciones que nombrábamos anteriormente.

Los niños, como grupo, expresan las emociones que se consideran apropiadas para su sexo, tales como el enojo, con mayor frecuencia y de modo más intenso que las que se consideran más apropiadas para las niñas, tales como temor, ansiedad y afecto. Los celos y berrinches son más comunes en las familias grandes, mientras que la envidia lo es en las familias pequeñas.

Emociones Durante El Desarrollo Humano.



Los estudios de las emociones de los niños han revelado que su desarrollo se debe tanto a la maduración como al aprendizaje y no a uno de esos procesos por sí solo. La maduración y el aprendizaje están entrelazados tan estrechamente en el desarrollo de las emociones que, algunas veces, es difícil determinar sus efectos relativos, en donde se distinguen:

a) **Papel de la Maduración:** El desarrollo intelectual da como resultado la capacidad para percibir los significados no advertidos previamente, el que se preste atención a un estímulo durante más tiempo y la concentración de la tensión emocional en un objeto. El aumento de la imaginación, la comprensión y el incremento de la capacidad para recordar y anticipar las cosas, afectan también a las reacciones emocionales. Así, los niños llegan a responder estímulos ante los que se mostraban indiferentes a una edad anterior. El desarrollo de las glándulas endocrinas, es esencial para la conducta emocional madura. El niño carece relativamente de productos endocrinos que sostienen parte de las respuestas fisiológicas a las tensiones. Las glándulas adrenales, que desempeñan un papel importante en las emociones, muestran una disminución marcada de tamaño, poco después del nacimiento. Cierta tiempo después, comienza a crecer; lo hacen con rapidez hasta los cinco años, lentamente de los 5 a los 11 y con mayor rapidez.

b) **Papel del Aprendizaje:** Hay cinco tipos de aprendizaje que contribuyen al desarrollo de patrones emocionales durante la niñez. A continuación se presentan y explican esos métodos y el modo en que contribuyen al desarrollo emocional de los niños.



1. Aprendizaje por ensayo y error: incluye principalmente el aspecto de respuestas al patrón emocional. Los niños aprenden por medio de tanteos a expresar sus emociones en formas de conductas que les proporcionan la mayor satisfacción y abandonar las que les producen pocas o ninguna. Esta forma de aprendizaje se utiliza a comienzos de la infancia, que más adelante.

2. Aprendizaje por Imitación: Afecta tanto al aspecto del estímulo como al de la respuesta del patrón emocional. Observar las cosas que provocan ciertas emociones a otros, los niños reaccionan con emociones similares y con métodos de expresiones similares a los de la o las personas observadas.

3. Aprendizaje por Identificación: es similar al de imitación en que los niños copian las reacciones emocionales de personas y se sienten excitados por un estímulo similar que provoca la emoción en la persona imitada.

4. Condicionamiento: significa aprendizaje por asociación. En el condicionamiento, los objetos y las situaciones que, al principio, no provocan reacciones emocionales, lo hacen más adelante, como resultado de la asociación.

5. Adiestramiento: o el aprendizaje con orientación y supervisión, se limita al aspecto de respuesta del patrón emocional. Se les enseña a los niños el modo aprobado de respuesta, cuando se provoca una emoción dada. Mediante el adiestramiento, se estimula a los niños a que respondan a los estímulos que fomentan normalmente



emociones agradables y se les disuade de toda respuesta emocional. Esto se realiza mediante el control del ambiente, siempre que es posible.

Resumiendo esta primera parte, podemos decir que tanto la maduración como el aprendizaje influyen en el desarrollo de las emociones; pero el aprendizaje es más importante, principalmente porque se puede controlar. También la maduración se puede controlar hasta cierto punto; pero sólo por medios que afectan a la salud física y al mantenimiento de la homeostasis, o sea, por medio del control de las glándulas cuyas secreciones se ven estimuladas por las emociones.

El control sobre el patrón de aprendizaje es una medida tanto preventiva como positiva. Una vez que se aprende una respuesta emocional indeseable y se incluye en el patrón del niño, no sólo es probable que persista, sino que se haga también cada vez más difícil de modificar a medida que aumente su edad.

Puede persistir incluso hasta la vida adulta y necesitar ayuda profesional para modificarse. Por esto se puede decir con justicia que la niñez es un "período crítico", para el desarrollo emocional.

* Rasgos característicos de las emociones de los niños:

5 rasgos característicos emocionales de los niños:

1. Emociones intensas: los niños pequeños responden con la misma intensidad a un evento trivial que una situación grave.



2. Emociones aparecen con frecuencia: los niños presentan emociones frecuentes, conforme al aumento de su edad y descubren que las explosiones emocionales provocan desaprobación o castigos por parte de los adultos.

3. Emociones transitorias: el paso rápido de los niños pequeños de las lágrimas a la risa, de los celos al cariño, etc.

4. Las respuestas reflejan la individualidad: En todos los recién nacidos es similar, pero gradualmente dejan sentir las influencias del aprendizaje.

5. Cambio en la intensidad de las emociones: las emociones que son muy poderosas a ciertas edades, se desvanecen cuando los niños crecen, mientras otras, anteriormente débiles, se hacen más fuertes.

6. Emociones se pueden detectar mediante síntomas conductuales: los niños pueden no mostrar sus reacciones emocionales en forma directa; pero lo harán indirectamente mediante la inquietud, fantasías, el llanto, las dificultades en el habla, etc.

Desarrollo Cognitivo.

El desarrollo psíquico ocurre como un proceso espontáneo, continuo, de auto movimiento, de saltos hacia escalones superiores, que implica el paso a nuevas formas



de pensar sentir y actuar. Esta es la manera como en el niño se da también el desarrollo cognitivo.

Varias teorías existen al respecto como la de Piaget, Freud, Erickson y Vigotsky.

El desarrollo cognitivo, según las teorías de Piaget, pasa por cuatro etapas bien diferenciadas en función del tipo de operaciones lógicas que se puedan o no realizar: del nacimiento a los 2 años, es la primera etapa, llamada inteligencia sensoriomotriz, en esta etapa el niño pasa de realizar movimientos reflejos inconexos al comportamiento coordinado, pero aún carece de la información de ideas o de la capacidad para operar con símbolos. En la segunda etapa, comprendida de los 2 a los 7 años, llamada del pensamiento preoperacional, el niño es capaz ya de formar y manejar símbolos, pero aún no es capaz de operar lógicamente con ellos.

En la tercera etapa, comprendida de los 7 a los 11 años, llamada de las operaciones intelectuales concretas, el niño comienza a ser capaz de manejar las operaciones lógicas esenciales. Aproximadamente a los 7 años de edad, el niño entra en el estadio que Piaget denominó de las operaciones concretas. Se llama operaciones a las transformaciones mentales basadas en las reglas de la lógica. El niño poco a poco se vuelve más lógico. En este periodo el niño es capaz de realizar procesos lógicos elementales razonando en forma deductiva de la premisa a la conclusión. Empieza a superar las limitaciones características del pensamiento de la etapa preoperacional. Sin embargo,



solo será capaz de poner en práctica estos procesos lógicos cuando hagan directamente referencia a objetos concretos.

Los problemas abstractos y las hipótesis enunciadas verbalmente quedarán excluidos de su razonamiento durante algún tiempo, hasta accede al estadio siguiente y último del desarrollo cognitivo mismo que tendrá lugar hacia los once años, siempre y cuando haya superado con éxito los estadios anteriores.

Desarrollo del lenguaje.

A partir de los 5 o 6 años el niño empieza a dominar el lenguaje cada vez con más soltura y precisión. Posee ya un amplio vocabulario y es capaz de construir correctamente frases y oraciones complejas, y se da cuenta que el lenguaje es una herramienta de innumerables aplicaciones prácticas. El lenguaje se vuelve más sociable y reemplaza a la acción.

En los años escolares se adquieren las estructuras más complejas del lenguaje, se llega a dominar el aspecto y el modo de los verbos y se inicia la construcción de textos orales amplios y coherentes como la narración. Teniendo en cuenta a Ecles (1999) La adquisición del lenguaje es uno de los pasos más difíciles, y al mismo tiempo es importante para la vida del niño. Es fundamental para lograr un aprendizaje eficaz del lenguaje, la estimulación que reciba del medio ambiente y de las personas que le rodean, incidiendo esto también sobre la evolución intelectual o cognitiva global.



Desarrollo Infantil

Características típicas de la etapa y problemáticas frecuentes.

Los primeros ocho años de la vida del niño son fundamentales, especialmente los tres primeros años, que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este período, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. Los recién nacidos y los niños de corta edad se desarrollan con mayor rapidez y aprenden más rápidamente cuando reciben amor y afecto, atención, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud.



Gamazo (2007) se refiere a la gravedad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ya que el 56% de los niños que lo padecen requiere apoyo individualizado y el 30% de ellos repite cursos escolares. Asimismo, entre el 30 y el 40% asiste a aulas de educación especial y un 35% no termina con éxito la enseñanza secundaria, manifiesta.

Los niños a los 3 años se miran, tocan y buscan, son tremendamente curiosos. Los niños fantasean y buscan explicar fantasiosamente aspectos de la realidad.

Para Erikson los niños de esta edad se encuentran en la etapa llamada "Iniciativa versus Culpa", los niños son activos, la modalidad de ellos es siendo curiosos, intrusos, la palabra que mayormente los representan es el "por qué". Si al niño se le refuerza la iniciativa se orienta cada vez más al objeto, en cambio si se castiga la iniciativa se le provoca un sentimiento de culpa. En relación a los sentimientos existen dos tipos uno es el del propio poder donde el niño siente deseos de poseer objetos y personas. Adquiere un saber afectivo, de lo que puede y no puede hacer y también de su valor personal a través de la relación que establece con los demás, en el experimentar la aprobación, la admiración y el castigo. El otro tipo de sentimiento es el de inferioridad, el niño es muy sensible a las reacciones que tienen los adultos, se puede sentir muy orgulloso o muy avergonzado si lo retan, en esta etapa está consiente de que debe hacer muchas cosas que no entiende, que es dependiente de los mayores.



El niño, al esforzarse tanto por aprender, se frustra más y más y desarrolla problemas emocionales, tales como una baja autoestima ante tantos fracasos. Problemas merecen una evaluación comprensiva por un experto que pueda enjuiciar todos los diferentes factores que afectan al niño. Un psicólogo de niños y adolescentes puede ayudar a coordinar la evaluación y trabajar con profesionales de la escuela y otros para llevar a cabo la evaluación y las pruebas escolásticas y así clarificar si existe un problema de aprendizaje.

Ello incluye el hablar con el niño y la familia, evaluar su situación, revisar las pruebas educativas y consultar con la escuela. El psicólogo de niños y adolescentes entonces hará sus recomendaciones sobre dónde colocar al niño en la escuela, la necesidad de ayudas especiales, tales como terapia de educación especial o la terapia del habla y los pasos que deben seguir los padres para asistir al niño para que pueda lograr el máximo de su potencial de aprendizaje.

Desarrollo Adulto

Joven, Intermedio y Mayor. Características típicas de la etapa y problemáticas frecuentes.

La mayoría de la personas alcanza el máximo nivel de vitalidad, fuerza y resistencia en la juventud. El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensorio-motora son óptimos entre los 25 y los 30 años de edad, después empiezan a disminuir paulatinamente. La disfunción sexual, las



enfermedades de transmisión sexual, los problemas menstruales y la infertilidad pueden ser algunas de las preocupaciones de la edad adulta temprana. Los tres sistemas del desarrollo del adulto comprenden las interacciones dinámicas entre el yo como individuo, como miembro de la familia y como trabajador. Las interacciones tienen lugar dentro del contexto general de la comunidad y la cultura.

La madurez es el tiempo en que comenzamos a hacer un inventario de la vida. Al examinar su vida unos se sienten eficientes y competentes, pero otros sufren. Los que estén más propensos a una crisis de la madurez suelen evitar la introspección y recurren a la negación para no pensar en los cambios de su cuerpo y de su vida. La última etapa de la teoría de Ericsson, citado por Papalia (2001) es el conflicto psicosocial de integridad frente a la desesperación. Según Levinson (2002) citado por Conn, menciona que, existe un periodo de transición que enlaza la estructura de la vida anterior del individuo con la de la vejez. Atchley (2006) considera que tratamos de mantener una conducta congruente, porque esto nos hace sentir más seguros de nuestros roles, capacidades y cambios de relaciones. Según Erikson, los ancianos que resuelven la crisis final de integridad frente a desesperanza logran aceptar tanto lo que han hecho como la muerte inminente. Una manera de cumplir con esta resolución es a través de la revisión de la vida. Las personas que sienten que sus vidas han sido significativas y que se han adaptado a sus pérdidas pueden ser capaces de enfrentar la mejor muerte. Hay tres pérdidas que pueden ser especialmente difíciles durante la edad adulta: la muerte del cónyuge, de un padre o de un hijo.



Desarrollo Adolescente

Características típicas de la etapa y problemáticas frecuentes.

Desarrollo Físico.

La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios físicos enormes que trasladan a la persona desde la niñez hasta la madurez física. Los cambios tempranos de la prepubertad se notan con la aparición de las características sexuales secundarias.

Desarrollo social del adolescente.

En la adolescencia los espacios donde son posibles las interacciones sociales se expanden, mientras que se debilita la referencia familiar. La emancipación respecto a la familia no se produce por igual en todos los adolescentes; la vivencia de esta situación va a depender mucho de las prácticas imperantes en la familia. Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y estos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos. (Coleman J., 1980). En nuestra sociedad se está produciendo cada vez más un aplazamiento de las responsabilidades sociales y la adquisición de la propia independencia. Algunos adultos continúan siendo eternamente adolescentes, como lo menciona Bobadilla & Florenzano (1981): se habla del síndrome de “perpetua



adolescencia”, con sentimientos de inferioridad, irresponsabilidad, ansiedad, egocentrismo, entre otros.

A su vez, Coleman (1980) menciona que paralelamente a la emancipación de la familia el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener un curso típico: En primer lugar, se relacionan con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo contrario, para, de esta manera ir consolidando las relaciones de pareja. Por lo general el adolescente observa el criterio de los padres en materias que atañan a su futuro, mientras que sigue más el consejo de sus compañeros en opciones de presente.

Los problemas que se plantean en los centros educativos en relación con la convivencia y que, en ocasiones puntuales, llegan a generar situaciones de violencia, no solo exclusivos de éstos. Prevenir y, en su caso, resolver los conflictos que se producen es un reto que debe ser asumido por toda la sociedad aunque afecta más directamente al personal docente.

Los que presentan más problemas en el ambiente escolar, son niños y adolescentes que en un 40% de los hogares no tienen la figura del padre, o hermanos con quien conversar o desahogarse, además porque en el 90% de los casos sus madres trabajan y están ausentes del hogar, la mayor parte del tiempo. Indicó que es una generación sola, egoísta y rebelde, con considerables grados de depresión que los lleva al suicidio, por no encontrar incentivos, afectivos, emocionales y de proyectos de vida. Según el



pedagogo, la difícil situación emocional se refleja en que niños de menos de diez años tengan problemas de depresión y piensen en el suicidio reiteradamente; por la que llamó falta de incentivos afectivos.

En esta comunicación no hay intención de insistir en los fines de la educación ni en cuenta los objetivos que desde diferentes opciones de pensamiento se plantean, pero si abordar algunas cuestiones que a nuestro entender tienen un interés especial y actúan como variables que afectan al logro de un clima de convivencia adoptado a la realidad de los centros educativos. Se conoce la dificultad de introducir cambios en las organizaciones. Sin embargo, desde el ámbito de la experimentación conocemos que las mismas causas producen siempre los mismos efectos, y que para obtener resultados distintos hemos debemos de cambiar.

El comportamiento de los adolescentes es una de las principales preocupaciones de padres, de profesores y de la sociedad en general. Estos problemas de comportamiento pueden ser por exceso o por defecto en comparación con lo que se considera normal, pero cada sociedad tiene sus criterios de normalidad y por consiguiente son relativos. Esto mismo lo podemos observar en los criterios establecidos por los centros docentes. Hay que tener en cuenta que no se pueden separar estos comportamientos de los otros aspectos de la adolescencia, sobre todo en lo que hace referencia a la personalidad.

Teniendo en cuenta, sin desestimar ciertos factores biológicos o psicológicos, que la mayoría de problemas de comportamiento son consecuencia de los procesos de



aprendizaje que se inician en la infancia y se consolidan en la adolescencia y vida correcto desarrollo del comportamiento mientras otras pueden contribuir a unos aprendizajes desadaptados por lo que se debe evitar que los factores curriculares pueden convertirse en factores de riesgo.

Muchos profesores quedan desconcertados ante las rebeldías inesperadas de los alumnos y sus primeras reacciones conducen fácilmente a restricciones, sanciones, expulsiones, angustias,... sin tener en cuenta que la rebeldía es un signo de fortaleza que utiliza el adolescente porque empieza a sentirse dueño de sus decisiones y quiere ser libre con sus mayores.

Los profesores deben reflexionar con seriedad y permitir que un acto de rebeldía pueda proporcionar un mayor acercamiento hacia el protagonista. Este es el reto que se le plantea al profesional de la educación actual quien no debería acceder a la docencia sin antes conocer las características propias de los educandos con los que va a tratar, siendo especialmente importante en la primera etapa de la adolescencia que coincide con la escolaridad obligatoria.

Según Magana (2005) "Un adolescente presenta problemas escolares cuando sus resultados pedagógicos están por debajo de sus capacidades intelectuales. Son individuos normales intelectualmente, que poseen capacidad de esfuerzo en la ejecución de conductas observables, pero los factores que más suelen influir para conseguir llegar al diagnóstico y valorar el pronóstico, son los genéticos y las



características y evolución de los psico-sociales: familiares, escolares, culturales ya adaptativos.

El tratamiento que será siempre multi-interdisciplinar y las medidas de prevención solo se aplicaran después de haber analizado exhaustivamente todos y cada uno de los parámetros referidos, con especial interés en el conocimiento de los factores, situaciones y conductas de riesgo, así como en el grado de vulnerabilidad del adolescente que consulta y su capacidad de respuesta ante situaciones adversas, es decir de resiliencia”.

La denominación de problemas escolares en la adolescencia tiene tantos registros como la vida de cada persona. Incluye la capacidad personal y de adaptación a los aprendizajes de cada alumno, con sus rasgos concretos y únicos de personalidad, con las características y psicológicas específicas del desarrollo de cada etapa de la vida en referencia al mundo escolar en el que, hasta haber completado las etapas de enseñanza, pasara un tercio de cada día durante muchos años.

