

---

---

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

---

---

# CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN ASISTENTE A LA UNIDAD DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA DURANTE LOS AÑOS 2007 Y 2008\*

---

---

## PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF THE POPULATION OF ASSISTANT TO THE PSYCHOLOGICAL SERVICES UNIT OF THE CATHOLIC UNIVERSITY OF COLOMBIA DURING THE YEARS 2007 AND 2008\*

---

---

JAIME HUMBERTO MORENO MÉNDEZ\*\*, MARÍA MARGARITA ROZO SÁNCHEZ\*\*,  
MARTHA ISABEL CANTOR NIETO\*\* & RONALD ALBERTO TORO TOBAR\*\*  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA, BOGOTÁ - COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 26/02/11 • FECHA ACEPTACIÓN: 23/09/11

### Resumen

El presente estudio tuvo como propósito describir y asociar las características psicosociales de los usuarios atendidos en la Unidad de Servicios Psicológicos (USP) de la Universidad Católica de Colombia durante los años 2007 y 2008. Se hizo un estudio de corte empírico-analítico con un diseño de tipo descriptivo y con un método por asociación. La unidad de análisis estuvo conformada por 621 historias clínicas de la USP. Los resultados mostraron que aproximadamente la mitad de la población que asistió a la Unidad corresponde a edades entre 5 y 14 años, el estrato que más consultó fue el 3, las localidades con mayor demanda del servicio fueron Kennedy, Engativá y Suba, y se caracterizan por pertenecer principalmente a familias biparentales. En cuanto a los diagnósticos, se encontró que los problemas más frecuentes en la población atendida fueron trastornos de conducta, depresión, trastornos de personalidad, problemas paterno-filiales, ansiedad, y problemas de aprendizaje. **Palabras clave:** salud, salud mental, psicología de la salud, características psicosociales.

### Abstract

The purpose of the current research was to describe and associate the psychosocial characteristics of users attended at Psychological Services Unit (PSU) of the Catholic University of Colombia during the years 2007 and 2008. There was made a study of an empirical-analytic with a descriptive design and a method by association. The unit of analysis consisted of 621 patient's clinical histories of the PSU. The results showed that approximately the half of the users who attended at the Unit corresponded to ages between 5 and 14 years, the social level that more

---

\* Investigación realizada en la Unidad de Servicios Psicológicos. Grupo de Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia y con la colaboración de William Esneyder Cogua y Alexandra Moreno como auxiliares de investigación.

\*\* Correspondencia Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Bogotá – Colombia. Correos electrónicos de contacto: jaimehm@yahoo.com, mmrozos@gmail.com, martacantor@gmail.com

consulted was 3, the locality with major demand for the service were Kennedy, Engativa and Suba, and are characterized to belong mainly to two-parent families. Regarding to diagnoses, it found that the most common problems in the population were behavior, depression, personality disorders, parent-child problems, anxiety and learning problems.

**Keywords:** health, mental health, health psychology, social psychological characteristics.

## Introducción

Uno de los indicadores del desarrollo de los países, es el nivel de vida, medido a partir de las condiciones de salud de sus habitantes, por tal motivo es importante hacer una revisión de la concepción que sobre este tópico se ha dado en el medio, por cuanto es prioritaria para el desarrollo integral de las personas. En el caso concreto de países en desarrollo como Colombia, el concepto de salud se ha intentado abordar en su totalidad, reconociendo que está compuesta por factores de índole físico, psicológico, social y cultural, sin embargo, se ha dado mayor énfasis a la salud física, mientras que la salud mental no se ha asumido con la importancia que tiene.

En vista de lo anterior, se hace una revisión del concepto de salud, de tal manera que permita reconocer y clarificar los aspectos que incluye, así como los aportes que se puedan hacer desde la psicología para orientar unas políticas concretas en la promoción de la misma.

La definición de salud ha ido evolucionando desde el entendimiento como “no enfermedad” hasta un concepto más global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948, citada por Oblitas, 2004), define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social”.

Fernández (2003), indica que posteriormente la Oficina Regional Europea de la OMS, define el concepto de salud como “la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”, lo cual añade un concepto dinámico: el de capacidad funcional y potencial, es decir, considera la salud como un medio para lograr las mejores capacidades del individuo; por lo tanto la salud es un proceso continuo, no una situación estática. Autores como Oblitas (2004), han complementado el concepto de salud agregando componentes que incluyen el marco

biomédico, la esfera subjetiva y el comportamiento humano.

Mucha gente, cuando escucha el término de salud mental, piensa en enfermedad mental. Pero la salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad mental. Tiene relación con la vida cotidiana de todas las personas, con el modo con que cada uno se lleva con sus familias, en el colegio, en el trabajo, en el juego, con sus pares, en su barrio y con la comunidad (Vidales, 1997; Hogg Foundation for Mental Health, 2005).

En este mismo sentido, la OMS (2005), conceptualiza la salud mental como “un estado de bienestar en el que cada persona se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.1). Asimismo, la salud mental hace parte de la salud integral, la cual hace referencia al bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y autorregulación de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS, 2008).

Las investigaciones consultadas de las instituciones prestadoras de atención en Salud mental, abordan varios frentes de estudio, entre los cuales están, la calidad en el servicio, la satisfacción de los usuarios, los motivos de consulta y el riesgo psicosocial. Entre los mencionados, Ferrer y Vaquero (2006), publicaron un estudio cuyo objetivo era analizar cómo influyen la participación y el compromiso en el análisis de la calidad de los servicios, demostrando la concepción de calidad desde dos variables psicológicas: compromiso y participación. En sus conclusiones finales definieron *servicios*, como una actividad o una serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que, por regla general, se originan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de los servicios y *calidad*, como un conjunto integral entre excelencia, ajuste a las especificaciones y satisfacción de las expectativas de los usuarios; y *compromiso*, como un compuesto multidimensional entre *afecto* (deseo de permanecer en

la institución; vínculo emocional), *continuidad* (el individuo sigue por los valores que le aporta), y *normatividad* (acorde con los valores personales).

