PROPUESTA DE INTERVENCIÒN EN PSICOLOGÌA CLINICA Y PSICOEDUCATIVA

MILENA ASTRID TORRES GIRALDO

UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICAS PROFESIONALES

PEREIRA-RISARALDA

2009

PROPUESTA DE INTERVENCIÒN EN PSICOLOGÌA CLINICA Y PSICOEDUCATIVA

Informe Final de práctica profesional realizada en el Hospital Mental universitario del Risaralda, en el periodo comprendido Entre Febrero 3 del 2009 y Diciembre 3 del 2009

Milena Astrid Torres Giraldo (Estudiante)
Ana María Maya (Asesora)

UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

PRÁCTICAS PROFESIONALES

PEREIRA-RISARALDA

2009

DEDICATORIA

A mi familia, especialmente a mi abuela Beatriz quien con tanto amor hizo grandes esfuerzos para tenerme en este lugar, y a mi madre Consuelo quién a pesar de estar lejos me acompaño en este camino. Y a ti mi amor……

.

AGRADECIMIENTOS

A Jorge y a Patricia por su apoyo incondicional.

A mi novio por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles.

A mi tutora Ana María Maya, por su paciencia, conocimiento y dedicación a la hora de

acompañar mi proceso de práctica.

Al Hospital y sus funcionarios, especialmente al Doctor José Javier Vanegas, a la Doctora Martha Santana y a Luz Marina Valencia.

A Don Raúl, a Sebastián y a los muchachos de la portería, a Liliana y a Sandra de facturación, gracias por su amable colaboración.

Por último a mis amigos Diana, Laura, Juliana y especialmente a Carlos, quién acompaño esta etapa tan importante de mi carrera profesional.

Resumen

Este informe da cuenta del trabajo realizado por el practicante de Psicología en un periodo de diez meses en el Hospital Mental Universitario de Risaralda. Su contenido ilustra el procedimiento, los ejes de intervención, los tópicos teóricos, las dificultades y las conclusiones a las que llego el estudiante después de cursar de manera satisfactoria su práctica profesional.

Palabras claves: practicante de Psicología, procedimiento, ejes de intervención y tópicos teóricos.

Summary

This report reflects the work done by the practitioner of psychology in a period of ten months in the Mental Hospital. The content illustrates the procedure, the axes of intervention, theoretical topics, the difficulties and the conclusions reached by the student after attending a satisfactory professional practice.

Keywords: Psychology practitioner, procedure, areas of intervention and theoretical topics

LISTADOS ESPECIALES

Grafico 1: Eje psicología clínica, número de pruebas aplicadas, de citas tanto por primera vez, vistas por mes en el área de consulta externa***.*** ***43***

Grafico 2: Pacientes según genero atendidos en el área de consulta externa. *44*

Gráficos 3: Numero de pacientes atendidos por mes en sectores de urgencias, hospitalización y pensión entre el 3 de febrero y 31 octubre 2009. *45*

Grafico 4: Porcentaje de prevalencia de las psicopatológicas más comunes atendidas por el practicante de psicología en el área de hospitalización. *46*

Grafico 5**:** Número de encuestas aplicadas a los usuarios de HOMERIS por mes y por área. *57*

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria 3

Agradecimientos 4

Resumen 5

Listados especiales 6

Glosario de término 9

Introducción 11

1. Presentación de sitio de práctica 13

1.2 Reseña histórica 15

2 . Marco referencia 15

2.1 Diagnóstico o identificación de necesidades 15

2.2 Ejes de intervención 18

2.2.1 Eje de intervención psicología clínica 17

2.2.1.1 Urgencias y Hospitalización 17

2.2.1.2 Consulta externa 19

2.2.2 Eje de intervención Psicoeducativo 19

2.3 Justificación de los ejes de intervención 20

2.3.1 Justificación eje de intervención psicología clínica 20

2.3.2 Justificación eje de intervención psicoeducativo 22

2.4 Marco teórico 24

2.5 Propuesta de intervención 38

2.5.1 Eje de intervención psicología clínica 38

2.5.1.1 Objetivo general 39

2.5.1.2 Objetivos específicos 39

2.5.2 Estrategias de acción 39

2.5.1.3 Procedimiento desarrollado 40

2.5.1.5 Población 41

2.5.1.5 Presentación y análisis de resultados 41

2.5.1.5.1 Evaluación de impacto 41

Indicadores de logro cuantitativos 41

Indicadores de logro cualitativos 43

2.5.1.6 Dificultades presentadas 47

2.5.2 Eje de intervención psicoeducativo 48

2.5.2.1 Objetivo general 48

2.5.2.2 Objetivos específicos 48

2.5.2.3 Estrategias de acción 48

2.5.2.4 Procedimiento desarrollado 49

2.5.2.5 Población 49

2.5.2.6 Presentación y análisis de resultado 49

2.5.2.6.1 Evaluación de impacto 49

Indicadores de logro cuantitativos 49

Indicadores de logro cualitativos 49

2.5.2.7 Dificultades 50

2.6 Cronograma 51

2.7 Conclusiones 51

2.8 Recomendaciones 53

3. Complementarios 54

3.1 Bibliografía 54

3.2 Anexos 56

Anexo 1 Morbilidad egresos hospitalización masculino.

Anexo 2 Morbilidad egresos hospitalización femenino

Anexo 3 Morbilidad consulta externa

Anexo 4 Morbilidad hospitalización consumo de SPA

Anexo 5 Morbilidad urgencias, masculino y femenino

Anexo 6 Organigrama de la organización

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adicción: Concepto que hace referencia al consumo crónico de sustancias psicoactivas. De igual forma se asocia a dependencia tanto física como psicológica.

Depresión: estado mental caracterizado básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatigabilidad, insomnio, etc.

Enfermedad mental: Es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Homeris: Hospital Mental Universitario del Risaralda**.**

Morbilidad: Indica la proporción de sujetos que adquieren una enfermedad determinada durante cierto periodo de tiempo, en comparación con las demás personas de la misma población, se establecen en cifras el porcentaje de prevalecía de unas patologías sobre otras.

Prevención y Promoción: En síntesis, la prevención y promoción se refiere al conjunto de procesos que estimulan el desarrollo humano y que con ello tratan de evitar la aparición o proliferación de problemas socialmente relevantes.

Psicología clínica: Rama aplicada de la psicología científica que se enfoca en la evaluación, diagnóstico, intervención, y seguimiento, buscando constantemente el bienestar conductual, emocional, y cognitivo de las personas que reciben el tratamiento.

Psicología de la salud: La psicología de la salud constituye el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y

psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos.

Psicosis: Término general aplicado a los trastornos mentales de etiología orgánica en los cuales se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico, y de la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y, frecuentemente, perturbaciones de la sensopercepción (alucinaciones).

Redes de apoyo: Involucra todo el ambiente social en el que se desenvuelve el sujeto - ya sea la familia, el ambiente laboral, institucional, educativo, etc.- el cual posibilita, facilita y apoya el proceso terapéutico, al involucrarse y comprometerse de forma activa en la búsqueda del bienestar para el cliente, siendo en algunos casos parte primordial de su proceso.

Salud Mental: Estado de bienestar mental y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus capacidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

Sustancia psicoactiva*:* Es aquella sustancia que ejerce su acción sobre el sistema nervioso central, y tiene la capacidad de producir alteraciones en lo caracteres psíquicos (elementos mentales de los seres humanos), que pueden estimular o deprimir, perturbar la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta o función motora de las personas que la consumen**.**

INTRODUCCIÓN

La Universidad Católica Popular del Risaralda en convenio con el Hospital Mental Universitario de Risaralda brinda un espacio para realizar la práctica profesional comprendido entre el 2 de Febrero y el 2 diciembre de 2009, de carácter académico a los estudiantes Uceperianos, quienes participaran activamente ejerciendo su labor como psicólogos clínicos en las diversas áreas que conforman el hospital: el área de hospitalización agudos, urgencias, pensión e inimputables, el área extramural y consulta externa. El estudiante tendrá acceso a dichas áreas de forma rotativa, es decir, pasara por cada una de ellas cada dos meses, exceptuando el área de consulta externa puesto que en esta estará todo el periodo de su práctica.

Para tener un acercamiento a esta institución es pertinente conocer su misión y visión, las cuales hacen del HOMERIS una entidad competitiva e invaluable para esta región. En primera instancia se tiene la misión "Somos una institución de segundo nivel, prestadora de Programas Integrales de Salud Mental, que ofrece servicios competitivos de alta calidad y eficiencia a través de un excelente nivel científico, tecnológico y talento humano idóneo, comprometidos en mejorar la salud mental de la población que atendemos, generando clientes satisfechos.". En cuanto a la visión se establece "Ser una institución prestadora de Programas integrales de Salud Mental en el Eje Cafetero, Comprometida en el proceso de mejoramiento continuo."

Con miras a beneficiar y a lograr un impacto positivo en la población que acude a esta entidad, el practicante de psicología entra a apoyar la parte misional de esta organización, poniendo en práctica sus conocimientos en psicología clínica con un enfoque cognitivo conductual en las áreas de hospitalización y consulta externa, en tanto en el área extramural se requiere generar procesos de tipo psicoeducativos.La labor de los practicantes en esta institución toma trascendencia en la medida que está guiada por un objetivo clave que es apoyar de forma responsable y crítica los procesos misionales que se desarrollan en el HOMERIS, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en la academia.

1. PRESENTACIÓN DEL SITIO DE PRÁCTICA

1.2 Reseña histórica

Las instalaciones de HOMERIS en un principio sirvieron como escuela pública, en el año 1967 fueron usadas como un asilo para personas con tuberculosis hasta el año 1968, donde el doctor Guillermo Federico Klinker le da forma y lo convierte en un centro de salud mental que permite dar respuesta a la necesidad que tenia la comunidad de un lugar que recibiera de forma digna a las personas con trastornos mentales. Esta institución se convierte en una oportunidad para las personas que habitaban en las calles de esta ciudad.

Con el trascurrir de los años el Hospital Mental Universitario de Risaralda inicia una serie de transformaciones no solo en sus instalaciones sino también en su servicio y en sus procesos, puesto que estos toman una forma más personalizada y se enfocan a la terapia no solo individual sino también hacia la parte familiar de los pacientes.

Hacia el año 1998 se implementa el área de urgencias psiquiátricas, con nuevas y mejoradas instalaciones. Como otro evento significativo se tiene el convenio que se dio en el 2002 entre el ministerio de salud y el departamento de Risaralda para la reorganización institucional de los hospitales pertenecientes a la red del departamento, entre ellos el HOMERIS, que se actualizaron y tecnificaron sus procesos con el fin de hacer más ágil y eficiente el servicio

La E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda en la actualidad cuenta con una gran responsabilidad que es dar cobertura a gran parte de la población, en especial a la menos favorecida; adicional a esta condición esta entidad atiende personas de Risaralda, Choco y Norte del Valle. El HOMERIS cuenta con un amplio portafolio de servicios y con un equipo multidisciplinario que se encarga de prestar un servicio completo y eficiente a los pacientes que recurren a la entidad:

PORTAFOLIO DE SERVICIOS	
SERVICIOS	PRODUCTOS
CLÍNICA SANTA ANA LAS 24 HORAS	Atención integral por: Psiquiatría Psicología Medicina general Enfermería Terapia ocupacional Trabajo social
URGENCIAS	Atención las 24 horas por medico general y psiquiatría. Tratamiento médico y farmacológico, con disponibilidad de equipo con terapias especiales.
CONSULTA EXTERNA	Diagnostico Tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico Psi coeducación al paciente y la familia.

Entre los diversos cambios que ha tenido esta entidad, se tiene que con miras a prestar un servicio más humano, digno e integral, entraron en modificación principios y valores vitales para la prestación del servicio.

Principios en proceso de modificación

Integridad

Prioridad de lo humano y lo social, la institución buscará que hombres y mujeres logren la realización de sus potencialidades en forma individual y colectiva, fortaleciendo el capital social como base para construir un desarrollo integral y una mejor calidad de vida.

Respeto a la dignidad humana

Los funcionarios de la E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda manifestarán en todas sus acciones el respeto a la dignidad humana, expresado en el cuidadoso tratamiento que se debe tener por las personas a fin de no destruir ni perturbar su consideración como individuo.

Valores en Proceso De Modificación

Compromiso

Tener sentido de pertenencia con el hospital, para prestar el mejor servicio de salud mental. Para que se evidencie el compromiso es necesario la participación del personal de la institución, usuarios, familias y entes territoriales.

Responsabilidad

Cumplir los requerimientos necesarios para la prestación de un buen servicio al usuario. Responsabilidad implica: asistencia y puntualidad, buena voluntad, observar con exactitud las exigencias reglamentadas por la institución, haciéndose cargo en forma diligente y oportuna de lo que le compete a cada funcionario. La responsabilidad exige una buena comunicación y un armónico trabajo en equipo o corresponsabilidad.

Solidaridad

Prestar el servicio de salud mental, practicando la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, las comunidades, los sectores económicos y las regiones bajo el principio de ayuda del más fuerte hacia el más débil.

Respeto

Respetar, es entender y aceptar a todas las personas tal cual como son, de tal manera que no se les vulnere el derecho a la individualidad como edad, creencias, sexo, raza, para conservar unas sanas relaciones sociales.