En el aspecto cognitivo, desarrollan el pensamiento abstracto para adquirir la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorara las consecuencias de sus actos. En el aspecto social, la estrecha relación y dependencia de su familia debe ir disminuyendo para aumentar la intensidad de las relaciones de sus padres y con el entorno. De esta manera seguirán desarrollando las habilidades que favorecen la independencia económica y emocional para lograr el establecimiento de la identidad.



Cuando los adolescentes no saben cuidarse porque no poseen técnicas de autoprotección, de autoestima y seguridad, de autonomía personal , aparecen los problemas de convivencia, las conductas perturbadoras, la falta de control de impulso, las desmotivación para los aprendizajes, las aptitudes y las oposiciones, los malos resultados académicos, la violencia en sus manifestaciones consigo mismo, con sus familiares y con los demás miembros, como profesores y alumnos, en si la comunidad escolar, en la cual deben tener una forma de afrontar el ambiente, que en ocasiones es hostil, para poder buscar un desarrollo seguro en sí mismos.

Áreas etiológicas, sociales, afectivas y emocionales.

Los problemas relacionados con estas aéreas pueden aparecer en cualquier edad, pero es en la adolescencia donde presentan mayor sintomatología, en función de los procesos madurativos que la caracterizan y en función de la autoestima, que actúa como motor del comportamiento.

La teoría del apego: Vínculo afectivo que establece una persona con otra a lo largo de la vida. Necesidad de buscar proximidad de otras personas que son importantes.

Motivo de consultas frecuentes por somatización.

- Cefaleas y abdominalitas recurrentes con o sin vómitos.
- Trastornos del sueño
- Trastornos del comportamiento alimentario



- Dificultad para la integración social. Social
- Fugas, tristeza, aislamiento, apatía, mentira,
- Transgresiones, hurtos, etc.
- Crisis de llanto, de agresividad.
- Trastorno del comportamiento.
- Depresión, secundaria a los anteriores.

Esta sintomatología puede ser la causa de sus dificultades escolares, o por el contrario la consecuencia.

Respecto a las problemáticas que los adolescentes manifiestan hoy en día respecto al nivel escolar, se puede mencionar lo que Mora (2005) ha desarrollado a lo largo de un estudio, sobre los aspectos relacionados con la etapa escolar y su relación con los aspectos sociales y familiares, mencionando a Mora (2005) “Lo que un adolescente quiere o desea, profesionalmente hablando, por más disparatado que sea, tiene una correspondencia en las relaciones y en las formas de relación que ha establecido con sus padres e incluso con sus hermanos y el ambiente familiar más amplio.

El adolescente en la orientación ocupa su lugar como individuo que empieza a hacerse cargo de su propio destino. De ahí que la actitud básica del orientador empiece por resolver las demandas y las dependencias infantiles, no fomentando ni respaldando técnicamente el paternalismo socio-cultural. Partimos entonces de estudiar al sujeto, pero no como ente individual, recortado de un medio que lo ha influenciado, falso



humanismo. “En la práctica de la orientación vocacional, uno se encuentra la mayoría de las veces con los consabidos "consejos profesionales", diagnósticos vocacionales y el reforzamiento de elecciones que de hecho ya fueron realizadas, pero nunca reflexionadas. Catalogar al adolescente, encerrarlo en un marco estrecho de mediciones o de observaciones experimentales, presenta siempre ciertos riesgos”. Mora (2005).

Desarrollo físico de la edad adulta.

Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) hasta alrededor de los 50, el declive de las capacidades físicas está generalmente tan graduado que se nota difícilmente.

Hoy día los que tienen veinte años tienden a ser más altos que sus padres por la tendencia secular, consecuencia de una mejor alimentación y atención a la salud. Entre los años 30 a los 45, la altura es estable luego comienza a declinar. La fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad y luego viene una pérdida gradual de 10% entre las edades de los 30 a los 60. La mayor parte del debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas, un poco menos en los músculos de los brazos. La destreza manual es más eficiente en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años.



Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40. Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años.

Desarrollo social del adulto.

La teoría de Erickson es un ejemplo del modelo de crisis normativa, que describe el desarrollo humano desde el punto de vista de una secuencia definitiva de cambios sociales y emocionales, relacionados con la edad.

Quienes proponen el modelo de programación de eventos ven el desarrollo no como el resultado de un plan establecido u horario de crisis, sino como el resultado de las épocas en la vida de las personas, cuando tienen lugar eventos importantes. De tal modo, este modelo tiene en cuenta una variación más individual. Según este punto de vista, si los eventos de la vida ocurren como se espera, el desarrollo sigue su curso suavemente; si no, se puede producir estrés, y afectar así el desarrollo. El estrés puede provenir bien sea porque ocurre un evento inesperado (como la despedida de un trabajo) o porque un evento inesperado sucede más pronto o más tarde de lo usual o no sucede (por ejemplo, si a los 35 años uno no está casado todavía, o ya es viudo). Este modelo, entonces, se interesa en la edad cronológica solamente hasta donde se



relaciona con las normas que la gente espera de acuerdo con la cultura en la cual se ha desarrollado.

Desarrollo personal.

Es una etapa donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento y salen a relucir los frutos del carácter temperamento y personalidad aquí ya todo se desarrolló mediante un proceso complejo, probablemente definido por una serie de sucesos que aún no han sido totalmente explicados, dentro de los que se describen errores o daños fortuitos del vivir o de sucesos de desarrollo programado y ordenado genéticamente. Sin embargo no podemos olvidar que todo este proceso está influido por el estilo de vida presente y pasado.

Entre las características que tiene este pensamiento (Kramer, 1983), se encuentran el "Relativismo", es decir, el adulto observa y analiza desde diferentes perspectivas, es capaz de hacer "Síntesis", replanteando las situaciones y planificando constantemente.

Problemas psicológicos más actuales en la etapa adulta.

Muchas personas de edad avanzada de diversas aflicciones más o menos molestas; han perdido a su cónyuge, hermanos, amigos; y a veces a los hijos; toman medicinas que alteran la disposición de ánimo, y sostiene que no tienen ningún control sobre sus vidas.



Cualquiera de estos factores puede hacer que una persona de cualquier edad se deprima.

FAMILIA



El énfasis de las investigaciones sociales de hoy no puede dejar de un lado el concepto de familia puesto que este se constituye en la base social de todos los conceptos que involucran al ser humano.

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

Función nutritiva.

- Satisfacción de necesidades primarias de supervivencia, gratificantes por uno o los dos padres.
- Son más inestables y abdicables.
- Permisividad.
- Reducen la autoridad y jerarquía de los padres.

Función normativa:



Necesidades secundarias: frustrantes para padres e hijos, limitantes de impulsos.

Crea hábitos y autocontrol

Reglas y normas.

Acuerdo de los dos padres con mutua responsabilidad.

Diferenciación y respeto entre los miembros por edad, funciones, ubicación, intereses.

Situación actual de la Familia Colombiana.

Acerca de la situación de la familia en Colombia, Echeverri (2003) en su artículo “la familia en Colombia, transformaciones y prospectiva”

Las transformaciones estructurales y funcionales de la familia se han dado siempre. La antropóloga Virginia Gutiérrez de Pineda¹, pionera de su estudio, lo plasmó en su extensa y profunda obra. Lo que ahora asombra es la rapidez de la metamorfosis. Las causas son múltiples pero es evidentes de los abruptos cambios sociales ocurridos en los últimos 40 años sobre todas la estructuras del país y han propiciado unos ajustes violentos en la familia, con consecuencias no previstas en cuanto al menos. De dos de sus funciones esenciales la procreación y la socialización.

Todas las acciones y omisiones en los campos político- jurídicos, ecológicos, económicos, religioso, entre otros han tenido efectos directos e indirectos sobre la conformación de la familia Colombiana actual.



Con el ingreso masivo de la mujer al sistema educativo y al sistema laboral remunerado, cambian el status y el papel de los géneros en la familia, en el trabajo y en la sociedad en general. Los avances científicos y tecnológicos mejoran la calidad de vida y permiten un aumento de la expectativa, cambiando la pirámide poblacional. Se descubren nuevos procedimientos para la reproducción humana que, con un mayor nivel educativo de la mujer inciden sobre un aumento de la edad para conformar pareja y tener hijos.

La ética secular y los cambios señalados repercuten en un aumento de las relaciones prematrimoniales y de la unión libre como opción para conformar pareja, al menos como una etapa previa al matrimonio.

Se generalizan el divorcio y la aceptación de sucesivas recomposiciones de pareja y de familia, estas modalidades se presentan en todos los estratos socioeconómicos y en todas las regiones, pero especialmente en las principales ciudades del país.

No obstante la familia actual se reserva dos funciones fundamentales para la estabilización de la personalidad individual, ya que se encarga de la socialización primaria de los nuevos miembros de la sociedad y de dar el soporte emocional de los individuos. En la socialización primaria de la familia transmite al niño las normas sociales voluntarias o involuntariamente, y con ellas se mantiene o se cambia la tendencia hacia el refuerzo de la estabilidad y el equilibrio sociales o hacia la



inestabilidad y desequilibrio del mismo, ya que ellas van ligadas a la transmisión de ideas creencias y valores.

En Colombia las familias han cambiado mucho básicamente en el emparentar con las personas ahora vemos muchas familias disfuncionales conformadas con personas parejas separadas que dejan hijos de parte y parte es decir se unen dos personas pero detrás de eso no son dos personas nada mas son dos familias con hijos del lado del esposo y del lado de la esposa. Es por esto que la actualidad de las familias colombianas ha cambiado en los últimos tiempos.

SALUD MENTAL

Generalidades. Características y Definiciones.



La Salud Mental es la capacidad del individuo para interactuar de manera armónica con su ambiente. La salud integral de todo ser humano se compone de tres elementos básicos: la salud física, la salud mental y la armonía social.

La salud mental permite al ser humano enfrentar las tensiones de la vida diaria, realizar mejor su trabajo, tener mejores relaciones con las personas de nuestro entorno y estar satisfechos de ello (1).

Salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. Los diccionarios de la Merriam-Webster. Definen salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana".

Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.



En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Muchos expertos consideran a la salud mental como un continuum, es decir, que la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida. Muchos sistemas terapéuticos y libros de auto-ayuda ofrecen métodos, filosofías, estrategias y técnicas con el fin de estimular el desarrollo del bienestar mental en personas sanas.



La psicología positiva tiene un gran campo en esta materia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2001), la salud mental puede definirse de la siguiente manera:

"La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental"

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde



además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

Efectos.

Las principales manifestaciones de la pérdida de la salud mental, se expresan con la aparición de las enfermedades mentales, las cuales se caracterizan por la alteración de las funciones mentales y a veces cerebrales, las más frecuentes en México son: estrés, depresión, trastornos de ansiedad y adicciones, entre otras que afectan no sólo la vida y productividad del individuo, sino también la de su familia.

El estrés, cuando no se atiende a tiempo, se puede convertir en un síndrome de estrés postraumático que por su gravedad puede llegar a incapacitar a la persona en su vida productiva, social y afectiva; el caso de una depresión aguda no atendida, igualmente puede terminar en intentos de suicidio y desconexión de la realidad. Algunas veces, cuando estas enfermedades no son tratadas de manera efectiva y veraz, pueden desembocar en trastornos mentales más graves, por eso es muy



importante que tratemos de conservar nuestra Salud Mental, practicando estilos de vida sanos, es esencial: hacer ejercicio, descansar y dormir bien, tener buenos hábitos alimenticios y abordar los problemas diarios con paciencia y tolerancia.

Síntomas.

La ausencia de la salud mental ocasiona trastornos mentales; estos trastornos son enfermedades que causan sufrimiento y discapacidad ocasionando problemas al paciente y a su familia.

Existe una serie de estigmas y mitos para poder comprender y tratar a las personas que padecen estas enfermedades, por lo que muchos pacientes se ven excluidos de las actividades normales de la familia y la sociedad, lo cual complica la situación del paciente.

Cada día, la vida presenta diversos retos, por lo tanto, sentir un poco de estrés, cansancio y tristeza ante las actividades cotidianas de la vida es normal; un indicador fiel de que se está perdiendo el equilibrio de la salud mental es la presencia del estrés prolongado, episodios de tristeza recurrentes y ansiedad de leve a moderada, sin o con eventos traumáticos que la originen; cuando estos síntomas o sensaciones se vuelven fuertes o frecuentes, es hora de visitar al médico o psicólogo y decidir de qué forma se puede tratar el problema.



Según las estadísticas muy cerca de 90 millones de personas en el mundo, en algún momento de su vida, han padecido algún problema mental severo, desde una depresión moderada hasta un brote agudo de psicosis. Se estima que el doble de esta cifra está seriamente dañado por la dependencia al alcohol, al tabaco, o a diversas drogas ilegales o de uso médico.

Hay estimaciones que señalan que cerca de una quinta parte del total de las personas que acuden a los servicios médicos, tanto en los países avanzados como en los países en vías de desarrollo, padecen alguna enfermedad mental.

Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padece en el curso de su vida un trastorno mental, y puede decirse que en esta época, caracterizada por un amplio desarrollo tecnológico, pero al mismo tiempo tan complicada para el individuo y la familia, hay una tendencia creciente de estos padecimientos y de la propia demanda de servicios para atender enfermedades mentales.

Aunque el inicio de un trastorno mental puede ser súbito, por ejemplo tras la pérdida de un ser querido o por una situación de intenso estrés, la mayoría de las veces se desarrolla lentamente, lo que quiere decir que los factores de riesgo, los problemas y las circunstancias difíciles de la vida, los efectos de la pobreza, la violencia, la deficiente comunicación en la familia, el aumento en el abuso de drogas, la presencia de enfermedades y el propio envejecimiento rompen la estabilidad y dan paso a la enfermedad mental. Es por esto que queda claro que la comprensión de estos



problemas, un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado permitirán a la gente y a los pacientes tener un buen nivel de vida, una adecuada interacción con la familia y la sociedad.

Fomentar los hábitos sanos como el ejercicio, una buena alimentación, descanso suficiente y mantener buenas relaciones con la familia y el grupo de amigos, son factores muy importantes para conservar la salud mental; al mismo tiempo la persona se sentirá mejor consigo misma y con el entorno que la rodea. Otro factor básico para mantener la salud mental es que la persona cuente con actividades productivas.

Salud mental de los universitarios.

La población de estudiantes universitarios ha traído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental.

Es frecuente que los jóvenes universitarios presenten distintas dificultades que afecten su bienestar y les impida una adaptación apropiada. Un estudio realizado en Chile sobre la salud mental de los universitarios hace una estimación de la magnitud de diversas problemáticas de salud mental en una muestra representativa de estudiantes de pregrado de la universidad de Concepción.

La mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado están cursando la adolescencia tardía en la cual tiende a emerger con particular intensidad algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas,



como los trastornos del estado de ánimo y ansiosos (Harrington, 2002). También en esta etapa se acentúan conductas como el consumo abusivo y la dependencia a sustancias y conductas antisociales.

El interés de los investigadores se ha centrado en identificar que tan a menudo y con qué intensidad los jóvenes se sienten estresados y en reconocer cuáles son considerados por ellos mismos sus principales estresores.

Las exigencias académicas son reconocidas por los propios jóvenes como uno de los factores que más los estresan, particularmente la presión de exámenes (Millings y Mahmood, 1999).

Un estudio realizado en Chile en la Universidad de los Andes, en una muestra de estudiantes de odontología, enfermería, psicología, medicina, mostró un nivel de prevalencia de estrés académico percibido de 36.3%, mayor en mujeres que en hombre.

Además de los trastornos depresivos, ansiosos y el consumo abusivo de alcohol y sustancias que constituyen los problemas más comunes que afectan la salud mental de los estudiantes universitarios, existen otras problemáticas que, si bien son menos frecuentes tienen consecuencias tanto o más graves para su bienestar. Entre las cuales tenemos los trastornos alimentarios las conductas auto agresivas entre los jóvenes, la ideación y conductas suicidas.



La alta prevalencia de sintomatología ansiosa en el estudiante es uno de los aspectos que más se destacan en este estudio además de la sintomatología depresiva que en muchas ocasiones esta también asociada a estrés y ansiedad, acentuándose con las dificultades para afrontar propia las situaciones y exigencias de la vida.

En síntesis estos datos corroboran que asumir seriamente la problemática de salud mental de los estudiantes universitarios es un desafío no menor que requiere de gran concierto de voluntades recursos e imaginaciones.

Según una proyección que se desprende del estudio Chileno de prevalencia psiquiátrica realizado por un equipo de la universidad de concepción y publicado por el consejo superior de educación en el 2005 consideran los problemas más frecuentes como son: trastornos afectivos ansiedad problemas con alcohol y drogas e incluso esquizofrenia.

A juicio del psiquiatra Ramón Florenzano profesor de las universidades de Chile y los Andes se trata de un “grave problemas de salud pública” y de un fenómeno “que se acrecientan conforme baja la condición socioeconómica del alumno.

Según el psiquiatra “los universitarios tienen, problemas importantes de salud mental”.

Salud mental y rendimiento académico.



El cuadro de la salud mental universitaria se respalda por una investigación realizada en el 2004 por Fabiola Santander, doctora en servicio médico estudiantil de la UMCE que analizo la relación entre salud mental y rendimiento académico.

En su trabajo Santander comparo estudiantes en riesgos de desertar del sistema académico que solicitaron atención en el servicio médico estudiantil con un grupo de estudiantes que no habían tenido problemas en la continuidad de sus estudios. En el primer grupo se encontró que el 62.3% de los casos tenían algún diagnóstico de depresión en comparación con un 11.3% del grupo del control. El 80.1% de los casos que tenían algún tipo de depresión tenían algún tipo de difusión familiar mientras que en el otro grupo solo un 33.9%.

Estos hallazgos se hicieron en un conjunto de universitarios que provenían de estratos socioeconómicos medios y bajos.

Al analizar en detalle las variables que diferenciaban los dos grupos se encontró que si bien ambos grupos presentaban consumos de sustancias químicas no había mayor diferencia entre ambos lo que si pudo comprobarse es que el total del universo estudiado consumía más que la población general del mismo grupo de edad.

En Colombia se han desarrollados diferentes estudios de prevalencia de los trastornos mentales y caracterización psicológicas de los usuarios de consulta externa en psicología de la diferente universidades de Colombia. Entre estas tenemos las



universidades de Medellín que cuentan con programas de psicología y ofrecen a la comunidad centros de prácticas para la atención a la población que solicita servicios de consulta psicológicas. Además ofrecen internamente sus servicios a través de bienestar universitario para los estudiantes y empleados.