Por otra parte, Mallou, Boubeta y Cueto (2003), presentaron una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, en la cual pretendían construir un instrumento para “evaluar las actitudes hacia la asignación efectiva de los recursos de la organización”. En los resultados de la investigación, el instrumento finalmente proporcionó su efectividad al mostrar las fuentes de insatisfacción de los usuarios así como las guías efectivas para promover mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados a nivel clínico.

Asimismo, Quesada (2004), realizó una investigación cuyo objetivo era estudiar la casuística de los motivos de consulta y el tipo de patologías más frecuentes en población universitaria en Argentina. Se concluyó que los más frecuentes están relacionados con problemáticas familiares, muchos de ellos derivados de la crisis socioeconómica de Argentina de la época, así como la clasificación de las problemáticas en variables no excluyentes entre sí, tales como: problemática social (relacionadas con exigencias sociales), familiar (vínculos con los padres y hermanos), de pareja (dificultades para sostener vínculos de pareja), de la sexualidad (inhibiciones y disfunciones), y síntomas somáticos.

Por último, Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Maiquez (2006), realizaron una evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales, encontrando que en familias biparentales los riesgos se dividían en dos partes: una primera parte, en exclusión social, debida a factores contextuales (mala organización doméstica y falta de redes de apoyo) y proximales (falta de conocimiento de las necesidades de los hijos y fracaso escolar), y una segunda parte, que comprendía un doble riesgo contextual (abuso drogas en el padre y conducta antisocial en la madre) y proximal (maltrato físico y negligencia en el rol paterno). Entre las conclusiones se resaltó, que la segunda parte se correspondía al riesgo alto y medio alto, además se evidenció un mayor riesgo psicosocial en familias monoparentales, concluyendo que estos estudios permiten la creación de programas de prevención de maltrato en menores, y constituirse como uno de los principales objetivos en los servicios sociales.

De acuerdo con lo presentado anteriormente, en lo referente a los motivos de consulta, se definen desde la necesidad y las expectativas relacionadas con problemas sociales, familiares, somáticos y de pareja incluyendo la sexualidad (Quesada, 2004). Cabe agregar que respecto a las problemáticas sociales, el riesgo psicosocial está dado por factores que dependen de las características contextuales relacionadas directamente con diferentes factores proximales (Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Maiquez, 2006).

En cuanto a los *servicios* se pueden definir como una serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que se genera en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios, presente en las instituciones que manejan el continuo: calidad, excelencia, ajuste a las especificaciones, satisfacción de expectativas y compromiso (Ferrer y Vaquero, 2006). Asimismo, la *Calidad de Servicios* se debe entender como “un juicio global del usuario relativo a la superioridad o la excelencia de un servicio, en relación con sus expectativas” (Parasunaman et ál., 1988, citados por Mallou, Boubeta y Cueto, 2003).

Con respecto a la calidad en salud, a través del Decreto 1011 de 2006 el Ministerio de la Protección Social, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que rige a las entidades promotoras y a los prestadores de servicios de salud, que involucra a las Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica pertenecientes a la Red ISUAP, quienes integran sus esfuerzos para unificar criterios en torno a la calidad en la prestación del servicio a sus usuarios, la formación profesional de sus estudiantes y el fortalecimiento de la investigación.

En un estudio realizado por Barbosa y Zapata (2004), en el cual hicieron un análisis exhaustivo a nivel documental de las evaluaciones de impacto de los servicios de psicología en Colombia, concluyeron que no existe un estudio que evalúe el impacto de estos. Asimismo, en cuanto a la evaluación de la calidad de los servicios de consulta psicológica que se prestan en Bogotá, indicaron en su momento que no se contaba con una evaluación realizada por la Secretaría Distrital de Salud, que permitiera hacer monitoreo a las instituciones pertenecientes a universidades con programas de Psicología. Por lo tanto,

estas autoras realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir y evaluar la calidad técnica y funcional en la prestación de servicios de consulta psicológica brindada por instituciones pertenecientes a universidades con programas de psicología en Bogotá. Para ello, seleccionaron 10 instituciones con programas de psicología que ofrecen el Servicio de Consulta Externa con Atención Psicológica a población con escasos recursos económicos; este estudio tuvo como unidad de análisis los procedimientos esenciales en su funcionamiento como son los aspectos administrativos; los aspectos Administrativos-Clínicos, Diagnóstico, Terapia o Proceso Terapéutico, actividades de promoción y prevención y productividad de la Institución.

Este estudio destaca aspectos positivos encontrados en la evaluación de la calidad, hallando que: en las instituciones existe un interés en prestar servicios humanizados; los tratamientos se realizan con rigurosidad y están documentados; se da un manejo ético de la información y del consultante, y se busca incrementar la efectividad de los tratamientos al buscar la colaboración de la familia en ellos. Las 10 instituciones evaluadas en general obtuvieron puntajes bajos en la escala de calidad propuesta, indicando que los servicios de salud prestados no son una prioridad y no hacen parte de la cultura organizacional de las mismas instituciones, por lo cual dicho estudio centra sus recomendaciones en que se requiere realizar una serie de ajustes para dar el paso a convertirse en instituciones prestadoras de servicios de salud; porque su identidad está centrada en la calidad de los procesos de formación y entrenamiento, determinando y limitando la prestación de los servicios de atención psicológica.

De allí nace la necesidad de desarrollar criterios de calidad que permitan brindar formación y atención con calidad dando origen a la Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica – ISUAP.

En el ámbito de la salud mental actualmente existe la necesidad de hacer un análisis de todos los procesos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención de todos los consultantes y que responda a las necesidades por las cuales asisten a los centros de atención psicológica.

