

CARACTERIZACIÓN DE LOS ASISTENTES AL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES, 2006-2010

María del Rosario López Jaramillo*
Diana Marcela Montoya Londoño**
Carmen Dussán Lubert***

Recibido en agosto 1 de 2012, aceptado en octubre 30 de 2012

Resumen

Objetivo: Describir las diferentes variables asociadas a las características sociodemográficas, motivo de consulta e Impresión diagnóstica de los consultantes que asistieron al servicio del CAP en el periodo 2006-2010. Fecha y lugar de ejecución del estudio: Manizales, 2011. **Métodos:** La investigación de corte longitudinal hace énfasis en la descripción de las variables. Se trabajó con las bases de datos y el registro de historias clínicas del Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales, que contenían la información de los 1233 consultantes que asistieron al mismo durante los años 2006-2010. **Resultados:** Se evidenció disminución en la consulta psicológica en el centro durante los años bajo estudio así como la necesidad de estandarizar los instrumentos utilizados en el mismo, de acuerdo con las categorías propias del DSM-IV y el CIE-10, además de capacitar a las personas que tramitan tales instrumentos ante la necesidad de diligenciarlos completamente. **Conclusiones:** El servicio de atención psicológica que brinda el CAP es utilizado principalmente por personas solteras, en su gran mayoría del género femenino y jóvenes. Cerca del 50% de los consultantes son estudiantes universitarios. Los motivos de consulta más frecuentes en niños, niñas y adolescentes fueron los trastornos de conducta (27,1%), trastornos adaptativos (19,2%), conflictos personales (9,9%) y conflictos de pareja (7,3%). Para los mayores de edad, los conflictos de pareja (23,7%), conflictos personales (13,2%), depresión (12,6%) y trastorno adaptativo (12,5%). Tanto para los menores de edad como para los adultos, los trastornos adaptativos, la depresión y los conflictos personales, fueron las impresiones diagnósticas más recurrentes (47,2%, 3,2% y 4,5%, para menores de edad y 38,5%, 7,7% y 5,3% para adultos, respectivamente).

Palabras clave

Salud mental, psicología, prevalencia, promoción de la salud (*fuentes: DeCS, Bireme*).

* Psicóloga. Magíster en Psicología con profundización clínica y énfasis en psicología fenomenológica existencial. Programa de Psicología, Centro de Atención Psicológica, Universidad de Manizales. Correo electrónico: direccióncap@umanizales.edu.co

** Psicóloga. Licenciada en Educación con énfasis en administración educativa. Magíster en Educación con énfasis en relaciones pedagógicas. Magíster en Neuropsicología. Programa de Psicología, Universidad de Manizales. Departamento de Estudios Educativos, Universidad de Caldas. Correos electrónicos: dmontoya@umanizales.edu.co; diana.montoya@ucaldas.edu.co

*** Ingeniera Química. Magíster en Enseñanza de la Matemática. Departamento de Matemáticas, Universidad de Caldas. Autor de correspondencia. Correo electrónico: carmen.dussan@ucaldas.edu.co

CHARACTERIZATION OF ATTENDANTS TO THE PSYCHOLOGICAL SERVICE CENTER AT UNIVERSIDAD DE MANIZALES, 2006 – 2007

Abstract

Objective: To describe the various variables associated to the social-demographic characteristics, the reason for consultation and diagnostic impressions of the patients who took the CAP service from 2006 to 2010. Date and Place of the Research Study: Manizales, Colombia, 2011. **Methods:** This longitudinal research study emphasizes on the description of the variables. The working material was the databases and the registry of CAP – Universidad de Manizales' clinical histories, containing data from 1,233 patients who attended the Center from 2006 to 2010. **Results:** A decrease in the psychological consultation at the Center during the years under study as well as the need to standardize the instruments used, according to the categories set by DSM-IV and CIE-10 were evidenced. It became also necessary to train the personnel in charge of managing such instruments to fill them out completely. **Conclusions:** The psychological care service provided by CAP is used mainly by single people, most of them women and youngsters. Around 50% of the consultants are university students. The most frequent reasons for consultation in boys, girls and adolescents were behavior disorders (27.1%), adaptive disorders (19.2%), personal conflicts (9.9%) and couple conflicts (7.3%). Adults' reasons for consultation were couple conflicts (23.7%), personal conflicts (13.2%), depression (12.6%) and adaptive disorders (12.5%). Both for under age and adults, adaptive disorders, depression and personal conflicts were the most recurring diagnostic impressions (47.2%, 3.2%, and 4.5% for under age and 38.5%, 7.7% and 5.3% for adults, respectively).

Key words

Mental health, psychology, prevalence, health promotion (*source: DeCS, Bireme*).

CARACTERIZAÇÃO DOS ASSISTENTES AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA DA UNIVERSIDADE DE MANIZALES, 2006- 2010.

Resumo

Objetivo: Descrever as diferentes variáveis associadas às características, motivo de consulta e Impressão diagnóstica das pessoas que assistiram ao serviço do CAP no período 2006-2010. Data e lugar de execução do estudo: Manizales, 2011. **Métodos:** A pesquisa de corte longitudinal faz ênfase na descrição das variáveis. Trabalhou-se com as bases de dados e o registro de históricas clínicas do Centro de Atenção Psicológica (CAP) – Universidade de Manizales, que continham a informação dos 1233 pessoas que assistiram ao mesmo durante os anos 2006-2010. **Resultados:** Evidenciou-se diminuição na consulta psicológica no centro durante os anos baixo estudo assim como a necessidade de standardizar os instrumentos utilizados no mesmo, de acordo com as categorias próprias do DSM-IV e o CIE-10, além de capacitar às pessoas que tramitam tais instrumentos ante a necessidade de diligenciar- os completamente. **Conclusões:** O serviço de atenção psicológica que brinda o CAP é utilizado principalmente por pessoas solteiras, em seu grão maioria do gênero feminino e jovem. Perto dos 50% das pessoas que vão a consultar são estudantes universitários. Os motivos de consulta mais frequentes em meninos e meninas e adolescentes foram os transtornos de conduta (27,1%), transtornos adaptativos (19,2%), conflitos pessoais (9,9%) e conflitos de casal (7,3%). Para os maiores de idade, os conflitos de casal (23,7%), conflitos pessoais (13,2%), depressão (12,6%) e transtorno adaptativo (12,5%). Tanto para os menores de idade como para os adultos, os transtornos adaptativos, a depressão e os conflitos pessoais, foram as impressões diagnósticas mais recorrentes (47,2%, 3,2% e 4,5%, para menores de idade e 38,5%, 7,7% e 5,3% para adultos, respectivamente).

