

Informe final de práctica profesional

Desarrollo de la práctica profesional en los campos de la psicología clínica y social

Yeisson Valencia Agudelo

Tutor

Martha Juliana Villegas Moreno

Psicóloga-Msc en psicología clínica cognitivo comportamental y de la salud

Universidad Católica Popular del Risaralda

Programa de psicología

Prácticas profesionales

Pereira

2009

Agradecimientos

A mi madre por su apoyo incondicional

A Martha Juli por sus grandes aportes a mi formación e infinita paciencia

A Paula por abrirme las puertas del CAPSI

A mis compañeros de práctica por su amistad y sus aportes a mi formación

Tabla de contenido

Lista de tablas 6

Lista de figuras 7

Lista de apéndices 8

Resumen 9

Introducción 10

1. Presentación de la organización 12

1.1 Reseña histórica 12

1.2 Misión 13

1.3 Visión 13

1.4 Valores 13

1.5 Servicios 14

1.6 Personal 15

2. Diagnostico de necesidades 16

2.1 Área clínica 16

2.2 Área psicosocial 17

3. Ejes de intervención 18

3.1 Eje de intervención clínica 18

3.2 Eje de intervención Psicosocial 18

4. Justificación de los ejes de intervención 19

4.1 Eje de intervención clínica 19

4.2 Eje de intervención Psicosocial 20

5. Marco Teórico 21

5.1 Clínica cognitivo conductual 21

5.2 Psicología social 34

6. Propuesta de intervención 39

6.1 Eje de intervención de psicología clínica 39

6.1.1 Objetivos 39

- Objetivo general 39
- Objetivos específicos 39

6.1.2 Estrategias de acciones 39

6.1.3 Procedimiento desarrollado 40

6.1.4 Indicadores de logro cuantitativo 41

6.1.5 Indicadores de logros cualitativos 41

6.1.6 Población 42

6.1.7 Presentación de resultados del eje clínico 42

- Resultados cuantitativos 42
- Resultados cualitativos 46

6.1.8 Dificultades presentadas 47

6.2 Eje de intervención Psicosocial 48

6.2.1 Objetivos 48

- Objetivo general 48
- Objetivos específicos 48

6.2.2	Estrategias de acción	49
6.2.3	Procedimiento desarrollado	49
6.2.4	Indicadores cuantitativos	49
6.2.5	Indicadores de logros cualitativos	50
6.2.6	Población	50
6.2.7	Resultados del eje de intervención Psicosocial	50

- Resultados cuantitativos 50
- Resultados cualitativos 53

6.2.8	Dificultades presentadas	53
-------	--------------------------	----

7. Conclusiones 55

8. Recomendaciones 57

9. Referencias 58

Apéndice 59

Lista de tablas

- Tabla 1. Motivos de consulta que se presentaron durante la práctica. 44
- Tabal 2. Actividades académicas realizadas en la institución que fortalecen el ejercicio clínico. 45
- Tabla 3. Numero de procedimientos realizados dutante la practica clinica por consultante. 45
- Tabla 4. Síntesis de los resultados del eje clínico. 45
- Tabla 5. Talleres realizados y números de asistentes en la comunidad de San Eugenio del municipio de Santa rosa de Cabal. 51
- Tabla 6. Talleres realizados y número de asistentes en la comunidad del Roció en el municipio de Pereira. 51
- Tabla 7. Talleres realizados y número de asistentes en la comunidad de Pueblo Sol en el municipio de Dos Quebradas. 52

Lista de figuras

Figura 1. Numero de consultante por mes. 42

Figura 2. características de la población atendida. 43

Figura 3. consutantes por genero. 43

Figura 4. Numero de asistentes por comunidades en el periodo 2009. 52

Lista de apéndices

Apéndice A. Entrevista para la identificación de necesidades. 59

Apéndice B. Cronograma de actividades año 2009. 65

Resumen

Lo que el lector encontrará a continuación es el fruto del esfuerzo que significo desarrollar la practica profesional en los campos de la psicología clínica y social; praxis que posibilito la integración de los elementos metodológicos y teóricos al ejercicio psicológico, consiguiendo el practicante fortalecer las habilidades y conocimientos necesarios para un adecuado desempeño en los campos de acción que le son de interés. Primero se realizará una presentación de la organización en la que se ejecuto la práctica, luego se hará el análisis de las principales necesidades que presenta la institución, para posteriormente proponer los ejes de intervención en relación a los cuales se establecieron los lineamientos teóricos y metodológicos que sustentan los resultados alcanzados durante el periodo del ejercicio practico.