Dado que es muy escasa la información que se tiene actualmente sobre el tema de la identificación de los consultantes en salud mental y sus motivos de consulta,

es necesario establecer las características de las personas que solicitan los servicios de atención psicológica, e incluso la dirección de los protocolos ya existentes, de tal manera que se pueda dar respuesta a sus requerimientos y optimizar la calidad en el servicio.

Para la Red ISUAP y la Secretaría Distrital de Salud es importante contar con estudios epidemiológicos que permitan establecer la prevalencia y la incidencia de las problemáticas más relevantes en el ámbito de la salud mental con el fin de obtener la información necesaria para orientar y apoyar los procesos de calidad de atención en salud, objetivo fundamental de la Red, así como la formación de los estudiantes en práctica. Asimismo, uno de los objetivos de la Red ISUAP es realizar procesos de investigación, uno de los cuales busca la caracterización de los usuarios de las unidades que conforman dicha red.

De manera particular, el presente estudio permite establecer un diagnóstico de dichas necesidades de tal manera que sirva de insumo para plantear nuevas formas de evaluación, intervención y acompañamiento, así como de promoción y prevención en el área de la salud mental para la población que asiste a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Católica de Colombia.

Igualmente, la presente investigación se enmarca dentro de los intereses del grupo de investigación en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia, dado que al interior de este grupo hay una preocupación por desarrollar conocimientos en torno a problemáticas clínicas dentro del contexto local. Asimismo, los resultados que se deriven de este estudio contribuirán a enriquecer la línea de investigación Violencia y salud mental del Grupo en Psicología Clínica.

### **Objetivo**

Describir y asociar las características psicosociales de la población asistente a la USP de la Universidad Católica de Colombia durante los años 2007 y 2008.

### **Método**

#### **Diseño**

La presente investigación fue de corte empírico-analítico con un diseño de tipo descriptivo y con un método por asociación, ya que lo que pretendió fue iden-

tificar y analizar aquellas variables con mayores niveles de frecuencia asociadas a un determinado fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### Unidad de análisis

Para la investigación se tomaron 621 historias clínicas de los casos atendidos en la USP de la Universidad Católica de Colombia durante el periodo comprendido entre el 15 de enero de 2007 y el 6 de diciembre de 2008.

### Instrumentos

Para efectos de la investigación se utilizó la Matriz de Caracterización diseñada y validada por el Comité de Investigaciones de la Red ISUAP, a través de la cual se recolectó la información de los datos sociodemográficos y psicosociales. La Matriz de Caracterización, está conformada por las siguientes variables: sexo, rango de edad, escolaridad, ocupación, localidad, estrato, estado conyugal o civil, composición familiar, motivos de consulta, problemáticas encontradas o diagnósticos y expectativas de los pacientes. Este instrumento consta de datos con variables cualitativas y variables ordinales codificadas previamente, en donde cada sujeto se ubica en las filas y cada variable ya definida, está ubicada en las columnas.

### Procedimiento

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en tres fases:

*Fase I:* solicitud de la autorización para realizar el estudio a la Coordinadora de la Unidad de Servicios Psicológicos

*Fase II:* rastreo de los datos de los usuarios a partir de las historias clínicas de la Unidad de Servicios Psicológicos y Diligenciamiento de la Matriz de Caracterización.

*Fase III:* análisis de resultados y elaboración de la discusión.

## Resultados

Teniendo en cuenta el nivel de medición de las variables implicadas en el estudio, se llevó a cabo el análisis de los datos a través de un análisis de frecuencias y mediante el establecimiento de tablas de contingencia utilizando el programa estadístico SPSS, versión 17.0.

### Análisis descriptivo

Los datos analizados correspondieron a 621 casos clínicos atendidos durante los años 2007-2008 en la USP. A continuación se presenta el análisis correspondiente:

Se evidenció una diferencia significativa en la demanda de atención psicológica entre los consultantes de sexo femenino (54,59%) frente al masculino (46,41%). En cuanto a la edad, la mayor demanda fue en niños entre los 5 y los 9 años y entre los 10 y 14 años de edad, con un 21,1% y 19,2% respectivamente.

El nivel educativo de los consultantes, se distribuyó con un porcentaje de un 27,7% para básica primaria incompleta, seguido de un 11,8% para media vocacional y técnica completa con un 11,4%.

Sobre la localidad de procedencia, el 10,95% proviene de la localidad de Kennedy, seguido de la de Engativá con un 10,79% y Suba con 8,86%. La localidad de Teusaquillo, en la cual se encuentra ubicada la USP solo mostró un 2,58% de la población asistente. A nivel de estrato, el 53,8% fue de estrato 3, seguido de un 31,7% del estrato 2. En relación con el estado civil, el grupo de solteros, representa la categoría de mayor demanda con un 77,5%, y el 8,2% corresponde al estado conyugal de casado.

Un elevado porcentaje de las familias de los usuarios está constituido por la familia nuclear biparental con un 39,9%, seguido por nuclear monoparental con un 18%. Los más altos porcentajes de motivos de consulta en la USP son los “problemas de comportamiento” con un 17,59%, seguido de las remisiones para “concepto psicológico” con un 16,78%.

Los más altos porcentajes de diagnósticos en la USP son “problema académico” con un 14,01%, seguido del “trastorno depresivo” con un 10,31%, los “trastornos de personalidad” con un 8,86%, el “Retardo mental” con un 8,53%, el “TDAH” con un 7,09%. El 56,8% de los consultantes tienen como expectativas hacia el tratamiento la búsqueda de orientación y apoyo.

### Análisis de asociación

Con el fin de establecer si existen asociaciones entre las variables sociodemográficas analizadas y los diagnósticos más frecuentes, se utilizó el Coeficiente de contingencia entre variables obtenido por el SPSS 17.