Palavras chave

Saúde mental, psicologia, prevalência, promoção da saúde (*fonte: DeCS, Bireme*).

INTRODUCCIÓN

Como parte de su responsabilidad social y para ayudar a dar respuestas a la indiferencia que al parecer existe por la búsqueda del bienestar psicológico y la prevención de la enfermedad mental (1), así como por las altas prevalencias de algunos de los trastornos mentales reportados en Latinoamérica (2) y en el Departamento de Caldas a 2009 (3), además de las diferencias que se establecen por género en cuanto a las enfermedades mentales (4), la Universidad de Manizales a través del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Manizales (CAP), creado en 1979, buscó autoevaluarse, establecer líneas base para las principales problemáticas en salud mental y nivel de cobertura en el centro, así como definir programas de investigación ha desarrollarse, iniciando por identificar cuantitativamente lo realizado por el CAP en sus últimos 5 años de funcionamiento.

Lo anterior llevó a postular la presente investigación, la que se realizó durante el segundo semestre del 2010, a partir del análisis de 1233 historias clínicas según protocolo para registro de consultantes, estudio que tuvo como objetivo describir las diferentes variables asociadas a las características sociodemográficas, motivo de consulta e impresión diagnóstica de los consultantes que asistieron al servicio del CAP en el periodo 2006 a 2010, análisis que permitiría describir según criterio de ingreso y aproximación diagnóstica el estado de salud mental de la población atendida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Longitudinal, descriptiva.

Población y muestra

Se trabajó con la población conformada por todos los pacientes (1233) que asistieron al Centro de

atención psicológica CAP en la Universidad de Manizales durante los años comprendidos entre 2006 y 2010. Por lo anterior, y en vista que no se trabajaron muestras, los valores obtenidos en esta investigación de promedios, proporciones, coeficientes de variación, etc., son parámetros, lo que implica que no se requirió del uso de la inferencia estadística (5, 6).

Recolección de información

La información se obtuvo directamente de las bases de datos y registro de historias clínicas del Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales, a partir del formato para registro de consultantes.

Variables utilizadas en la investigación

Las variables incluidas en el estudio de acuerdo con las bases de datos que actualmente trabaja el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales, fueron: fecha de consulta, procedencia, edad, sexo, estado civil, escolaridad, tipo de estudios, situación laboral, motivo de consulta, impresión diagnóstica y número de sesiones.

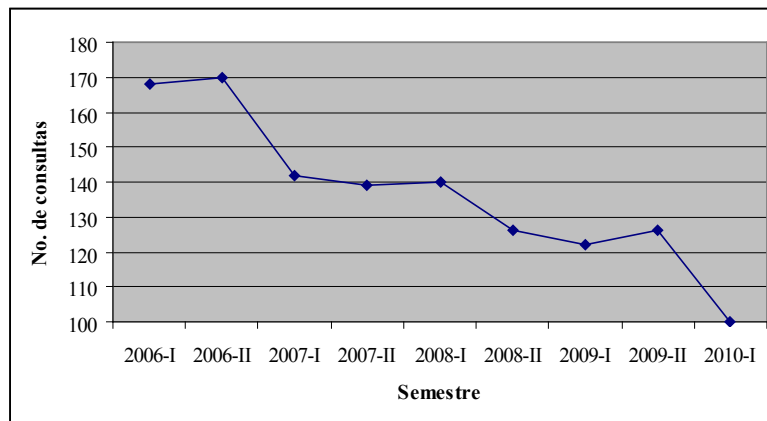
Análisis de la información

Con base en la información disponible se construyó una matriz de datos en el programa SPSS (V. 18) con el que se realizó la descripción de cada una de las variables.

RESULTADOS

Descripción y caracterización de cada una de las variables

Número de consultas por semestre: la Figura 1 muestra cómo ha venido disminuyendo el número de consultas semestre tras semestre desde 2006 hasta el I semestre de 2010.

Figura 1. Número de consultas por semestre

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con las bases de datos manejadas por el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales.

Procedencia: todos los pacientes atendidos en el Centro de Atención Psicológica (CAP) provienen de Caldas, la gran mayoría de Manizales (95,8%), y los demás, de los municipios de Villamaría (1,8%), Chinchiná (1,2%), Neira (0,9%) y El Tablazo (0,3%).

Sexo: del total de pacientes evaluados (1233), el 60% eran mujeres, entre las que hubo 269 niñas o adolescentes. Así mismo, de los 493 hombres analizados, 267 eran menores de edad (para este estudio se trabajó como menor de edad a todas aquellas personas con 18 o menos años).

Edad: en la población analizada se encontró que el 56,5% de los consultantes eran mayores de edad (mayores de 18 años), mientras que el porcentaje restante (43,5%) correspondió a niños o adolescentes (18 años o menos). La edad promedio de estos últimos fue de 11 años, con un mínimo de 2 años y un máximo de 18. El 25% de estas personas tenía 8 o menos años (cuartil 1), mientras que el 25% mayor poseía entre 17 y 18 años.

Para los mayores de 18 años, un dato extremo a la derecha (74 años), hace que la media (27 años) se desplace en ese mismo sentido y sea mayor a la mediana (24 años) y moda (19 años), sin embargo,

el coeficiente de variación indica menor dispersión en esta variable para los adultos (33,3%) que para los menores de edad (39,2%).

El grupo etario de mayor consulta es el comprendido entre los 17 y 23 años.

Estado civil: coincidiendo con lo reportado en cuanto a la edad de los consultantes mayores de edad, se encontró que estas personas en su mayoría eran solteras (71,3%), y que únicamente un 23,1% era casada o vivía en unión libre (16,1% y 7,0%, respectivamente). Así mismo, un 4,3% de esta población mayor de edad era divorciada o separada y un 1,3% viudo.

Para los menores de edad, llamó la atención la presencia de un viudo y dos personas casadas o en unión libre.

Escolaridad: casi la mitad de los consultantes del Centro de Atención Psicológica (CAP) tiene estudios universitarios (47,3%), la cuarta parte secundaria (25,1%), el 21,1% primaria, el 3,8% jardín-transición o preescolar, el 2,8% algún estudio técnico o tecnólogo y al 0,6% restante no se le registró esta información.

La Tabla 1 sugiere la hipótesis de que al CAP asisten estudiantes en particular de la Universidad de Manizales y de sus programas de Psicología, Mercadeo, Comunicación Social y Periodismo, Medicina o Derecho (estos dos últimos también presentes en otra universidad de la ciudad).