El objetivo general de estas universidades es establecer la prevalencia de trastornos mentales de la población que consulta en los servicios psicológicos ofrecidos por diferentes universidades de la ciudad de Medellín. El diseño metodológico utilizado por estas universidades ha sido el estudio empirico-analitico. El procedimiento realizado es el siguiente:

A los usuarios que tenían 16 años o más y a quienes desearon participar voluntariamente se les realizó un entrevista estructurada de salud mental por parte del psicólogo o practicante de psicología que le atienden y de esta manera se comenzó una caracterización de los diferentes trastornos en los individuos con los cuales se trabajo.

Las universidades participantes fueron las siguientes: Universidad San Buenaventura, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad CES.

Otro estudio encontrado en el documento de UNIVERSA muestra que la salud mental de los universitarios de Colombia se ve afectada por múltiples factores que desencadenan trastornos como la depresión la ansiedad y el estrés. Este artículo tiene



en cuenta la experiencia de los servicios de consulta en psicología de las universidades de Medellín, caldas, autónoma de Bucaramanga, universidad del norte en barranquilla y la universidad del valle en Cali.

De acuerdo al documento el problema que aqueja e los estudiantes con frecuencia es la depresión, sin embargo este es solo un síntoma, pero tras varias conversaciones entre pacientes y terapeuta en la mayoría de los casos debe ser atendido y catalogado como un problema de salud mental, lo cual implica un proceso de tratamiento terapéutico.

Algunos síntomas pueden ser leves, otros moderados y los hay graves pero lo realmente importante es que están presente en los jóvenes universitarios del país y que no son originados únicamente por las exigencias académicas de la universidad sino que están asociados a su estilo de vida, a su propia vulnerabilidad como población por sus características de edad y de personalidad y por las problemáticas social y económicas del país.

En la universidad de Medellín se atiende en promedio por semestre 100 estudiantes y se realiza unas 300 consultas de psicología. La universidad de caldas registra 1200 consultas semestrales y 450 estudiantes atendidos. En la universidad del Norte de barranquilla 90 estudiantes por semestre. En la universidad autónoma de Bucaramanga se realizan más de 300 consultas cada semestre. En la universidad del valle se atendieron 1329 estudiantes.



Aunque todas estas universidades trabajan con una misma dinámica es importante mencionar que cada una tiene su propia reglamentación en cuanto al número de citas para cada estudiante todo depende de la necesidad de cada paciente. Dentro de los principales motivos de consulta que se presentan en las universidades anteriormente mencionadas: las dificultades en las relaciones de parejas y trastornos de ansiedad.

También se presentan otra como la hipersensibilidad, timidez y retraimiento, el estrés, la fobia social, las dificultades académicas, las dificultades de habilidades sociales, los síntomas psicósomáticos, trastorno de conducta alimentaria y las adicciones.

Los servicios de atención psicológicas de las universidades se han constituido principalmente para reforzar la labor de la formación integral de sus educandos. Por ello hoy las oficinas de bienestar universitario no solo brindan sus programas de corte asistencial; sino que adelanta proyecto de promoción de la salud y prevención de factores de riesgos, lo cual debe ser fortalecido con el pasar del tiempo.

Sobre las consultas de servicio psicológico por los estudiantes universitarios colombianos se encuentre lo siguiente:

En la Universidad de Medellín, se atienden en promedio por semestre 100 estudiantes y se realizan unas 300 consultas de Psicología; la Universidad de Caldas, registra 1.200 consultas semestrales y 450 estudiantes atendidos; en la Universidad del Norte, en el 2005 las cifras arrojaron un promedio de 90 estudiantes que asistieron a



consejería psicológica; en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, (UNAB) 80 alumnos en promedio y más de 300 consultas se realizan cada semestre y en la del Valle, en el 2006, se atendieron 1.329 estudiantes en 3.218 consultas. Llama la atención la prevalencia de consultas por dificultades originadas en relaciones de pareja. En la Universidad de Caldas, fue el segundo motivo de consulta con un promedio de 15.8% en el 2005, y en el 2006, fue el tercer motivo con un promedio de 12,6% y en las Universidades de Medellín y UNAB, el primer motivo de consulta.

La salud mental en estos tiempos ha sido muy variante ya que cada día es afectado el escolar con abusos y circunstancias adversas que interrumpen la salud mental adecuada que debe tener un infante a esta edad sin embargo se han encontrado que el número de estudiantes con dificultades emocionales y conductuales ha aumentado. Consecuencia de ello ha sido la instalación paulatina de barreras importantes al aprendizaje y a la participación plena de niños, niñas y jóvenes, en las comunidades de sus escuelas, instalando crecientes desafíos en sus profesores y preocupación en sus familias.

El problema se agudiza, dado que se siguen reproduciendo sistemas educativos basados en la exclusión, selectividad y competitividad, manifestando con ello un síntoma, más oculto pero fundamental, de la crisis educacional que atraviesa el país.



Los trastornos más frecuentes que observamos en las y los estudiantes, que están afectando la concentración, el ánimo, la conducta y el rendimiento escolar, son aquellos que se presentan como estados transitorios o permanentes de:

- Temor, angustia y/o problemas de autoestima.
- Insuficiencia de límites, irritabilidad o agresividad hacia sus compañeros y profesores.
- Falta de atención, hiperactividad o bajo control de impulsos.
- Dificultades específicas en el aprendizaje (lenguaje, lectura, cálculo, etc)
- Desmotivación y depresiones.
- Tics
- Autismo y otros trastornos de la comunicación
- Falta de sueño
- Conductas perturbadoras-oposicionistas
- Anorexia y bulimia
- Bipolaridad
- Suicidio en adolescentes
- Abuso en el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas
- Efectos del maltrato infantil y abuso sexual
- Deserción escolar producto del embarazo adolescente



También es evidente la conexión entre estos estados y las presiones al éxito social, las situaciones de abandono por parte de sus padres, la soledad y melancolía, la presión por las notas en formas estandarizadas de evaluación, la frustración respecto de expectativas futuras al egreso escolar, la escasa cabida de los reales intereses de los estudiantes en el sistema escolar o las débiles herramientas de autoconocimiento que les otorga su educación.

Es impactante la situación del maltrato infantil en nuestro país en todas sus manifestaciones.

La Federación Mundial de Salud Mental en su Informe del año 2003, llama la atención sobre estas múltiples necesidades de salud mental de los niños y adolescentes, especificando que alrededor de 20% sufren una enfermedad mental discapacitante que debe ser atendida. En el caso de nuestro país se plantea como cada vez más necesaria la asistencia psiquiátrica infanto-juvenil al dar cuenta del aumento de patologías en estas edades. Muchos de estos estudiantes son excluidos de los centros escolares por la imposibilidad de atenderlos, sea porque sus padres no se comprometen, por la insuficiencia de preparación de los docentes para producir transformaciones en el corto/mediano plazo o por las dificultades económicas de acceso a especialistas.

La OMS es una entidad que se desempeña como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas y es la responsable de



desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

La psicología no escapa a este manejo, debido a que opera la forma en que el objeto de estudio de la psicología, la mente humana, tiene una relación directa con la salud y la calidad de vida de las personas, por lo tanto al estar relacionada la mente humana con el desarrollo, bien sea de bienestar o no, la psicología debe encargarse de estar acorde a unos principios que rijan la profesión, y por lo tanto su actuación a diversos niveles de atención y complejidad.



METODOLOGIA

Paradigma.

La presente investigación se ubica dentro del paradigma cuantitativo, debido a que el objetivo es medir o cuantificar los servicios psicológicos que han sido utilizados por los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar en el último año.

Al respecto, Cerda (2002) afirma que lo cuantitativo en una investigación tradicional se reduce a medir variables en función de una magnitud, extensión o cantidad determinada. La magnitud se refiere a una propiedad que puede ser medida y la “extensión”, a una parte del espacio que ocupa esa cosa.

Padrón (1992) al decir que “lo conceptualiza como un paradigma que tiene un estilo sensorial y orientado hacia lo concreto, marcado por el pragmatismo y con una realidad objetiva por analizar”, lo que supone al grupo investigador estar enfrentado a una realidad de carácter objetiva, la cual no depende de sus impresiones previas o hipótesis planteadas, sino que el grupo investigador parte de lo que ya existe dentro del mundo



que lo rodea, es decir, que los datos con los cuales está trabajando actualmente el grupo investigador solamente son resultados de la aplicación de un instrumento dentro de una realidad concreta, y no desde unas hipótesis previas sobre cuales podrían ser los resultados de las encuestas, lo que le brinda al grupo investigador un manejo objetivo y analítico de los datos, sin entrar a ser parte de la realidad que observa, sino que la observa desde sus características inherentes a la investigación.

Tipo de investigación

La investigación realizada es de tipo Descriptiva ya que estos tipos de estudios especifican las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, midiendo o evaluando diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno investigado.

Así, las investigaciones *descriptivas* (Padrón, 2002), casi siempre ubicadas en el inicio o apertura de un Programa, proveen los primeros insumos observacionales sistemáticos acerca del objeto de estudio (se orientan a precisar cómo ocurren los hechos).

Por lo anteriormente citado en esta investigación se pretendió conocer y describir los servicios psicológicos más utilizados por los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar en el último año.

Población



El tamaño de la población es de 7.686 estudiantes de los programas tradicionales de la Universidad Simón Bolívar: Psicología, Fisioterapia, medicina, enfermería, derecho, ingenierías industriales, de mercadeo y de sistemas, administración de empresas y contaduría.

En la siguiente tabla se especifica el total de estudiantes por programa, la muestra

PROGRAMA	TOTAL ESTUDIANTES	FACULTAD	TOTAL MUESTRA	PROPORCIÓN **
Ingenierías	1580	Ing. industrial	27	0.2
		Ing. sistemas	24	
		Ing. mercado	12	
Enfermería	1384	ENFERMERIA	66	0.18
Medicina/Fisioterapia *	1086	MEDICINA	14	0.15

seleccionada y la proporción de estudiantes por programa. Es importante destacar que la muestra de estudiantes no corresponde al mismo porcentaje para todos los programas.



Psicología	684	PSICOLOGIA	27	0.09
Contaduría/Admón. de Empresas	1426	CONTADURIA	15	0.18
*Derecho	1526	DERECHO	75	0.2
TOTAL	7686		260	

* Se une Fisioterapia y Medicina ya que en la segunda solo existen cinco semestres habilitados.

** Esta proporción se obtiene dividiendo el total de estudiantes por programa sobre el total de estudiantes encuestados.

***Derecho**: El programa de derecho no se tabula en las gráficas correspondientes a la información de los servicios solicitados por los estudiantes, la muestra no respondió ninguna de las preguntas relacionadas con dicha información. Sí se tienen en cuenta en la sistematización de los datos socio-demográfico, ya que todas las preguntas relacionadas con este aspecto si fueron respondidas por la muestra seleccionada

Muestra y Muestreo

Para realizar un estudio estadístico y obtener resultados confiables es práctico seleccionar un subconjunto de la población a estudiar este subconjunto se denomina muestra. Sin embargo es importante que la muestra posea algunas características específicas que permitan, al final, generalizar los resultados hacia la población en total. Esas características tienen que ver principalmente con el tamaño de la muestra y con la manera de obtenerla.

Para calcular el tamaño de una muestra hay que tener en cuenta tres factores:

1. El porcentaje de confianza con el cual se quiere generalizar los datos desde la muestra hacia la población total.
2. El porcentaje de error que se pretende aceptar al momento de hacer la generalización.
3. La desviación



La **confianza** o el **porcentaje de confianza** es el porcentaje de seguridad que existe para generalizar los resultados obtenidos. Esto quiere decir que un porcentaje del 100% equivale a decir que no existe ninguna duda para generalizar tales resultados, pero también implica estudiar a la totalidad de los casos de la población. Un estudio de estas características se hace complicado de realizar por tal motivo se busca un porcentaje de confianza menor. Comúnmente en las investigaciones sociales se busca un **95%**.

El **error** o **porcentaje de error** equivale a correr el riesgo de equivocarse. Comúnmente se aceptan entre el 4% y el 6% como error, tomando en cuenta de que **no** son complementarios la confianza y el error. Para esta investigación el grupo investigador optó por el **5%**

La **desviación**: es una medida de dispersión usada en estadística que nos dice cuánto tienden a alejarse los valores puntuales del promedio en una distribución. De hecho, específicamente, la desviación estándar es "el promedio de la distancia de cada punto respecto del promedio". Se suele representar por una **S** o con la letra sigma σ . Para esta investigación la desviación equivale a 0.5^2 .

Teniendo en cuenta que la población es finita es decir que se conoce el total de la población, la muestra se escogió aplicando la siguiente fórmula.

FORMULA.

$$n = \frac{\sigma^2}{E^2} \cdot Z^2 + \frac{\sigma^2}{N}$$

Explicación: Sigma (σ) al cuadrado SOBRE error (E) al cuadrado sobre nivel de confiabilidad (Z) al cuadrado MÁS sigma (σ) al cuadrado sobre población (N).

Donde:

N = Total de la población: **7 686**

$Z^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%): $1.96^2 =$ **3.8416**



$$\sigma^2 = \text{desviación } (= 0.5)^2 = \underline{\underline{0.25}}$$

$$E = \text{error } (0.05)^2 = \underline{\underline{0.0025}}$$

Al remplazar los valores de la fórmula por cada uno de los criterios anteriores se tiene que la muestra debe ser mínimo de 366 estudiantes, sin embargo el grupo investigador en común acuerdo decidió ajustar la muestra a 260 estudiantes, con el convencimiento que esto no afectaría el logro de los objetivos propuestos. Los motivos para reducir la muestra fueron los siguientes:

- Presupuesto
- La encuesta se aplicó al finalizar el primer semestre académico del 2007 y ya muchos estudiantes se encontraban de vacaciones.
- Las pruebas se aplicaron individualmente, o por grupos de más o menos 5 personas.
- No todos los estudiantes de la muestra seleccionada mostraron disponibilidad para diligenciar el instrumento.

Muestreo.

Se seleccionó la muestra mediante un muestreo aleatorio estratificado con base a cada uno de los semestres de las distintas facultades y programas de la universidad Simón Bolívar. Es aleatorio porque la elección de los estudiantes se hizo al azar. El grupo investigador escogió la muestra teniendo como criterio base el total de estudiantes matriculados en el periodo comprendido entre febrero y Julio del año 2008.

Procedimiento



- Exploración o indagación: Esta investigación surge como respuesta a la necesidad de crear un Centro de Atención Psicológica de la USB, dirigido por el Programa de Psicología, para lo cual había que iniciar con un estudio de mercadeo sobre los servicios psicológicos más utilizados por los estudiantes.
- Conceptualización: Se realiza la revisión bibliográfica con el fin de revisar la existencia y trayectoria que han tenido los Centros de Atención Psicológica a nivel nacional e internacional. Así mismo se indagó sobre los conceptos y enfoques de atención e intervención psicológica y otros aspectos claves para el desarrollo del proyecto.
- Elaboración del diseño metodológico: Se orientó la investigación con el paradigma empírico analítico y se siguieron con los criterios de muestreo y elección del instrumento con base en esa perspectiva metodológica.
- Aplicación de instrumentos: Para cumplir con este objetivo, se solicitó por escrito la autorización a los Directores de programa de los diferentes programas para realizar el proceso de aplicación de las encuestas y se aplicaron los instrumentos a la muestra seleccionada teniendo en cuenta ambas jornadas.
- Análisis de resultados:

Una vez seleccionada la muestra se realizaron las siguientes actividades.

1. Se aplicó el instrumento D1. (Anexo1)
2. Se diseñó una tabla de registró (anexo2) donde se discriminaron cada uno de los tópicos del instrumento D1.
3. Se totalizaron las tablas de registro, y sobre ese total se elaboraron las tablas por cada uno de los servicios psicológicos, teniendo en cuenta el programa y el



número de sesiones (Anexo 3), el número de sesiones está distribuido en 4 criterios.

- a. De 0 a 5 sesiones: Se suma $0+5=5$ $5/2=$ **2.5**
- b. De 5 a 10 sesiones: Se suma $5+10=15$ $15/2=$ **7.5**
- c. De 10 a 15 sesiones: Se suma $10+15=25$ $25/2=$ **12.5**
- d. De 15 o más sesiones: Se suma $15+20=35$ $35/2=$ **17.5**

Para hallar la frecuencia y proyectar el número de sesiones para por cada servicio y para cada programa se tuvieron en cuenta los anteriores intervalos.

Se suman los dos extremos de cada criterio de sesiones luego se dividen entre dos y el resultado se multiplica por el total de sesiones solicitadas para cada servicio.

4. Consolidación de la información en una tabla general(TABLA N°1)
5. Elaboración del gráfico circular de distribución del porcentaje de servicios psicológicos utilizados por los estudiantes y sus familias en el último año.



RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

A continuación se presentarán la descripción cuantitativa de los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta sobre los servicios utilizados por los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar.

Descripción

1. Descripción de la información en las siguientes Tablas y Gráficos:

- Descripción General de los servicios psicológicos utilizados en el último año por los estudiantes y sus familias de todos los programas de la Universidad Simón Bolívar (Tabla No. 1).
- Gráfico circular de distribución del porcentaje de servicios psicológicos utilizados por los estudiantes y sus familias en el último año. (Gráfico No.1).



- Descripción de los Servicios psicológicos más utilizados por cada uno de los programas. (Tablas No. 2-11).
- Gráfico circular del porcentaje de los servicios psicológicos utilizados por los estudiantes y sus familias por cada uno de los programas en el último año. (Gráficos No. 2 -11).
- Descripción general de los programas en relación a la frecuencia y porcentaje total de uso de los servicios en el último año. (Tabla No. 12).
- Gráfico circular de los programas en relación a la frecuencia y porcentaje total de uso de los servicios en el último año. (Gráficos No. 12).
- Descripción de los programas en relación a la frecuencia y porcentaje de cada uno de los servicios utilizados en el último año por los estudiantes y sus familias. (Tablas No. 13 - 21).
- Gráfico circular los programas en relación a la frecuencia y porcentaje de cada uno de los servicios utilizados en el último año por los estudiantes y sus familias. (Gráficos No. 13-21).
- Descripción de las características socio-demográficas de la muestra de estudiantes entrevistados (Tablas No. 22 -31).
- Gráfico de distribución de las características sociodemográficas de los estudiantes entrevistados (Gráficos No. 22-31).