Tolerancia

Tolerancia es aceptar con paciencia la diferencia de pensamientos, acciones y resultados de todas las personas involucradas en el servicio de salud mental y en especial del paciente.

2. Marco referencial

2.1 Diagnostico e identificación de necesidades

Con el fin de indagar acerca de las necesidades presentes en la institución y de las cuales los practicantes pueden intervenir, se realizó una entrevista semi-estructurada que se aplicó a funcionarios de las distintas áreas de la institución (Psiquiatría, Psicología, Enfermería y Terapia ocupacional). Dicha entrevista indagó con respecto a la importancia de los practicantes en la institución y a la forma en que pueden responder a dichos requerimientos; al analizar estos, el estudiante pudo dar cuenta de la importancia del área psicológica en HOMERIS, de igual forma le permitió al practicante ubicarse con respecto a sus funciones y a las áreas en donde puede ser útil y donde debe desempeñarse.

En la entrevista se identificaron tres necesidades que corresponden al objetivo principal de la organización, es decir al área misional, específicamente al desempeño y el funcionamiento de las áreas de consulta externa, hospitalización, urgencias y extramural. Las respuestas dadas por los distintos profesionales convergieron en que los practicantes deben entrar a poyar las áreas ya nombradas con anterioridad;

En primera instancia se indagó con referencia a la importancia y utilidad de los practicantes en psicología, las respuestas convergieron en que si hay pertinencia, importancia y utilidad en la labor de los estudiantes. Se encontraros argumentos como:

- Si es importante en la medida que permite apoyar de forma clara el área de consulta externa, que tiene gran demanda de consultantes (como se podrá ver en anexos) que requieren iniciar un proceso psicoterapéutico. De igual forma se

argumento que el apoyo de un profesional en formación, en este caso en psicología, posibilita una visión más completa acerca de cada problemática presente en la cotidianidad de la institución.

- Se encontró que la demanda de pacientes no es solo significativa por consulta externa, sino también en sus demás servicios de urgencias, hospitalización pensión y agudos. Los profesionales que respondieron este apartado argumentan que hay una necesidad clara de intervenir y apoyar los procesos psicoterapéuticos que se llevan a cabo en las diversas áreas, fortaleciendo el vínculo terapéutico con los pacientes que acuden a las mismas.
- Algunos profesionales expresaron que los practicantes son muy valiosos e importantes en la medida que permiten a las personas con trastornos mentales vincularse a un proceso más empático, completo y reflexivo, puesto que genera resultados directos en el bienestar de la población que acude a HOMERIS.

- De igual forma para la institución es beneficioso que se incorporen nuevos profesionales en psicología, puesto que, propician un mayor acompañamiento de los procesos y tratamientos brindados a los pacientes con enfermedad mental o con alguna problemática psicológica especifica.

Otros de los puntos planteados en la entrevista, fue de manera más específica, indagar por las necesidades de la institución que pueden corresponder o ser suplidas por el área de psicología:

- Una de las necesidades más resaltadas por los distintos profesionales, fue la atención no solo individual sino familiar por los diversos servicios de la institución, es decir, inimputables, hospitalización, urgencias y consulta externa. Se noto una falta de apoyo a nivel familiar, en la medida que no se incorpora la familia al tratamiento para los pacientes con diferentes patologías mentales.

- Se tiene una necesidad de formar grupos de apoyo enfocados a la población con consumo de sustancias psicoactivas, como se podrá apreciar en las estadísticas esta población es numerosa y cada vez son más los pacientes que acuden por urgencias o consulta externa por este motivo. Los consumidores de SPA requieren un trato especial, en la medida que requieren un seguimiento constante y continuo, enfocado a un acompañamiento individual y grupal.

- Por medio de la entrevista también se identifica la necesidad de contribuir en el área extramural y en las distintas actividades que se llevan a cabo en los diversos municipios de Risaralda. Esta área lleva a cabo una cantidad considerable de proyectos enfocados en la promoción y prevención, tratando problemáticas sociales.

En el tercer ítem se les pidió a los profesionales sugerir posibles soluciones a dichas necesidades ya establecidas; propusieron toda una serie de propuestas viables, en las que los practicantes de psicología son un recurso indispensable y de gran importancia:

- En este punto algunos profesionales coincidieron en que los practicantes pueden ofrecer soluciones viables en lo que se refiere a apoyo familiar, puesto que en muchos casos el paciente reincide en su hospitalización (anexo 1 y 2) puesto que no cuenta con el apoyo familiar adecuado. El estudiante puede entrar a realizar intervenciones psicoeducativos con las familias de los paciente, particularmente con la población que presenta consumo de sustancias psicoactivas (anexo 3).

- Otra sugerencia con respecto a la labor del practicante, es la colaboración dinámica y activa con el grupo interdisciplinario que labora en el HOMERIS, para así poder llegar a brindar una atención completa e integral a los pacientes que lo requieran, en donde se dé un cubrimiento total en función de lograr el bienestar de los mismos.

- Usualmente cuando el paciente ingresa a urgencias es tratado por el equipo de enfermeros, psiquiatras y medico general, lo que refleja la ausencia de psicólogo, respecto a este asunto los funcionarios de la institución coinciden en que el paciente

debe ser evaluado e intervenido por el área de psicología, ya que, algunos casos lo requieren para poder iniciar su proceso de estabilización y recuperación.

El diagnóstico de necesidades también se basó en estudios estadísticos consolidados por edad, género y patología entre el año 2008 y 2009 (anexos 1, 2, 3), estos datos especifican información en relación al porcentaje de ingresos y diagnósticos más frecuentes resultantes en el área de hospitalización, urgencias y consulta externa. Dichas estadísticas evidencian la demanda de pacientes que ingresaron en el año 2008 y fueron herramienta valiosa para los practicantes, puesto que les permitió focalizar su atención en los requerimientos más significativos presentes en HOMERIS.

Por otra parte el estudiante con el fin de complementar dicho diagnóstico de necesidades, hizo una revisión detallada de informes finales de práctica de estudiantes de años anteriores, específicamente de Yelitza Betancourt y Alexander Santibáñez, quienes en el año 2008 realizaron su práctica profesional en HOMERIS. Para finalizar dicha búsqueda se revisaron historias clínicas, documentos elaborados por la institución en donde se especifican las funciones del practicante y se tuvo la oportunidad de indagar de forma directa con el Doctor Juan Pablo Vélez, en relación a la pertinencia y la necesidad de contar con los practicantes

2.2 Ejes de intervención

Con el fin de establecer de manera precisa la realización de la práctica profesional en esta institución, se plantearon unos ejes de intervención, los cuales dieron cimientos a la labor del practicante en el HOMERIS. Estos ejes de intervención se vieron justificados con su respectivo interés y novedad.

2.2.1 Eje Psicología Clínica:

Este eje se considera como una constante en los servicios de hospitalización (urgencias, pensión, agudos e inimputables) y consulta externa del HOMERIS, puesto que

permite generar intervenciones individuales oportunas a diferentes problemáticas que devienen de la cotidianidad del ser humano y de la patología mental como tal.

En el portafolio de servicio de HOMERIS se encuentra un servicio amplio y oportuno a la población, que consiste en hospitalizar a los pacientes según su grado de necesidad, con el fin de garantizar una atención completa por parte del equipo interdisciplinar de Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadoras sociales, Terapeutas ocupacionales, Farmaceutas y Enfermeros. Inicialmente el paciente es valorado en el área de urgencias en donde se establece si debe o no permanecer hospitalizado; consiguiente a esto el paciente permanece determinado tiempo en esta área pasa al área de hospitalización agudos o pensión, según su EPS o entidad prestadora de servicios. En lo que concierne al área de consulta externa el paciente tiene un manejo ambulatorio, en donde el practicante llevara a cabo procesos con a nivel familiar, de pareja o individual con niños (de dos años en adelante) o adultos; por último se tiene el área de inimputables, en donde se le brinda atención interdisciplinar de tipo hospitalización a los pacientes del ministerio.

El practicante entra a apoyar estos servicios en la parte de psicología, en este caso en área clínica y desde un enfoque cognitivo conductual, realizando intervención en crisis o llevando a cabo procesos psicoterapéuticos según la necesidad del consultante.

2.2.1.1 Urgencias y Hospitalización

En el área de urgencias se intervienen pacientes en situación de crisis, puesto que suponen un riesgo inminente para ellos mismos o para los demás. Estos pacientes merecen de especial cuidado, ya que, presentan síntomas como ansiedad, confusión, cansancio, síntomas físicos, que vienen acompañados, de una serie de conductas desadapatativas, que a su vez le generan al paciente inconvenientes con su entorno socio familiar. Debido al alto grado de descompensación del paciente, este es llevado a la unidad intervenido por medico general, Psiquiatra y Psicología.

En el área de hospitalización agudos y hospitalización pensión, se encuentran los pacientes ya estables, con los cuales se continúa el proceso psicoterapéutico individual, iniciado en urgencias. La diferencia entre estos dos tipos de hospitalizaciones es la adecuación de su estructura física en cuanto a espacio y capacidad de cada habitación; es la unidad de pensión recibe personas que pagan el servicio particular o que son remitidas de Saludcoop, mientras que en agudos las personas son personas vinculadas al SISBEN, sin perder de vista que el fin sigue siendo el mismo, prestar un servicio integro y completo a los pacientes que se encuentren dentro de cada área.

Para el estudiante es provechoso tener la oportunidad de entrar a formar parte de la atención a los pacientes del área de hospitalización, puesto que podrá enriquecer sus conocimientos y perspectivas en materia de patología mental, potencializando su capacidad de para establecer diagnósticos diferenciales e intervenciones especificas en cada caso clínico. Se puede observar en las tablas de datos (anexo 1 y 2) el flujo de pacientes con gran diversidad de trastornos, por ejemplo se tiene el trastorno afectivo bipolar el cual predomina en el área de hospitalización con amplio porcentaje en la población masculina y femenina de 25 años en adelante. De igual forma se tienen problemáticas con gran necesidad de abordaje, como el consumo de sustancias psicoactivas, siendo esta susceptible de una labor pertinente por parte del practicante, el cual sería útil para realizar seguimientos psicoterapéuticos individuales y familiares; esta población está en crecimiento como se puede apreciar en las tablas de morbilidad (anexo 4) en donde la población menor de 25 años presenta alto consumo de diversas sustancias psicoactivas tales como cannabis, heroína y alcohol entre otros .

2.2.1.2 Consulta externa

En los servicios prestados por esta institución se encuentra el de consulta externa, en donde se proporciona a los pacientes una atención ambulatoria. El estudiante llevó a cabo un proceso de evaluación por medio de entrevistas, análisis funcionales y líneas de base, seguido de un diagnóstico basado en los manuales como el CIE 10 para luego generar una intervención con miras a disminuir o extinguir las cogniciones y conductas disfuncionales

que causan malestar y por las cuales acude en busca de acompañamiento psicológico. En este orden de ideas es pertinente tener en cuenta que para el enfoque cognitivo conductual es de vital importancia evaluar los antecedentes precipitantes del la conducta y la conducta como tal ya sea por déficit o por exceso que presenta en la actualidad el consultante, para así llegas a plantear un intervención

El apoyo brindado por parte del practicante específicamente en este eje, debe ser contundente, de calidad y de corta duración, puesto que la demanda es amplia y el tiempo aproximado por consulta es 45 minutos primera vez y 30 minutos de control; con base a lo anterior podría decirse que el enfoque cognitivo conductual permite hacer un seguimiento eficaz y rápido con miras a intervenir las diversas problemáticas que llegan a diario al área de consulta externa.

2.2.2 Eje de Intervención Psicoeducativo

En busca de dar respuesta a las necesidades identificadas en los municipios de Risaralda en materia de riesgos en salud mental, el HOMERIS cuenta con el departamento de salud extramural, el cual tiene como objetivo optimizar la calidad de vida de la comunidad por medio de actividades de carácter psicoeducativas, en donde el practicante entra a formar parte activa del equipo destinado para el diseño e implementación de dichas actividades. Este sector hace fuerte énfasis en la promoción y prevención de consumo de SPA, dadas las altas cifras de consumo en pacientes que ingresan al área de hospitalización y consulta externa; esto se hace evidente en el alto porcentaje de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de diversas sustancias tales como opiáceos, alcohol o cannabinoides (anexo 3, 4,5).

En este orden de ideas HOMERIS por medio de su departamento de salud extramural pretende disminuir las altas tasas de morbilidad en consumo de sustancias psicoactivas, implementando talleres que movilicen esfuerzos en prevenir y promover hábitos de vida saludables sin consumo y sin excesos.

2.3 Justificación de los Ejes de Intervención.

Argumentar la pertinencia con respecto a la formulación de los ejes de intervención, es adecuado en la medida que posibilita una lectura clara y completa de los mismos. En primera instancia se retoman planteamientos propuestos anteriormente, con el fin de guiar dicha justificación, seguidamente se encuentra cada eje con su respectiva utilidad, interés y novedad,

2.3.1 Eje Psicología Clínica:

Este eje se podría considerar como una constante en los servicios de hospitalización (urgencias, pensión, agudos e inimputables) y consulta externa del HOMERIS, puesto que permite generar intervenciones individuales oportunas a diferentes problemáticas que devienen de la cotidianidad del ser humano y de la patología mental como tal.