Se observa además, que estudiantes de otras carreras como Agronomía, Diseño Visual, Filosofía y Trabajo Social, se presentan en menores porcentajes (programas estos ligados a otras universidades).

Tabla 1. Programa que estudia o estudió el consultante

Carrera	Porcentaje
Psicología	32,1
Mercadeo	11,0
Medicina	10,6
Derecho	10,1
Ingeniería	8,2
Com. Social y Periodismo	6,7
Administración y afines	5,6
Contaduría	3,4
Enfermería	1,5
Educación	1,3
Otras	9,6

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con las bases de datos manejadas por el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales.

Situación laboral: de las personas mayores de edad que consultan, un 35,3% trabaja, un 64,4% no lo hace, y para el porcentaje restante se desconoce su situación laboral.

Lo anterior es consistente con la demanda del servicio en mayor medida por parte de la población universitaria (47,3%).

Motivo de consulta: en menores de edad los motivos más frecuentes de consulta fueron

(Tabla 2): los trastornos de conducta (27,1%), los trastornos adaptativos (19,2%), los conflictos personales (9,9%) y los conflictos de pareja (7,3%).

Tabla 2. Motivo de consulta en niños o adolescentes

Motivo de consulta	Porcentaje
Abuso de sustancias	1,7
Abuso sexual	1,5
Ansiedad	0,9
Baja autoestima	1,9
Bajo rendimiento académico	4,7
Conflictos de pareja	7,3
Conflictos personales	9,9
Depresión	6,0
Evaluación psicológica	7,8
Gestos e intento suicida	0,2
Psicosis	0,2
TAB*	0,9
TDAH**	0,4
Trastorno adaptativo	19,2
Trastornos de la alimentación	0,7
Trastornos de la conducta	27,1
Trastornos del desarrollo	0,2
Trastornos del sueño	0,4
Sin información	9,1

* TAB: trastorno afectivo bipolar.

** TDAH: trastorno por deficiencia de atención e hiperactividad.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con las bases de datos manejadas por el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales.

Para los mayores de edad (Tabla 3), los conflictos de pareja (23,7%), conflictos personales (13,2%), depresión (12,6%) y trastorno adaptativo (12,5%) son los motivos más comunes de consulta. Así mismo, se evidencia un 11,2% de los casos en los que la información no fue registrada.

Tabla 3. Motivo de consulta en mayores de edad

Motivo de consulta	Porcentaje
Abuso de sustancias	2,9
Abuso sexual	0,3
Ansiedad	4,3
Baja autoestima	6,0
Bajo rendimiento académico	0,6
Conflicto de pareja	23,7
Conflictos personales	13,2
Depresión	12,6
Evaluación psicológica	4,6
Gestos e intento suicida	1,3
Psicosis	0,4
TAB	1,0
TDAH	0,1
Trastorno adaptativo	12,5
Trastorno de la alimentación	1,1
Trastornos de la conducta	4,0
Trastornos del sueño	0,1
Sin información	11,2

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con las bases de datos manejadas por el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales.

Impresión diagnóstica: tanto para los menores de edad (Tabla 4), como para los adultos (Tabla 5), los trastornos adaptativos, la depresión y los conflictos personales, fueron las impresiones diagnósticas más recurrentes (47,2%, 3,2% y 4,5% para menores de edad, y 38,5%, 7,7% y 5,3% para adultos, respectivamente). Pero nuevamente se insiste en la preocupación, porque en una cuarta parte de los casos en los menores de edad y un 29,0% en adultos, tal impresión no fue registrada.

Tabla 4. Impresión diagnóstica en niños o adolescentes

Impresión diagnóstica	Porcentaje
Abuso de sustancias	1,1
Abuso sexual	0,2
Ansiedad	3,5
Conflictos de pareja	0,6
Conflictos personales	4,5
Depresión	3,2

Impresión diagnóstica	Porcentaje
No especificada	0,7
Paciente sano	1,1
TAB	1,1
TDAH	2,8
Trastornos adaptativos	47,2
Trastornos de la alimentación	1,1
Trastornos de la conducta	3,9
Trastornos de la personalidad	1,1
Trastornos del aprendizaje	1,3
Trastornos del desarrollo	0,6
Trastornos del sueño	0,6
Sin información	25,4

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con las bases de datos manejadas por el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales.

Tabla 5. Impresión diagnóstica en mayores de edad

Impresión diagnóstica	Porcentaje
Trastorno por aversión al sexo	0,1
Abuso de sustancias	1,7
Ansiedad	4,7
Baja autoestima	0,4
Conflictos de pareja	2,9
Conflictos personales	5,3
Desarrollo personal	0,3
Depresión	7,7
No especificado	1,1
Paciente sano	1,0
Psicosis	0,4
TAB	1,0
Trastorno mental no especificado	0,1
Trastornos adaptativos	38,5
Trastornos conversivos	0,1
Trastornos de la alimentación	1,6
Trastornos de la conducta	0,7
Trastornos de la personalidad	3,0
Trastornos del sueño	0,1
Sin información	29,0

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con las bases de datos manejadas por el Centro de Atención Psicológica (CAP) – Universidad de Manizales.

Número de sesiones: para el 59,4% de los adultos y el 40,6% de niños y adolescentes, no se registró el número de sesiones; además en 6 casos (5 adultos y un niño) aparece cero sesiones en el registro. Para los casos registrados se tiene que en menores de edad la media fue de 5 sesiones, con una mediana de 4 y una moda de 1 sesión; el coeficiente de variación de 72,3% indica una alta variabilidad en esta variable.

Para los mayores de edad la media fue de 4,8 sesiones, mediana de 4 y moda de 1 sesión. Nuevamente el coeficiente de variación de 75,8% indica una variabilidad alta en esta variable.

DISCUSIÓN

Descripción y caracterización de cada una de las variables

Número de consultas por semestre: la disminución en el número de consultas desde 2006 hasta el I semestre de 2010, muestra que aunque se considera que la salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades; en la mayor parte del mundo, no se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales, la misma importancia que a la salud física; por el contrario la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia (1), por lo mismo, no parece existir una cultura de la búsqueda del bienestar psicológico y la prevención de la enfermedad a partir de la solicitud del servicio de consulta psicológica.