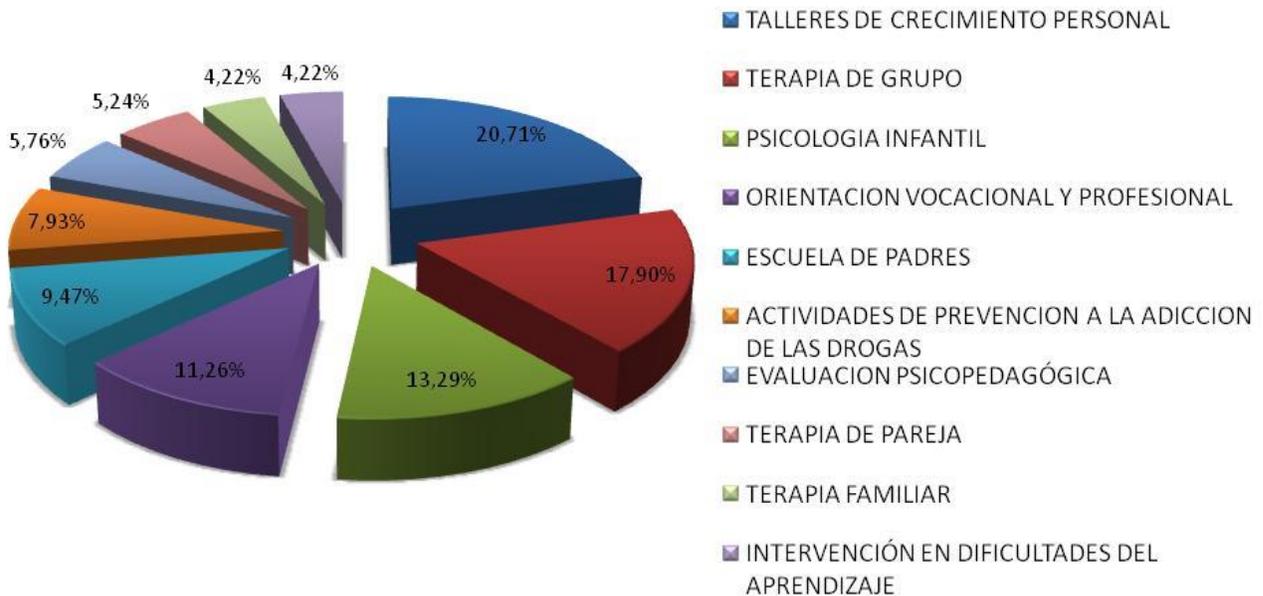
Tabla Nº 1. Servicios psicológicos más utilizados en el 2007 por los estudiantes y sus familias.

SERVICIO	ENFERMERIA	PSICOLOGIA	ING. INDUSTRIAL	ING. SISTEMAS	MEDICINA	ING. MERCADOS	ADMÓNEMPR ESAS	CONTADURÍA	DE RECHO	TOTAL	PORCENTAJE
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	187.5	45	92.5	40	17.5	10	0	12.5	0	405	20.71 %
TERAPIA DE GRUPO	177.5	92.5	25	37.5	0	2.5	15	0	0	350	17.90 %



PSICOLOGIA INFANTIL	102.5	57.5	50	35	2.5	2.5	7.5	2.5	0	260	13.29 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	95	45	20	20	12.5	20	2.5	5	0	220	11.26 %
ESCUELA DE PADRES	57.5	15	32.5	27.5	25	25	2.5	0	0	185	9.47 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	5	12.5	52.5	55	17.5	12.5	0	0	0	155	7.93 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	22.5	32.5	20	22.5	0	7.5	2.5	5	0	112.5	5.76 %
TERAPIA DE PAREJA	42.5	12.5	17.5	2.5	20	0	2.5	5	0	102.5	5.24 %
TERAPIA FAMILIAR	12.5	10	22.5	10	17.5	2.5	2.5	5	0	82.5	4.22 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	17.5	15	5	7.5	30	5	2.5	0	0	82.5	4.22 %
TOTAL	720	337.5	337.5	257.5	142.5	87.5	37.5	35	0	1955	100 %

Gráfico N° 1 Distribución por Programa del porcentaje de servicios psicológicos utilizados por los estudiantes y sus familias en el último año.



Los estudiantes y sus familias en el 2007 utilizaron los siguientes servicios psicológicos 1955 veces (100 %).

El servicio de Talleres de Crecimiento Personal fue utilizado un 20.71 % de las veces, Terapia de Grupo un 17.90 %, Psicología infantil 13.29 %, Orientación vocacional 11.26 %, Escuela de padres 9.47 %, Actividades de prevención a las drogas



7.93 %, Evaluación psicopedagógica 5.76; Terapia de Pareja 5.24%, Terapia Familiar 4.22 % e intervención en dificultades de aprendizaje 4.22 % de las veces.

A continuación se detallara la frecuencia de uso de cada servicio psicológico por los estudiantes y sus familias en el año 2007.



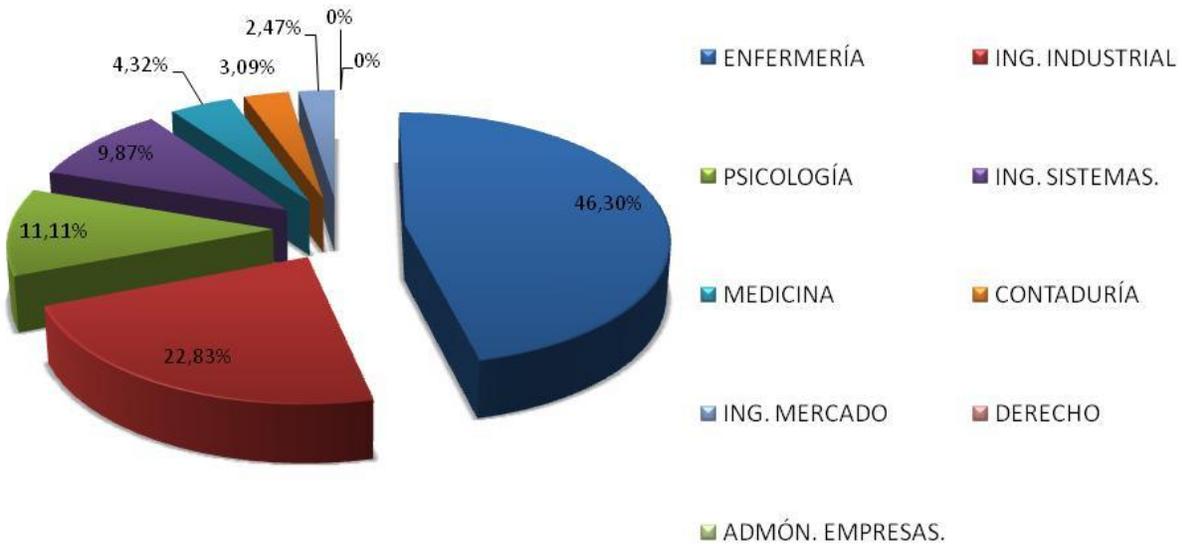
TABLA No. 2 TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	187.5	46.30 %
ING. INDUSTRIAL	92.5	22.83 %
PSICOLOGÍA	45	11.11 %
ING. SISTEMAS.	40	9.87 %
MEDICINA	17.5	4.32 %
CONTADURÍA	12.5	3.09 %
ING. MERCADO	10	2.47 %
DERECHO	0	0 %
ADMÓN. EMPRESAS.	0	0 %
Total	405	100%

GRAFICA No. 2



TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL



El programa que más utilizó el servicio de los talleres de crecimiento personal fue enfermería con un porcentaje de 46.30 %, seguido por ingeniería industrial con 22.83%, Psicología con 11.11 %, Ingeniería de sistemas con 9.87 %, Medicina con 4.32 %, Contaduría 3.09 %, Ingeniería de mercado con 2,47 % y Administración de Empresas y Derecho con 0%, es decir que no utilizaron este servicio en el último año.



Estos resultados se justifican en el hecho de que los programas de Enfermería, Ingeniería Industrial, Ingeniería de Mercados y Fisioterapia tienen en su currículo la asignatura de Crecimiento intragrupal de primero a sexto semestre. Ingeniería de Sistemas tiene Crecimiento intragrupal hasta el cuarto semestre. Derecho Formación en valores en primer, segundo y tercer semestre. Administración y Contaduría tiene competencias comunicativas en el primer y segundo semestre.

Esto indica que los estudiantes tienen espacios de trabajo grupal lo que les permite desarrollar habilidades sociales y de alguna forma mejorar características de personalidad necesarias para su desarrollo.

Este tipo de actividad psicológica, toma en consideración todos los niveles de la persona: instintivo, corporal, emocional, cognitivo, relacional y espiritual, permitiendo canalizar a través del trabajo de grupo sus necesidades psicológicas y sociales.

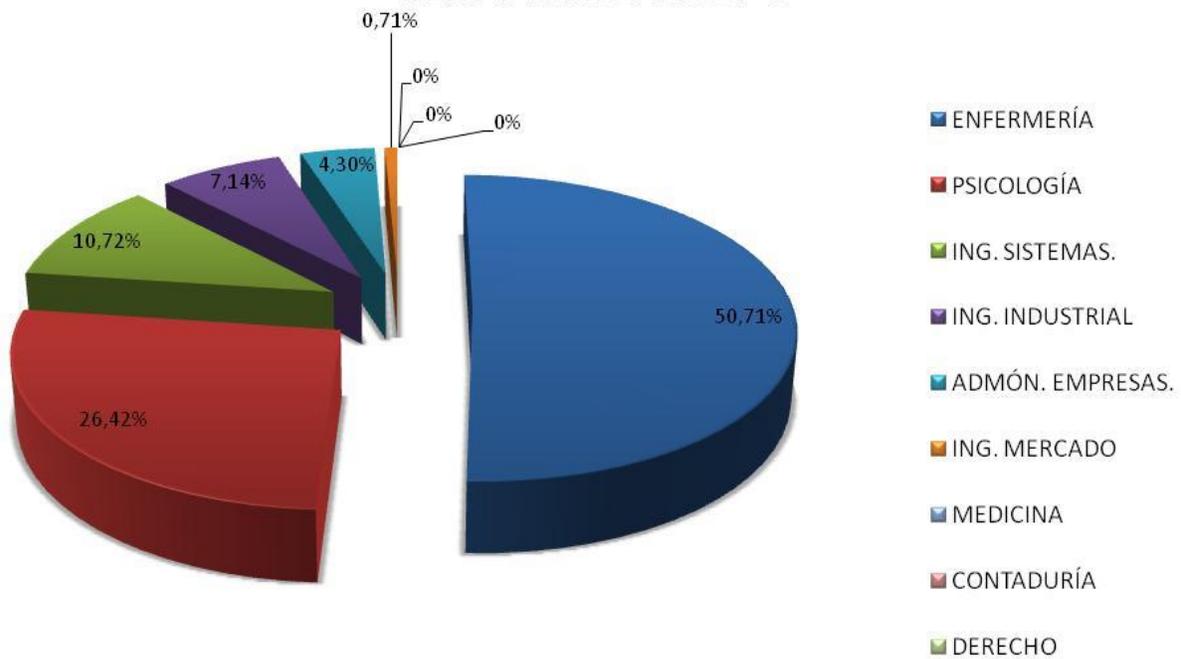
1. TABLA No. 3 TERAPIA DE GRUPO.

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	177.5	50.71 %
PSICOLOGÍA	92.5	26.42 %
ING. SISTEMAS.	37.5	10.72 %
ING. INDUSTRIAL	25	7.14 %
ADMÓN. EMPRESAS.	15	4.30 %
ING. MERCADO	2.5	0.71 %
MEDICINA	0	0 %
CONTADURÍA	0	0 %
DERECHO	0	0 %
Total	350	100 %

GRAFICA No. 3



TERAPIA DE GRUPO



Los resultados, indican que la terapia de grupo se encuentra en el segundo lugar de preferencia de los estudiantes de la universidad Simón Bolívar con un puntaje de 350. El programa que más solicitó este servicio fue enfermería con un porcentaje de 50.71% seguida por psicología con un porcentaje de 26.42%; ocupando el tercer lugar se encuentra el programa de ingeniería de sistemas con un porcentaje de 10.72%.



Ingeniería Industrial con un porcentaje de 7.14%, Administración de Empresas con un porcentaje de 4.30 %, Ingeniería de Mercado con 0.71%, y Medicina, Derecho y Contaduría 0 puntos.

Estos resultados confirman el argumento anterior en relación a que los programas que menos ofrecen espacios formativos de grupo son los que arrojaron menos puntajes en actividades terapéuticas grupales y de crecimiento personal.

La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Puede centrarse en los problemas de la soledad, depresión y ansiedad, problemas comunes en la comunidad estudiantil y sus actividades interventivas ayudan a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida.

2. TABLA No. 4 PSICOLOGÍA INFANTIL

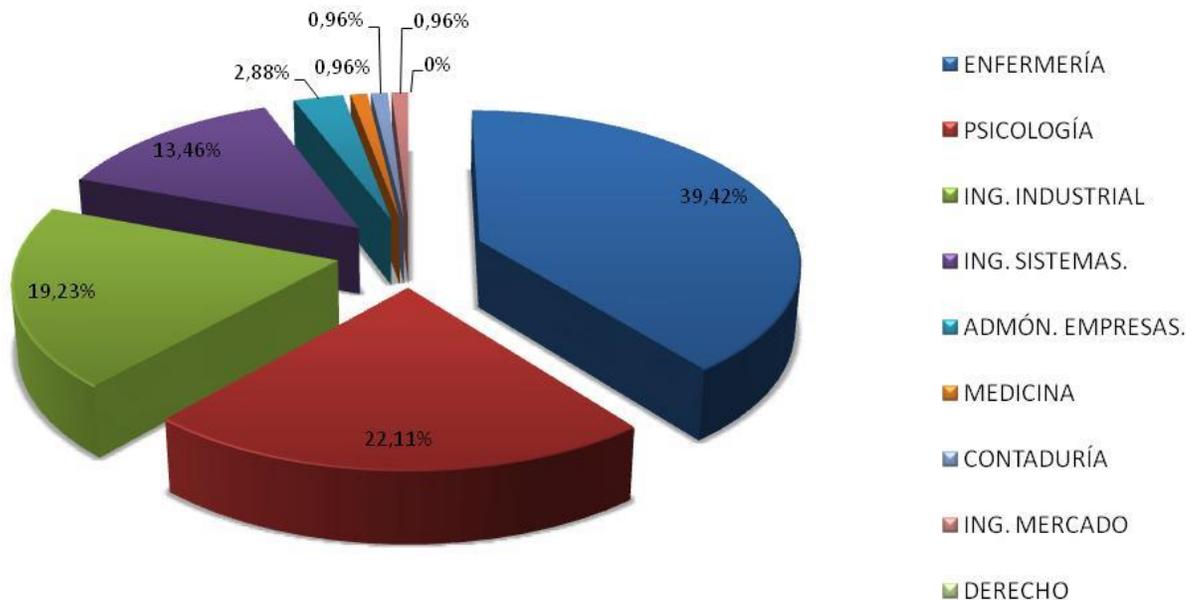
PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	102.5	39.42 %
PSICOLOGÍA	57.5	22.11 %
ING. INDUSTRIAL	50	19.23
ING. SISTEMAS.	35	13.46 %
ADMÓN. EMPRESAS.	7.5	2.88 %
MEDICINA	2.5	0.96 %
CONTADURÍA	2.5	0.96 %
ING. MERCADO	2.5	0.96 %
DERECHO	0	0 %
Total	260	100 %



GRAFICA No.4

El servicio de psicología infantil registra los siguientes puntajes de solicitud por

PSICOLOGÍA INFANTIL



los diferentes programas: Enfermería con un porcentaje de 39.42%, psicología 22.11%, ingeniería industrial con 19.23%, ingeniería de sistemas con 13.46 %, Administración de Empresas con 2.88 %, Medicina, Contaduría e Ingeniería de Mercado arrojaron un porcentaje de 0.96 %; y en último lugar, Derecho con 0 %.

Es probable que la escogencia de este servicio cuando se presentan necesidades de intervención infantil, pueda estar relacionado con la sensibilidad y disposición hacia el autodesarrollo generado en esos espacios académicos de trabajo personal y grupal.

Hoy en día se tiene más conciencia sobre el sufrimiento y dificultades de los niños. Los primeros años de vida son fundamentales y una infancia vivida de una manera más sana será beneficiosa para el futuro de una persona. La psicología infantil



se ha desarrollado ampliamente y está capacitada para aliviar y mejorar gran parte de los problemas y trastornos infantiles.

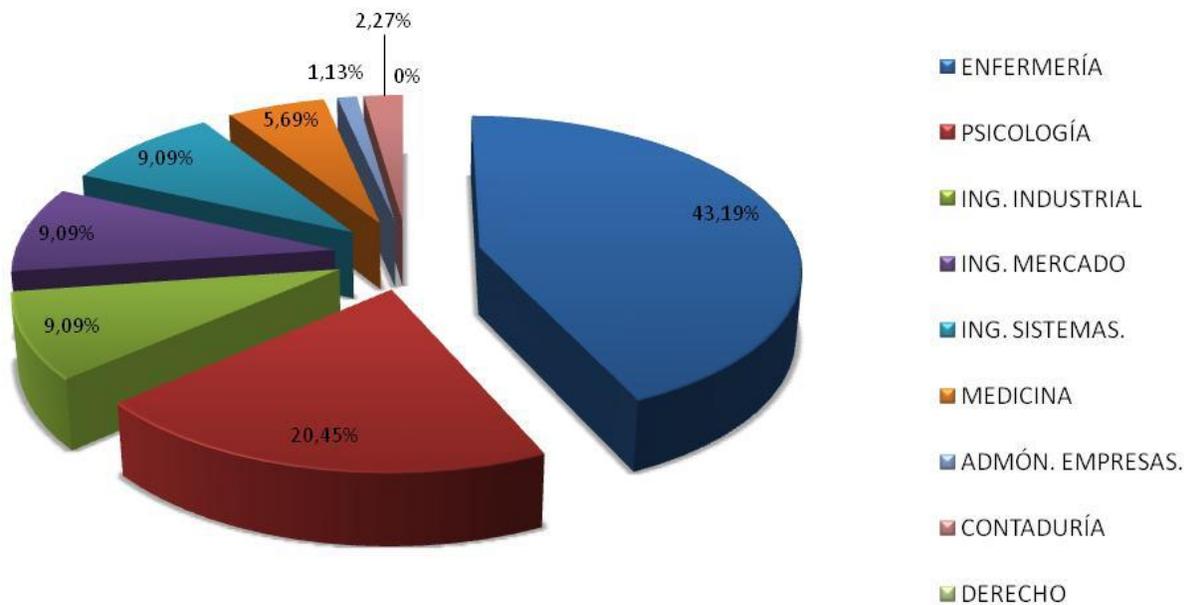
3. TABLA No. 5 ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y PROFESIONAL

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	95	43.19 %
PSICOLOGÍA	45	20.45 %
ING. INDUSTRIAL	20	9.09 %
ING. MERCADO	20	9.09 %
ING. SISTEMAS.	20	9.09 %
MEDICINA	12.5	5.69 %
ADMÓN. EMPRESAS.	2.5	1.13 %
CONTADURÍA	5	2.27 %
DERECHO	0	0 %
Total	220	100 %



GRAFICA No.5

ORIENTACIÓN VOCACIONAL



El servicio de orientación vocacional y profesional es el cuarto servicio más solicitado por los estudiantes registrándose un puntaje de 220. El programa de Enfermería utilizó con mayor frecuencia este servicio con un porcentaje de 43.19%, seguido por Psicología con porcentaje de 20.45% respectivamente. Los programas como la Ingeniería Industrial, de Mercado y de Sistemas registran porcentaje de 9.09 % para cada programa. Medicina 5.69%, Administración de empresas 1.13% Contaduría 2.27%, y Derecho 0 %.