En el portafolio de servicio de HOMERIS se encuentra un servicio amplio y oportuno a la población, que consiste en hospitalizar a los pacientes según su grado de necesidad, con el fin de garantizar una atención completa por parte del equipo multidisciplinario que conforma la institución, Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadoras sociales, Terapeutas ocupacionales, Farmaceutas y Enfermeros. Inicialmente el paciente es valorado en el área de urgencias en donde se establece si debe o no permanecer hospitalizado; consiguiente a esto el paciente permanece determinado tiempo en esta área para después ser llevado al área de hospitalización agudos o pensión, según su EPS o entidad prestadora de servicios. En lo que concierne al área de consulta externa el paciente tiene un manejo ambulatorio, en donde el practicante llevara a cabo procesos con a nivel familiar, de pareja o individual con niños (de dos años en adelante) o adultos; por último se tiene el área de inimputables, en donde se le brinda atención interdisciplinar de tipo hospitalización a los pacientes del Ministerio.

El practicante entra a apoyar estos servicios en la parte de psicología, en este caso en área clínica y desde un enfoque cognitivo conductual, realizando intervención en crisis o

llevando a cabo procesos psicoterapéuticos según la necesidad del consultante; el enfoque cognitivo conductual como modelo de intervención psicológico permite tratar patologías o problemáticas mentales que generan conductas desadapatativas en el funcionamiento cotidiano del sujeto, en esta medida, identifica cogniciones erróneas con el fin de modificarlas y poder desarrollar un repertorio conductual apropiado. Este modelo se basa en cuatro pasos claves para lograr llevar a cabo una intervención apropiada, la evaluación, el diagnostico, la intervención, y el seguimiento de la problemática.

En este orden de ideas se formula la justificación, en términos de novedad, utilidad e interés, teniendo en cuenta las entrevistas hechas a los distintos profesionales de HOMERIS con el fin de elaborar el diagnostico de necesidades y adicionalmente tomando datos estadísticos de 2008 en relación a los procesos de consulta externa, hospitalización y urgencias.

En términos de ***novedad*** podría decirse que el practicante refresca la mirada psicológica proponiendo intervenciones desde autores como Ellis, Beck entre otros, con técnicas tales como la restructuración cognitiva, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales y la terapia racional emotiva. De igual forma el practicante toma participación en áreas como consulta externa en donde se le posibilita hacer una intervención que cuenta con herramientas tales como pruebas psicométricas, como las escalas Weschler para niños y adultos entre otras; en esta medida el estudiante puede aprender hacer uso de distintas herramientas, optimizando recursos y potencializando sus conocimientos de forma adecuada desempeñándose en un equipo interdisciplinario que permite nutrir una mirada integral de la enfermedad mental.

La ***utilidad*** se aborda en lo que respecta a la información obtenida en las entrevistas, en las cuales se identificó que en el departamento de psicología específicamente en el parte clínica, es necesario optimizar el recurso humano con el objetivo de brindar mayor atención a los usuarios y así mismo poder mejorar el servicio tanto dentro del Hospital como por fuera en el área extramural; mejorar el servicio implica mayor seguimiento al proceso y evolución de cada paciente, de forma completa, posibilitando constancia y

continuidad en el tratamiento psicológico. Con base a lo anterior resulta relevante, pertinente y útil la labor del practicante, el cual entra apoyar estos procesos, desde una plataforma teórica que lo capacita y hace apto para desempeñar su labor como psicólogo practicante desde un enfoque cognitivo conductual.

En lo que respecta al ***interés*** de este eje de intervención, podría decirse que el estudiante encuentra la oportunidad de afianzar sus conocimientos con respecto a su que hacer como psicólogo clínico, puesto que se abre la oportunidad de poner en marcha habilidades fundamentales tales como la empatía, la escucha, la comunicación tanto verbal como no verbal entre otras. Dichas habilidades son básicas para iniciar un ejercicio como psicólogo clínico, (independientemente de la problemática o patología que traiga el paciente al espacio terapéutico) y de igual forma permiten crear una relación paciente-terapeuta cómoda, confiable y basada ante todo en el respeto por el sentir del otro, por su enojo, tristeza o angustia; así mismo toma importancia en la medida que posibilita mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente y por lo tanto se aumentan las probabilidades de lograr éxito con respecto al objetivo terapéutico planteado inicialmente.

2.3.2 Justificación de eje de intervención psicoeducativo

En busca de dar respuesta a las necesidades identificadas en los municipios de Risaralda en materia de riesgos en salud mental, el HOMERIS cuenta con el departamento de salud extramural, el cual tiene como objetivo optimizar la calidad de vida de la comunidad por medio de actividades de carácter psicoeducativos, en donde el practicante entra a formar parte activa del equipo destinado para el diseño e implementación de dichas actividades. Este sector hace fuerte énfasis en la promoción y prevención de consumo de SPA, dadas las altas cifras de consumo en pacientes que ingresan al área de hospitalización y consulta externa; dicho hecho se puede evidenciar en el alto porcentaje de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de diversas sustancias tales como opiáceos, alcohol o cannabinoides (anexo 3, 4,5). En este orden de ideas HOMERIS por medio de su departamento de salud extramural pretende disminuir las altas tasas de morbilidad en

consumo de sustancias psicoactivas, implementando talleres que movilicen esfuerzos en prevenir y promover hábitos de vida saludables sin consumo y sin excesos.

En la actualidad el área extramural tiene a su cargo un proyecto denominado Jóvenes P (jóvenes en prevención) en donde se capacita a un grupo de jóvenes interesados en promover un mensaje de vida saludable libre de consumo y de hábitos insanos. Los jóvenes P de Risaralda vienen desarrollando talleres en sus respectivas comunidades que hacen referencia a sus vínculos familiares, su territorio y diversas temáticas pertinentes en el asunto de prevención.

En este orden de ideas se da inicio a la justificación de este eje, el cual resulta pertinente puesto que abre la posibilidad de servir no solo a la población que acude a HOMERIS, sino también a personas de los distintitos municipios por medio de talleres y actividades psicoeducativas; en esta medida toma forma la **utilidad** de este eje, puesto que, el practicante tiene la oportunidad de trasmitir conocimientos en determinados temas de interés para la comunidad y a su vez lograr un impacto positivo en pro del bienestar y la salud mental de la población. De igual forma la utilidad de este eje se ve proyectada en el apoyo que brinda el estudiante en el proceso de implementación del sistema de garantías en salud, el cual tiene como objetivo buscar la certificación de HOMERIS como entidad prestadora de servicios en salud mental a nivel nacional; el practicante apoyará esta parte con la aplicación de encuestas de satisfacción a los pacientes y familiares del área de consulta externa, hospitalización y urgencias, las cuales buscas reunir las percepciones de los pacientes en general con respecto al servicio de la institución.

En cuanto al **interés** este eje posibilita una formación integral del estudiante, en la medida que se llevaron procesos enmarcados en diversos campos de la psicología tales como el educativo, el social y el clínico. Retomando dichos campos, podría decirse que el área social está presente en la medida que se tiene en cuenta para la elaboración de actividades, el entorno de las personas y como este impacta su comportamiento, en cuanto a la parte educativa se hace referencia al diseño de talleres que viabilizan en los individuos

nuevos aprendizajes y finalmente clínica puesto que, en algunas visitas a los municipios se abren espacios clínicos con miras a atender problemáticas a nivel individual.

.

En lo que respecta a la ***novedad*** del eje extramural, cabe afirmar que incentiva la relevancia de proyectos en promoción y prevención en los distintos centros de salud de los municipios en Risaralda, a los cuales asesora y acompaña en el diseño e implementación de actividades enfocadas a crear una reflexión en la comunidad con relación a problemáticas tales como el consumo de SPA. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas el HOMERIS en manos de la trabajadora social, realizó un estudio en 10 instituciones educativas, en donde se establecieron posibles causas de consumo entre los alumnos, edades, grado de escolaridad y predominio entre género.

2.4 MARCO TEÓRICO

Ya establecidos los ejes de intervención es pertinente aterrizar un bagaje teórico y conceptual que orienta la práctica del estudiante, proporcionándole así un carácter riguroso a sus acciones e intervenciones como futuro psicólogo. Teniendo en cuenta que la práctica profesional materializa todo los esfuerzos teóricos del estudiante durante cuatro años, se debe contar con una plataforma sólida, que permita viabilizar intervenciones de calidad con miras a mejorar la salud mental de los pacientes que acude a HOMERIS. Inicialmente se citara el inicio de la psicología desde autores como Wundt, para seguidamente plantear los inicios de la terapia de la conducta y del enfoque cognitivo conductual, la visión de sujeto desde esta perspectiva, las técnicas y por ende las patologías a tratar.

En este orden de ideas resulta pertinente trasladarse al inicio como tal de la psicología experimental, marcada con autores como Wilhelm Wundt, quien en 1879 fundo el primer laboratorio experimental y se interesó por estudiar la conciencia, en contraste a otros autores de la época que se interesaron en analizar fenómenos a nivel de lo inconsciente. Todos estos autores y planteamientos convergen en el hecho de querer ser participes de la tan anhelada pregunta por el ser, de explicación devenida del actuar humano en la tierra, en esta medida resulta interesante conocer la propuesta brindada por el

enfoque cognitivo conductual y sus formas de abordar diversas problemáticas provenientes del comportamiento humano.

Para dar inicio a una definición clara de lo cognitivo conductual se retomaran aspectos vitales de la terapia conductual como tal, puesto que esta proporciona una base teórica y científica a las diversas intervenciones aplicadas en la actualidad en el espacio clínico de este corte y además constituye una fuente que nutre de forma directa esta practica. En este punto surgen múltiples autores como Skinner, Torndike, Watson entre otros, quienes pretendían llevar el estudio del comportamiento humano a su máximo potencial, y pretendían analizar variables influyentes en la manifestación de la conducta.

Hacia el año de 1986 empieza a tomar forma este modelo conductual, puesto que surgen estudiosos como Iván Pavlov quien inicia experimentando con perros, en los cuales observo que salivaban aun con la ausencia del alimento en su boca, el hecho de que esta se les presentara a simple vista ocasionaba una respuesta de salivación en los canes; continuo a esto asocio un sonido de una campana el cual presentaba antes de presentar la comida, acción la cual aplico durante varias sesiones en las cuales el perro como condición debía estar hambriento. La salivación del perro ante la comida toma el lugar respuesta incondicionada, mientras que el nivel de salivación evidenciado ante el sonido de la campana es una respuesta condicionada; un estimulo que en primera instancia era neutro toma un carácter de condicionado al aplicarse dicha contingencia. (Gabalda,)

Dicho experimento le permitió a Pavlov desarrollar un modelo experimental denominado condicionamiento clásico, el cual da lugar a la adquisición de una respuesta deseada que así mismo se logra por la asociación de la relación entre estimulo-respuesta.

Paralelamente al trabajo de Pavlov se encuentra Torndike (1874-1949), quien también experimenta con animales y asume que la conducta del mismo no estaba justificada por procesos internos sino al contrario por eventos ambientales; este autor tenia como objeto establecer la causalidad entre un antecedente y un consecuente, proponiendo con base a sus experimentos que una conducta era mas tendente a la repetición cuando era

recompensada. En esta línea de autores también se encuentra Watson quien parte de Torndike y Pavlov, para continuar estudiando la conducta, proponiendo que la misma se articula en función del ambiente y adicionalmente obtiene un importante logro que es plantar el conductismo como una tendencia adecuada para ser considerada un enfoque psicológico. Las propuestas de Watson están marcadas por un radicalismo enfocado a considerar la conducta como algo netamente mecánico, que ignora toda condición del ser humano que no sea observable o que pueda constatarse empíricamente. (Núñez y Tobón, 2005)

Si de aportes importantes al estudio de la conducta se trata, es acertado traer a colación a un autor trascendental llamado Burrhus Frederic Skinner (1904-1992) quien complemento los planteamientos que venían desarrollando los autores ya nombrados con anterioridad. Skinner propone que, no es investigación aquella que no se base en los datos observables y plantea que un psicólogo debe basarse en la información susceptible de ser medida y observada

> "La posición de Skinner en términos de un antirreduccionismo metodológico: la tarea de un psicólogo consiste en relacionar datos observables de la conducta con el ambiente en que tiene lugar; aunque la conducta se corresponde con unos factores fisiológicos, la conducta humana no puede ser descrita en términos fisiológicos ni referida a unos datos físicos o químicos; el único objeto de la investigación científica es hallar las relaciones existentes entre estimulo controlado por el experimentador y otras variables experimentales y la respuesta del sujeto experimental." (Núñez y Tobón, 2005, p 25).

Pero con estos antecedentes se llega a el abordaje de la modificación de la conducta, que toma importancia en la medida se torna como un instrumento útil para dificultades en el comportamiento o propiamente dicho en la enfermedad mental. Los principios de aprendizaje desarrollados por los distintos teóricos fueron la plataforma para implementar la modificación de conductas disfuncionales, de igual forma la terapia de conducta tomo

forma convirtiéndose en un procedimiento viable para desarrollar conductas más adaptativas; este es el caso de la desensibilización sistemática propuesta por Wolpe, cuya finalidad era el tratamiento de trastornos de ansiedad.