Procedencia: la presencia que tiene el centro en la ciudad es coherente con la misión y visión de la Universidad de Manizales¹, pero deja en evidencia la necesidad que él mismo, se constituya en un epicentro para el Departamento de Caldas en alcance, cobertura y población beneficiada, lo que

redundará en el mejoramiento de las condiciones de salud mental de sus pobladores, pues preocupa las tasas actuales de prevalencia de los trastornos mentales en Latinoamérica que subestiman el número real de personas sin atención (2), así como las prevalencias encontradas por el trabajo más reciente de investigación en salud mental realizado en el Departamento a 2009 (3): trastornos del comportamiento en los niños y adolescentes (8,7%), trastornos depresivos (13,3%), prevalencia de año para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales (2,3%). La misma investigación reportó para personas mayores de 18 años que la prevalencia actual para cualquier trastorno mental era del 15,1% y la de vida de 27,4%. En el mismo estudio se encontró que los trastornos mentales más frecuentes fueron los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. La prevalencia de año para abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales del 5,4%. El alcohol fue la sustancia que se asoció con mayor frecuencia al abuso/dependencia con una prevalencia de 4,7% y las sustancias ilegales asociadas con más frecuencia al abuso/dependencia fueron la marihuana y la cocaína.

Sexo: la distribución de la población por esta variable puede ser entendida desde varios puntos de vista: el primero, que la mujer presenta menos prejuicios que el hombre al momento de buscar ayuda de carácter psicológico. La segunda, que de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, el CAP sea conocido principalmente por estudiantes de programas de la Universidad de Manizales que en su mayoría están conformados por mujeres, tales como psicología y mercadeo (lo cual se mostró en la tabla 1). La tercera, que en la mujer se evidencie una mayor necesidad de atención psicológica o una mayor presencia de la enfermedad mental.

¹ La Universidad de Manizales, desde los principios de la solidaridad, la pluralidad, la equidad y la justicia social, despliega su acción educativa y cultural articulando los procesos de formación de profesionales críticos, creativos y comprometidos con el país; construcción de conocimiento válido y pertinente; e interacción con el entorno orientada a la promoción del desarrollo humano y social.

Este último caso coincidiría con un estudio que determinó que la falta de equidad en relación con el género femenino genera impacto en la salud mental de las mujeres, en cuanto normas sociales que refuerzan las diferencias en responsabilidades y roles sociales y que hacen que muchas mujeres estén sometidas a una importante sobrecarga, especialmente entre aquellas que tienen que compaginar su trabajo con las tareas domésticas y la crianza de los hijos (4).

El estudio de la salud mental y sus diferencias respecto a la variable género, es un tema de primera agenda en el Departamento de Caldas, en cuanto desde los lineamientos de política pública de salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas para el municipio de Manizales (Decreto 0005 de Enero del 2011) (7) estipulada por la Secretaría de Salud, se reconocen diferencias de género, en la medida que se considera que factores psicosociales relacionados con las diferencias de género que implican el rol social de la mujer y que están representadas en asimetrías en la distribución del trabajo y el capital social pueden influir en mayor medida en la presencia de enfermedades como la depresión y la ansiedad. Reconocimiento a la mujer que se confirma desde el modelo pedagógico en Caldas para la prevención del consumo de sustancias en el 2011 “Ser y crecer en Familia”, desde el cual se considera que la familia es el escenario fundamental para abordar la prevención y los programas de promoción de la salud, aprovechando su papel educador y reconociéndola como el principal espacio socializador, desde el cual la mujer es el eje articulador de los procesos de prevención y promoción de políticas de salud (8).

Dichas políticas públicas en el Departamento de Caldas son consistentes con los hallazgos de investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, donde se encontró que el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y los trastornos de ansiedad (TA) se encuentran en una relación de 1,3 y 2,6 veces mayor en mujeres que en hombres (9,10).

Las políticas públicas de salud mental que reconocen diferencias de género, parecen distanciarse de los hallazgos de un estudio neuropsiquiátrico realizado sobre los trastornos mentales en Caldas en el 2010, donde no se encontraron diferencias por género (3).

Edad: el grupo etario de mayor consulta es el comprendido entre los 17 y 23 años, lo que coincide con el momento del ciclo vital en el que se inicia la vida universitaria y con lo reportado por un estudio en cuanto que la salud mental de los estudiantes es una problemática frecuente en las Instituciones de Educación Superior (11).

El ingreso a la vida universitaria parece representar un factor de riesgo en la presentación de algunos trastornos, pues se considera que el ingreso a la Universidad marca el comienzo de una etapa con múltiples desafíos para los jóvenes. En este sentido, se considera que de forma paralela al ejercicio de una mayor autonomía, los estudiantes deben asumir mayores responsabilidades frente a las exigencias académicas y expectativas familiares que se tienden a convertir en una fuente de presión importante (12, 13), libertades y oportunidades que implican controlar mejor sus impulsos respecto a conductas de riesgo como lo serían el consumo de alcohol, y drogas que se incrementa en esta etapa (13 - 15), así como el inicio del desarrollo de su sexualidad y relaciones de pareja, además de la necesidad de adaptarse e integrarse a un nuevo grupo social (11).

Al parecer los cambios propios del ciclo vital del estudiante universitario, en su condición de adulto joven, sumados a los desafíos que implica el ingreso a la Educación superior, parecen constituirse en un escenario propicio para que los jóvenes que presenten factores de riesgo psicosocial, los manifiesten (12 - 19).

La perspectiva de considerar la vulnerabilidad del estudiante universitario frente al posible desencadenamiento de trastorno psicológico, es confirmada en un estudio realizado con 625

estudiantes universitarios en los que se encontró una prevalencia del 49,8 % para depresión, 58,1% para ansiedad, y 41,0% para ideación suicida (20).

Así mismo, las prevalencias para trastornos mentales en estudiantes universitarios establecidas en un estudio realizado con 103 estudiantes, permitió determinar que un 70,6% de la población estudiada indicó haber presentado algún trastorno mental alguna vez en la vida, con mayor prevalencia para los trastornos del estado de ánimo, seguidos de los trastornos de ansiedad y los asociados al uso de sustancias (21).

Estado civil: los hallazgos encontrados en esta investigación coinciden con los resultados derivados de otros estudios, en los que se encontró que un alto porcentaje de solteros asistía al servicio de consulta psicológica (78,6%) (21) y que el servicio de consulta psicológica se asumía como alternativa de afrontamiento a diferentes factores estresantes propios de la vida universitaria, que parecen influir en la presencia de diferentes síntomas emocionales, entre los que se encuentran los problemas relativos al grupo familiar primario (47,8%), las dificultades personales en el ambiente social (39,1%) y problemas relacionados con la enseñanza (13,0%) (22).