Palabras claves: Clínica cognitivo-conductual, intervención psicosocial.

Abstract.

What the reader will find below is the product of the effort in the professional practice around the clinical and social contexts; praxis that permitted the integration of the methodological and theorist elements into the psychological exercise, matter that lets the apprentice develops the abilities and knowledge necessary to improve the different action contexts. First it will show an institution presentation where the practice was realized, after this there will be an analysis of the principal needs that the institution presents and finally it will put the intervention facts in relation with the methodological and theorist statements that proves the result in this practice.

Keywords: Cognitive-behaviorism clinic, psycho-social intervention.

Introducción

En el presente año 2009 se está realizando la práctica profesional de pregrado en el Programa de Psicología de la Universidad Católica popular del Risaralda. Esta se lleva a cabo en el centro de atención psicológica (CAPSI), que pertenece a la universidad como dependencia del programa de psicología. La práctica se realiza en los campos de actuación de la psicología clínica desde el enfoque cognitivo conductual y la psicología social. Logrando con estos, realizar la articulación y empalme de la teoría con la práctica, dando cumplimiento a la fase profesional propuesta por el programa

En el presente documento se realizará la presentación y reseña histórica del lugar de práctica (CAPSI), con el objetivo de especificar cuál es su razón de ser, cuáles son sus lineamientos y cómo se encuentra constituido; del mismo modo se presentará el diagnóstico de necesidades de la institución, y se especificarán las herramientas con las cuales se logra establecer éste; ya que, al haber identificado dichas necesidades se pudieron establecer los ejes de intervención que orientaron la praxis profesional. Posteriormente, se presentará el soporte teórico que guió conceptual y metodológicamente la práctica profesional, dando sustento a los ejes de intervención que se abordaron.

El eje de intervención clínica por su parte, se logra sustentar en la práctica desde el enfoque cognitivo conductual, ésta perspectiva psicológica postula que el componente cognitivo es el factor principal, que media la relación de los sujetos con el medio y es el determinante de los comportamientos que estos ejecutan; motivo por el cual es el responsable en gran medida del malestar psicológico. Este enfoque psicológico tiene una visión integral del sujeto, ya que éste se encuentra compuesto por varias dimensiones (conductual, cognitivo, emocional, biológico y ambiental), haciéndose necesaria una comprensión holística tanto del funcionamiento del sujeto como de su problema. Por lo tanto, la intervención terapéutica tiene como objetivo fundamental ayudar al paciente a identificar, evaluar, cuestionar y reestructurar las creencias y pensamientos disfuncionales e irracionales que conllevan a las psicopatologías.

En el eje de intervención psicosocial, se buscó desarrollar unas mejores formas

de socialización política en los niños, niñas y jóvenes de comunidades donde se presentan gran cantidad de problemáticas sociales como escasos recursos económicos, delincuencia común, drogadicción entre otros. Posibilitando de este modo, espacios para que éstos se expresen como sujetos políticos, permitiendo a su vez, que ellos conozcan los derechos que tienen como sujetos partícipes de una sociedad. Este eje de intervención se ejecuto a través del convenio que sostiene el CAPSI con COMFAMILIAR RISARALDA. Al final se mostraran tanto resultados cuantitativos como cualitativos de la práctica profesional, donde se hace evidente el impacto que han tenido los ejes de intervención propuestos en el desarrollo de la práctica profesional.

1. Presentación de la organización

1.1. Reseña histórica

La universidad Católica, luego de un transcurso de funcionamiento de 20 años aproximadamente y de lograr realizar convenios con el sector productivo para que los estudiantes hicieran sus practicas profesionales, buscando espacios que posibilitaran hacer una praxis que integre los fundamentos teóricos con el ejercicio practico. Las primeras prácticas se iniciaron con diseño industrial (1994), arquitectura (1996), comunicación social (1997) y psicología (1998).

El CAPSI fue entonces creado en el año 2002 como un espacio para la exploración teórica y práctica de la psicología; constituyéndose, en un laboratorio del ejercer clínico. Desde ese entonces se ha ido consolidando como institución prestadora de servicios (IPS) que cumple funciones de proyección social, brindando atención clínica a la comunidad y desarrollando proyectos en el campo psicosocial y comunitario principalmente; a partir, de las demandas de la población y las instituciones; generando de la misma manera, procesos de transformación comunitaria en lo que corresponde a la socialización política en el marco de la convivencia pacífica y el respeto por el otro.