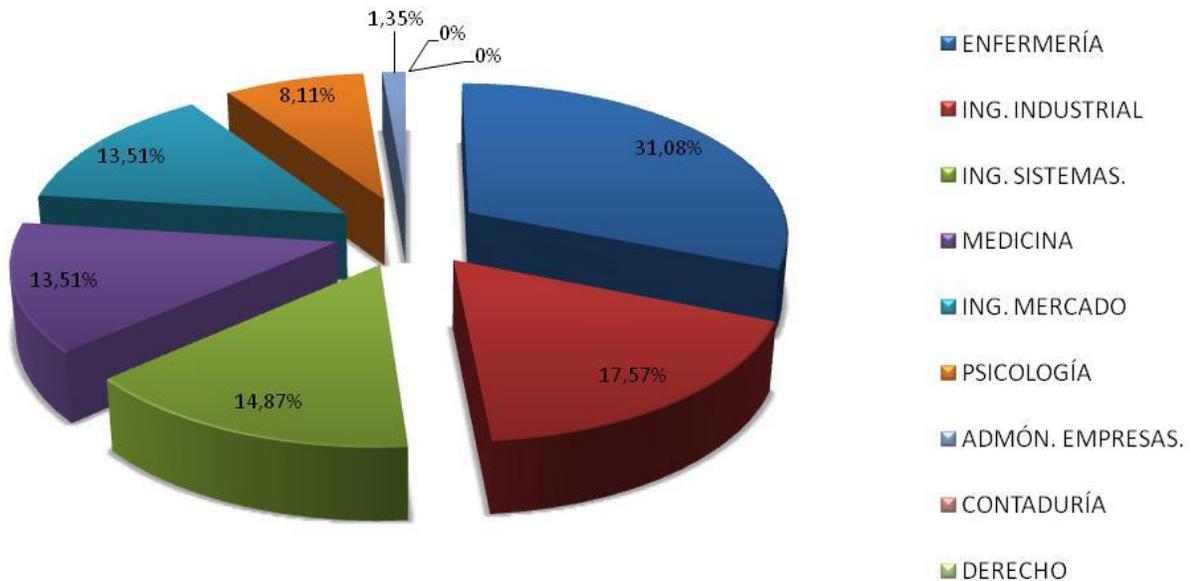


4. TABLA No. 6 ESCUELAS DE PADRES

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	57.5	31.08 %
ING. INDUSTRIAL	32.5	17.57 %
ING. SISTEMAS.	27.5	14.87 %
MEDICINA	25	13.51 %
ING. MERCADO	25	13.51 %
PSICOLOGÍA	15	8.11 %
ADMÓN. EMPRESAS.	2.5	1.35 %
CONTADURÍA	0	0 %
DERECHO	0	0 %
Total	185	100 %

GRAFICA No.6

ESCUELAS DE PADRES



La Escuela de Padres es el quinto servicio más solicitado por los estudiantes de los programas con un puntaje de 185. Enfermería registra el porcentaje más alto con 31.08%, le sigue Ingeniería industrial con 17.57%, luego Ingeniería de Sistemas con



14.87%, Medicina e Ingeniería de Mercados con 13.51%, Psicología con 8.11%, Administración de Empresas con 1.35%, Contaduría y Derecho con 0%.

5. TABLA No. 7 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ING. SISTEMAS	55	35.49 %
ING. INDUSTRIAL	52.5	33.88%
MEDICINA	17.5	11.29 %
PSICOLOGÍA	12.5	8.06 %
ING. MERCADO	12.5	8.06 %
ENFERMERÍA	5	3.22 %
CONTADURÍA	0	0 %
ADMÓN. EMPRESAS.	0	0 %
DERECHO	0	0 %
Total	155	100 %

GRAFICO No. 7





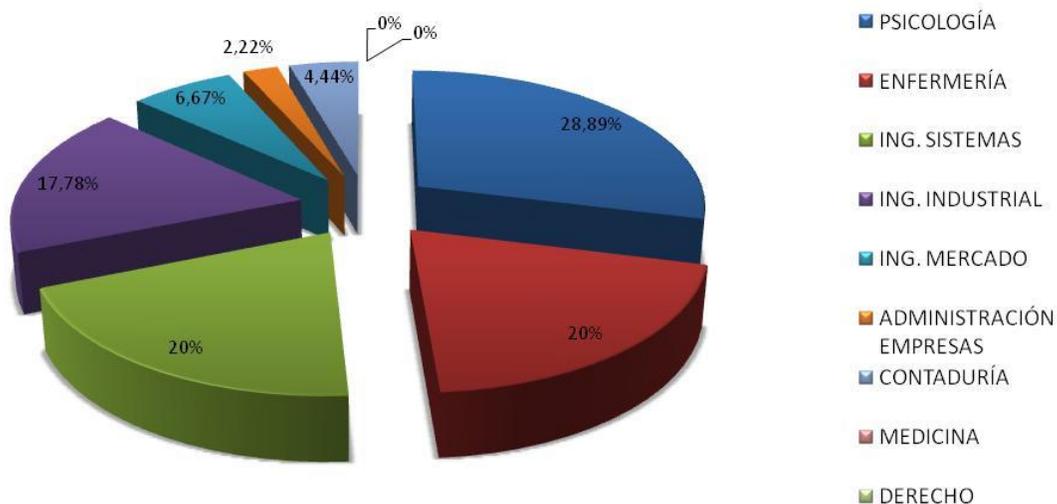
Las actividades de prevención de adicción a las drogas registran un puntaje total de solicitud del servicio de 155 puntos. Ingeniería de Sistemas con un porcentaje de 35.59% e Ingeniería industrial tiene un porcentaje con 33.88%, seguidos por Medicina con 11.29%, Psicología e ingeniería de mercados con 8.06% , Enfermería con 3.22%, y Contaduría, Administración de Empresas y Derecho con 0 % .

6. TABLA No. 8 EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA1

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PSICOLOGÍA	32.5	28.89 %
ENFERMERÍA	22.5	20 %
ING. SISTEMAS	22.5	20 %
ING. INDUSTRIAL	20	17.78 %
ING. MERCADO	7.5	6.67 %
ADMINISTRACIÓN EMPRESAS	2.5	2.22 %
CONTADURÍA	5	4.44 %
MEDICINA	0	0 %
DERECHO	0	0 %
Total	112.5	100 %

GRAFICO No. 8

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA





La evaluación psicopedagógica es el séptimo servicio más utilizado por los estudiantes con un puntaje total de 112.5. El programa de Psicología fue el que más utilizó este servicio con un porcentaje de 28.89%, Enfermería e Ingeniería de Sistemas con 20%, ingeniería de Industrial con 17.78%, Ingeniería de Mercado con 6.67%, Administración de Empresas con porcentaje de 2.22%, contaduría 4.44% y Medicina y Derecho con 0 %.

8. TABLA No. 9 TERAPIA DE PAREJA

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	42.5	41.47 %
MEDICINA	20	19.51 %
ING. INDUSTRIAL	17.5	17.08 %
PSICOLOGÍA	12.5	12.20 %
ADMINISTRACIÓN. EMPRESAS.	2.5	2.43 %
ING. SISTEMAS.	2.5	2.43 %
CONTADURÍA	5	4.88 %
DERECHO	0	0 %
INGENIERÍA DE MERCADOS	0	0 %
TOTAL	102.5	100 %

GRAFICO No.9





La Terapia de pareja es el octavo servicio más utilizado por los estudiantes con un puntaje de 102.5 puntos. El programa de Enfermería es el que registra mayor porcentaje con 41.47%, seguida por Medicina con un porcentaje de 19.51%, Ingeniería Industrial con 17.08%, Psicología con 12.20%, Administración de Empresas e Ingeniería de Sistemas con 2.43%, Contaduría con 4.88%, Derecho e Ingeniería de Mercados con 0 %.

El bajo puntaje de solicitud de este servicio coincide con el hecho que los estudiantes de la universidad en su gran mayoría son solteros, y este tipo de psicoterapias es de mayor acogida por parejas que ya tienen establecido un vínculo familiar.

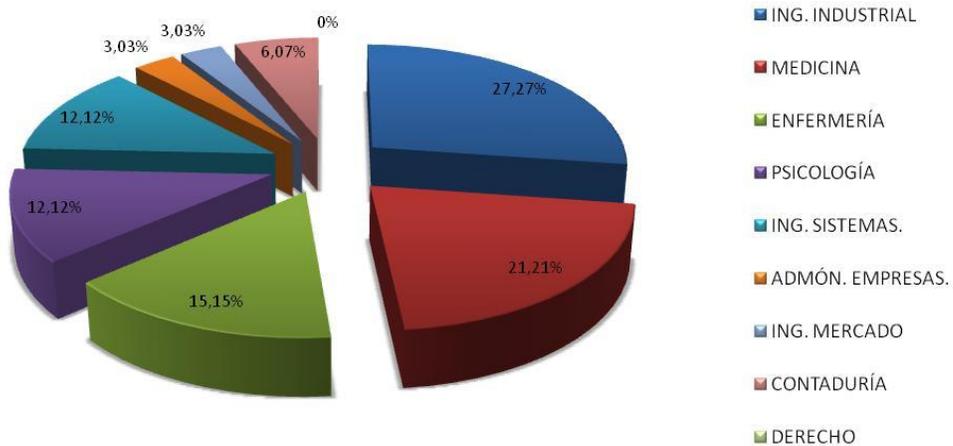
9. TABLA No. 10 TERAPIA FAMILIAR

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ING. INDUSTRIAL	22.5	27.27 %
MEDICINA	17.5	21.21 %
ENFERMERÍA	12.5	15.15 %
PSICOLOGÍA	10	12.12 %
ING. SISTEMAS.	10	12.12 %
ADMÓN. EMPRESAS.	2.5	3.03 %
ING. MERCADO	2.5	3.03 %
CONTADURÍA	5	6.07 %
DERECHO	0	0 %
Total	82.5	100%



GRAFICO No.10

TERAPIA FAMILIAR



La terapia familiar es el noveno servicio psicológico más utilizado por los estudiantes registrando un puntaje de 82.5 puntos. Ingeniería Industria es el programa que mayor porcentaje de 27.27%, Medicina con un porcentaje de 21.21%, Enfermería con 15.15%, Psicología e ingeniería de Sistemas con 12.12%, Administración de Empresas e ingeniería de Mercados con un porcentaje de 30.03%, Contaduría con 6.07% y Derecho con 0 porcentaje.

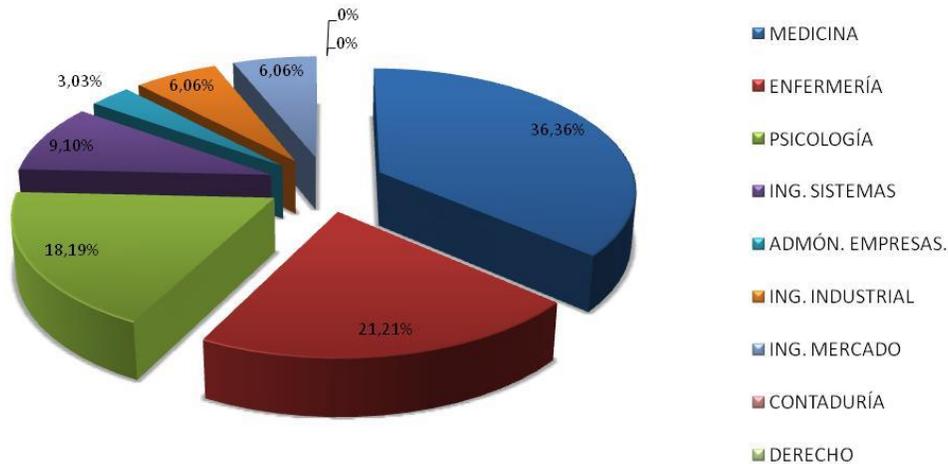
10. TABLA No. 11 INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA	30	36.36 %
ENFERMERÍA	17.5	21.21 %
PSICOLOGÍA	15	18.19 %
ING. SISTEMAS	7.5	9.10 %
ADMÓN. EMPRESAS.	2.5	3.03 %
ING. INDUSTRIAL	5	6.06 %
ING. MERCADO	5	6.06 %
CONTADURÍA	0	0 %
DERECHO	0	0 %
Total	82.5	100 %



GRAFICO No.11

EL SERVICIO DE INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE



La intervención en Problemas de aprendizaje es el décimo servicio que más utilizaron los estudiantes de la universidad en el último año, con un puntaje total de 82.5 puntos. Medicina es el programa que mas ha utilizado este servicio con un porcentaje de 36.36%, Enfermería con 21.21%, Psicología con 18.19%, Ingeniería de Sistemas con 9.10%, administración de empresas 3.03% Ingeniería Industrial e Ingeniería de Mercadeo con 6.06%, Contaduría y Derecho con 0 %.

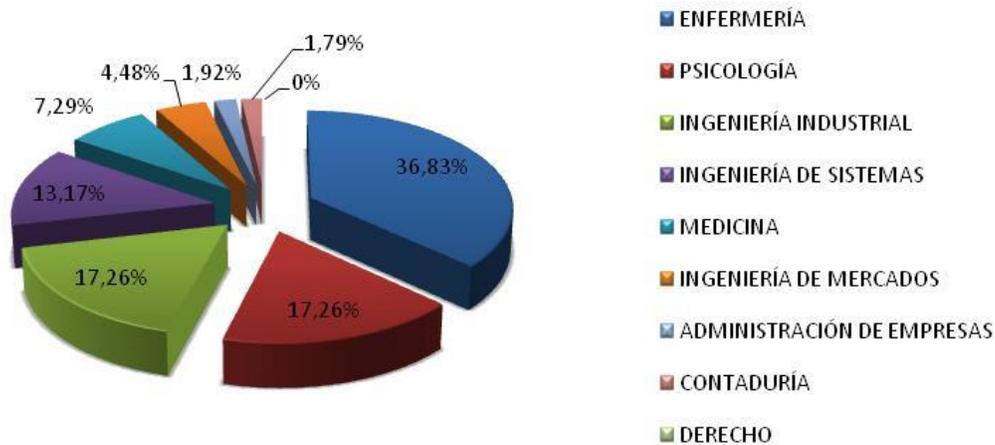
11. TABLA No. 12 DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS UTILIZADOS.

PROGRAMA	SERVICIOS UTILIZADOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMERÍA	720	36.83 %
PSICOLOGÍA	337.5	17.26 %
INGENIERÍA INDUSTRIAL	337.5	17.26 %
INGENIERÍA DE SISTEMAS	257.5	13.17 %
MEDICINA	142.5	7.29 %
INGENIERÍA DE MERCADOS	87.5	4.48 %
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	37.5	1.92 %
CONTADURÍA	35	1.79 %
DERECHO	0	0 %
TOTAL SERVICIOS	1955	100 %



GRAFICO No.12

DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS UTILIZADOS



En el último año, los programas utilizaron los 10 servicios mencionados 1.955 veces que equivale al 100 %.

Enfermería los ha utilizado el 36.83%, Psicología e Ingeniería industrial el 17.26%, Ingeniería de Sistemas el 13.17%, Medicina el 7.29%, Ingeniería de Mercados el 4.48%, Administración de Empresas el 1.92%, Contaduría el 1.79% y Derecho el 0%.

Los estudiantes de Enfermería y sus familias han participado mayormente en actividades de orientación psicológica, mientras que Medicina, Ing. de Mercados, A. de Empresas han utilizado muy pocas veces los servicios y Derecho hasta el momento no ha hecho uso de ellos.

A continuación se realizará la descripción de los programas en relación a los servicios utilizados.

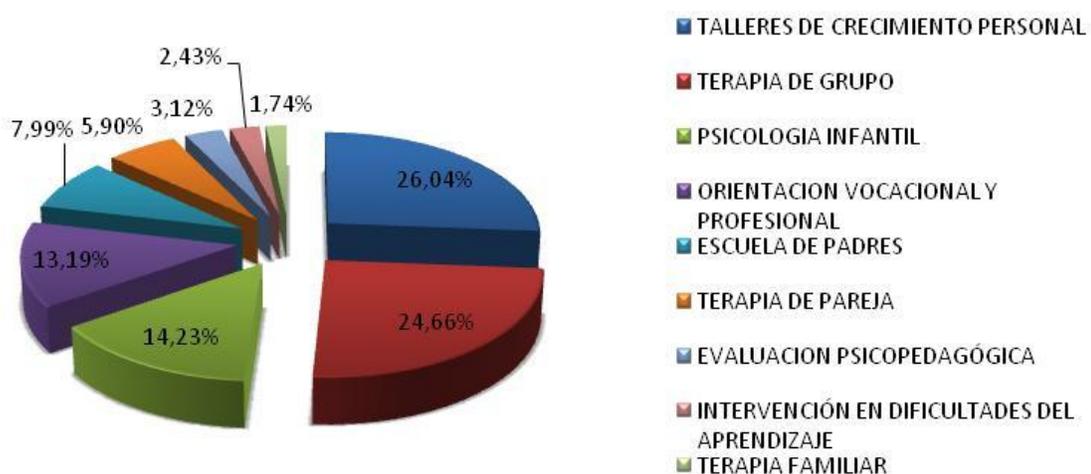


1. TABLA No. 13 PROGRAMA DE ENFERMERÍA:

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	187.5	26.04 %
TERAPIA DE GRUPO	177.5	24.66 %
PSICOLOGIA INFANTIL	102.5	14.23 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	95	13.19 %
ESCUELA DE PADRES	57.5	7.99 %
TERAPIA DE PAREJA	42.5	5.90 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	22.5	3.12 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	17.5	2.43 %
TERAPIA FAMILIAR	12.5	1.74 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	5	0.70 %
TOTAL	720	100 %

GRAFICO No.13

PROGRAMA DE ENFERMERÍA





Los estudiantes del Programa de Enfermería utilizaron la mayoría de veces el servicio de Talleres de Crecimiento personal registrando un porcentaje de 26.04%, seguido de Terapia de Grupo con 24.66%, Psicología infantil con 14.23% porcentaje, orientación vocacional con 13.19%, Escuela de padres con 7.99%, Terapia de Pareja con 5.90%, Evaluación Psicopedagógica con 3.12%, Intervención en Dificultades de Aprendizaje con 2.43%, Terapia Familiar con 1.74% y Actividades de prevención a la adicción de las drogas con 0.70% de porcentaje.