Tabla 1. Porcentaje de problemas de aprendizaje por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
Con problemas de aprendizaje	2,3	6,1	8,4
Sin problemas de aprendizaje	43,2	48,1	91,6
Total	45,4	54,6	100

Tabla 2. Porcentaje de retardo mental por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
Sin R. mental	40,7	52,7	93,4
Con R. mental	4,7	1,9	6,6
Total	45,4	54,6	100

En cuanto al sexo y su relación con los diagnósticos más frecuentes de la muestra de 621 usuarios, en la tabla 1 se evidencia que la diferencia entre hombres y mujeres es significativa con respecto a los problemas de aprendizaje en la muestra total, siendo el 6,1% para el sexo femenino, mientras que en el masculino hubo un 2,3%.

En la tabla 2 se evidencia que la diferencia entre hombres y mujeres es significativa con respecto al retardo mental, siendo el 1,9% para el sexo femenino, mientras que en el masculino hubo un 4,7%.

En cuanto a la asociación entre las variables sexo y diagnósticos, se evidencia que la diferencia no es significativa entre hombres y mujeres con respecto a las siguientes problemáticas: trastornos de ansiedad, problemas de conducta, problemas de personalidad, depresión y problemas paterno-filiales.

Como se puede apreciar en la tabla 3, en cuanto a los grupos de edades y su relación con los diagnósticos más frecuentes, se evidencian diferencias significativas entre rangos de edades y problemas de aprendizaje, ansiedad, problemas de conducta, problemas de ajuste de personalidad, depresión, problemas de pareja, problemas paterno filiales, retardo mental y otros diagnósticos.

En los problemas de aprendizaje, el 1% se presenta en edades comprendidas entre los 5-9 años e igualmente entre los 10-14 años y en el grupo de edades entre 36-45 años con un 1,8%.

En ansiedad, con un 5,3% están las edades comprendidas entre los 5-9 años y un 3,7% para los 10-14 años. En problemas de conducta, un 2,3% para el grupo

de edades comprendidas entre los 20-24 años y 10-14 años. En depresión, un 5,3% para el grupo de edades comprendidas entre los 5-9 años y un 2,3% para los 10-14 años. En problemas de pareja, con un 3,4% están las edades comprendidas entre los 25-35 años.

En retardo mental, las diferencias entre grupos de edades se obtuvieron un 3,7% para las comprendidas entre los 5-9 años, seguidos por un 1,4% para las edades de 10-14 años, con un ligero incremento en un 0,6% en los grupos de edades entre 15-19 años.

En cuanto al estrato y su relación con los diagnósticos más frecuentes, se evidencian diferencias en la muestra total y los problemas de aprendizaje: En el estrato 3, es donde más pertenecen los casos diagnosticados con problemas de aprendizaje, con un 4,7%, problemas de ansiedad, con un 5,5%, depresión, con un 5,5% y problemas de conducta, con un 5,6%.

En relación con problemas de personalidad, en el estrato 2, es donde más se presentan con un 3,9% seguido del estrato 3 con un 3,7%.

Sobre la asociación entre la composición familiar y su relación con los diagnósticos más frecuentes se evidencian diferencias significativas. En este sentido, los usuarios pertenecientes a las familias nucleares biparentales son quienes más presentan problemas de aprendizaje con un 2,6%, ansiedad con un 5,3%, problemas de conducta con un 3,7%, problemas de personalidad con un 4,8%, la depresión con un 4,5%, problemas de pareja con un 3,2% y problemas paterno-filiales con un 3,5%.

Tabla 3. Diagnósticos más frecuentes y rangos de edades

Edades	0-4	5-9	10-14	15-19	20 -24	25-35	36-45	46-55	55 o más	Total
Sin P.Az	2,1%	20,01%	18,2%	11,4%	6%	16,1%	11%	4,8%	1,8%	91,6%
Con P.Az	0%	1%	1%	1,4%	1,4%	1,1%	1,8%	0,6%	0%	8,4%
Sin Ans.	1,8%	15,8%	15,5%	11,3%	7,1%	16,7%	12,1%	5,3%	1,8%	87,4%
Con Ans.	0,3%	5,3%	3,7%	1,6%	0,3%	0,5%	0,6%	0,6%	0%	8,4%
Sin P.Ctá	1,9%	20,3%	16,9%	12,1%	6%	14,8%	11,1%	5%	1,5%	89,5%
Con P.Ctá	0,2%	0,8%	2,3%	0,8%	1,4%	2,4%	1,6%	0,5%	0,5%	10,5%
Sin P. Per.	1,9%	19,8%	16,9%	10,6%	7,2%	16,3%	12,1%	4,8%	1,4%	91,1%
Con P. Per.	0,2%	1,3%	2,3%	2,3%	0,2%	1,1%	0,6%	0,6%	0,3%	8,9%
Sin Dep.	1,8%	18%	16,9%	11,8%	6,9%	15,9%	11,8%	5%	1,6%	89,7%
Con Dep.	0,3%	3,1%	2,3%	1,3%	0,5%	1,3%	1%	0,5%	0,2%	10,3%
Sin P. Par.	1,9%	20,8%	18,5%	12,2%	6,6%	13,8%	10,7%	5,3%	0%	91,6%
Con P. Par.	0,2%	0,3%	0,6%	0,6%	0,8%	3,4%	2,3%	0,2%	0%	8,4%
Sin P. Pat. F.	1,8%	19,6%	18,2%	11,3%	6,8%	15,8%	11,3%	4,7%	1,8%	91,1%
Con P. Pat. F.	0,3%	1,4%	1%	1,6%	0,6%	1,4%	1,4%	0,8%	0,2%	8,9%
Sin RM.	1,8%	17,6%	17,7%	12,2%	7,4%	17,1%	12,4%	5,5%	1,8%	93,4%
Con RM.	0,3%	3,7%	1,4%	0,6%	0%	0,2%	0,3%	0%	0%	6,6%
Sin Otr. Dx.	1,8%	16,9%	14,5%	10,3%	5,3%	11,4%	9,7%	3,4%	1,1%	74,4%
Con Otr. Dx.	0,3%	4,2%	4,7%	2,6%	2,1%	5,8%	3,1%	2,1%	0,8%	25,6%