Pero hacia 1960 surge la necesidad de reconocer los procesos que no son precisamente de carácter público como la conducta, que es susceptible de ser medida y estudiada a simple vista, dichos eventos son llamados privados; estos eventos privados o bien llamados procesos cognitivos fueron retomados por distintos terapeutas clínicos e investigadores, los cuales buscaron respuestas en estos, puesto que la conducta por si sola no llegaba a satisfacer todos los planteamientos subyacentes al estudio del comportamiento del ser humano.

Si bien con anterioridad el interés era solo modificar la conducta, ahora los eventos internos eran objetos de modificación, para algunos terapeutas fue nuclear en el desarrollo de nuevas técnicas enfocadas a la modificación cognitiva, mientras que para otros solo fue un apoyo en la modificación netamente conductual. Partiendo de lo anterior podría darse inicio a un recorrido teórico en el enfoque cognitivo conductual, cuyo interés es vital para el presente plan de práctica y por ende para las intervenciones clínicas llevadas a cabo por el estudiante en el HOMERIS.

Podría decirse que el inicio de este enfoque esta marcado por autores como Ellis y Beck, los cuales propusieron la terapia racional emotiva conductual y terapia cognitiva respectivamente. Estos autores tienen en común un punto de partida de tipo psicodinamico, aunque ambos proponen modelos cognitivos buscando una separación del psicoanálisis (Gabalda 2007). Pero no solo estos autores conforman el modelo cognitivo, también se tienen teóricos influyentes como M. Golfried, A. Nezu, T. Zurilla y Maichenbaum entre otros

El enfoque cognitivo conductual ha tomado un lugar trascendental en la psicología, siendo un modelo clínico que busca intervenir la enfermedad mental, contando con cuatro pasos básicos como la evaluación, diagnostico, pronostico y tratamiento de las posibles

problemáticas o situación que puedan producir malestar en el individuo, no solo como patología mental sino también como diversas condiciones producto de la cotidianidad de la persona.

En este punto resulta adecuado definir la concepción de sujeto desde este enfoque teórico, puesto esta concepción puede variar si se contrasta con otras posturas o modelos de intervención, en este orden de ideas podría decirse que desde la mirada de lo cognitivo conductual el consultante hace parte activa de su proceso, puesto que tiene la posibilidad de aportar de forma dinámica en la construcción adecuada de el plan terapéutico y de las metas que subyacen al mismo. El sujeto concebido desde este modelo, toma una visión integradora de lo bio-psico-social, en donde se tiene en cuenta la parte biológica y a las variables que subyacen a la misma, como el concepto de enfermedad; de igual forma se le da peso e importancia a lo que respecta a los procesos cognitivos, patrones de personalidad, motivación (haciendo referencia a lo psico) entre otros, que actúan de forma integrada; por último se tiene la dimensión social que le da valor a el contexto y su carácter social, al encuentro que tiene el sujeto con el otro y sus implicaciones en este caso en su comportamiento.

En este orden de ideas el enfoque cognitivo conductual como tal, es de los más nuevos, ya que, tuvo sus inicios hacia 1960, como lo propone Núñez, bajo el planteamiento básico de que los procesos cognitivos son determinantes e influyentes en la conducta de cualquier ser humano y que bajo ninguna circunstancia pueden ser ignorados, puesto que, estos permiten una mirada integral de ser humano y su comportamiento, y por lo tanto propician un estudio riguroso y completo del mismo.

Las cogniciones como tal toman relevancia en la medida que proporciona información de la conducta problema que aqueja el individuo, es decir, detectando cogniciones desadapatativas o erróneas en la persona, se puede llegar a vislumbrar el porqué de la conducta y así mismo el porqué de su mantenimiento. De igual forma toma relevancia el concepto de enfermedad mental, visto desde este modelo de intervención en términos de distorsión:

> "Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría de esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanentemente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes." Beck (2000 citado en Riso 2006 pp. 29)".

En este orden de ideas cabe puntualizar la definición de una distorsión cognitiva desde autores como Beck, quien propone que es un producto cognitivo ilógico o equivocado, que a su vez le proporciona validez a los pensamientos automáticos; no en vano los pensamientos automáticos también son asumidos como productos cognitivos de carácter intrusivo, inmediatos, involuntarios, repetitivos y que se valen de las distorsiones cognitivas para validarse. (*Riso 2004*)

En este punto resulta pertinente retomar el término de distorsión cognitiva y pensamiento automático, puesto que, edifican la patología mental vista desde este modelo de intervención "El modelo de sicopatología en el cual se fundamenta la terapia cognitiva otorga a los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas un rol central en el desencadenamiento y mantenimiento de emociones negativas como ansiedad, depresión e ira; en efecto negativo de los pensamientos automáticos y de las distorsiones cognitivas (su falta de identificación y control) se ha reconocido en prácticamente todos los desordenes mentales; por ejemplo fobia social, ansiedad generalizada, hipocondríasis, desordenes de alimentación, abuso de sustancias, estrés postraumático, trastornos bipolares y desordenes de la personalidad entre otros" (*Riso 2006, pp. 61*).

Ya teniendo claro el bagaje conceptual con respecto a nociones claves para entender el modelo como tal resulta necesario continuar ampliando planteamientos como el de Beck y Ellis quienes proponían procedimientos y terapias que tenían como objeto erradicar

dichas distorsiones y pensamientos automáticos presentes en las diversas patologías mentales, y por ende propiciar niveles de funcionalidad y adaptabilidad en la persona.

Beck y su modelo cognitivo, que inicialmente fue implementado para trastornos como la depresión para seguidamente ampliarse a patologías como los trastornos de ansiedad y fobias, y más recientemente a pacientes con trastornos de personalidad. En este modelo de Beck primaba la modificación de patrones erróneos de pensamiento, teniendo en cuenta la visión del individuo de si mismo, de los demás y del mundo; adicionalmente Beck aporta un abordaje de la psicopatología, visto desde un modo de pensar disfuncional basado en esquemas nucleares, los cuales tienen origen básicamente en aprendizajes que tiene la persona a lo largo de su existencia. (Núñez y Tobón, 2005)

Beck plantea que las personas van formando conceptos y estructurando esquemas por medio de la interacción consigo mismos, con los demás y con el mundo; dichos esquemas son considerados como vitales para la organización cognitiva y están compuestos por creencias y supuestos, que se van formando desde el inicio del ciclo vital de una persona, por lo tanto la terapia cognitiva tiene como finalidad cambiar los esquemas cognitivos que están interfiriendo en el repertorio emocional y conductual del paciente, a través de una confrontación que propone el terapeuta en busca de contra argumentar la idea irracional del consultante.(Gabalda 2007).

Por otra parte Ellis y su terapia racional emotiva conductual, cuenta con conceptos básicos como el de pensamientos racionales e irracionales, siendo racional aquello de carácter lógico, basado en hechos reales en contraposición a lo irracional considerado lo ilógico, falso y fuera de la realidad y que por ende toma un lugar de interferencia en la supervivencia del ser humano, es decir que se concierte en un obstáculo para que el individuo de desarrolle adecuadamente en su diario vivir. Lo llamado irracional toma relevancia en la terapia racional emotiva de la conducta, en donde Ellis propone un modelo denominado A-B-C siendo A el hecho que activa B, que es la respuesta conformada por pensamientos, creencias y evaluaciones y así mismo llegan a provocar consecuencias emocionales y conductuales denominadas como C.

Dicho modelo busca que "La terapia busca que la personas introduzcan en el patrón A-B-C un nuevo elemento, el autocuestionamiento de B denominado D, desde su propia visión de las cosas, acorde con lo que consideran correcto para si mismas, teniendo en cuenta sus valores personales." (Núñez y Tobón, 2005, p 39). Esto lleva al paciente a dar la razón de sus pensamientos irracionales y por ende a confrontar de manera reflexiva la realidad de los sucesos, reconociendo y aceptando sus emociones; en esta medida esta terapia resulta útil puesto que le permite al paciente intentar cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta adaptativa y así mismo disminuir cogniciones irracionales y reemplazarlas por otras más saludables. Esta terapia puede ser vista a la luz de trastornos frecuentes en los distintos servicios de HOMERIS tales como, depresiones, fobias sociales, trastornos de ansiedad entre otros, las cuales se pueden observar en las estadísticas de morbilidad en donde aparecen entre los primeros diez principales diagnósticos entre la población adulta (ver anexo 1 y 2).

Seguido del análisis teórico del enfoque cognitivo conductual y sus antecedentes, es pertinente retomar algunas de las necesidades a suplir en el HOMERIS, articuladas con los ejes de intervención y a su vez con la teoría ya expuesta. Inicialmente se hará referencia a la Depresión, como una patología ampliamente abordada por el enfoque cognitivo conductual y además que constituye uno de los principales motivos de hospitalización dentro de la institución.

Pero antes de entrar en las patologías como tal se hace necesario tener conocimiento de los manuales diagnósticos, los cuales resultan útiles en la medida que, estos permiten unificar criterios a la hora de diagnosticar e intervenir determinada problemática y resulta una herramienta útil para los profesionales de la salud. Inicialmente se tiene el DSM es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de distintas orientaciones interesados en tratar lo concerniente a enfermedades psiquiatritas, en la actualidad esta en circulación las publicación mas reciente DSM IV TR. Este manual surge como una variante de la "Clasificación Internacional de Enfermedades, 6ª edición" o CIE- 6, el cual por primera vez

incluyo un apartado destinado a los trastornos mentales con la clasificación de F 00 F 99; esta publicación es publicada por la Organización Mundial de la Salud(Pereyra, 2009).

Si bien el DSM IV resulta de utilidad, el CIE 10 es el manual usado por las instituciones en salud mental, en este caso por el Hospital Mental, cuyo programa sistematizado de historias clínicas funciona con los códigos y las clasificaciones propuestas por este. A continuación se nombraran algunas patologías frecuentes en el HOMERIS, a la luz del los diagnósticos otorgados por el CIE 10 y de la intervención propuesta desde lo cognitivo conductual.

La psicoterapia basada en un modelo cognitivo ofrece un completo conjunto de conocimientos teóricos y prácticos que permiten dar respuesta a diversos desordenes desadaptativos de los individuos; el abordaje para problemáticas como la depresión es concreto, en la medida que permite llegar a una modificación no solo cognitiva sino comportamental y afectiva, teniendo como eje articulatorio la relación del paciente con si mismo, con los demás y con el medio ambiente. Las técnicas o formas de abordaje de una problemática específica debe tener en cuenta diversos aspectos claves como principios consistentes con relación a la teoría, la propuesta terapéutica debe tener en cuenta las características individuales de cada paciente y por ende de su problemática y se debe establecer una relación terapéutica adecuada, empática y basada en el respeto.

En el seminario de cognitivo conductual hecho en la UCPR la doctora Silvia Franchi cita a (Schuyler y Katz, 1973) quien propone que “La depresión clínica es tan frecuente en nuestra práctica profesional que ha sido llamada el “resfrío común de la psiquiatría. Según estudios realizados en Estados Unidos constituye el 75% de las internaciones psiquiátricas; aproximadamente el 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de suficiente importancia clínica para requerir tratamiento. Se estima que para 2020 será uno de los problemas de salud más importantes a nivel global, tanto como los problemas cardíacos”.

Situación que no esta alejada del HOMERIS, puesto que en el año 2008 recibió en sus instalaciones por el servicio de hospitalización recibió 109 casos entre hombres y mujeres con trastorno depresivo leve, moderado o grave (ver anexo 1 y 2). Este enfoque propone que la forma en como habitualmente se procesa la información es modificada y por lo tanto la persona deprimida la interpreta erróneamente, en este caso de forma negativa, generándose autorreproches y así mimo como resultado de sus cogniciones se van generando conductas desadapatativas, en donde la persona pierde la capacidad para disfrutar o sentir placer por algo; teniendo en cuenta lo anterior podría decirse que la depresión vista en un marco referencial cognitivo esta basada en el modelo del procesamiento de la información, en donde dicho procesamiento esta distorsionado o desviado, sin descartar variables de otro tipo que pueden influir en su aparición tales como las biológicas, ambientales o psicosociales en general.

El paciente deprimido tiene una visión negativa con respecto a si mismo y a su entorno en general, hecho en el que se conforma un circulo vicioso con respecto a sus entre sus pensamientos, que se tornan negativos, repetitivos y con un carácter de involuntarios. Teniendo en cuenta dichas características, la generación de posibles intervenciones para personas con depresión, no se debe focalizarse solo en la patología del paciente como lo afirma la Doctora Franchi (2008), sino también en su forma peculiar de integrar y utilizar la información sobre si mismo. En este orden de ideas queda claro que no se debe generalizar una técnica para cierto tipo de paciente con determinado trastorno, puesto que cada persona cuenta con una subjetividad que la hace única y especial en medio de su problemática, sin importar la que sea.

Con lo anterior se apunta a que si bien, cada paciente es un mundo distinto, se debe tener un horizonte claro que le permita al terapeuta ubicarse en cuanto su ejercicio profesional, en este caso desde su rol de terapeuta cognitivo conductual, en donde debe desarrollar habilidades claves que le permitan hacer una evaluación compresiva y adecuada del caso. El terapeuta debe hacer una detección oportuna de pensamientos automáticos, los cuales en algunas ocasiones pueden tornaren confusos debido a su carácter repetitivo, involuntario e invasivo en el paciente; dichos pensamientos automáticos podrían

considerarse como la plataforma de las dificultades emocionales del paciente y además se convierten en la base para formular una reestructuración de los mismos. (Rizo, 2004)

En el caso de patologías como la depresión, estos pensamientos viabilizan las atribuciones que tiene el paciente con respecto a la denominada triada cognitiva propuesta por Beck (1979), en donde predomina una visión negativa con respecto a si mismo, al mundo y al futuro. El terapeuta debe acompañar al paciente en el proceso de reformulación de sus pensamientos, en este caso negativos y pesimistas, generando nuevas alternativas que le permitan una disminución considerable de tales ideas; de igual forma esta reformulación debe estar guiada a contra argumentar dicho negativismo, con preguntas claras y concisas que pongan en tela de juicio sus pensamientos de "estoy muy mal, no sirvo para nada, soy lo peor, no vale la pena vivir".