El 50 % de los servicios psicológicos utilizados por Enfermería han ido orientados a las actividades de trabajo grupal, lo cual está relacionado con las asignaturas que tienen en el pensum académico.

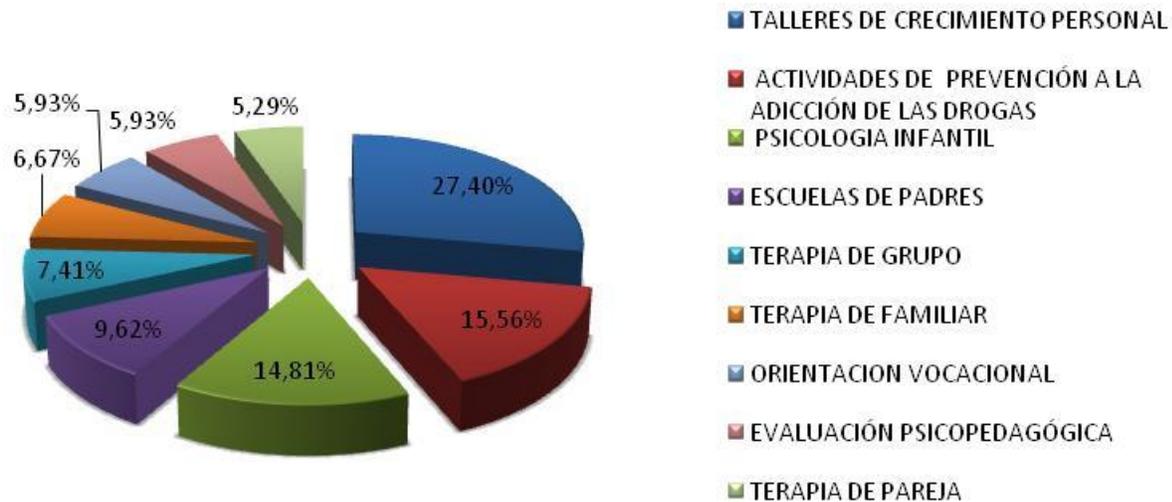
2. TABLA No. 14 PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL:

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	92.5	27.40 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	52.5	15.56 %
PSICOLOGIA INFANTIL	50	14.81 %
ESCUELAS DE PADRES	32.5	9.62 %
TERAPIA DE GRUPO	25	7.41 %
TERAPIA DE FAMILIAR	22.5	6.67 %
ORIENTACION VOCACIONAL	20	5.93 %
EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA	20	5.93 %
TERAPIA DE PAREJA	17.5	5.29 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	5	1.48 %
TOTAL	337.5	100 %



GRAFICO No.14

PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



El servicio psicológico que mas utilizó en el último año fue talleres de Crecimiento personal con un porcentaje de 27.40%, seguido de Actividades de prevención de las drogas con un porcentaje de 15.56%, Psicología infantil con un porcentaje de 14.81%, Escuela de Padres con 9.62%, Terapia de Grupo con un porcentaje de 7.41%, Terapia Familiar con un porcentaje de 6.67%, Orientación Vocacional y Evaluación psicopedagógica con 5.93%, Terapia de pareja con 5.29% e intervención en Dificultades de Aprendizaje con un porcentaje de 1.48%.

3. TABLA No. 15 PROGRAMA DE PSICOLOGÍA: Este programa registra un puntaje igual al alcanzado por el de ingeniería industrial de 337.5 puntos.

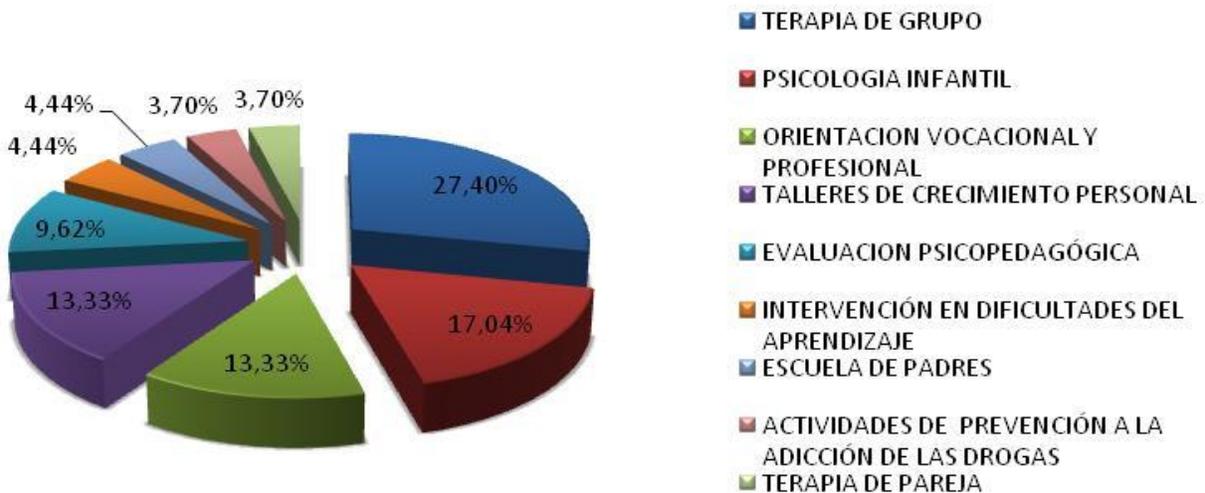
SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TERAPIA DE GRUPO	92.5	27.40 %
PSICOLOGIA INFANTIL	57.5	17.04 %
ORIENTACION VOCACIONAL	45	13.33 %
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	45	13.33 %



EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	32.5	9.62 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	15	4.44 %
ESCUELA DE PADRES	15	4.44 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	12.5	3.70 %
TERAPIA DE PAREJA	12.5	3.70 %
TERAPIA FAMILIAR	10	2.96 %
TOTAL	337.5	100 %

GRAFICO No.15

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



El servicio más utilizado por los estudiantes de Psicología en el último año fue el de Terapia de Grupo con un porcentaje de 27.40%, seguido del de psicología infantil con 17.04% Orientación Vocacional y Talleres de Crecimiento Personal con 13.33% , Evaluación Psicopedagógica con 9.62% porcentaje, Intervención en Dificultades del Aprendizaje y Escuela de padres con 4.44%, Actividades de prevención a la adicción de las drogas y Terapia de pareja con un porcentaje de 3.70% y Terapia Familiar con un porcentaje de 2.96%.



4. TABLA No. 16 PROGRAMA DE INGENIERIA DE SISTEMAS

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	55	21.40 %
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	40	15.56 %
TERAPIA DE GRUPO	37.5	14.59 %
PSICOLOGIA INFANTIL	35	13.61 %
ESCUELA DE PADRES	27.5	10.70 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	22.5	8.75 %
ORIENTACION VOCACIONAL	20	7.78 %
TERAPIA FAMILIAR	10	3.89 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	7.5	2.91 %
TERAPIA DE PAREJA	2.5	1.36 %
TOTAL	257	100 %

GRAFICO No.16

PROGRAMA DE INGENIERIA DE SISTEMAS



El servicio más utilizado por el programa de ingeniería de Sistemas son las Actividades de Prevención a la Adicción de las Drogas con un porcentaje de 21.40%, Talleres de Crecimiento personal con un porcentaje de 1.56%, Terapia de Grupo con un



porcentaje de 14.59%, Psicología Infantil con 13.61%, Escuela de Padres con 10.70%, Evaluación pedagógica con 8.75%, Orientación vocacional con 7.78%, Terapia Familiar con 3.89%, intervención en dificultades de aprendizaje con 2.91 % y Terapia de Pareja con 1.36 %.

5. TABLA No. 17 MEDICINA

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	30	21.05 %
ESCUELA DE PADRES	25	17.54 %
TERAPIA DE PAREJA	20	14.03 %
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	17.5	12.28 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	17.5	12.28 %
TERAPIA FAMILIAR	17.5	12.28 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	12.5	8.77 %
PSICOLOGIA INFANTIL	2.5	1.75 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	0	0 %
TERAPIA DE GRUPO	0	0 %
TOTAL	142.5	100 %

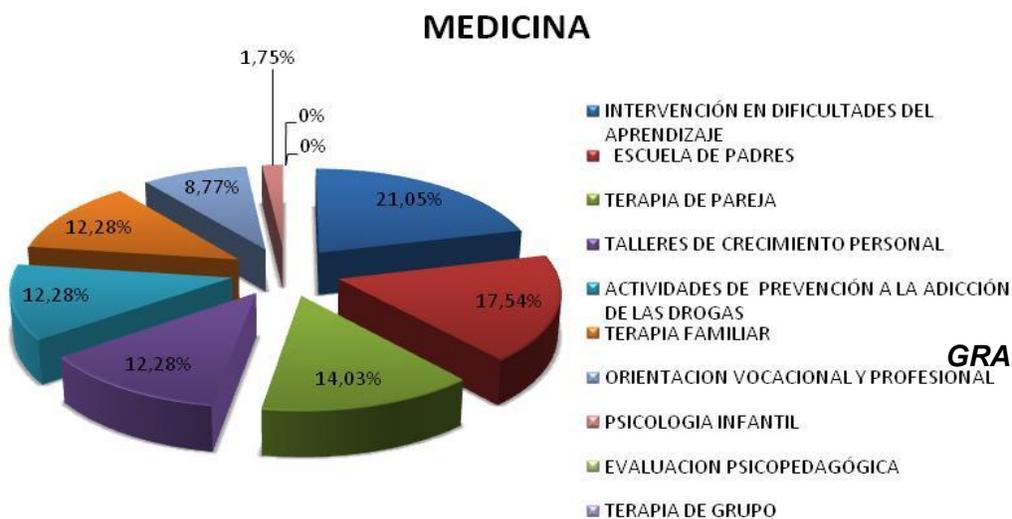


GRAFICO No.17

El servicio más utilizado por



los estudiantes del programa de Medicina en el último año es el de Intervención en dificultades de Aprendizaje con un porcentaje de 21.05%, seguido por Escuela de Padres con un porcentaje de 17.54%, Terapia de Pareja con un porcentaje de 14.03%, Talleres de Crecimiento personal, Actividades de prevención a la adicción a las drogas y Terapia Familiar con 12.28%, P y Orientación vocacional con un porcentaje de 8.77 %, psicología infantil con un porcentaje de 1.75 % , Evaluación Psicopedagógica y Terapia de Grupo con 0 porcentaje.

6. TABLA No. 18 INGENIERIA DE MERCADO

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCUELAS DE PADRES	25	28.57 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	20	22.86 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	12.5	14.30 %
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	10	11.43 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	7.5	8.58 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	5	5.71 %
PSICOLOGIA INFANTIL	2.5	2.85 %
TEREAPIA DE GRUPO	2.5	2.85 %
TERAPIA FAMILIAR	2.5	2.85 %
TERAPIA DE PAREJA	0	0 %
TOTAL	87.5	100 %

INGENIERIA DE MERCADO

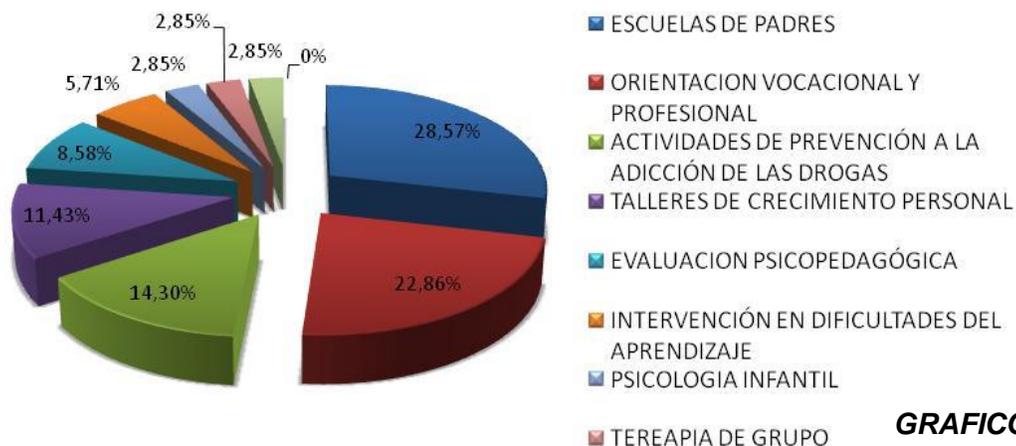


GRAFICO No.18



Los estudiantes de Ingeniería de Mercado utilizaron en su mayoría el servicio de Escuela de Padres con 28.57 %, seguido de orientación vocacional con 22.86 %, actividades de prevención y la adicción a las drogas con un 14.30 %, talleres de crecimiento personal 11.43% de porcentaje, evaluación psicopedagógica con 8.58%, intervención en dificultades de aprendizaje con un porcentaje de 5.71 %, psicología infantil, terapia de grupo y terapia familiar con un porcentaje de 2.85%.

7. TABLA No. 19 ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS,

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TERAPIA DE GRUPO	15	40 %
PSICOLOGIA INFANTIL	7.5	20 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	2.5	6.66 %
ESCUELAS DE PADRES	2.5	6.66 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	2.5	6.66 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	2.5	6.66 %
TERAPIA DE PAREJA	2.5	6.66 %
TERAPIA DE PAREJA	2.5	6.66 %
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	0	0 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	0	0 %
TOTAL	37.5	100 %

ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

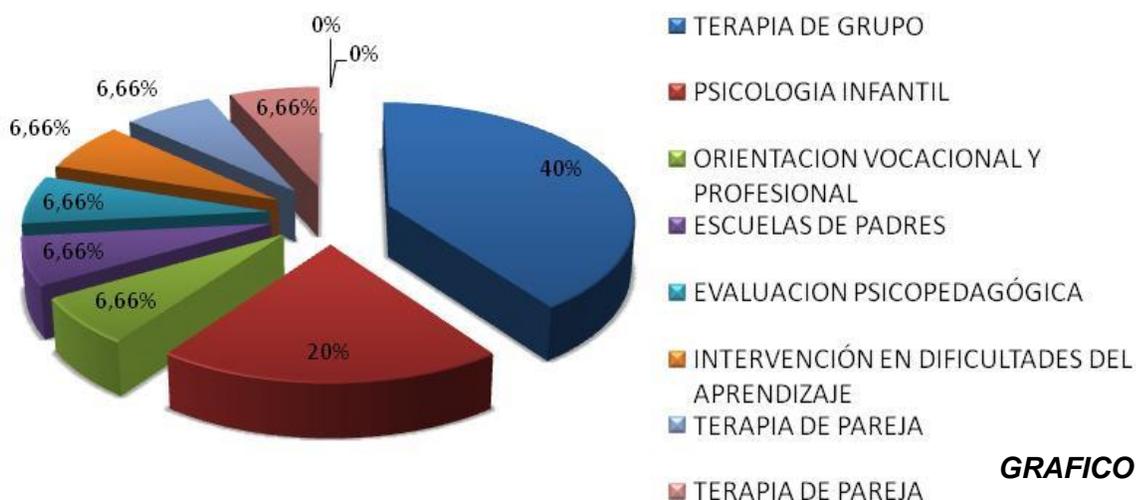


GRAFICO No.19



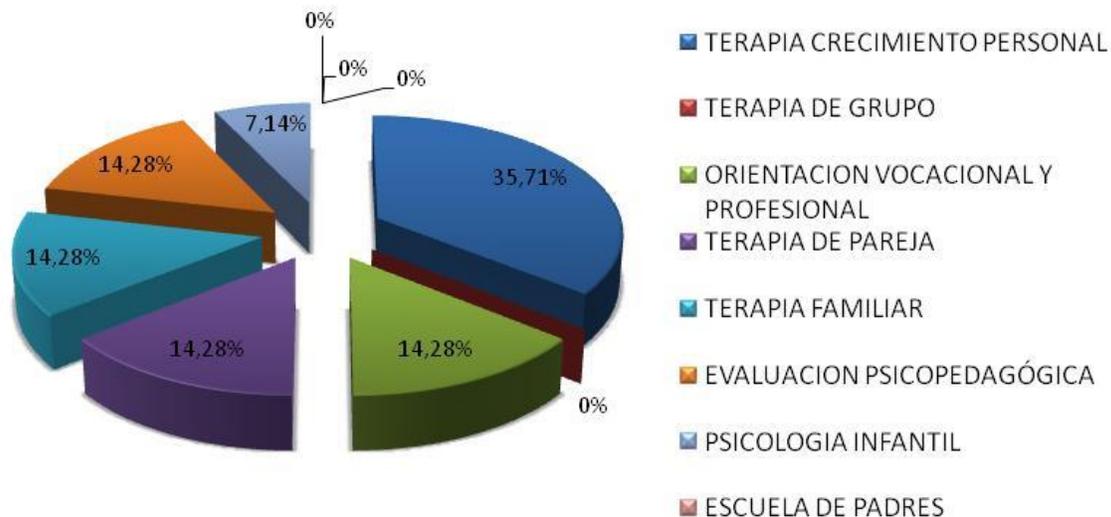
Los estudiantes de Administración de empresas utilizaron en su mayoría el servicio de terapia de grupo con un porcentaje del 40%, seguido de psicología infantil con un 20% por ciento, orientación vocacional, escuela de padres, evaluación psicopedagógica, intervención en dificultades del aprendizaje y terapia de pareja con el mismo porcentaje de 6.66%, y talleres de crecimiento personal con un 0% por ciento.