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir y asociar las características psicosociales de la población asistente a la USP de la Universidad Católica de Colombia durante los años 2007 y 2008. Aproximadamente la mitad de la población atendida en la Unidad se encuentra en edades entre 5 y 14 años, lo cual genera un problema de balanceo de la muestra para el análisis de las demás variables e implica mirar con cuidado el análisis de variables sociodemográficas tales como escolaridad, ocupación y estado civil puesto que se da un mayor sesgo hacia escolaridad primaria o secundaria incompleta, ocupación estudiante y estado civil soltero.

Otro aspecto que puede influir en este desbalanceo de la muestra, es el hecho, que históricamente, en la USP, se ha trabajado principalmente con población infantil, con un equipo interdisciplinario que incluye tera-

pia ocupacional, fonoaudiología y neurología que atiende en gran medida este tipo de población.

Con base en las anteriores precisiones, a continuación se presenta el análisis correspondiente a las variables sociodemográficas y posteriormente se analizan las asociaciones entre variables que se consideraron pertinentes.

Con respecto a la variable sexo, se encuentran diferencias significativas en la consulta entre hombres y mujeres, observándose una mayor proporción del sexo femenino en relación con el masculino.

Los estratos que más consultan son el tres, seguido por el dos. Las localidades de la ciudad de Bogotá con mayor demanda del servicio, son en su orden, Kennedy, Engativá y Suba. Esto permite ver que la Unidad de Servicios Psicológicos desarrolla una labor social dirigida a responder a las necesidades en salud mental de la población más vulnerable. Esto es coherente con los lineamientos de las políticas de salud mental, en las cuales se resalta el trabajo intersectorial para la atención de la

población y lograr un impacto significativo en el mejoramiento de su calidad de vida, dado que la Unidad está ubicada en la localidad de Teusaquillo y de ella, sólo se atiende un bajo porcentaje de esta población, muy probablemente debido a que es una zona de la ciudad más comercial que residencial.

El tipo de familia que asiste a la Unidad se caracteriza por ser principalmente biparental, lo cual indica que en este tipo de familia, es donde más se percibe la necesidad de atención psicológica. Esto concuerda con el estudio realizado por Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Maiquez (2006), sobre la evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales, en el cual encontraron que las familias con mayor riesgo psicosocial son las biparentales, seguidas por las monoparentales.

Respecto a las expectativas de los usuarios frente al proceso de atención psicológica, se encontró que la mayoría de los consultantes asisten en búsqueda de orientación y apoyo, seguidos por evaluación o reporte. Esto deja entrever las adecuadas expectativas frente a las funciones del psicólogo, a quien muy probablemente los usuarios lo ubican como profesional de las ciencias de la salud que brinda asesoría integral a los consultantes. De acuerdo con Fernández (2003) y la Oficina Regional Europea de la OMS (2005) consideran la salud como un medio para lograr las mejores capacidades del individuo.

Respecto a las problemáticas, se encontró que los nueve problemas más frecuentes en la población atendida fueron problemas de conducta (que incluyen los trastornos de déficit de atención con hiperactividad, negativista desafiante y disocial) depresión, personalidad, paterno filiales, ansiedad, aprendizaje, pareja, retardo mental y otros.

En relación con los datos encontrados en la población infantil, estos coinciden con la información presentada por Newacheck, Strickland, Shonkoff, Perrin, McPherson, McManus, Lauver, Fox y Arango (1998) y Avaria (2005), quienes señalan que en los últimos años en el mundo, se encuentra un aumento de consultas referidas a retraso del desarrollo, trastornos del aprendizaje y de lenguaje.

Los anteriores datos también se relacionan con los encontrados por Moreno y Martínez (2010), con una

muestra de 18 niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), donde se halló que el 22,2% de los niños evidenciaron indicadores clínicamente significativos de hiperactividad; mientras que el 55,4% presentaron indicadores clínicos de agresividad.

Con respecto a los síntomas de ansiedad, en este estudio realizado en la USP, se encontró una mayor presencia de los mismos en población infantil. Ello coincide con otro estudio realizado por Moreno y Escobar (2008), en el que se halló una presencia significativa de ansiedad en un grupo de niños de 8 a 11 años. Los anteriores datos concuerdan también con lo reportado por Serrano (2003) en el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, donde resalta que las poblaciones que presentan más alta prevalencia de trastornos mentales son la región Bogotá con 40.1%; que la región Pacífica como la capital presentan una prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad, encontrando datos, que los inicios de la ansiedad van desde los 6 años en adelante.

En relación con las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta (trastornos de ansiedad, ajuste de la personalidad y depresivos), se encuentra una concordancia con los hallazgos del Estudio Nacional de Salud Mental realizado por el Ministerio de Protección Social y Fundación FES (2003) y Sánchez y Hurtado (2008), en los cuales se encontró que los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad y del estado de ánimo.

Entre el sexo y los trastornos de ansiedad, se observa una leve diferencia en dichas problemáticas entre hombres y mujeres siendo un poco mayor en hombres, lo cual es contrario a los hallazgos que la literatura tradicionalmente ha asociado con el sexo femenino, como lo hallado en el Estudio Nacional de Salud Mental (2003) y por Correa, Correa, Díaz, Ortega, Grisales y Velásquez (2003).