Escolaridad: el hecho que casi la mitad de los consultantes del CAP tiene estudios universitarios, coincide con los resultados encontrados en otro estudio realizado con 106 usuarios del servicio de consulta externa en psicología de una universidad colombiana, en el que se encontró que el 50% de la población era universitaria, pero en ese caso se explicó tal porcentaje por la remisión realizada desde el servicio psicológico de Bienestar Institucional de la misma Universidad (22).

Lo anterior indica la importancia que tiene el acompañamiento psicológico como servicio de salud ofrecido desde la Universidad para sus estudiantes, desde la figura de una atención psicológica temprana que favorezca

la implementación de programas de promoción de la salud, y prevención de la enfermedad, así como el adecuado tránsito del estudiante por la vida universitaria, y su graduación en el tiempo estimado para la realización de sus estudios; a fin de entrar a intervenir problemas recurrentes en la educación superior entre los que se encuentran los problemas de adaptación, la deserción, la repitencia y el rezago estudiantil (23), resaltando el hecho que el fracaso académico inherente al riesgo de deserción ha sido asociado con la depresión en al menos un 39,5% de los individuos evaluados (24 - 26).

La tabla 1 parece indicar poco conocimiento del centro en otros ámbitos universitarios diferentes al de la Universidad de Manizales, además se observa que la población infantil o adulta que consulta por el servicio de asesoría psicológica, es baja. Lo que permite plantear la necesidad de promover acciones que permitan trascender el nivel de alcance del centro y su impacto a nivel regional.

Motivo de consulta: los trastornos de conducta encontrados en niños y adolescentes (27,1%), fueron superiores a los reportados por (3) para Caldas (8,7%) y a los hallazgos para la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) para Colombia (17,1%) (27 - 32). Tales discrepancias probablemente se deban a las dificultades ya señaladas en la literatura especializada para el establecimiento del diagnóstico de los trastornos de conducta, especialmente los relacionados con el TDAH (33).

Así mismo, los trastornos adaptativos representan un 19,2%, lo cual es superior de la prevalencia de este mismo tipo de trastorno indicada por el DSM IV² (2 - 8%) (34), lo que parece evidenciar que un alto porcentaje de los niños y niñas que asisten al servicio de atención psicológica pese a manifestar un conjunto de síntomas emocionales y conductuales como reacción a un evento estresor,

² Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

reportados en la semiología de los trastornos adaptativos, desde el mismo momento donde en la entrevista psicológica se explora el motivo de consulta, debe diferenciarse de otros trastornos comórbidos, dada su manifestación en cambios de conducta, inquietud, oposicionismo, rechazo a asistir al colegio, irritabilidad, labilidad emocional, aislamiento, letargo, ansiedad por separación, e intranquilidad, síntomas que también son susceptibles de presentarse en los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, y en los trastornos de ansiedad por separación.

Para no llevar a un sobre diagnóstico de los trastornos de ansiedad, en el diagnóstico diferencial debe considerarse la penetrancia e intensidad de los síntomas, realizar una historia clínica detallada para distinguir elementos sintomáticos previos, delimitar las características de personalidad de base, y evaluar los antecedentes familiares psiquiátricos a fin de distinguir entre los tipos de trastornos adaptativos reportados (35 - 37).

Se encontraron las siguientes denominaciones en los motivos de consulta de los niños y adolescentes asistentes al servicio de consulta psicológica en el CAP, “conflictos personales” y “conflictos de pareja”. Lo que no se corresponde con las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales establecidas desde el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) (35 - 37), o con la clasificación internacional de enfermedades (CIE – 10) (38), sino que son denominaciones que parecen obedecer más al interés que desde el Centro de atención psicológica, se tiene por buscar una mayor correspondencia entre las necesidades de atención sentidas por los consultantes y la forma como se ingresa el motivo de consulta en los archivos de la Institución, lo que de acuerdo con lo reportado por algunas investigaciones puede favorecer el inicio y permanencia de los consultantes con el proceso de tratamiento e intervención. Sin embargo, tal falta de coincidencia en el lenguaje que se emplea, puede dificultar a la vez, la entrada

del paciente al tratamiento (39), la generación de un diagnóstico preciso y su categorización (40), la recomendación en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar y consignar la impresión diagnóstica, así como para favorecer la investigación clínica y epidemiológica es que estos registros se realicen con criterios uniformes basados en los manuales de clasificación internacional considerados en el estudio de la salud mental (41).

Preocupa que el motivo de consulta en la historia clínica – psicológica que se diligencia por parte de los practicantes que se desempeñan en el CAP, no se diligenció en cuanto en un 9,1 % de los casos no se registró. Por lo que se hace necesario consolidar un proceso de ingreso de la historia clínica que permita tener un mejor registro de los datos, desde el mismo momento en el que se describe el motivo de consulta, ingreso, intervención, así como de la sistematización de la evolución del consultante (42), de ahí el requerimiento de que este instrumento legal este correctamente diligenciado, desde su importancia en la intervención clínica y en el posible uso de los datos correctamente sistematizados con fines investigativos, previo consentimiento informado del consultante (43).

Para los mayores de edad (tabla 3), la depresión (12,6%) y los trastornos adaptativos (12,5%) interpretados en el contexto de la clasificación internacional de los trastornos mentales DSM IV (36), al parecer hacen referencia al trastorno depresivo y a trastornos adaptativos, pero no se indica de qué tipo (con estado de ánimo depresivo, ansioso, mixto, trastorno del comportamiento, con alteración mixta con trastorno del comportamiento y de las emociones) (35 - 37).

En tal sentido, los hallazgos registrados en el motivo de consulta como depresión, parecen coincidir con la misma presencia del trastorno, indicada en términos de prevalencia, establecida en (3) para el trastorno depresivo en Caldas de (9,7%), trastorno bipolar I (0,5%), y trastorno bipolar II (0,8%). Resultados que confirman lo ya

indicado en otro estudio, en el que se precisa que dos de cada diez personas en algún momento de su vida han presentado un trastorno depresivo mayor. La referencia a la depresión desde el mismo momento en el que se registra el motivo de consulta, confirma lo ya indicado en otros estudios en los que se señala que en los países en desarrollo esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbimortalidad total de 3,4% (44), y contribuye a confirmar lo establecido en un estudio sobre la depresión en Colombia en el que se estableció que de un total de 6116 personas evaluadas, 10,7% tuvo al menos un episodio depresivo en los 12 meses previos a la evaluación (44).