En este proceso se debe tener presente la identificación y por lo tanto modificación, no solo de los pensamientos, sino también de las conductas que se convirtieron en disfuncionales para el paciente; en la medida de que se identifiquen dichos pensamientos, se pueden reevaluar los patrones que caracterizan la cognición, puesto que estos son el núcleo de la problemática que aqueja al paciente en su repertorio emocional y conductual. El terapeuta mas que una vara mágica que solucione un problema, debe convertirse en un facilitador que guíe e induzca al consultante a una auto observación, que le permita generar una reflexión con respecto a su funcionamiento cognitivo y conductual actual y precio episodio depresivo.

Ahora se tiene el trastorno afectivo bipolar (TAB), patología que hace parte de los diez primeros diagnósticos en el área de hospitalización con un número de 139 casos en hombres y 275 en mujeres (ANEXO 1 y2), y cuyo tratamiento farmacológico puede ser complementado con técnicas propuestas desde este modelo de intervención. El objetivo en patologías como el TAB, es aplicar los principios cognitivo conductuales a los pacientes para que se adhieran a la medicación y adquieran habilidades o reduzcan conductas disfuncionales propias del TAB (Becoña 2001). Éste modelo propone técnicas como la de "identificación de síntomas" propuesta por Jones y Bright en 1999, la cual consistía

básicamente en identificar tempranamente de los síntomas o señales de alarma en un episodio y en hacer entrenamiento en habilidades de afrontamiento "Específicamente en el modelo de Lam, la eficacia relativa de las estrategias de afrontamiento del individuo en la fase de síntomas tempranos de la enfermedad se considera un determinante importante de aceleración en un episodio agudo." (Reiser 2006).

Los objetivos de la terapia cognitiva conductual propuesta por Lam se resumen en el desarrollo de la relación terapeuta paciente, un modelo de estrés que orienta al paciente en la adquisición de habilidad de resolución de problemas o situaciones conflictivas que produzcan estrés, desarrollar habilidades tanto cognitivas como conductuales especificas para afrontar los primeros síntomas; acompañar al paciente en el cumplimiento de rutinas estables, con hábitos de vida saludables como por ejemplo el higiene en el sueño y por último ayudar al paciente a desarrollar un comportamiento enfocado al cumplimiento de metas, con el fin de reducir episodios a largo plazo. (Álvarez 2001).

Por otra parte se encuentra Newman, Beck, Leahy y Gyulai quienes propusieron un modelo cognitivo para el TAB, en este se destaca como primordial el papel de las cogniciones como desencadenantes de episodios maníacos o depresivos, no obstante dentro de su modelo se tiene en cuenta de manera significativa el papel de la parte biológica. "Beck et al. (2002) Propone que, además de las vulnerabilidades biológicas, los factores cognitivos (p. ej., distorsiones en las percepciones, procesamiento de información, sistemas de creencias y juicios del paciente) actúan como contribuyentes básicos al desarrollo de continuos episodios de la enfermedad" (Reiser, 2006 pp. 36).

En este orden de ideas sugieren un tratamiento enfocado a la modificación del repertorio cognitivo del paciente, a transformar los esquemas cognitivos erróneos que predominan y aumentan las probabilidades en la aparición de un episodio (maníaco o depresivo). El interés por la modificación de lo cognitivo es inherente a la implementación de intervenciones conductuales, que pretenden orientar al paciente a retardar las acciones descontroladas e impetuosas que usualmente ejecuta en una fase de manía o hipomaníaca. (Thompson, 2006)

En lo que respecta al área de consulta externa, se tiene que en el año 2008 se ha destacado dentro de la población infantil el Trastorno hiperactivo con déficit de atención (TDAH), el cual se encuentra en el primer lugar de los diagnósticos tanto femenino (292 casos) como masculino (2201 casos) en la población de 5 a 14 años. El TDAH entendido como una disfunción conductual, la cual se caracteriza por un déficit de atención, hiperactividad o inquietud motora, impulsividad y dificultades en general para culminar satisfactoriamente alguna actividad escolar. (CIE 10)

El enfoque cognitivo conductual plantea intervenciones, cuyo fin es lograr que la persona aumente el autocontrol y disminuya los niveles de impulsividad, patrones constantes en este trastorno; se pretende que el menor desarrolle autocontrol y adecuados estilos de resolución de problemas. Si bien se pretende tener modificaciones cognitivas, también se tiene como objetivo terapéutico lograr cambios en el repertorio conductual, logrando reducir las conductas disfuncionales y a su vez logrando un aumento en conductas atencionales adecuadas (Darras, 1994). El practicante puede hacer uso de técnicas de modelamiento, entendiendo esta como coste de respuesta, encadenamiento o tiempo fuera entre otras.

El uso de técnicas es de productivo en el tratamiento del paciente, no obstante también se deben implementar cambios ambientales, con el fin de posibilitar reducción de estímulos y que así mismo se estimule un contexto apropiado y útil para que el niño o adolescente que padece este trastorno pueda focalizar la atención; entre esos cambios que deben hacerse externamente a la persona, se tiene una adecuada orientación a los padres los cuales deben ser encaminados en el acompañamiento apropiado de las manifestaciones de la patología y su manejo, por medio de programas de refuerzo o extinción.

Sin restar importancia al eje clínico, es de vital importancia hacer referencia al área de la psicología que desarrolla procesos de carácter educativo, los cuales cuentan con distinta metodología (puesto que las intervenciones son de carácter grupal) pero coinciden en un mismo objeto que es mejorar la calidad de vida del sujeto y fortalecer el área en salud

mental, en este caso de la comunidad en general. Lo anterior toma relevancia en la medida que se habla de salud pública como lo plantea Vallejo en su texto Manual de Terapia de Conducta, puesto que si bien es claro que la intervención individual es trascendental, la intervención de tipo grupal también tiene múltiples beneficios tales como la optimización de recursos y más cuando se habla de una entidad como HOMERIS, la cual debido a cuestiones de tiempo, dinero y población cuenta con recursos limitados, que merecen ser explotados y optimizados al máximo, para poder dar cubrimiento a los distintos municipios de Risaralda.

Dado a que el carácter de esta intervención está enmarcado en procesos como la prevención y promoción, es pertinente tener claro el objetivo de cada subtipo empleada al contexto: en primera instancia se tiene la prevención primaria la cuan pretende identificar comportamientos inadaptativos que están relacionados con el aspecto negativo de la salud mental (enfermedad), con miras promover cambios positivos que permitan el desarrollo de hábitos saludables; seguidamente se tiene la prevención segundaria enfocada al tratamiento como tal de la problemática, para finalmente abordar la prevención terciaria la cual tiene como objeto implementar intervenciones con miras a disminuir los posibles efecto perjudiciales. La prevención en si misma toma un lugar prioritario en problemáticas tales como el consumo de SPA, puesto que constituye una alternativa viable en todo sentido, para dar respuesta a los altos índices de consumo en el departamento (véase anexo 3,4,5) y a su vez para responder de manera uniforme a la comunidad en general de Risaralda.

El consumo de SPA se ha convertido en una temática de salud publica, que afecta todas las esferas sociales de un individuo y en esta medida se convierte en una problemática susceptible de ser atendida por instituciones de salud, en este caso por HOMERIS, que habitualmente recibe el paciente consumidor en estado de altercación y psicosis aguda, segundaria al consumo.

Con base a lo anterior resulta pertinente aterrizar las acciones del practicante con miras a ser agente activo y colaborador en estas problemáticas, por lo tanto, a continuación se formulara la propuesta de intervención para lo cual será necesario retomar algunos

aspectos propuestos en los ejes de intervención con el fin de guiar claramente dichas acciones.

2.5 PROPUESTA. DE INTERVENCIÓN

Con el fin de vislumbrar claramente los objetivos de cada eje de intervención y como se dará cumplimiento a ellos, se desarrollara una propuesta de intervención que estará conformada por las estrategias de acción e indicadores de logro a nivel cualitativo y cuantitativo

2.5.1 Eje Psicología Clínica:

La psicología clínica como modelo de intervención posibilita la implementación de diferentes técnicas que buscan la extinción y modificación de cogniciones erróneas que generan conductas disfuncionales en el sujeto; lo anterior tomado desde una perspectiva que no desconozca la subjetividad del individuo, es decir, que dichas técnicas y modos terapéuticos se amaran a la historia de vida del sujeto, a sus características, a sus percepciones, a su forma de relacionarse con sí mismo y con el entorno..

2.5.1.1 Objetivo general:

Ofrecer atención psicológica integral en el área de hospitalización, urgencias y consulta externa, implementando intervenciones pertinentes, que permitan alcanzar un objetivo terapéutico beneficioso para el consultante.

2.5.1.2 Objetivos específicos:

- Propiciar procesos clínicos desde un marco referencial pertinente, donde se lleve a cabo un acercamiento teórico riguroso.

- Llevar a cabo intervenciones enfocadas a una comprensión reflexiva de la problemática del paciente, teniendo en cuenta su individualidad y así mismo su necesidad.

- Propiciar intervenciones de carácter multidisciplinar en compañía de Psiquiatras, Trapistas ocupacionales, Trabajadores sociales y Enfermeros, con el fin de dar una mirada objetiva e integral, que permita generar cambios positivos en la salud mental del paciente.

- Determinar la mayor incidencia con relación al género y la patología.

2.5.1.2 Estrategias de acción psicología clínica:

- Planteamiento e implementación de intervenciones adecuadas, según la necesidad individual de cada consultante y de la naturaleza de la misma.
- Remisión a otros profesionales tales como Psiquiatra, Fonoaudiólogo, Neurólogo entre otros, según la necesidad del caso.
- Hacer un seguimiento oportuno y eficaz que permita generar un proceso continuo y sin vacíos terapéuticos.
- Hacer uso de manuales diagnósticos como el CIE 10 para la formulación dictámenes clínicos.
- Realización de pruebas de inteligencia, como parte del proceso de evaluación.
- Realización de historias clínicas según los formatos establecidos por HOMERIS.
- Llevar a cabo rondas por las distintas áreas de hospitalización.

2.5.1.3 Procedimiento desarrollado:

Teniendo en cuenta que las intervenciones propuestas se enmarcan en un enfoque clínico cognitivo conductual, el procedimiento se basa en los siguientes pasos fundamentales para dicha intervención:

Inicialmente se establece una fase de evaluación con miras a vislumbrar la situación problema que presenta el consultante como motivo de consulta, seguidamente se hace un registro general de los antecedentes del paciente a modo de anamnesis, con el fin de recaudar información general y así mismo encontrar eventos significativos que incidan en la situación actual; en determinados casos se hace uso de medios segundarios tales como informes de otros profesionales o de familiares del consultante. En este punto se hace uso de herramientas claves análisis funcionales, con el fin de lograr establecer de forma clara y ordenada los antecedentes, consecuentes y posibles hipótesis de mantenimiento de la situación problema; de igual forma la fase de evaluación permite dilucidar las cogniciones erróneas que a su vez pueden estar causando conductas disfuncionales y problemáticas para el individuo.

Seguido a la fase de evaluación y según la necesidad del paciente, se decide una posible remisión a otro profesional y se elabora un diagnóstico clínico (basado CIE 10 o DSM IV), para posteriormente diseñar un plan de intervención adecuado con determinados objetivos terapéuticos, que se acomode a las características individuales del paciente y a su ritmo de trabajo; dicha intervención enmarcada en los tópicos teóricos y técnicas del enfoque cognitivo conductual tales como la restructuración cognitiva, desensibilización sistemática, terapia racional emotiva entre otras. Posteriormente la fase de intervención viene fase de seguimiento, en donde se busca dar continuidad a los objetivos terapéuticos planteados inicialmente en consulta.

2.5.1.4 Población psicología clínica:

La población en el área consulta externa tanto en el área de hospitalización es muy diversa en la medida que acuden hombres y mujeres de diversos rangos de edades, de distintos estratos socioeconómicos y de diferentes municipios de Risaralda (ocasionalmente de Quindío, Caldas y Norte del Valle). De esta forma a estos servicios acuden personas que pertenecen a un régimen subsidiado, contributivo, o a nivel particular.

2.5.1.5 Presentación y análisis de resultados

A continuación se presentaran los resultados obtenidos del 3de Febrero a 31 Octubre 2009, los cuales serán elemento fundamental para sustentar la labor y desempeño en general del practicante dentro de la institución. En lo que concierne al área de Hospitalización y Urgencias se presentan cifras del mes de mayo, puesto que, desde este mes el estudiante inicia rotación por las misma (tener en cuenta lectura del cronograma).