En el presente estudio se encontró una asociación entre los problemas de comportamiento y el sexo, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. La misma asociación se encontró entre la edad y los problemas de comportamiento en la infancia y la adolescencia, se halló que hay una asociación entre estas variables, destacándose el hecho de que el rango donde más se presentan es en el de 10 a 14 años. Esto difiere de lo hallado por Lemos (2003); Correa, Correa, Díaz, Ortega, Grisales y Velás-

quez (2003), López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López (2009) y Moreno y Martínez (2010).

Con respecto a la asociación entre sexo y problemas de personalidad, se halló una mayor tendencia en las mujeres, lo cual concuerda con lo señalado por Torgersen, Kringlen y Cramer (2001), y por Barlow y Durand (2004), aunque estos últimos clarifican que el problema de sesgo de género en este diagnóstico es controvertido por los constructos establecidos como criterios y por el hecho de que los clínicos se suelen valer de impresiones subjetivas basadas en las interacciones interpersonales con el consultante.

De igual modo, el estudio arrojó, que los hombres presentan más depresión que las mujeres lo cual se diferencia de lo reportado por el Estudio Nacional de Salud Mental de 1997 y del 2003 así como por Correa, Correa, Díaz, Ortega, Grisales y Velásquez (2003).

En el presente estudio se encontró asociación entre la edad y los problemas relacionados con el ajuste de personalidad, especialmente hacia el final de la adolescencia e inicio de la edad adulta, lo cual es coherente con lo que la literatura tradicionalmente ha señalado y con los hallazgos de Salavera, Puyuelo y Orejudo (2009).

Por otra parte, se encontraron asociaciones entre edad y los síntomas depresivos, hay una tendencia a presentarse en niños a temprana edad lo cual coincide con los hallazgos de Aláez, Martínez y Rodríguez (2000), y con el Estudio Nacional de Salud Mental (2003).

Sobre la asociación entre el nivel educativo y ansiedad, se encontró que esta se presenta más en media vocacional completa, contrario a los datos arrojados por el Estudio de Salud Mental (2003), en el cual se observó más en personas con primaria completa.

Respecto a la asociación entre nivel educativo y problemas de personalidad, se encontró que se presentaron más en media vocacional completa, que se diferencia de los hallazgos de Torgersen, Kringlen y Cramer (2001), que indican que las personas afectadas de un trastorno de personalidad tenían un menor nivel educativo.

En cuanto al nivel educativo y la depresión, se encuentra mayor asociación con los consultantes pertenecientes a primaria incompleta, similar a los datos encontrados por Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón, Díaz-Granados (2004), y Rueda, Díaz y Rueda (2008).

En relación al nivel educativo y los problemas paterno filiales, el mayor número de consultantes se encuentra en primaria incompleta, aproximándose así a los hallazgos de Barcelata y Alvarez (2005), quienes refieren baja escolaridad en los padres y madres denunciados por abuso y maltrato físico, que conlleva a la falta de recursos para enfrentar las problemáticas de interacción con sus hijos.

Por otro lado, en cuanto a la localidad y su relación con los diagnósticos más frecuentes, se encontró que los consultantes pertenecientes a Suba y Engativá, son quienes más presentan problemas de aprendizaje. Al respecto, el Grupo de Investigación en Neurociencias - Neuros de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (2009), después de evaluar la prevalencia de las enfermedades neuropediátricas en la población infantil de 5 a 12 años de algunos colegios de primaria en las localidades de Barrios Unidos, Bosa, Ciudad Bolívar, Engativá y Usme, concluyó que los niños y jóvenes de los estratos socioeconómicos más bajos, están registrando una gran prevalencia de problemas del neurodesarrollo y del aprendizaje, lo cual incide negativamente en su desempeño escolar.

En cuanto a la asociación entre localidad y problemas de pareja, la localidad donde más pertenecen los casos diagnosticados con problemas de pareja, es Suba. Mateus (2009), retoma los registros de la Veeduría Distrital de los años 2006 y 2007, señalando que las cifras ubican a Suba en los últimos tres años mencionados como la localidad con mayor reporte en el Distrito.

Por otra parte, respecto al estrato y su relación con los diagnósticos más frecuentes, se encontró que en el estrato 3 es donde más problemas de aprendizaje y retardo mental se presentan. Atuesta, Vásquez, y Urrego (2008), cuando analizan aspectos del bajo rendimiento, encontraron en lo referente a capacidad intelectual límite que la población en su mayoría pertenecía a estrato socioeconómico medio-bajo (3) seguidos por el 2 (bajo). Con respecto a los antecedentes de personas diagnosticadas con problemas de aprendizaje, Daza, Jurado, Duarte, Gich, Sierra-Torres y Delgado-Noguera (2009), señalan como factor de riesgo el bajo peso al nacer que está asociado con el estrato socioeconómico bajo e indican como factores de protección los antecedentes de estrato socioeconómico medio/superior.

De acuerdo con los datos encontrados en las asociaciones entre estado civil y diagnósticos más frecuentes, y sin desconocer lo relacionado con los problemas de balanceo de la muestra, la cual corresponde en su mayoría a los solteros, se encontró en esta investigación, que los solteros presentan más problemas de ansiedad, depresión, personalidad, problemas paternofiliales y de pareja.

Con respecto a estado civil y problemas tanto de ansiedad como de depresión, los datos difieren con los resultados del Estudio de Salud Mental (2003), que indica que las personas separadas, viudas o divorciadas son quienes presentan mayor prevalencia de los mismos seguidas por las personas solteras.

En cuanto a la asociación entre estado civil y problemas de personalidad, Torgersen et ál. (2001), señalan que los sujetos que padecen trastornos de personalidad están con mayor frecuencia separados o divorciados, o viven con mayor frecuencia solos, sin pareja.