En relación con otros de los resultados encontrados en torno al motivo de consulta en las personas mayores de 18 años asistentes al servicio de consulta psicológica en el CAP, aparecen los trastornos adaptativos con un 12,5% de los consultantes, mientras que la prevalencia de este mismo tipo de trastorno indicada por el DSM IV es entre el 2% y el 8% (34). La alta proporción de este trastorno en el reporte del motivo de consulta indicado en el Centro de Atención Psicológica, sugiere la importancia de evitar intervenir posibles reacciones no patológicas de los consultantes ante el estrés. Dichas reacciones deben ser normalizadas y en la mayoría de los casos no debería, inicialmente, requerir una intervención psicoterapéutica. El psicólogo debe permitir que se activen los propios recursos personales y socio familiares para afrontar naturalmente el suceso estresor (35 - 37, 45).

Finalmente, se encontró que en las personas mayores, el 23,7% consultaba por conflictos personales y 13,2% por conflictos de pareja, denominaciones que nuevamente se señala, corresponden más a la definición de eventos estresores propios de la vida cotidiana, que a los trastornos mentales establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) (36) y a la clasificación internacional

de enfermedades (CIE - 10) (38), así como lo establecen las sentencias T - 834 del 2006, T - 1563 del 2000, y T - 246 de 1996 (46).

Impresión diagnóstica: en el Centro de Atención Psicológica (CAP) en su gran mayoría los consultantes asisten a la evaluación e intervención psicológica a partir de una impresión diagnóstica de trastornos adaptativos, depresión y/o conflictos personales, lo que lo posiciona como un centro de consultoría donde las personas, en especial, estudiantes universitarios pueden asistir en un trabajo continuo de formación humana a realizar un proceso de trabajo personal sobre los factores estresores que se encuentran cotidianamente en su medio, como un aporte significativo en la búsqueda de su propio bienestar y realización personal.

Con base en la primera información recogida el psicólogo formula hipótesis, recoge enunciados verificables, comprueba éstos y llega a unas determinadas conclusiones (47), además de plantearse un diagnóstico que no tiene necesariamente que entenderse como enfermedad (48, 49).

Los resultados encontrados en torno al análisis de la variable denominada Impresión diagnóstica, permitieron establecer que la depresión en niños y adolescentes era del 3,2% y en adultos del 7,7%. Lo que coincide con (50), en donde se señaló que la ansiedad y la depresión constituyen en Colombia un importante problema de salud, ocupando los primeros renglones en cuanto a los motivos de consulta psicológica y psiquiátrica. Así mismo, coincide con otra investigación (3), donde se encontró que el Trastorno depresivo mayor fue el que se presentó con mayor prevalencia en el Departamento de Caldas, y donde se indica que cerca de 1 de cada 10 niños o adolescentes entre los 7 y 18 años de edad han presentado un episodio depresivo a lo largo de su vida, y que 1 de cada 10 personas mayores de 18 años presentaba este mismo trastorno al momento de realizar la entrevista psiquiátrica, encontrándose

una prevalencia para el Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes del 13,3% y en adultos de 9,7%.

Todo lo anterior también es consistente con los hallazgos investigativos de un estudio realizado con población universitaria en el que se estableció una prevalencia del 48,9% para depresión en estudiantes de pregrado en Manizales (20).

La Impresión diagnóstica más recurrente en los registros de las historias clínico - psicológicas que se revisaron fueron los Trastornos adaptativos, en niños y adolescentes con un porcentaje del 47,2%, y en adultos en un 38,5% (tablas 4 y 5). Este hallazgo coincide con la alta prevalencia del trastorno indicada en el DSM IV, referente desde el cual se establece que el porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de trastorno adaptativo se sitúa entre el 5 y el 20%, en cuanto se reconoce que los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de factores estresantes y en consecuencia tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno (35 - 38). Dichos resultados son consistentes con otros estudios realizados con 431 estudiantes universitarios, en los que se encontró que un 11,14% de los estudiantes evaluados presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad, 8,82% un trastorno adaptativo mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo) y un 8,35% un trastorno adaptativo con ánimo depresivo (11).

La recurrencia de este trastorno y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como lo son los trastornos de personalidad, abuso de sustancias y riesgo de suicidio (51), hacen evidente la necesidad de establecer diagnóstico diferencial con los trastornos de personalidad, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno por ansiedad no especificado, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y duelo, así mismo, debe diferenciarse también de las reacciones no patológicas al estrés.

Finalmente, los conflictos personales fueron reportados para el caso de los niños y adolescentes con una recurrencia del 4,5%, y para el caso de los adultos del 5,3%, referencia que aunque se usa como categoría para definir en el diligenciamiento de la historia clínica, la impresión diagnóstica, no corresponde en forma directa a un trastorno propiamente dicho identificado desde el DSM IV o el CIE – 10 (35 - 38), sino que más bien supone la interpretación que el psicólogo en formación realiza de la inclusión de los descriptores de los motivos de consulta, como insumo a la formulación de hipótesis explicativas que permitan con la ayuda del empleo de la entrevista clínica y el uso de instrumentos de evaluación psicológica la definición de una Impresión o aproximación diagnóstica.

La referencia a la Impresión diagnóstica “conflictos personales” coincide con un estudio realizado donde los consultantes hicieron alusión a comportamientos agresivos y las respuestas emocionales intensas, dificultades en la interacción social y en las relaciones familiares (52). En dicho estudio también se demostró la relación existente entre Impresión diagnóstica y el motivo de consulta narrado por el consultante.

A pesar de que se reconoce la bondad que tiene la inclusión en la Impresión diagnóstica, y definición de las hipótesis explicativas, de la referencia que hace el consultante al motivo de consulta (52), es preciso que desde el ingreso de la información a la historia clínica, realización del proceso de evaluación psicológica y devolución del informe al consultante, se emplee un lenguaje objetivo (53 - 55) que corresponda a las categorías descritas y definidas desde el DSM IV y el CIE – 10 (35 - 38).

En el presente estudio se evidenció que en una cuarta parte de las historias clínicas de niños y adolescentes analizadas, y en un 29% de las historias clínicas de los adultos, no se registró la categoría de Impresión diagnóstica, probablemente debido a dificultades en el proceso de seguimiento a los

protocolos de ingreso y registro de la información de las historias clínicas establecidos en el proceso de asesoría de los maestros de práctica clínica a los psicólogos en formación. En tal sentido, se señala nuevamente la necesidad de tener en cuenta el diligenciamiento completo de la historia clínica.

Número de sesiones: los resultados encontrados en torno al número de sesiones indicaron que en promedio los consultantes asistieron al Centro de Atención Psicológica a cinco sesiones, registro que deja en evidencia la necesidad de revisar el comportamiento de esta variable de forma más detallada en el CAP, dado que diversos estudios reportan que los tratamientos psicológicos más efectivos tienen objetivos claros, están centrados en la solución de problemas inmediatos y son de corta duración (de 2 a 6 meses) y producen una mejoría tras las 8 – 10 primeras sesiones (56).