2.5.1.5.1 Evaluación de impacto

Indicadores cuantitativos

- El practicante atendió un total de 821 citas, por el área de consulta externa, correspondientes a 186 de primera vez y 635 de control.
- El total de pruebas aplicadas fue de 70, este número corresponde específicamente a escala de Weschler Wisch IV.
- El total de de inasistencia de las consultas programadas por el área de consulta externa fue de 25.
- En total de pacientes atendidos por el practicante en las áreas de urgencias, pensión y agudos fue de 319.

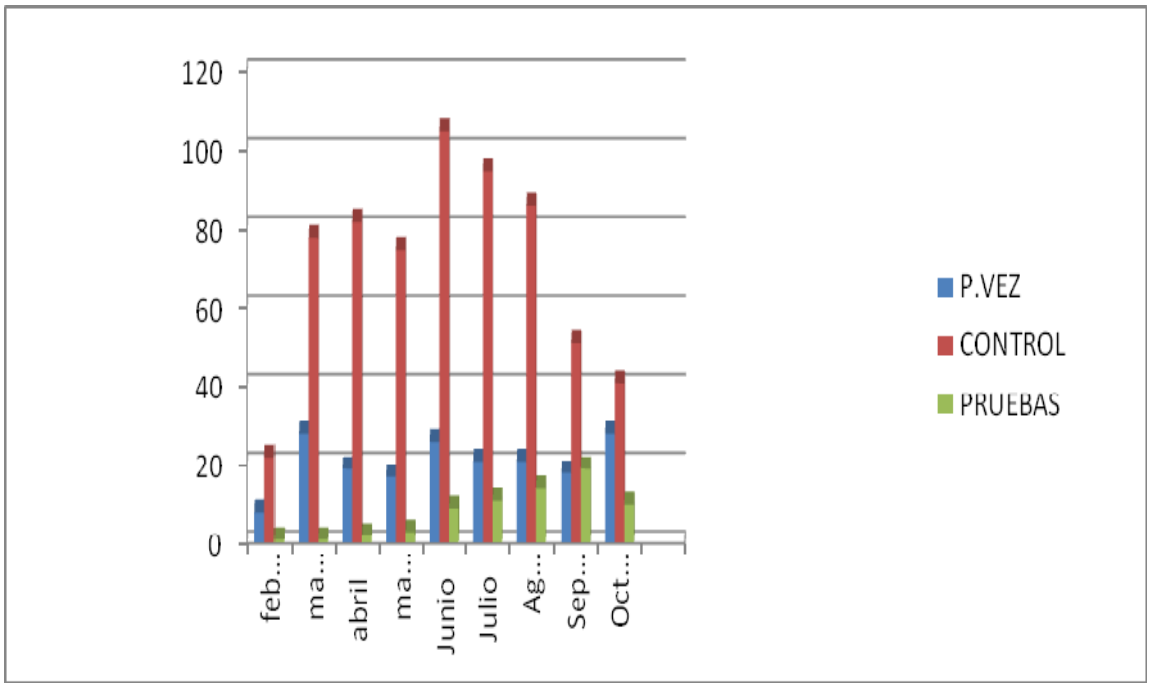
Indicadores cualitativos

- El practicante logro brindar atención oportuna en el área de consulta externa, desde un marco referencial pertinente, en este caso desde el enfoque cognitivo conductual; a partir de dicho modelo se llevaron a cabo los respectivos planes terapéuticos. Si bien se contó con una plataforma teórica, no se perdió de vista como elemento principal el respeto por las diferencias entre los individuos y las respectivas problemáticas, y por ende se llevo hizo una comprensión reflexiva e integral de las mismas.

- La implementación de intervenciones de carácter multidisciplinar, en compañía Psiquiatras, Trapistas ocupacionales, Trabajadores sociales y Auxiliares de enfermería, tanto en el área de consulta externa como en el de hospitalización; lo anterior con el fin de dar una mirada objetiva a la problemática de los respectivos consultantes, con el fin de garantizar un proceso adecuado.

- Optimización de recursos en relación a la actualización y adquisición de conocimiento, con el fin de brindar mejor servicio al usuario de HOMERIS; recursos tales como asesorías, seminarios y búsquedas propias.

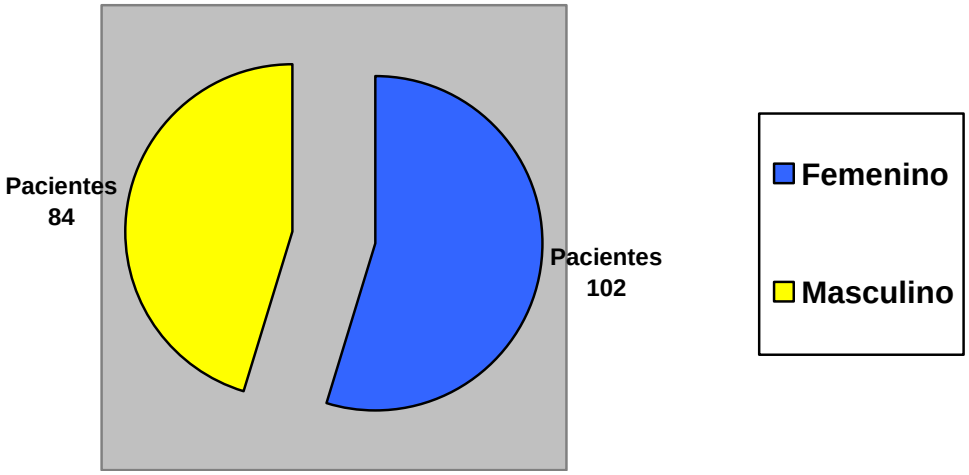
Gráficos 1, Número de pruebas aplicadas, de citas tanto por primera vez, vistas por mes en el área de consulta externa



En la grafica No 1 es posible evidenciar como, con el trascurrir de los meses aumentaron el número de casos a tratar; en el mes de marzo se observa gran aumento de citas de control, puesto que el estudiante retomo casos pendientes de la promoción de practicantes de 2008. De igual forma se observa que entre los meses abril y agosto las citas de control fueron más numerosas, en relación a los de los primeros y últimos meses. En lo que respecta a las pruebas psicológicas, específicamente Wisc IV, es posible evidenciar que si bien tuvo un aumento progresivo, el limite no sobrepaso por mes 20 aplicaciones por mes.

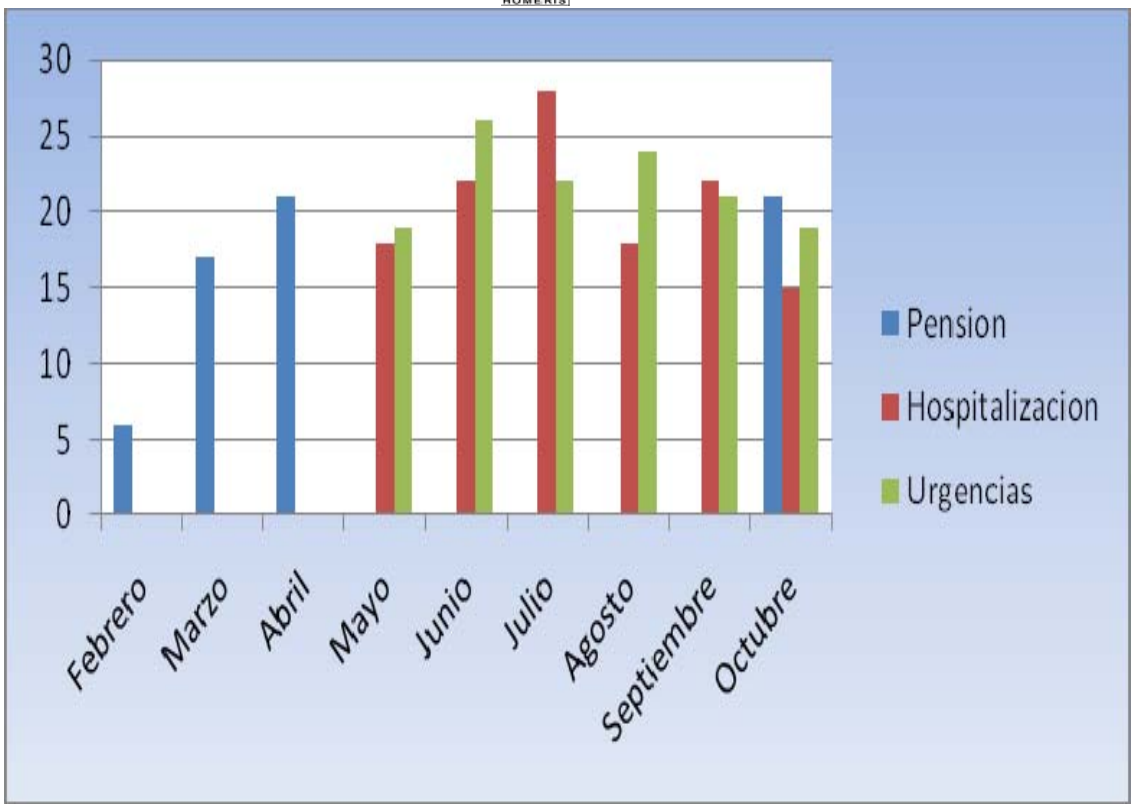
Durante el periodo comprendido entre el 3 de febrero y el 30 de Octubre de 2009, al practicante se le fueron asignadas un total de 821 citas, correspondientes a 186 de primera vez y 635 de control. El total de pruebas aplicadas fue de 70.

Gráficos 2, Pacientes según prevalencia de género, atendidos en el área de consulta externa



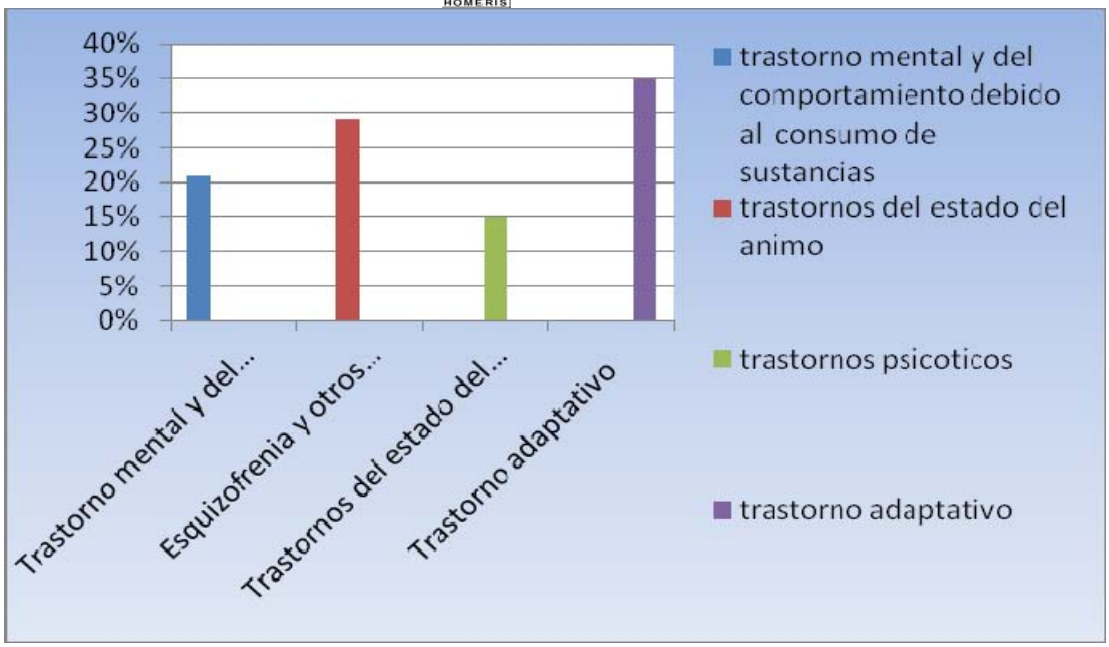
En la grafica No 2 se puede observar que 102 pacientes que asistieron al área de consulta externa son de género femenino, mientras 84 pacientes son de género masculino.

Gráficos 3, *Numero de pacientes atendidos por mes en sectores de urgencias, hospitalización y pensión entre el 3 de febrero y 31 octubre 2009.*



En la grafica 3 se encuentra especificado el número de pacientes atendidos por mes en cada área, teniendo en cuenta que el practicante inicio rotaciones por el área de Urgencias y Hospitalización en el mes de mayo (por lo tanto e número de pacientes en los primeros meses cera 0.

Grafico 4. *Porcentaje de prevalencia de las psicopatológicas más comunes atendidas por el practicante de psicología en hospitalización*



En el grafico No 4 se pueden observar la prevalencia de diagnósticos atendidos por el practicante. En primer lugar con un porcentaje de 35 % se tienen los trastornos de adaptación (ya sea con síntomas de ansiedad, depresión o mixtos), en segundo lugar y con un porcentaje de 29% se observa en ella los trastornos del estado del ánimo (Trastorno depresivo, TAB); con un porcentaje de 21% se tiene los trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias, (dentro de estos trastornos los más comunes son trastornos debido al uso de cannabinoides, trastornos debido al uso de cocaína), y en el último lugar con un porcentaje de 15% se tiene esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo.