En cuanto a la asociación entre composición familiar y problemas de ansiedad, se encontró que los consultantes con ansiedad son pertenecientes a familias nucleares biparentales, familias extensas monoparentales y reconstituidas. En tal sentido, Rocchietta (2007), refiere que el desarrollo y transmisión de la ansiedad entre la familia, deriva de fallas en el proceso de individuación en los miembros que la conforman. Las familias con algún paciente identificado en el espectro de los desórdenes de ansiedad tienden a presentar más tensión psicológica. Por su parte Laurent (2000), argumenta que en estas familias, las interacciones entre sus miembros se focalizan en el control de las emociones para evitar conflictos interpersonales e intrapersonales.

Los consultantes pertenecientes a familias nucleares biparentales, seguidos de las extensas monoparentales y las familias nucleares monoparentales, son quienes más presentan problemas de conducta. Ello podría estar asociado con lo encontrado por Olson, Bates, Sandy y Lanthier (2000), Beyers, Bates, Pettit y Dodge (2003); Kerr, Lopez, Olson y Samerof (2004), quienes reportan que los precursores en el desarrollo temprano de las conductas externalizantes en niños y adolescentes, fueron la apreciación por parte de sus cuidadores como difíciles y resistentes al control, así como el establecimiento de relaciones menos cálidas y menos cercanas afectivamente con sus padres. Relacionado con lo anterior, Anthony,

Glanville, Naiman, Wanders y Shaffer (2005), han encontrado que el estrés parental está fuertemente asociado con los niveles de competencia social y la manifestación de conductas externalizantes en los niños.

Sobre la asociación entre composición familiar y problemas de personalidad, los consultantes pertenecientes a familias nucleares biparentales son quienes más presentan problemas de personalidad seguidos de las familias nucleares monoparentales. Al respecto Caballo (2004), refiere que en los sujetos con trastornos de personalidad, el ambiente familiar estresante constituye uno de los aspectos básicos en el inicio y desarrollo de un problema de personalidad; sin embargo, argumenta que las experiencias familiares son únicas en cada individuo y dos individuos que comparten el mismo ambiente familiar no tienen las mismas experiencias.

En cuanto a la asociación entre composición familiar y depresión, se encontró que los consultantes pertenecientes a familias nucleares biparentales son quienes más presentan problemas de depresión, seguidos de las familias extensas monoparentales y nucleares monoparentales. Ello coincide con lo señalado por Aycardo, Moreno y De León (2007), quienes refieren que la familia de tipo monoparental aparece como un factor de riesgo para la depresión e igualmente en familias biparentales cuando no existe la comunicación frente a la familia. Por su lado, Pezo, Komokura y Costa (2004), argumentan que en general también puede estar relacionado con pérdida de un ser querido, surgidos en cualquier fase de la vida, ya sea por muerte, o por la separación de los padres.

En la asociación entre composición familiar y problemas de pareja, los consultantes pertenecientes a familias nucleares biparentales son quienes más presentan problemas de pareja, seguidos de las extensas biparentales y nucleares monoparentales. Ello puede ser entendido según lo hallado por Morgado, González y Jiménez (2003), quienes indican que entre los problemas fundamentales a los que tienen que hacer frente estas familias se encuentran los económicos, la conciliación de la vida laboral con el cuidado de sus hijos e hijas, la sobrecarga de responsabilidades, los laborales y los relacionados con la vivienda, los cuales generan estrés en las relaciones entre los miembros que las conforman.

Por otro lado, el hecho de que se hayan encontrado estas asociaciones en el presente estudio, podría

explicarse por la presencia de conflictos en estas familias, que según Labrador, Paz, De Luis y Fernández-Velasco (2008), el observar conflictos en la familia de origen, al igual que los altos niveles de estrés familiar, se constituyen en un factor de riesgo para tener luego problemas de pareja, como la violencia en pareja.

En cuanto a la asociación entre composición familiar y retardo mental, se encontró que los consultantes pertenecientes a familias nucleares biparentales son quienes más presentan retardo mental, seguidos de las extensas monoparentales. Como se observa de lo obtenido en este estudio, no hay una característica única de la tipología familiar con la que convivan estos niños, lo cual probablemente va a depender de más factores relacionados con dicha problemática y del afrontamiento que hagan los padres sobre la discapacidad del niño. Al respecto Hewitt y Roza (2005), argumentan que además de la estructura familiar, el nivel educativo de los padres, el momento evolutivo del niño, los recursos personales y las redes de apoyo, son los factores que pueden influir en la forma en que los padres afrontan la problemática de su hijo con discapacidad.

Se encontraron asociaciones entre los problemas de personalidad y la ocupación, siendo lo más característico observarlo en personas que son estudiantes y empleados. Ello es frecuente encontrarlo dado que las personas con problemas de personalidad tienden a tener dificultades en las relaciones interpersonales y es precisamente en el entorno académico y laboral donde se hacen evidentes. Tal como lo plantea Caballo (2004), los individuos con trastornos de personalidad sufren considerables problemas escolares y laborales, así como en otros ámbitos.

Sobre la asociación entre ocupación y depresión, se presentó más en estudiantes, seguido de empleados. El hecho de que sea más evidente en primera instancia en personas que estudian y no trabajan coincide parcialmente con lo hallado por Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz-Granados (2004), quienes en su estudio encontraron que en Colombia el desempleo con discapacidad y las dificultades en las relaciones interpersonales incrementan el riesgo de sufrir un episodio depresivo.

Como conclusiones del presente estudio, se puede decir que los hallazgos encontrados permiten una carac-

terización de la población asistente a la USP con datos actuales los cuales son insumo esencial para orientar programas de prevención y promoción desde la Unidad.

En concordancia con lo anterior, es necesario seguir desarrollando programas de prevención en torno a las problemáticas de ansiedad y depresión en adultos, así como en problemas de comportamiento y de aprendizaje en población infantil y adolescentes debido a que son las que más se presentan en los usuarios que asisten a la Unidad.