8. TABLA No. 20 PROGRAMA DE CONTADURÍA:

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TERAPIA CRECIMIENTO PERSONAL	12.5	35.71 %
TERAPIA DE GRUPO	0	0 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	5	14.28 %
TERAPIA DE PAREJA	5	14.28 %
TERAPIA FAMILIAR	5	14.28 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	5	14.28 %
PSICOLOGIA INFANTIL	2.5	7.14 %
ESCUELA DE PADRES	0	0 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	0	0 %
DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	0	0 %
TOTAL	35	100 %

GRAFICO No. 20

PROGRAMA DE CONTADURÍA





En el programa de contaduría el servicio que mas se utilizo por parte de los estudiantes fue el de terapia de crecimiento personal con un porcentaje de 35.71%, seguido por orientación vocacional y profesional, terapia de pareja, terapia familiar y evaluación psicopedagógica con un mismo porcentaje de 14.28% y terapia de grupo, escuela de padres, actividades de prevención a la adicción de las drogas y dificultades del aprendizaje con un mismo porcentaje del 0% por ciento.

Cabe destacar que aunque el programa de contaduría no registra dentro de su plan de acción la realización de talleres por parte de sus estudiantes, un número representativo de ellos respondió haber utilizado los servicios psicológicos en el último año. Para el caso de contaduría puede ocurrir que brinde a los estudiantes la posibilidad de realizar estas prácticas pero no como requisito, sino como oportunidad de mejora de la calidad de vida de los estudiantes quienes tienen la opción de elegir qué servicio pueden utilizar, más por voluntad propia que por requisito.

9. TABLA No. 21 DERECHO

Derecho integra dentro de su estructura curricular una asignatura denominada formación en valores y autodesarrollo en 3 semestres. A pesar que de lo anterior los estudiantes encuestados no consideran estas asignaturas como un espacio terapéutico o de crecimiento personal y ninguno de sus familiares han solicitado servicios psicológicos en el último año.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL	0	0 %
TEREAPIA DE GRUPO	0	0 %
PSICOLOGIA INFANTIL	0	0 %
ORIENTACION VOCACIONAL Y PROFESIONAL	0	0 %
ESCUELA DE PADRES	0	0 %
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN A LA ADICCIÓN DE LAS DROGAS	0	0 %
EVALUACION PSICOPEDAGÓGICA	0	0 %
TERAPIA DE PAREJA	0	0 %



TERAPIA FAMILIAR	0	0 %
INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE	0	0 %
TOTAL	0	0 %

GRAFICO No. 21

DERECHO



El anterior análisis conduce a afirmar una vez más que la población estudiantil de la universidad simón bolívar hace uso de servicios psicológicos para fortalecer o lograr optimizar su salud mental. Por lo tanto, la creación de un Centro de Atención Psicológica incrementaría la posibilidad de tener mecanismos de atención inmediata y a la mano en sus procesos psicológicos personales y familiares.



DESCRIPCIÓN DE LAS CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ESTUDIANTES Y SUS FAMILIAS (Aspectos básicos).

A demás de tener en cuenta los datos acerca de los servicios psicológicos más solicitados en el último año por los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar, se hace necesario identificar otros aspectos relacionados con criterios socio-demográficos que permitan tener una apreciación global de los estudiantes de los diversos programas de la Universidad Simón Bolívar. Así pues el mismo instrumento de encuesta arroja una información bien interesante en relación con este aspecto.

Teniendo en cuenta la información suministrada por los encuestados se pueden identificar los siguientes criterios generales.

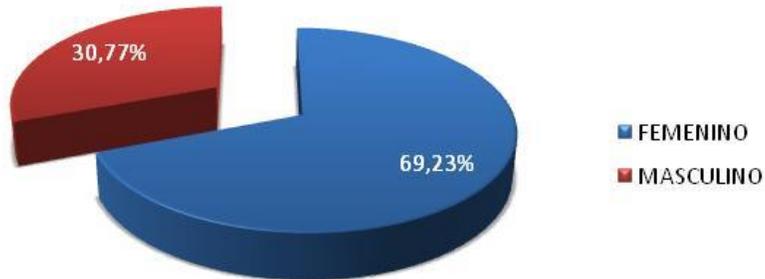
1. TABLA No. 23 SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	180	69.23 %
MASCULINO	80	30.77 %
TOTAL	260	100 %

GRAFICO No. 23



SEXO



Dentro de los estudiantes encuestados el 69.23 % de los estudiantes son mujeres y el 30.77% de los estudiantes son hombres.

2. TABLA No. 24 LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
B/QUILLA	175	67.30 %
SOLEDAD	65	25 %
MALAMBO	5	1.92 %
SABANALARGA	2	0.77 %
PALMAR	2	0.77 %
SANTO TOMÁS	2	0.77 %
PUERTO COLOMBIA	2	0.77 %
GALAPA	1	0.39 %
BARANOA	2	0.77 %
NO RESPONDEN	4	1.53 %



TOTAL	260	100 %
-------	-----	-------

GRAFICO No. 24



El 67.30% de los estudiantes encuestados son procedentes de la ciudad de Barranquilla y el 32 % son procedentes de otros municipios del Atlántico, distribuidos de la siguiente manera: el 25% son procedentes de Soledad, EL 1.92% son de Malambo, 0.9 % son de Sabanalarga, el 0.77 % de Palmar de Varela, el 0.77 % de Santo Tomás, el .77 % de Puerto Colombia, el 0.77 % de Baranoa, y el 0.39 % de Galapa, no responden el 1.53%.

Esto puede indicar que los estudiantes que son procedentes de otros municipios probablemente puede enfrentarse a eventos estresantes como reducción del tiempo para el descanso, aumento de gastos en transporte y alimentación, eventos que de una u otra forma afectan la salud mental de los individuos.

3. TABLA No. 25 ESTADO CIVIL

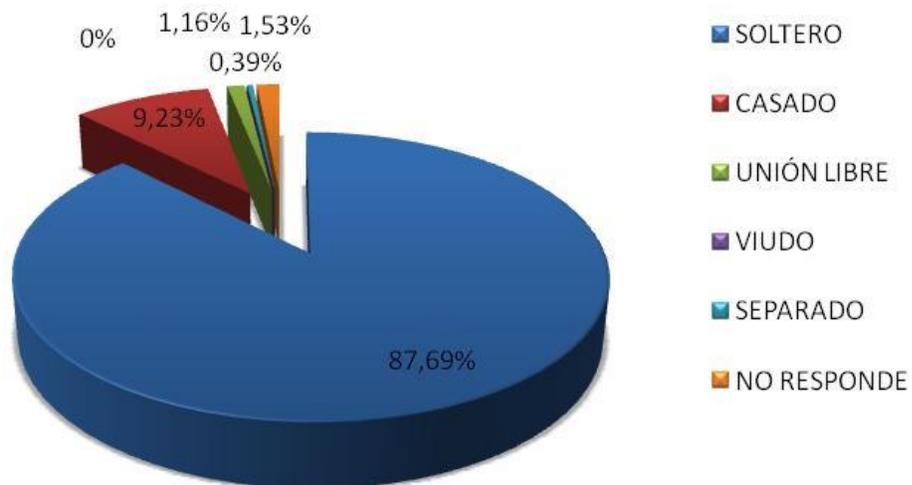
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	228	87.69 %



CASADO	24	9.23 %
UNIÓN LIBRE	3	1.16 %
VIUDO	0	0 %
SEPARADO	1	0.39 %
NO RESPONDE	4	1.53 %
TOTAL	260	100 %

GRAFICO No. 25

ESTADO CIVIL





De 260 estudiantes encuestados su estado civil es:

1. Solteros 228 estudiantes, cifra que corresponde al 87.69% de la población encuestada.
2. Casados 24 estudiantes, es decir que el 9.23% de la población encuestada son casados.
3. Unión Libre 3 estudiantes, es decir que el 1.16 % de la población encuestada vive en unión libre
4. Viudo ningún estudiante. Con un 0 porcentaje.
5. Separado 1 estudiante. Con el 0.39%.
6. No responden nada 4 estudiantes con le 1.53%.

Esto indica que la mayoría de los procesos psicológicos que pueden estar manejando los estudiantes están relacionados con sus procesos vitales individuales (Desarrollo afectivo, social, académico, laboral y de relaciones familiares). Aquí se pueden presentar dificultades de Adaptación académica, laboral, social y el manejo del estrés producto de las exigencias personales, sociales, laborales, económicas frente a los recursos que poseen para enfrentar estas demandas.

Por otra parte, otro porcentaje importante en relación al total, es el de los estudiantes casados y unión libre, lo cual señala que estas parejas se enfrentan a los procesos propios de su vida de pareja y formación de los hijos, los cuales pueden ser motivos de asesoría psicológica.

4. TABLA No. 26 ESTADO LABORAL

ESTADO LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI TRABAJAN	53	20.38 %
NO TRABAJAN	196	75.39%
NO RESPONDIERON	11	4.23%
TOTAL	260	100 %



GRAFICO No. 26



Al preguntar a los estudiantes encuestados si trabajan o no estos respondieron: 196 no trabaja en la actualidad, esto corresponde al 75.39 % de la población encuestada. 53 estudiantes si trabajan es decir el 20.38% de la población encuestada. 11 estudiantes que corresponden al 4.23% no respondieron nada.

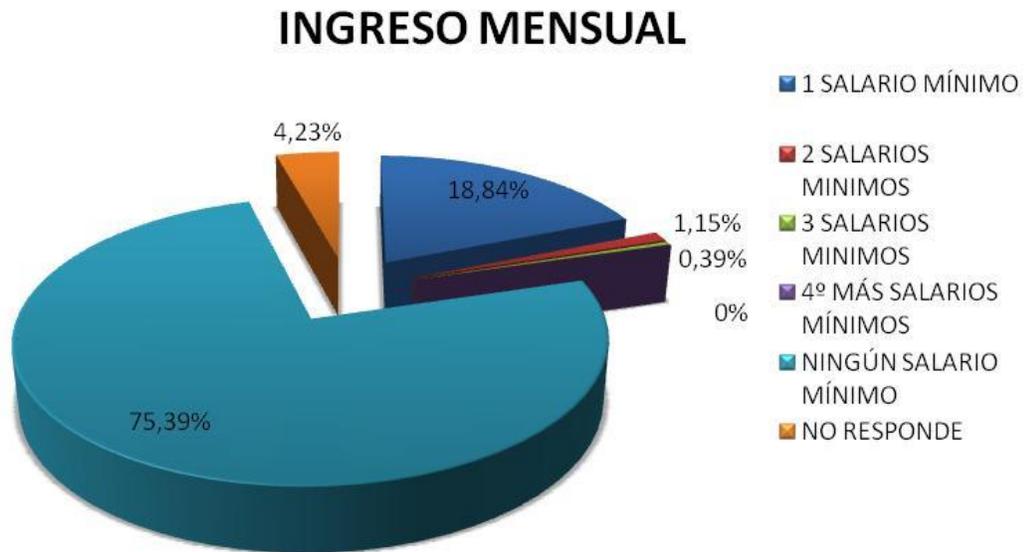
Esto indicaría que la mayoría de ellos son sostenidos económicamente por sus familiares, por lo que pueden estar enfrentando tensiones económicas generadoras de estrés y sus manifestaciones físicas y psicológicas que en algún momento pueden afectar en su rendimiento académico y sus relaciones familiares y sociales.

5. TABLA No. 27 INGRESO MENSUAL

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 SALARIO MÍNIMO	49	18.84 %
2 SALARIOS MINIMOS	3	1.15 %
3 SALARIOS MINIMOS	1	0.39 %
4º MÁS SALARIOS MÍNIMOS	0	0 %
NINGÚN SALARIO MÍNIMO	196	75.39 %
NO RESPONDE	11	4.23 %
TOTAL	260	100 %



GRAFICO No. 27



Los ingresos mensuales de los estudiantes de los diferentes programas de la universidad Simón Bolívar que se encuestaron para este fin respondieron: 52 estudiantes, reciben como ingreso mensual un salario mínimo, que corresponde al (18.84%) de la población encuestada 36 estudiantes reciben dos salarios lo cual corresponde al 1.15% de la población encuestada, 1 estudiantes reciben 3 salarios mínimos, que corresponden al (0.39%) de la población encuestada, 6 estudiantes que corresponden al 0% de la población encuestada reciben 4 o más de un salario y 196 estudiantes o sea el 75.39% de la población encuestada no reciben ningún ingreso mensual. 11 estudiantes que corresponden al 4.23% no registran información en este ítem.

Esta información confirma los datos encontrados en los ítems anteriores.

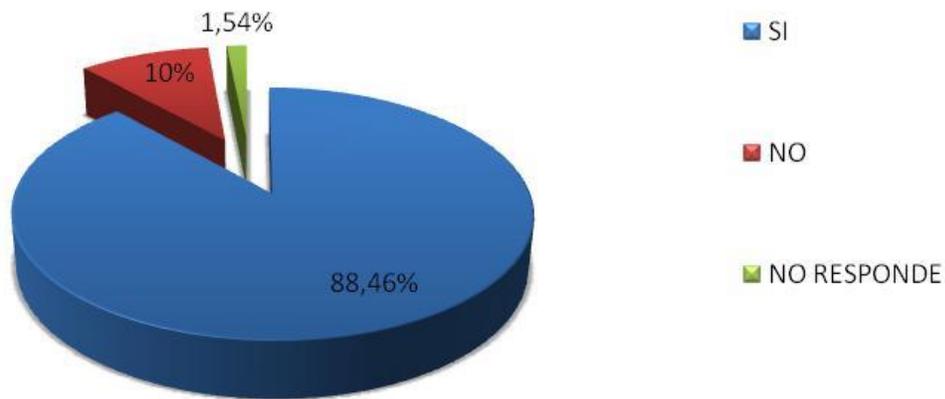


6. TABLA No. 28 VIVEN EN CASA DE FAMILIA:

VIVEN EN CASA DE FAMILIA	SI	NO
SI	230	88.46 %
NO	26	10 %
NO RESPONDE	4	1.54 %
TOTAL	260	100 %

GRAFICO No. 28

VIVEN EN CASA DE FAMILIA



230 estudiantes de la muestra encuestada viven en casa de familia esta información corresponde al 88.46% y 26 estudiantes o sea el 10.% no vive en casa de familia, viven pensionados, arrendados etc. El 1.54% que equivalen a 4 estudiantes no responden nada.

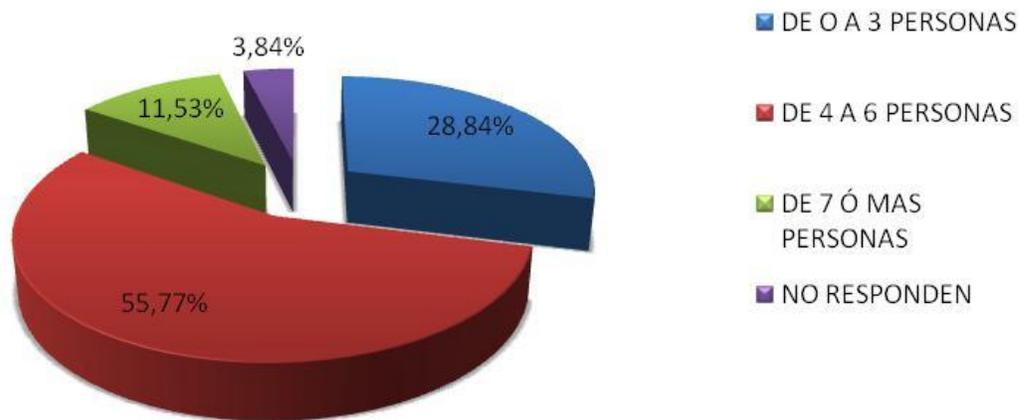
7. TABLA No. 29 NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN:

NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE O A 3 PERSONAS	75	28.84 %
DE 4 A 6 PERSONAS	145	55.77 %
DE 7 Ó MAS PERSONAS	30	11.53 %
NO RESPONDEN	10	3.84 %
TOTAL	260	100 %



GRAFICO No. 29

NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN



En su mayoría los estudiantes encuestados conviven con más de 4 personas. Las cifras son las siguientes:

- 75 (28.84%) el estudiantes conviven con un número aproximado de 3 personas.
- 145 (55.77%) estudiantes conviven con más de 4 personas.
- 30 (11.53%) estudiantes conviven con más de 7 personas.
- 10 estudiantes no responden es decir el 3.84%

Esto significa que los estudiantes se enfrentan a espacios de convivencia familiar en donde probablemente surgen dificultades en las relaciones como manejo de autoridad, el uso de los tiempos y espacios familiares, la manifestación de afecto, el seguimiento de las normas, los cuales pueden ser motivos de asesoría familiar.

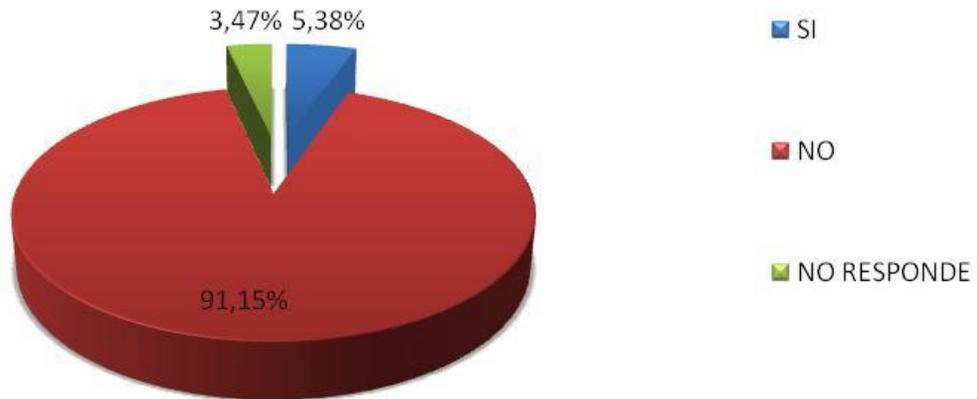
8. TABLA No. 30 ¿SE ENCUENTRAN EN LA ACTUALIDAD EN PSICOTERAPIA?

SE ENCUENTRAN EN PSCIOTERAPIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	5.38 %
NO	237	91.15 %
NO RESPONDEN	9	3.47 %
TOTAL	260	100%



GRAFICO No. 30

¿SE ENCUENTRAN EN LA ACTUALIDAD EN PSICOTERAPIA?



14 estudiantes respondieron que SI, es decir el 5.38% de la población encuestada. Mientras que 237 estudiantes respondieron que no se encuentran en psicoterapia en la actualidad o sea que el 91.15% de la población encuestada no se encuentra en la actualidad recibiendo algún tipo de orientación psicológica. 9 estudiantes no respondieron a la pregunta es decir el 3.47% de los estudiantes.