2.5.1.6 Dificultades presentadas

- Entre las dificultades más marcadas se encuentra el espacio, ya que, en repetidas ocasiones el practicante debía atender los pacientes del área de hospitalización (urgencias, pensión, agudos) en los pasillos, en el patio o en aéreas comunes que no son adecuadas para llevar a cabo una intervención apropiada. En el aérea de consulta externa de igual manera hubo inconvenientes, ya que, se cruzaban los horarios de atención con los de otro practicante y en ocasiones uno de los dos practicantes tuvo que desplazarse en compañía del paciente a otro consultorio de hospitalización o atender o cualquier otra oficina de la institución; esto resulta incomodo tanto para el paciente, como practicante o para otros profesionales.

- Si bien se estableció un convenio entre Homeris y la UCPR, que pauta un límite de procesos en curso, esté no se cumplió; el practicante debió llevar más procesos de dicho límite y además las citas de control para los pacientes tardaban hasta 1 mes y medio. Lo anterior conlleva a perder calidad, constancia y un adecuado seguimiento para cada proceso.

- En relación a la anterior dificultad, se tiene el hecho de que la aplicación de las escalas de inteligencia (Wisch IV), no deben debe tener más de ocho días entre sesión y sesión, en ocasiones este lapso de tiempo superaba el mes, lo cual resulta problemático en la medida le quita validez y confiabilidad al resultado de la prueba.

- Una de las dificultades más notorias radica, en los deteriorados canales de comunicación entre el Hospital y la Universidad, los cuales desembocan en dificultades para el practicante, en tanto se presentaron constantes críticas por parte del Hospital reclamando más acompañamiento presencial dentro de la institución por parte de los tutores.

2.5.2 Eje de intervención Psicoeducativo

En el área de extramural se abre una oportunidad muy valiosa de servir no solo a la población que acude a HOMERIS, sino también a personas de los distintitos municipios quienes reciben talleres psicoeducativos en diversas temáticas en promoción y prevención, tales como el consumo SPA y otras problemáticas que hacen referencia a incentivar la salud mental; en esta medida este eje de intervención se convierte en una oportunidad excelente para el estudiante quien puede ser participe en proyectos de carácter social e interinstitucional pertinentes en el que hacer como psicólogo.

2.5.2.1 Objetivo general:

Participar en la creación e implementación de proyectos en promoción y prevención de salud mental, con el fin de brindar atención oportuna a la población en el departamento de Risaralda.

2.5.2.2 Objetivos específicos

-Estimular la promoción y prevención de fenómenos psicosociales predominantes en la actualidad en la sociedad, tales como el consumo de sustancias psicoactivas.

-Identificar y evaluar falencias en el servicio en general de la institución y los funcionarios que la conforman, por medio de encuestas de calidad.

2.5.2.3 Estrategias de acción

-Participar en los distintos procesos que se llevan a cabo en esta área, específicamente en lo que respecta encuestas de satisfacción, con el fin de cumplir con el sistema de garantías en salud.

2.5.2.4 Procedimiento Desarrollado.

En primera instancia se reevaluaron las temáticas prioritarias en relación a la calidad del servicio prestado en la institución; posterior a esto el practicante aplico encuestas de satisfacción en el área de consulta externa, hospitalización, urgencias y pensión; en estas encuestas se indago con respecto a la atención del personal en general (médicos, auxiliares de enfermería, porteros, etc..) y de las instalaciones.

2.5.2.5 Población:

Personas de los municipios de Risaralda (Guática, Dosquebradas, Santuario, Marsella, Quinchia, La Virginia, Santa Rosa, Pueblo Rico, Apia y Pereira) que asisten a diario a las instalaciones de HOMERIS. De igual forma, también la población estuvo conformada por personas del Norte del Valle.

2.5.2.6 Presentación y análisis de resultados de eje Psicoeducativo

Indicadores cuantitativos

- El practicante en total realizo tres salidas a municipio.
- El total de encuestas aplicadas durante tres meses que rotó el practicante por esta área fue de 244.

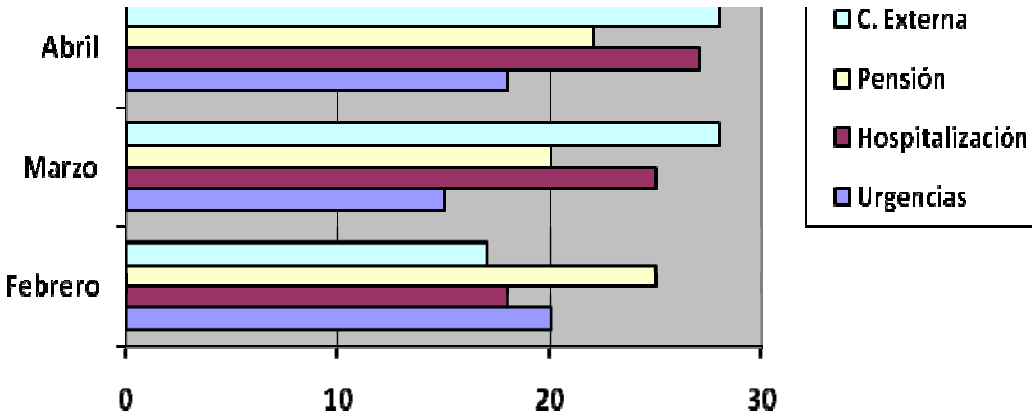
Indicadores cualitativos

- En primera instancia cabe aclarar que la rotación por esta área fue desarrollada en los meses de Febrero, Marzo y Abril; en estos tres meses se llevaron a cabo salidas a los municipios de Guatica, Santa Rosa y La Virginia. En estas salidas el estudiante tuvo la oportunidad de llevar acabo asesorías a los psicólogos de cada municipio con el fin de explicarles el conducto a la hora de realizar una remisión a

HOMERIS, se explicitaron pautas de manejo y principales criterios de pacientes psiquiátricos.

- El practicante en las tres salidas, realizo valoraciones puntuales a determinados casos ya escogidos por los psicólogos de los respectivos municipios.
- Durante el periodo el practicante de psicología colaboro en la elaboración de encuestas de satisfacción a los usuarios de las diferentes áreas que acude a HOMERIS (consulta externa, urgencias, pensión y hospitalización); estas encuestas buscaban evaluar en una escala de 1 a 5, el servicio del Hospital con respecto a calidad de sus funcionarios (Psiquiatras, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Enfermeras, Auxiliares, personales de la portería y personal de facturación). Por otra parte evaluó calidad en la alimentación, planta física (camas, baños, áreas comunes), aseo en general del área de hospitalización y señalización.

Grafico 5, *esta grafica muestra el numero de encuestas aplicadas a los usuarios de HOMERIS por mes y por área.*



2.5.2.7 Dificultades presentadas

- La única dificultad presentada en este eje se resume en el hecho de que le practicante solo roto en esta área un periodo de tres meses, lo cual no posibilito mayor desarrollo de actividades en la misma.

2.6 Cronograma

/FEBRERO/MARZO/ABRIL	***/ MAYO / JUNIO***	***AGOSTO/SEPTIEMBRE***	***NOVIEMBRE DICIEMBRE***
Consulta externa	***Urgencias***	***Urgencias***	***Consulta externa***
Extramural	***Hospitalización***	***Consulta externa***	***Urgencias***
Pensión	***Consulta externa***	***Hospitalización***	***Pensión***

2.6 Conclusiones.

- Teniendo en cuenta los objetivos planteados, podría decirse que se llevaron a cabalidad de manera satisfactoria, ya que, se brindo una atención orientada por el respeto y la comprensión hacia el paciente, implementando procedimientos adecuados de intervención, que permitieron alcanzar en la mayoría de los casos una meta terapéutica. La población atendida fue muy variada, si se tiene en cuenta factores como la edad, el género, la problemática y las patologías encontradas, el practicante tuvo la oportunidad de entrar en contacto con problemáticas propias del que hacer psicológico, que le permitieron alimentar y enriquecer sus conocimientos y por ende su experiencia para su vida profesional.

- Se lograron propiciar procesos clínicos desde un marco referencial pertinente, llevando a cabo intervenciones enfocadas a una comprensión reflexiva de la problemática del paciente y así mismo poder dar respuesta efectiva a las necesidades del consultante. De forma pertinente se conto con un acompañamiento de profesionales que aportaban puntos de vista importantes a los diversos casos, lo cual permitió mejorar la calidad del proceso y adoptar una visión integral del mismo; las remisiones a profesionales como Psiquiatras o Terapeutas Ocupacionales en el área de consulta externa, se hicieron de forma oportuna.

- Si bien el practicante alcanzo a realizar el cierre de algunos procesos de forma satisfactoria, no logro hacerlo con la mayoría dada la gran demanda de pacientes y dado que en los últimos meses se continuaron recibiendo paciente por primera vez, lo cual imposibilito la asignación de citas para remitir a otros Psicólogo o para hacer cierre si el proceso lo ameritaba; en este punto se vislumbra la problemática de no cumplir con el número de procesos pactado en un principio.

- En el área de hospitalización el practicante logro llevar a cabo procesos orientados a que el paciente logre hacer adecuada introspección de su problemática, y así mismo destacando la importancia de estimular mayores niveles de adherencias terapéutica.

- Si se tienen en cuenta los objetivos planteados inicialmente para el eje de Psicología educativa, el practicante no llevo a cabo los mismos, en tanto no desarrollo procesos de este orden y las labores desempeñadas en el mismo

2.7 .Recomendaciones

- En primera instancia se cree propicio generar y asegurar un espacio para que el practicante realice sus intervenciones clínicas; si bien esto generaría un beneficio para el practicante también lo sería apara el paciente y su proceso.

- Se recomienda reevaluar de forma detallada las pautas establecidas en el convenio firmado entre la universidad y HOMERIS, con el fin de aclarar y puntualizar los deberes de ambas partes ante el que hacer del estudiante, y de igual manera con miras a exponer inconvenientes y a plantear soluciones.

- Se hace un llamado a que se respete el límite procesos establecidos en un primer momento en el convenio entre la UCPR y HOMERIS, puesto que, el no tener control de los mismos implica un desgaste para el practicante y no garantiza continuidad y calidad para el proceso del paciente.

- Si bien para cualquier practicante el acompañamiento del tutor es vital, aun más para quien haga la práctica profesional en HOMERIS dado el volumen de pacientes y el tipo de casos a tratar; con lo anterior se pretende apuntar a la posibilidad de ampliar el tiempo de tutoría y si es posible, que ésta se lleve a cabo de manera presencial en la institución, con el fin de poder hacer revisión de las historias clínicas.

3. Complementarios

3.1 Bibliografía

Ariel César Núñez, Sergio Tobón (2005). Terapia cognitivo-conductual: El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. Universidad de Manizales. Manizales.

Aura Ganvindo (1997), Terapias de técnica de conducta. Editorial Martínez roca, Barcelona.

Ballesteros Rocio (200o) Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.

Bellak (1999) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias.

Castro, L. Ángel, E (1998). Análisis de los trastornos psicológicos. Formulación clínica conductual.

Cruzado, J. Labrador, E. Muñoz, M (1993). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Introducción a la modificación y terapia de conducta. Universidad complutense de Madrid.

Ellis, A. Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional emotiva (7ª. ed.). España, Bilbao: Desclee de Brouwer S.A

Hospital Mental Universitario de Risaralda (HOMERIS) (2008). Estadísticas acerca de la enfermedad mental en el departamento de Risaralda, del flujo de pacientes y patologías mentales que éstos presentan y del trabajo extramural. Colombia

Isabel Caro Gabalda (2007). Manual teórico practico de psicoterapias cognitivas. España, Bilbao: Desclee de Brouwer S.A

Riso Walter 2004). Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. México Editorial Norma S.A.

Vallejo, Miguel A (1995). Manual de terapia de conducta. Situación actual de la terapia de conducta Vol 1, capítulo 2. Editorial Dykinson, Madrid 1998, Pág. 28-48.