CONCLUSIONES

- Parece existir desconocimiento de la comunidad de la importancia de la evaluación y la terapia psicológica en la búsqueda de la salud mental, el logro del bienestar, y en la prevención de la enfermedad; por lo mismo, se evidencia disminución de la consulta psicológica.
- El porcentaje de estudiantes que consulta en el servicio de atención psicológica del CAP, proveniente de programas de pregrado de universidades de la ciudad diferentes de la Universidad de Manizales, así como la población infantil o adulta que sin formar parte de una comunidad universitaria consulta por el servicio de asesoría psicológica, es bajo; lo que permite plantear que dadas las problemáticas de salud mental establecidas en el departamento se hace necesario promover acciones que permitan trascender el nivel de alcance del CAP y su impacto en la región a fin de aumentar el nivel de cobertura y de población beneficiaria del servicio de consultoría, evaluación e intervención psicológica a nivel individual y grupal.
- La mayor demanda del servicio de atención psicológica que brinda el CAP, es por parte de personas solteras, en su gran mayoría del género femenino, y entre los 17 y 23 años.
- El hecho de que cerca del 50% de los consultantes del CAP sean estudiantes universitarios, confirma la importancia que tiene el acompañamiento psicológico como servicio de salud ofrecido desde la universidad para sus estudiantes, y para otros estudiantes universitarios de la ciudad.
- En relación con los motivos de consulta los más frecuentes en niños, niñas y adolescentes fueron los trastornos de conducta (27,1%), los trastornos adaptativos (19,2%), los conflictos personales (9,9%) y los conflictos de pareja (7,3%). Para los mayores de edad, los conflictos de pareja (23,7%), conflictos personales (13,2%), depresión (12,6%) y trastorno adaptativo (12,5%).
- Tanto para los menores de edad, como para los adultos, los trastornos adaptativos, la depresión y los conflictos personales, fueron las impresiones diagnósticas más recurrentes (47,2%, 3,2% y 4,5% para menores de edad, y 38,5%, 7,7% y 5,3% para adultos, respectivamente).
- Se encontraron denominaciones utilizadas por el servicio de consulta psicológica en el Centro de Atención Psicológica (CAP), que no se corresponden con las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales establecidas desde el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), o con la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10).
- En su gran mayoría los consultantes asisten a la evaluación e intervención psicológica

a partir de una Impresión diagnóstica de trastornos adaptativos, depresión y/o conflictos personales, lo que posiciona el CAP como un centro de consultoría donde las personas, en especial estudiantes universitarios, pueden asistir en un trabajo continuo de formación humana a realizar un proceso de trabajo personal sobre los factores estresores que se encuentran cotidianamente en su medio, como un aporte significativo en la búsqueda de su propio bienestar y realización personal.

AGRADECIMIENTOS

Las investigadoras expresan un agradecimiento sincero a los consultantes del Centro de Atención Psicológica por su confianza en el servicio de evaluación y asesoría psicológica que ofrece la Universidad de Manizales, y a los estudiantes de último nivel de Práctica de Psicología, quienes hicieron posible la sistematización de la información que se registró en las historias clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Salud mental y Abuso de sustancias. OMS. Invertir en Salud mental. Ginebra. 2004. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Junio 12] Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>
2. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo – Anduagua J, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, asunto prioritario para la Salud Pública. Washintong: Revista Panamericana de Salud Pública. 2005; 18(4/5): 229-240
3. Calderón J, Castaño M, Jiménez D, Dussan C, Valderrama A. Trastornos mentales y por uso de sustancias en el Departamento de Caldas. Dirección Territorial del Departamento de Caldas – Universidad de Caldas. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2010: 7,10.
4. Montero, I. Salud Mental. Universidad de Valencia. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Abril 30] Disponible en http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf
5. Wackerly D, Mendenhall W, Scheaffer R. Estadística matemática con aplicaciones. 7ª edición. México: Cengage Learning Editores S. A; 2008.
6. Díaz LG, Morales MA. Análisis estadístico de datos categóricos. 1ra edición. Bogotá: Editorial UN; 2009.
7. Alcaldía de Manizales. Secretaria de Salud Pública. Política pública de salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas para Manizales. Decreto 005. Enero 2011. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Abril 30] Disponible en <http://www.google.com.co/#hl=es&scient=psyab&q=politica+de+salud+mental+manizales+2011>
8. Red de Gestores sociales. Modelo Pedagógico en Caldas. Ser y crecer en familia. 2011; 40(Junio/Julio). [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Abril 30] Disponible en http://www.comunidadlibre.gov.co/files/publicaciones/4_Boletin%20Gestores%20Sociales.pdf
9. World Health Organization. World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001
10. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry. 2009; 6:785.
11. López M, Kuhne W, Pérez P, Gallero P, Matus O. Características de consultantes y proceso terapéutico en un servicio de psicoterapia. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología; 2010, 3 (1): 99 – 107
12. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Perú: Revista de investigación psicológica. 2007; 10(1): 91 - 102
13. Rioseco P, Valdivia S, Vielma M, Jerez M. Niveles de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. Revista de Psiquiatría. 1996; 11 (3): 158 - 165
14. CONACE. Construyendo contextos preventivos en educación superior. Orientaciones para la formulación de políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol. Santiago de Chile: Editorial Andros; 2007.
15. Cova F, Alvial W, Aro M, Bonifetti A, Hernández M, Rodríguez C. Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. Revista Terapia Psicológica. 2007; Vol 25 (2): 105 - 112
16. Fritsch R, Escanilla X, Goldsack V, Grinberg A, Navarrete A, Pérez A, Rivera C, González I, Sepúlveda R, Rojas G. Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. Revista de Psiquiatría Clínica. 2006; 43: 22 – 30