Desde su fundación, el Centro de Atención Psicológica CAPSI se ha convertido en el escenario principal de práctica profesional para los psicólogos de la UCPR que se encuentran en formación, centrando su interés en la atención a la población infantil y a las comunidades menos favorecidas ; convirtiéndose así, en una posibilidad para los estudiantes de IX y X semestre de poner en escena todo el conocimiento adquirido no solo durante el recorrido académico, sino también, a través de los espacios que este centro brinda para su formación continua, tales como: la conceptualización de la Clínica con Niños, la discusión y estudio de casos clínicos y las charlas de temas pertinentes al ejercicio clínico.

El CAPSI tiene como objetivo general, responder a la comunidad con calidad y eficacia en el campo de la salud mental con servicios de atención, promoción y asesoría

especializada en el área de psicología clínica principalmente; como también, en procesos de carácter organizacional y educativo.¹

Actualmente la visión del CAPSI se encauza en ser una IPS líder en la promoción y la prestación de servicios psicológicos de calidad en la región, focalizándose en ser apoyo para las familias a partir de un excelente equipo interdisciplinario y la óptima prestación de servicios, en el marco de la salud mental y del bienestar social.

1.2. Misión

El centro de atención psicológica CAPSI es una IPS especializada en servicios de prevención, promoción e intervención en el campo de la salud mental, adscrita al programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Católica Popular del Risaralda, cumple funciones de proyección social, encaminando sus acciones hacia la atención de la población en situación de vulnerabilidad social por condiciones de pobreza o desigualdad.

1.3. Visión

Ser una IPS líder en la promoción y la prestación de servicios psicológicos de calidad en la región. El CAPSI se focalizara en ser apoyo para las familias a partir de un excelente equipo interdisciplinario y la óptima prestación de servicios².

1.4. Valores

Confidencialidad

Tolerancia

Responsabilidad

Solidaridad

Servicio

¹ Documento “Sistema de Proyección Social en el Programa”

² Tomado del documento elaborado por la Directora actual Pula Restrepo, en el que se especifica los componentes que conforman la entidad CAPSI.

Honestidad

1.5. Servicios

Es importante tener en cuenta que el CAPSI presta sus servicios, ya sea por medio de convenios con otras instituciones como los establecidos con comfamiliar Risaralda, la red nacional de estimulación, organización Crisol y algunas instituciones educativas. O también, presta servicios de manera particular, tanto a personas pertenecientes a la comunidad universitaria como externas a esta.

Los servicios que habitualmente presta son:

- *Evaluación psicológica.* Se realiza la aplicación de pruebas psicométricas, entrevista psicológica y anamnesis cuando son menores de edad; las evaluaciones mas frecuentes son: de inteligencia, personalidad, desarrollo infantil y evaluación de habilidades, actitudes e intereses.
- *Valoración e intervención psicológica.* Esto se realiza a través de los diferentes enfoques y estilos de terapia que va dirigido a niños, adolescentes y adultos.
- *Orientación vocacional y profesional.* Se busca que los sujetos conozcan mejor las habilidades y aptitudes particulares que poseen, con el objetivo de que reflexionen y tomen una decisión asertiva de lo que desean a futuro, respondiendo a sus intereses y expectativas. Esto se logra por medio de una entrevista semiestructurada y la aplicación de pruebas de aptitudes, de personalidad e intereses.
- *Selección de personal.* Con base al perfil y el manual de funciones del cargo vacante se escogerá la persona idónea para desempeñarse en dicho cargo en la organización que lo requiera.
- *Intervención psicosocial.* El CAPSI tiene establecido un convenio con el programa de Comfamiliar Risaralda de atención integral a la niñez, donde se tiene como objetivo ofrecer espacios de formación, reflexión y actuación, que permitan promover la

convivencia pacífica, la participación democrática, el reconocimiento y valoración de los derechos de los niños, niñas y jóvenes, para fortalecer el respeto por el otro y el empoderamiento como sujetos políticos.