Weiner, (1992). Métodos en psicología clínica. Editorial Limusa, S.A. México

3.2 *Anexos*

ANEXO 1

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)

5-14 AÑOS MASCULINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F919	TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO	9	16,98
F911	TRASTORNO DE LA CONDUCTA INSOCIABLE	8	15,09
Z915	HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE	6	11,32
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	4	7,55
F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	3	5,66
F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	2	3,77
F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	2	3,77
F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	2	3,77
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2	3,77
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	2	3,77
XXXX	OTRAS CAUSAS	13	24,53
	TOTAL	53	99,98

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
15-24 AÑOS MASCULINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE

F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	109	20,49
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	61	11,47
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	45	8,46
Z915	HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE	40	7,52
F99X	TRASTORNO MENTAL, NO ESPECIFICADO	31	5,83
F203	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	28	5,26
F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	21	3,95
F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	19	3,57
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	17	3,2
F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	15	2,82
XXXX	OTRAS CAUSAS	146	27,44
	TOTAL	532	100,01

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
25-44 AÑOS MASCULINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	63	10,38
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	46	7,58
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	43	7,08
F203	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	38	6,26
F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	37	6,1
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	36	5,93
F312	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	31	5,11
G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (F	29	4,78
	TOTAL	607	100

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
45-60 AÑOS MASCULINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	48	19,67
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	24	9,84
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	24	9,84
F312	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	19	7,79
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	13	5,33

F332	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS P	10	4,1
F319	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	7	2,87
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	7	2,87
F203	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	6	2,46
F302	MANIA CON SINTOMAS PSICOTICOS	6	2,46
XXXX	OTRAS CAUSAS	80	32,79
	TOTAL	244	100,02

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
61 AÑOS Y MAS MASCULINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	18	23,08
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	11	14,1
F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA	7	8,97
F319	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	6	7,69
F99X	TRASTORNO MENTAL, NO ESPECIFICADO	4	5,13
A419	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	3	3,85
F062	TRASTORNO DELIRANTE [ESQUIZOFRENIFORME], ORGANICO	3	3,85
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	3	3,85
	TOTAL	78	100,01

ANEXO 2

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
5-14 AÑOS FEMENINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
Z915	HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE	21	44,68
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	5	10,64
F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	5	10,64
F123	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: ESTADO	2	4,26
F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	2	4,26
F332	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS P	2	4,26
F39X	TRASTORNO DEL HUMOR [AFECTIVO], NO ESPECIFICADO	2	4,26
F709	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	2	4,26
F919	TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO	2	4,26
T742	ABUSO SEXUAL	2	4,26
XXXX	OTRAS CAUSAS	2	4,26

	TOTAL	47	100,04

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
15-24 AÑOS FEMENINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	36	13,64
Z915	HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE	32	12,12
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	25	9,47
F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	17	6,44
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	15	5,68
F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	12	4,55
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	12	4,55
F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	11	4,17
F709	RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	9	3,41
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	7	2,65
XXXX	OTRAS CAUSAS	88	33,33
	TOTAL	264	100,01

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
25-44 AÑOS FEMENINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	81	19,52
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	35	8,43
F312	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	30	7,23
F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	20	4,82
F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	19	4,58
G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (F	17	4,1
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	16	3,86
F315	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE CON SINTOMAS PSICO	14	3,37
F239	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO, NO ESPECIFICADO DE TIPO ESQUIZOFRENICO	12	2,89

F319	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	12	2,89
XXXX	OTRAS CAUSAS	159	38,31
	TOTAL	415	100

MORBILIDAD EGRESOS (10 PRIMERAS CAUSAS)
45-60 AÑOS FEMENINO ENERO A NOVIEMBRE DE 2008

CODIGO	DIAGNOSTICO	No.CASOS	PORCENTAJE
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	61	21,63
F312	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	42	14,89
F29X	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	17	6,03
G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (F	14	4,96
F313	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO	12	4,26
F719	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	10	3,55
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	9	3,19
F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	8	2,84
F332	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS P	8	2,84
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	8	2,84
XXXX	OTRAS CAUSAS	93	32,98
	TOTAL	282	100,01

ANEXO 3

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

5-14 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	18	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	36
2	13	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME	26
3	10	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	20
4	4	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	8
5	3	F121	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE	6

			CANNABINOIDES: USO NO	
6	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	4
TOTAL	**50**			100

15-24 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	555	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME	42,76
2	191	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	14,71
3	134	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	10,32
4	116	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	8,94
5	105	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	8,09
6	28	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	2,16
7	26	F121	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	2
8	17	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	1,31
9	17	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	1,31
10	16	F111	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: USO NOCIVO	1,23
11	14	F145	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: TRASTORNO	1,08
12	13	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME	1
13	12	F162	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALUCINOGENOS: SINDROM	0,92
TOTAL	**1298**			100

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

25-44 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	198	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME	26,65
2	127	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	17,09
3	78	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	10,5
4	75	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	10,09
5	64	F121	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO	8,61
6	58	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	7,81
7	43	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	5,79
8	17	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	2,29
9	11	F145	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: TRASTORNO P	1,48
10	10	F101	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	1,35
11	10	F119	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: TRASTORNO	1,35
12	10	F161	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALUCINOGENOS: USO NO	1,35
13	7	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	0,94
14	5	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	0,67
15	4	F132	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICO	0,54
16	4	F149	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: TRASTORNO M	0,54
17	4	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	0,54
18	3	F133	TRASTORNOS MENTALES Y DEL	0,4

			COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O	
19	2	F111	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: USO NOCIVO	0,27
20	2	F123	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	0,27
21	2	F126	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	0,27
22	2	F140	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: INTOXICACION	0,27
23	2	F181	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	0,27
25	2	F185	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	0,27
26	1	F120	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: INTOXI	0,13
TOTAL	**743**			100,01

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA
45-60 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
	46	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	28,22
	41	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	25,15
	40	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME	24,54
	9	F105	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: TRASTORNO	5,52
	7	F101	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	4,29
	6	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	3,68
	5	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	3,07
	4	F132	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICO	2,45
	3	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	1,84
	2	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL	1,23

			COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	
TOTAL	**163**			**99,99**

61 Y MAS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
	6	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	60
	2	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	20
	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	20
TOTAL	10			100

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

5-14 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	cod	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	18	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	81,82
2	4	F182	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	18,18
TOTAL	**22**			100

15-24 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	116	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	28,16
2	84	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	20,39
3	57	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	13,83

4	36	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	8,74
5	36	F193	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	8,74
6	36	F194	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	8,74
7	28	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	6,8
8	8	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE	1,94
9	3	F119	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: TRASTORNO M	0,73
10	2	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	0,49
11	2	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	0,49
12	2	F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	0,49
13	1	F143	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: ESTADO DE AB	0,24
14	1	F183	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	0,24
TOTAL	**412**			100,02

MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA

25-44 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	78	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	58,65
2	15	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	11,28
3	6	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	4,51
4	6	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	4,51
5	5	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	3,76
6	4	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL	3,01

			ALCOHOL: SINDROME DE	
7	4	F121	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO NO	3,01
8	4	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	3,01
9	4	F132	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	3,01
10	2	F143	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: ESTADO DE AB	1,5
11	2	F184	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	1,5
12	2	F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	1,5
13	1	F193	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	0,75
TOTAL	**133**			100

45-60 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	16	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	47,06
2	6	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE	17,65
3	4	F100	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: INTOXICACIO	11,76
4	2	F101	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	5,88
5	2	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	5,88
6	2	F132	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5,88
7	2	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	5,88
TOTAL	**34**			99,99

61 Y MAS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE

1	6	F132	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	75
2	2	F133	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	25

ANEXO 4

E.S.E.HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

MORBILIDAD HOSPITALIZACION

5-14 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	2	F123	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: ESTADO	50
2	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	50
TOTAL	4			100

15-24 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	36	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	45,57
2	19	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	24,05
3	12	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	15,19
4	4	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	5,06
5	2	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE	2,53
6	2	F193	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	2,53
7	2	F194	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	2,53
8	2	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	2,53
TOTAL	**79**			99,99

25-44 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE

1	16	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	55,17
2	4	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	13,79
3	4	F143	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: ESTADO DE AB	13,79
4	3	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	10,34
5	2	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	6,9
TOTAL	**29**			99,99

45-60 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	3	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	33,33
2	2	F100	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: INTOXICACIO	22,22
3	2	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	22,22
4	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	22,22
TOTAL	**9**			**99,99**

MORBILIDAD HOSPITALIZACION

5-14 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	4	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	40
2	2	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	20
3	2	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	20
4	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	20
TOTAL	10			100

15-24 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE

1	110	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE	44,53
2	59	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	23,89
3	22	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTO	8,91
4	19	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	7,69
5	12	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDRO	4,86
6	8	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	3,24
7	3	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE	1,21
8	2	F111	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: USO NOCIVO	0,81
9	2	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	0,81
10	2	F121	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO NO	0,81
11	2	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	0,81
12	2	F145	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: TRASTORNO PS	0,81
13	2	F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	0,81
14	2	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL	0,81
TOTAL	**247**			100

MORBILIDAD HOSPITALIZACION

25-44 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
	43	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	29,25
	38	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRAS	25,85
	23	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	15,65
	10	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE	6,8

			COCAINA: USO NOCIVO	
	5	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	3,4
	5	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	3,4
	4	F101	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	2,72
	3	F145	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: TRASTORNO P	2,04
	3	F181	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATIL	2,04
	2	F114	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	1,36
	2	F119	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: TRASTORNO	1,36
	2	F180	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES	1,36
	2	F185	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES	1,36
	2	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	1,36
	1	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	0,68
	1	F140	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: INTOXICACION	0,68
	1	F143	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: ESTADO DE AB	0,68
TOTAL	**147**			99,99

45-60 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
	13	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	39,39
	5	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	15,15
	4	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	12,12
	4	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	12,12
	3	F101	TRASTORNOS MENTALES Y DEL	9,09

			COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	
	2	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	6,06
	2	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	6,06
TOTAL	**33**			**99,99**

61 Y MAS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	2	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	100
TOTAL	2			100

ANEXO 5

MORBILIDAD URGENCIAS

5-14 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	2	F123	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	50
2	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	50
TOTAL	**4**			100

15-24 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	27	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	38,57
2	21	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	30
3	8	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRAS	11,43
4	4	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	5,71
5	4	F193	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y	5,71
6	2	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL	2,86

			COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	
7	2	F194	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	2,86
8	2	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	2,86
TOTAL	**70**			100

25-44 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	16	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	41,03
2	10	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	25,64
3	5	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	12,82
4	4	F143	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: ESTADO DE	10,26
5	2	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	5,13
6	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	5,13
TOTAL	**39**			100,01

45-60 AÑOS FEMENINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	3	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	42,86
2	2	F100	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL:	28,57
3	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	28,57
TOTAL	**7**			**100**

MORBILIDAD URGENCIAS

5-14 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COS	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	4	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	50
2	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	25
3	2	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	25
TOTAL	**8**			100

15-24 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	103	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	39,92
2	57	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	22,09
3	34	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	13,18
4	21	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	8,14
5	14	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	5,43
6	5	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	1,94
7	4	F113	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: ESTADO DE A	1,55
8	4	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	1,55
9	4	F145	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: TRASTORNO P	1,55
10	2	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	0,78
11	2	F111	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: USO NOCIVO	0,78
12	2	F121	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO N	0,78
13	2	F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	0,78

14	2	F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	0,78
15	2	F193	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y	0,78
TOTAL	**258**			100,03

MORBILIDAD URGENCIAS

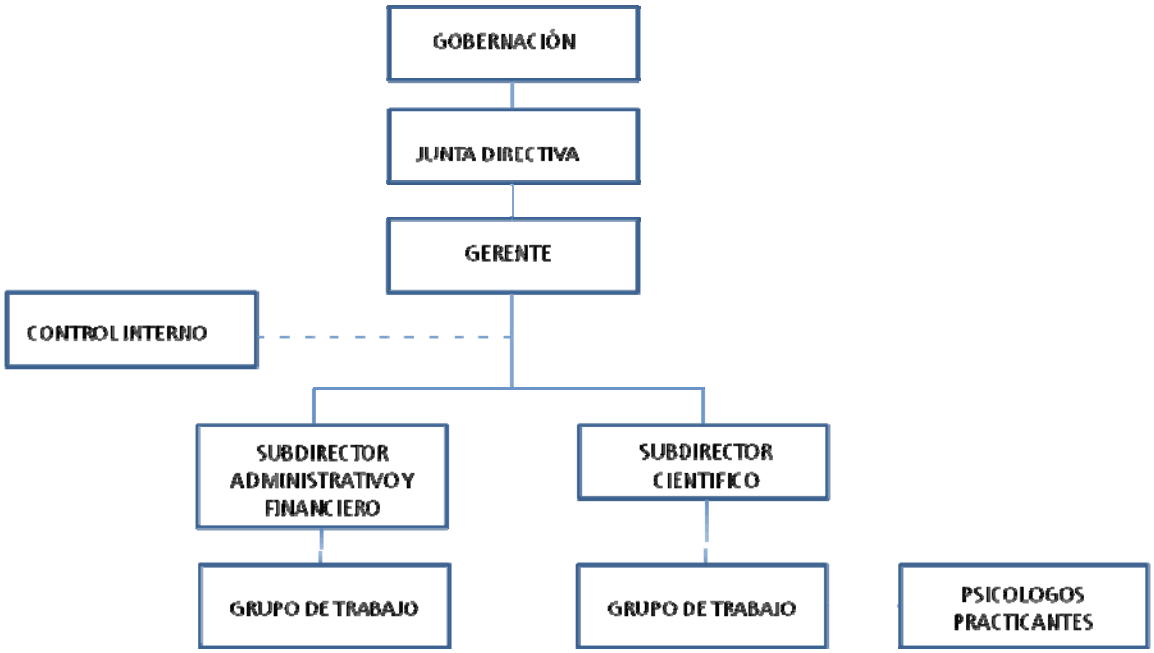
25-44 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	51	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	33,55
2	31	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES:	20,39
3	20	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	13,16
4	10	F141	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: USO NOCIVO	6,58
5	6	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: S	3,95
6	5	F101	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	3,29
7	5	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	3,29
8	5	F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	3,29
9	4	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	2,63
10	4	F119	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: TRASTORNO	2,63
TOTAL	**152**			100,02

45-60 AÑOS MASCULINO ENERO A DICIEMBRE DE 2008

No.	No.CASOS	COD	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	10	F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y A	34,48
2	9	F125	TRASTORNOS MENTALES Y DEL	31,03

			COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: T	
3	2	F102	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME D	6,9
4	2	F105	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: TRASTORNO	6,9
5	2	F112	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS: SINDROME D	6,9
6	2	F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: S	6,9
7	2	F142	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE	6,9
TOTAL	**29**			**100,01**

Anexo 6

ORGRANIGAMA HOMERIS.