Por otro lado, se puede concluir que la Unidad refleja una de las funciones esenciales de la Universidad, como lo es la proyección social, dado que se está teniendo cobertura en la atención a diferentes grupos poblacionales de varias localidades de la ciudad de Bogotá.

## Referencias

- Aláez, M., Martínez, R. & Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Anthony, L., Anthony, B., Glanville, D., Naiman, D., Wanders, C. & Shaffer, S. (2005). The relationship between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in classroom. *Infant and Child Development*. 14, 133-154.
- Atuesta, J. Y., Vásquez, R. A. & Urrego, Z. (2008). Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, (2), 182-194.
- Avaria, M. (2005). Pediatría del desarrollo y comportamiento. En Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte, Facultad de Medicina Hospital Clínico de Niños, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto del Río. *Revista Pediatría Electrónica*, 2, (1).
- Aycardo, M., Moreno, S. & De León, M. (2007). Depresión adolescente y familiar. *Boletín AMUP*. 10, (47), 17-26
- Barbosa, L. & Zapata, H. (2004). *Evaluación de la calidad de los servicios de consulta psicológica prestada por instituciones pertenecientes a universidades con programas de*

- psicología en Bogotá. Tesis de grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Barcelata, B. & Alvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 8, (1), 35-45.
- Barlow, D. & Durand, M. (2004). *Psicopatología*. España: Thomson.
- Beyers, J. M., Bates, J. E., Pettit, G. S. & Dodge, K. A. (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31, 35-53.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Correa, A. R., Correa, M. L., Díaz, Y., Ortega, A., Grisales, A. & Velásquez, M. (2003). *Detección de riesgos psicosociales en niños. Salud integral para la infancia (SIPI). Pediatría Social*. Universidad de Antioquia, Medellín, 2000-2002.
- Daza, V., Jurado, W., Duarte, D., Gich, I., Sierra-Torres, C. & Delgado-Noguera, M. (2009). Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60, (2).
- Feldman, R. (1998). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw-Hill.
- Fernández, E. (2003). Metodología en Educación para la Salud. Programa Anual 2003 de Formación Continuada Acreditada para médicos de atención primaria. España: Comisión de Formación Continuada Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. *El médico interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad*. Recuperado en septiembre de 2007 de [www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud2.htm](http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud2.htm)
- Ferrer, C. & Vaquero, R. (2006). Participación y compromiso en la calidad de los servicios paraguayos. *Revista Interamericana de Psicología*, 3, (40), 363-340.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, (6), 378-86.
- Grupo de Investigación en Neurociencias - Neuros (2009). *Enfermedades neuropediátricas afectan el desarrollo escolar de niños bogotanos*. Programa de Divulgación Científica. Tomo IV. Fascículo Interactivo 3. Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hewitt, N. & Rozo, M. (2005). Proceso de ajuste emocional de padres y sentimientos de hermanos de niños(as) con síndrome de Down. *Diálogos. Discusiones en la Psicología Contemporánea*, 4, 127-146.
- Hogg Foundation for Mental Health. (2005). *El cuidado de la salud mental*. México: Fundación Hogg para la Salud Mental, y el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.
- Kerr, D. C., López, N. L., Olson, S. L. & Sameroff, A. J. (2004). Parental Discipline and Externalizing Behavior Problems in Early Childhood: The Roles of Moral Regulation and Child Gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 369-383.
- Labrador, F. J., Paz, P., De Luis, P. & Fernández-Velasco, R. (2008). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Laurent, M. (2000). I disturbi ansioso-fobici in una prospettiva sistemica. Anxious-phobic disorders in a systems theory perspective. *Psicobiettivo*, 20, (2), 21-45.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24,(85), 19-28.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. & López, J. A. (2009). 358 Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, (3), 353-358.
- Mallou, J., Boubeta, A. & Cueto, E. (2003). Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. Universidad de Oviedo. *Psicothema*, 15, (004), 656-661.
- Mateus, M. A. (2009). *Intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar. análisis del proceso de implementación en la localidad de Suba*. Tesis programa Maestría en Política Social Pontificia Universidad Javeriana.

- Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Bogotá.
- Ministerio de Protección Social & Fundación FES (2003). *Tercer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Colombia.
- Ministerio de Protección Social & Fundación FES (2005). *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*.
- Ministerio de la Protección Social (2006). *Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*.
- Moreno, J. H. & Escobar, A. P. (2008). *Ansiedad y depresión en niños de la localidad de Usaqué de la ciudad de Bogotá*. Universidad de San Buenaventura. Bogotá. Trabajo sin publicar.
- Moreno, J. H. & Martínez, N. C. (2010). Conductas externalizantes, rendimiento académico y atención selectiva en niños con y sin hiperactividad. *Revista Psychologia. Avances en la Disciplina*. 4, (1), 39-53.
- Morgado, B. González, M. & Jiménez, I. (2003), Familias monoparentales: Problemas, necesidades y recursos. *Portularia*. (3), 137-160.
- Newacheck, P., Strickland, B., Shonkoff, J., Perrin, J., McPherson, M., McManus, M., Lauver, C., Fox, H. & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatric*, 102, 117-123.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M. y Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 119-133.
- Pezo, M. C., Komokura, L. & Costa, M. (2004). La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13, (4), 511-518.
- Quesada, S. (2004). Estudios sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Psychologica*, 3,(1), 7-16.
- Rodríguez, C., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. & Maiquez, L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. Universidad de Oviedo. *Psicothema*. 18, (2), 200-206.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Marin, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 16, (2), 203-210.
- Salavera, C., Puyuelo, Miguel. & Orejudo, S. (2009). Trastornos de personalidad y edad: Estudio con personas sin hogar. *Anales de Psicología*, 25,(2), 261-265-
- Sánchez, V. C. & Hurtado, M. H. (2008). *Estudio de prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta externa del servicio psicológico de la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia*.
- Serrano, G. L. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*. Bogotá.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.