1.6. *Personal*

En el momento el CAPSI cuenta con un personal de 9 integrantes que son:

La directora Paula Andrea Restrepo

La coordinadora Ana Lucia Sanín

Siete (6) practicantes de psicología clínica de los enfoques cognitivo conductual y psicoanalítico.

Y un (1) secretario.

2. Diagnostico de necesidades

Para determinar el diagnóstico de necesidades que presenta el CAPSI en materia de servicios de atención a la comunidad, se realizó una entrevista a su directora, la Psicóloga: Paula Andrea Restrepo;³ durante este espacio se lograron identificar aspectos fundamentales (fortalezas, debilidades y procesos) que tiene la institución en la prestación de servicios. Igualmente, para este diagnóstico se revisaron algunos documentos de la institución, como los informes finales de práctica de algunos practicantes de semestres anteriores, analizando principalmente el apartado de recomendaciones donde son evidentes algunas de las necesidades institucionales. Se tuvo también en cuenta la información recopilada en el informe de gestión del año 2008 de este centro; en el cual, se muestran las estadísticas de consulta y demás servicios psicológicos durante el año anterior (2008). Es de esta manera como se visualizaron algunas necesidades que desde la practica profesional en los campos clínico y social puede satisfacer.

El centro de atención psicológica CAPSI establece sus necesidades, de acuerdo a las demandas de la población que se le brinda el servicio de atención, como las personas de escasos recursos principalmente padres y madres de los niños, niñas y adolescentes de las instituciones con las que se establecieron convenios como: Comfamiliar Risaralda, la Red de Estimulación (REN), el Hogar Infantil el Jardín, la Corporación Crisol y la Institución Educativa Juego y Aprendo. Proporcionándose, calidad y eficacia en el servicio que promueve la salud mental, motivo por el cual, las necesidades de la población objeto del servicio son frecuentemente de tipo clínico y de carácter psicosocial.

2.1. Área clínica

Los servicios que se prestan desde el campo clínico consisten en psicoterapia individual para niños, adolescentes y adultos; realizándose procesos clínicos, evaluaciones psicológicas del desarrollo, inteligencia y personalidad esencialmente. Estos servicios, son suministrados tanto para personas particulares de escasos recursos, como también

³ Ver en los anexos la entrevista a la directora del CAPSI.

para personas que pertenecen a las instituciones con las que el CAPSI tiene convenios.

El CAPSI se concibió como un laboratorio de formación de psicólogos clínicos, posibilitando de este modo que la práctica clínica de los estudiantes del programa de psicología, sea realizada en un espacio concebido para dicho fin, en donde se le posibilite al practicante hacer una praxis reflexiva y profunda; determinándose, que la razón de ser de esta institución es la psicología clínica; siendo de esta manera indispensable proponer éste eje de intervención.

2.2. Área psicosocial

Éste eje tiene por objetivo el desarrollo de intervenciones psicosociales para niños, niñas y adolescentes de comunidades vulnerables, propiciando espacios reflexivos que promuevan formas de socialización política, el reconocimiento de sus derechos y el respeto consigo mismo y los demás. Igualmente, se busca que esta población se apropie y concientice de las problemáticas de su comunidad; con el objetivo de adelantar acciones de empoderamiento que conlleven a la cohesión comunitaria en el presente y futuro.

El espacio de intervención psicosocial es facilitado por el convenio que el CAPSI estableció con Comfamiliar Risaralda, para llevar a cabo el proyecto de “Formación en Derechos Humanos y Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes como Herramientas para la Socialización Política” que está siendo ejecutado en 16 comunidades de la ciudad de Pereira y los municipios de Dos Quebradas y Santa Rosa de Cabal.

3. Ejes de intervención

3.1. Eje de intervención clínico

Se brindo atención psicoterapéutica a niños, adolescentes y adultos, haciendo uso de todas las técnicas terapéuticas que proporciona la clínica cognitivo conductual; a su vez, se realizaron evaluaciones psicológicas utilizando técnicas como la entrevista y la aplicación de instrumentos de medida (pruebas psicológicas) cuando era necesario. Razón por la cual, las actividades más frecuentes que se llevaron a cabo en este eje fueron: evaluación del desarrollo, la inteligencia, la personalidad y procesos terapéuticos que posteriormente se convirtieron en material de análisis y discusión en las jornadas académicas programadas por la institución.