Al parecer los estudiantes no presentan necesidades de atención psicológica, pero también puede ser que por dificultades económicas no accesen a este tipo de servicios.

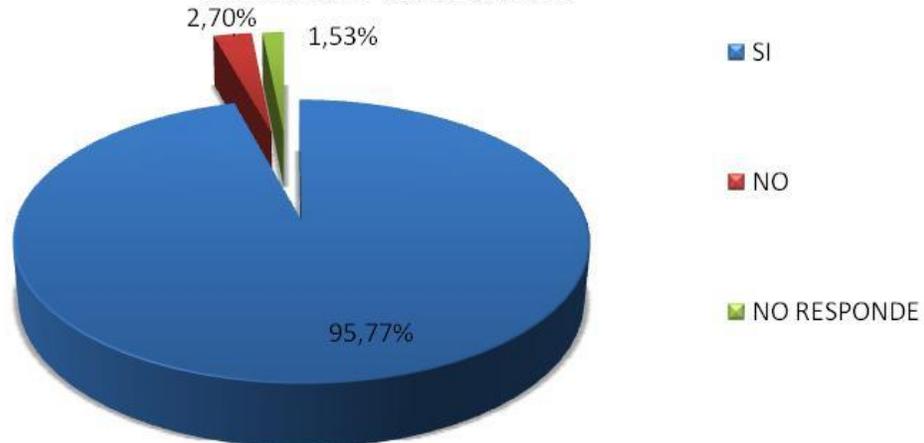
9. TABLA No. 31 ¿LES GUSTARIA QUE SE CREARA EN LA USB UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA?

LES GUSTARIA QUE SE CREARA EN LA USB UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA?:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	249	95.77 %
NO	7	2.70 %
NO RESPONDE	4	1.53 %
TOTAL	260	100 %



GRAFICO No. 31

¿LES GUSTARIA QUE SE CREARA EN LA USB UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA?



La respuesta a esta pregunta es muy significativa en cuanto que los estudiantes encuestados en un 95.77% respondieron que sí. 7 estudiantes respondieron que no y 4 estudiantes no registran ninguna información al respecto en un porcentaje de 2.70% y los estudiantes el cual no respondieron fueron el 1.53%. El hecho que los estudiantes encuestados contesten afirmativamente a esta pregunta supone que hay en la población estudiantil una toma de conciencia frente a los diferentes eventos que afectan la salud mental de las personas.

En los últimos tiempos el tema de salud mental es motivo de preocupación de diversos organismos, entidades e instituciones que tienen como objetivo el respeto por los derechos humanos. La salud mental es uno de los derechos fundamentales



de los individuos, por ellos se hace importante la generación de mecanismos de regulación de comportamientos y actitudes hacia la vida que puedan atender con un desarrollo saludable.



CONCLUSIONES

Con base en la información arrojada se puede concluir lo siguiente:

Los servicios psicológicos más utilizados por los estudiantes y sus familias en el último año (2007-02 y 2008-01) han sido los talleres de crecimiento personal y la terapia de grupo, lo cual está relacionado con las asignaturas del currículo, que consideran el crecimiento intragrupal, el proyecto de competencias psicológicas y asignaturas como formación en valores y autodesarrollo, como importantes para la formación integral de los estudiantes.

Los programas que desarrollan de manera importante estos espacios son: Enfermería, Psicología, Ing. Industrial, de sistemas y de Mercadeo.

Los servicios más utilizados son los que convocan la participación de los estudiantes en los diferentes contextos en que se desenvuelven en el siguiente orden de prioridad: Universidad, contexto laboral y contexto educativo.

Los servicios menos utilizados son los orientados a trabajar los hábitos de estudio y la evaluación psicopedagógica.

Las actividades de prevención a las drogas son utilizadas en su mayoría por los estudiantes de las Ingenierías industrial y de sistemas.

El servicio de evaluación psicopedagógica ha sido muy poco utilizado y el programa que más lo ha solicitado es Medicina.

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que en general la mayoría de los estudiantes encuestados son procedentes de Barranquilla y en segunda estancia de Soledad (92 % aprox.), lo cual señala



que son pocos los que están expuestos a eventos estresantes como el desplazamiento a sus hogares.

Los estudiantes de los diferentes programas de la universidad Simón Bolívar a pesar de su condición de desempleo, de bajos ingresos económicos mensuales, presentan un elevado interés por los procesos encaminados a la mejora de su salud mental, además de ello son consientes de la importancia de la creación de un CAPSI al interior de la Universidad Simón Bolívar pero sobre todo tienen como actividad principal el estudio. Esto demuestra un marcado interés por el logro de sus objetivos personales y profesionales.

Por otra parte se podría afirmar que el hecho de que el mayor número de encuestados sean de género femenino coincide altamente con los servicios psicológicos más solicitados por los estudiantes como lo son: el de crecimiento y desarrollo, crecimiento personal, y terapia de grupo temas de vital importancia para la mujer de hoy. Este aspecto relacionado con el género permite también inferir que la mayor población de la universidad Simón Bolívar son mujeres esto va de la mano con el marcado interés de la mujer de la actualidad y sus deseos de superación.

Otro aspecto importante de destacar es que el estado civil de la mayoría de los estudiantes encuestados es soltero, esto a su vez coincide con el hecho de que los estudiantes vivan en casa de familia. Si bien es cierto que esta información es de carácter global permite tener una idea de las características socio-demográficas esenciales de la población Bolivariana.



SUGERENCIAS

Se sugiere agregar en el currículo de todos los programas talleres de crecimiento personal, el proyecto de competencias psicológicas y la formación en valores los sensibilizara para interesarse en la búsqueda de apoyo para lograr su autoconocimiento, reconocer sus debilidades y fortalezas.

Se le sugiere a la comunidad estudiantil hacer parte de los talleres de terapias de grupo que puedan ser promovidos por la universidad, ya que con estos el estudiante se ayuda a conocerse así mismo.

Que los programas de las ciencias de la salud realicen actividades de sensibilización relacionadas con el Desarrollo infantil, adolescente y adulto que le permita a los estudiantes conocer las dinámicas propias de cada etapa y sus características psicológicas que posiblemente puedan ser intervenidas para mantener la salud mental.

Los estudiantes de semestres avanzados pueden realizar talleres, seminarios con respecto a la importancia de conocer la psicología infantil, ya que le dará una visión más clara al adulto de cómo enfrentar problemáticas en la infancia con sus respectivas familias.

Si se logra involucrar la comunidad estudiantil en estos temas lograrán un mayor aprendizaje sobre las problemáticas que existen en la etapas del ciclo vital individual y familiar del ser humano.

A pesar de que es un contexto universitario, la escuela de padres sería un elemento de apoyo importante que puede ser implementado por el CAPSI BOLIVARIANO, pues los padres tendrán elementos par acompañar a sus hijos en la etapa adulta. Esto logrará consolidar redes sociales que favorecerán el trabajo docente.



A nivel investigativo se sugiere realizar un estudio descriptivo sobre la salud mental de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar, en donde se exploren las problemáticas más frecuentes en los estudiantes de la universidad.

El CAPSI BOLIVARIANO también podrá liderar campañas de sensibilización y prevención sobre los problemas psicológicos típicos de los universitarios y los servicios psicológicos a los cuales pueden acudir.

Desde el punto de vista educativo, el CAPSI BOLIVARIANO, puede apoyar los procesos pedagógicos realizando seguimiento individual a los estudiantes y profesores que tienen dificultades de aprendizaje y de manejo relaciona con los estudiantes.

El CAPSI BOLIVARIANO podría apoyar a los programas de la universidad en el desarrollo de talleres relacionados con el Manejo del estrés académico, laboral y familiar, Actividades preventivas del consumo de drogas, alcohol y cigarrillo, entre otros.

EL CAPSI Bolivariano también puede apoyar el desarrollo saludable de las relaciones de pareja, ya sean de noviazgo o consolidadas, a través terapias personales y grupales en donde se provean herramientas que permitan el fortalecimiento de la relación.

El CAPSI BOLIVARIANO puede establecer convenios con instituciones gubernamentales y no gubernamentales que le brinden apoyo en la realización de talleres. Por lo tanto es muy importante que estén vinculados, estudiantes de pregrado y de posgrado tanto del programa de Psicología como de la Maestría en Psicología y la Especialización en Pedagogía con el fin de hacer una intervención integral.





BIBLIOGRAFÍAS

Diane E, Papalia, Sally Wendkos Olds, (1997) Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica (Sexta edición) Editorial Mc Graw Hill, págs. 202-203-213-215.

De Bord, Karen, Especialista Estatal en Desarrollo Infantil, Desarrollo Pre-escolar. págs. 1-2

Lois Hoffman/Scott paros/Elizabeth hall. Editorial.Mc Graw Hill pags122-123-124-125-126-127-128-129 año de publicación 1996. Edición sexta.

Al Nakeeb. Z., Alcázar, J., Fernández, H., Malangón, R, & Molina, B. (2004). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. [Documento HTML]. Disponible en web: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html>

Arrivillaga, M., Cortés, C, Goicochea, V. & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, 3, 17-25.

Correspondencia a: Félix Cova Solar, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Barrio Universitario s/n, Concepción. Fono: 41-2204323. E-mail: fecova@giudec.cl

Cova, F, Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). *Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media*, *Revista Chilena de Pediatría* 78(2), 153-161.

Cova, F., Melipillán, R., Rincón, P. & Valdivia, M. *Propiedadespsicométricas del Inventario de Depresien adolescentes chilenos, Terapia Psicológica (aceptado para su publicación)*.

Florenzano, R. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Stgo: PUC.

Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C, González, I., Sepúlveda, R. & Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.

Galli, E., Feijoo, L. & Roig, I. (2002). Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: Informe preliminar epidemiológico. *Revista Médica Herediana*, 13 (1), 19-25.



Guavita, P & Sanabria, P (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(2), 76-87.

Hidalgo, E., Cendali, J., Cerutti, M., Cuenca, J. & Kappaun, B. (2004). *Estudio de prevalencia de depresión en estudiantes de 5to año de medicina en la facultad UNNE*. Facultad de Medicina - UNNE - Moreno 1240 (Ctes). [Documento HTML]. Disponible en web: [uam.es](http://www.unne.edu.ar/Web/cvt/com2004/) Directorio: <http://www.unne.edu.ar/Web/cvt/com2004/>

Huaquín, V. & Loaiza, R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la facultad de medicina de la Universidad Austral de Chile. *Estudios Pedagógicos*, 30, 39-59.

Marty, C, Lavin, M., Figueroa, M., Larrain, D. & Cruz, C. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 43(1), 25-32.

Minsal (2007). *Tasas de mortalidad ajustadas por edad 1985-1999 y proyecciones de la mortalidad 2000-2010 según causas específicas y sexo*. [Documento HTML]. Disponible en web: <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>

Obiols, J. (1996). Marcadores de riesgo para trastornos del espectro esquizofrénico en la adolescencia. En: J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.

Ovuga E., Boardman J. & Wasserman D. (2006). Salud mental de los estudiantes de la Universidad de Makerere, Uganda. *World Psychiatry*, 4(1): 51-52.

Pallavicini, J., Venegas, L. & Romo, O. (1988). Estrés en estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Chile. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 25, 23-29.

Perales, A., Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 239-246.

Riffo, P., Pérez, M., González, M. & Aranda (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de hábito del comer en estudiantes de medicina. *Revista Chilena Salud Pública*, 7(3), 146-149.

Rioseco, P, Valdivia, S., Vicente, B., Vielma, M. & Jerez, M. (1996). Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 11 (3), 158-165.



Salvo L., Rioseco P & Salvo S. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. *Revista de Psiquiatría*, 1, 30-4.

Sanz, J. & Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 91, 59-84.

Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.

Valdivia, M. & Condeza, M. I. (2006). *Psiquiatría del adolescente*. Santiago: Mediterráneo.

www.down21.org/act_social/relaciones/main.htm

www.psicocorporal.com/deficnicio/dterapia.htm.

<http://www.ces.ncsu.edu/depts/fcs-382> 10 de abril/08.

<http://monografias.com/trabajos55/edad-escolar/edad-escolar.shtml>. autor:ernestina Cuevas Maciel capitulo 1 pag1.

<http://globalconsultor.blogspot.com/2008/04/relaciones-interpersonales-htm>.

www.cuc.edu.co. (fecha de consulta agosto 8 del 2008)

www.unimagdalaena.edu.co. (fecha de consulta agosto 8 del 2008)

www.uninorte.edu.co. (fecha de consulta agosto 8 del 2008)

www.ucpr.edu.co Universidad Católica De Risaralda. (Fecha de consulta agosto 9 del 2008)

www.unimanizales.edu.co Universidad De Manizales. Fecha de consulta agosto 9 del 2008.

www.unitecnologica.edu.co/servicios/institucionales/capsi. Universidad Tecnológica. Fecha de consulta agosto 9 del 2008.

www.usta.edu.co Universidad De Santo Tomas. Bogotá. Fecha de consulta agosto 9 del 2008.

www.salucoop.coop/pyp% crecimiento y desarrollo. Fecha de consulta 10 de agosto/2008.

www.sosalago.freceservers.com/estudiante2 fecha de consulta 10 de agosto del 2008.



www.cepu.com/articulos/salud_infantil.shtml. Fecha de consulta 11 de agosto del 2008.

www.bebes.angelitos.com/Infancia/psicologiainfantilphp. proyecto escuela de padres agustiniano. Fecha de consulta 10 de agosto.

www.monografias.com/trabajos14/orienvacac/orienvacashtm.

www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/abuso-de-drogas-en-adolescentes-prevencion-ydetencion-precoz. Fecha de consulta 11 de agosto/2008

http://www.volmaees/index.php?option=com_conten&task=view&id=650&itemid=33. Fecha de consulta 12 de agosto/2008

www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=183 fecha de consulta 11 de agosto del 2008.



ANEXOS



UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

Proyecto: Estudio de factibilidad para el diseño y montaje de un Centro de Atención Psicológica

CAPSI

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, PARA EL DISEÑO Y MONTAJE DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA- CAPSI.

OBJETIVO DE LA ENCUESTA

Conocer las necesidades de atención psicológica de los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar, con el fin de diseñar e implementar un Centro de Atención Psicológica que pueda suplirlas.

1. INFORMACIÓN PERSONAL



FECHA:	EDAD:
LUGAR DE PROCEDENCIA:	LUGAR DE RESIDENCIA:
BARRIO:	E-MAIL:
EN BARRANQUILLA <input type="checkbox"/> ATLANTICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
SEXO:	JORNADA:
MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
PROGRAMA ACADÉMICO:	SEMESTRE:



ESTADO CIVIL: CONVIVENCIA:	OTRAS FORMAS DE	TRABAJA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> VIUDO(A)	
ACTIVIDAD PRINCIPAL A LA QUE SE DEDICA:		
CARGO:	VIVE EN CASA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INGRESOS EN SMLV: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 O MÁS <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7 O MÁS <input type="checkbox"/>	



CUÁL ES EL GRADO DE CONSANGUINIDAD ENTRE USTED Y LAS PERSONAS CON QUIEN CONVIVE?

1 2 3 NINGUNO

2. INFORMACION DE LOS PADRES

ESTADO CIVIL:

SOLTERO CASADO

OTRAS FORMAS DE

CONVIVENCIA:

UNIÓN LIBRE SEPARADO

OTRO

CONVIVEN

SI NO



ACTIVIDAD PRINCIPAL A LA QUE SE DEDICA DEL PADRE: TRABAJA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
CARGO DEL PADRE:		
LOS INGRESOS MENSUALES DE LA MADRE ESCEDEN EN SMLV: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 O MÁS <input type="checkbox"/>		
ACTIVIDAD PRINCIPAL A LA QUE SE DEDICA LA MADRE:		
CARGO:		
LOS INGRESOS MENSUALES DE LA		



MADRE ESCEDEN EN SMLV: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 O MÁS <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LOS OTROS MIEMBROS QUE CONVIVEN CON USTEDES : TRABAJAN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTOS: <input type="checkbox"/> ESTUDIAN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTOS: <input type="checkbox"/> DESEMPLEADAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTOS: <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE PERSONAS QUE TRABAJAN: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 O MÁS <input type="checkbox"/>	
LOS INGRESOS MENSUALES DE TODAS LAS PERSONAS ESCEDEN EN SMLV: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 O MÁS <input type="checkbox"/>	NIVEL DE ESCOLARIDAD PROMEDIO PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/>
3. SERVICIOS TERAPEUTICOS	



CUALES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA HAN RECIBIDO UDS. O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESPECIFIQUE EL NUMERO SE SESIONES U HORAS:

PSICOLOGÍA INFANTIL

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

TERAPIA FAMILIAR

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

TERAPIA DE PAREJA



1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

TERAPIA DE GRUPO

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y PROFESIONAL:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:



INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DE APRENDIZAJE:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

TALLERES DE CRECIMIENTO PERSONAL (CUAL): _____

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

ESCUELA DE PADRES:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:



ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO :

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE PROBLEMÁTICAS ADICTIVAS EN LOS ADOLESCENTES Y ESCOLARES:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:



TALLERES DE RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE LOS ADOLESCENTES:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS HORAS:

CONVIVENCIAS ESTUDIANTILES:

1-5 5-10 10-15 15 O MÁS OTRO
CUÁL? _____

¿CUÁNTO DINERO HA PAGADO POR LA PRESTACIÓN DE CADA SERVICIO PSICOLÓGICOS?:

1.000-5.000 5.000-10.000 10.000-20.000 20.000 GRATUITO O MAS:

ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN PSICOTERAPIA SI NO



EN QUE TIPO DE INSTITUCIÓN RECIBE PSICOTERAPIA?:

PÚBLICA PRIVADA UNIVERSITARIA OTRO (CUÁL) _____

CUALES DE LAS SIGUIENTES PROBLEMÁTICAS QUE LO HA LLEVADO A BUSCAR AYUDA PSICOLÓGICA:

- DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
- CONFLICTOS ENTRE PADRES E HIJOS
- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
- ADICCION A LAS DROGAS
- ORIENTACION DE LOS HIJOS
- HABITOS DE ESTUDIO
- CONFLICTO CONYUGAL
- RELACIONES INTERPERSONALES
- OTRO (CUÁL) _____



Le gustaría que la Universidad Simón Bolívar prestara los servicios de atención psicológica a través de un CENTRO DE ATENCIÓN Ubicado en sus instalaciones físicas?

Que tipos de servicios desearía recibir? Especifique

Si No

NOMBRE DEL ENCUESTADOR _____