17. Andrews B, Wilding J. The relation of depression and anxiety to life – stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*. 2004; 95: 509 – 521
18. Millings E, Mahmood Z. Student mental health: A pilot study. *Counseling Psychology Quarterly*. 1999; 12 (2): 199- 210
19. Hudson S, O’ Regan J. Strees and the graduate psychology student. *Journal Clinical Psychology*. 1994; 50 (6): 973 - 977
20. Amézquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2003; Año/Vol XXXII (004): 341 – 356
21. Hurtado H, Sánchez V, Bedoya L. Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*. 2011; 3(1)
22. Marín C, Londoño N, Juárez F, Giraldo F, Ramírez M. Prevalencias del trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en Psicología de la Universidad San Buenaventura. Medellín – Colombia: *Revista USB*. 2010; 10(1): 1 – 276
23. Tinto V. Definir la deserción: Una cuestión de perspectiva. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Julio 3] Disponible en http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res071/txt3.htm
24. Londoño N, Marín C, Juárez F, Palacio J, Muñiz O, Escobar B, Herron I, Agudelo D, Lemos M, Toro B, Ochoa N, Hurtado H, Gómez Y, Uribe A, Rojas A, Pinilla M, Villa D, Villegas M, Arango A, Restrepo P, López I. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. Bogotá: *Suma Psicológica*. 2010; 17(1): 59 – 68
25. Arrivillaga M, Cortés C, Goicochea V, Lozano T. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Bogotá: *Universitas Psychologica*. 2004; 3(1): 17-26.
26. Contreras K, Caballero C, Palacio J, Pérez A. Factores asociados al fracaso académico en estudiantes universitarios de Barranquilla (Atlántico). Barranquilla: *Revista de Psicología desde el Caribe*. 2008; 22: 111- 135
27. Pineda D. Disfunción ejecutiva en niños con trastornos por deficiencia atencional con hiperactividad (TDAH). Bogotá: *Acta Neurológica Colombiana*. 1996; 12: 19 – 25.
28. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Cadavid C, Mancheno S, Mejía S. Executive dysfunctions in children with attention deficit hyperactivity disorder. Medellín: *Int J Neurosci*. 1998; 96: 177-96
29. Pineda D, Henao G, Puerta IC, Mejía S, Gómez LF, Miranda ML, et al. Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. España: *Revista de Neurología*. 1999; 28: 344-51.
30. Pineda D, Ardila A, Roselli M, Arias BE, Henao GC, Gómez LF, et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4 to17 years old children in general population. *J Abnorm Child Psychol*. 1999; 27: 455-62.
31. Pineda DA, Rosselli M, Henao GC, Mejía SE. Neurobehavioral assessment of attention deficit hyperactivity disorder in a Colombian sample. *Applied Neuropsychology*. 2000; 7: 406
32. Miranda A, Jarque S, Soriano M. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: Polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas, y aproximaciones a la intervención. España: *Revista de Neurología*. 1999; 28 (2): 182 - 188
33. Blázquez – Almería G, Joseph Munné D, Burón – Masó E, Carrillo – González E, Joseph Munné M, Cuyás – Reguera M, Freile – Sánchez R. Resultados de cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. España: *Revista de Neurología*. 2005; 41(10): 586 - 590

34. Camara S, Izquierdo A, Guarido V, Manchón M, Vaquero M. Caso Clínico: Trastorno adaptativo mixto agudo en la adolescencia. XII Congreso virtual de psiquiatría.com, Interpsiquis. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Julio 7] Disponible en <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5274/1/12conf7%2054917.pdf>
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington DC: APA; 1994.
36. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
37. Recart C. Trastornos ansiosos en niños y adolescentes. Pautas de psiquiatría. Boletín especial sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia. Año 14. 2003. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Julio 7] Disponible en <http://www.sopnia.com/boletines/Rev%20SOPNIA%20Nov%202003.pdf#page=19>
38. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª rev. Ginebra: Editorial OMS. 1989; XXV.
39. Posada – Villa J, Aguilar – Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del estudio nacional de salud mental - Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2004; XXXIII (3): 241 – 262
40. De la Fuente R. Importancia del diagnóstico y la clasificación en Psiquiatría. Revista Salud Mental. 1996; 19: 1 – 3
41. Gutiérrez M, Peña L, Santuete de Pablos M, García D, Ochotorena M, San Eustaquio F, Cánovas M. Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE – 10 y DSM IV. Sección Documentación Clínica Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Junio 9] Disponible en www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=48
42. López G. Historias clínicas: Reflexiones acerca de las problemáticas éticas para el psicólogo. V Congreso Marplatense de Psicología: La Psicología en el porvenir de la cultura. Universidad de Psicología. Universidad Mar del Plata. Argentina. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Julio 9] Disponible en http://vcongresopsicologia.seadpsi.com.ar/trabajos/e13.2-000370-11-10-11_22-06-24.pdf
43. Colegio Colombiano de Psicólogos. Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia. Segunda revisión. Bogotá. 2011; 14 – 18, 47
44. Gómez – Restrepo C, Bohórquez A, Pinto D, Gil J, Rondón M, Díaz – Granados N. Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Revista Panam de Salud Pública. 2004; 16 (6): 378 -386
45. Vallhonrat A. Abordaje psicoterapéutico de los trastornos adaptativos. Adherencia a los tratamientos. Instituto de Asistencia Sanitaria de Gerona. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Julio 9] Disponible en http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/Formacio/Docs/11_12/Material_JordiCebria/AbordajeTerapTAd.pdf
46. Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de la Psicología. Manejo de la historia clínica en todos sus campos de aplicación en Psicología. Bogotá: Doctrina N. 01; 2011: 1 -7
47. Cordero A, et al. La Evaluación Psicológica en el año 2000. España: TEA Editores, 1997: 11 – 26
48. Mora J. Acción tutorial y orientación educativa: España: Narcea; 1998: 31.
49. Colegio Colombiano de Psicólogos. Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia. Ley 1090 del 2006. Bogotá; 2011:18

50. Ministerio de la Protección social - República de Colombia. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental de la salud en Colombia: Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, 2003 [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Mayo 23] Disponible en <http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/estudiosaludmentalcolombia.pdf>
51. Gómez S, Fontela E, González M, Ferrero T, Pérez L. Trastornos adaptativos. Complejo Hospitalario Universitario de la Coruña. España; 2011. [Internet] [Serie en línea] [Citado 2011 Julio 11] Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/>
52. Muñoz – Martínez A, Novoa – Gómez M. Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica*. 2012; 30(1): 25 – 36
53. Colegio Oficial de Psicólogos (COP). Código Deontológico del Psicólogo: Madrid; 1987.
54. Meehl P, Wanted - a goodcookbook. *American Psychologist*, 1996, 11: 263-272
55. Rodríguez C. La ética de la devolución en el psicodiagnóstico clínico. *Papeles del Psicólogo*; 1996: 66 [Internet] [Serie en línea] [Citado 2012 Julio 13] Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=742>
56. Labrador F, Vallejo M, Matellanes M, Echeburúa E, Bados A, Fernández – Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Consejo general de Colegios oficiales de psicólogos; 2003 (84) [Internet] [Serie en línea] [Citado 2012 Junio 13] (Disponible en <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?ID=1062>)