3.2. Eje de Intervención psicosocial

Se llevaron a cabo talleres en distintas comunidades vulnerables vinculadas al proyecto CAPSI- Comfamiliar enfocado a la población adolescente e infantil, con el objetivo de que estos tomen conciencia de su papel como sujetos políticos, desarrollando la capacidad de socializar, problematizar, decidir y proponer alternativas de solución a los problemáticas que agobian a su comunidad.

4. Justificación de los ejes de intervención

4.1. Eje de intervención clínica

El centro de atención psicológica es una institución prestadora de servicios (IPS) en salud mental, que desarrolla procesos de atención psicológica a las diferentes demandas de personas particulares y vinculadas a diferentes instituciones; respondiendo así, a todas aquellas problemáticas que afectan de uno u otro modo el funcionamiento adecuado de los sujetos consigo mismo y su contexto.

Esta IPS igualmente permite al practicante desarrollar una adecuada práctica profesional; ya que el CAPSI fue concebido para dicho fin, generándose un espacio reflexivo que busca esclarecer gran parte de las dudas e incógnitas que trae consigo el ejercicio profesional en el campo clínico, e igualmente permite poner en práctica los conocimientos de la clínica cognitivo-comportamental que se asimilaron en el transcurso de las diferentes fases curriculares.

De acuerdo con los procesos que se llevan a cabo en el CAPSI y las necesidades que la institución presenta con base a las demandas que hace su población objeto de atención, surgió el interés de realizar un trabajo clínico desde el enfoque cognitivo conductual, dado que posibilita un ejercicio profesional en el área clínica que se articula con los intereses y pretensiones que el CAPSI se ha planteado.

Esta institución propende fundamentalmente por el bienestar psicológico, físico y emocional de sus consultantes, que en su gran mayoría son de escasos recursos; hallándose pertinente el ejercicio profesional en el campo clínico, dado que los procesos psicológicos que se adelantaron posibilitaron la indagación de problemáticas de orden cognitivo, emocional y comportamental que afectan el desempeño de los sujetos. Al conseguirse comprender y reformular dichas problemáticas, se posibilitó el desarrollo de nuevas estrategias y alternativas psicológicas en los consultantes; contribuyendo los practicantes con su labor terapéutica al bienestar psicológico de la población vulnerable que especialmente se atiende, hecho que materializa la proyección social que el CAPSI ha contemplado.

4.2. Eje de intervención psicosocial

El CAPSI ha venido incursionando en los últimos años en intervenciones de orden psicosocial, puesto que ha realizado proyectos en convenio con Comfamiliar Risaralda, que buscan el establecimiento de espacios que promuevan la socialización política de niños, niñas y adolescentes de comunidades vulnerables de la ciudad de Pereira y los municipios de Dos Quebradas, Santa Rosa de Cabal y la Virginia; con el objetivo de promover el conocimiento de sus derechos que conlleven a una reflexión y problematización de las dificultades propias de sus comunidades.

El trabajo en el campo psicosocial fue de gran importancia dado que enriqueció la experiencia profesional del practicante; logrando de esta manera participar en procesos de intervención que generan cambios en la realidad social de las comunidades; asimismo, este acercamiento al ejercicio profesional de la psicología social permite ampliar el panorama laboral que se tenía al inicio de la práctica.

En la praxis fue satisfactorio viabilizar espacios de socialización donde los niños, niñas y adolescentes consiguieran conocer y comprender sus derechos, como también los mecanismos por los cuales hacerlos valer; posibilitándose la problematización y la participación activa en los miembros de la comunidad en los conflictos que los aquejan, como es el maltrato, la drogadicción y el abuso sexual entre otros.

El trabajo comunitario que ha venido adelantando el CAPSI a través del ya mencionado convenio, ha sido considerado en anteriores planes de práctica como un eje de intervención psicoeducativo, ya que, la metodología que orienta los espacios de encuentro es el taller reflexivo, método que es ampliamente utilizado por la psicología educativa, pero que es igualmente utilizado en las intervenciones de carácter psicosocial. Por lo tanto, este eje de intervención fue contemplado como psicosocial, dado que se buscaba desarrollar en las comunidades espacios de socialización, reflexión y problematización de los conflictos propios de éstas, más no se pretendía dar cuenta de los procesos de aprendizaje implicados en los talleres y actividades propuestas desde herramientas de la intervención psicoeducativa.

5. Marco teórico

Como se expuso anteriormente, los ejes de intervención que se desarrollaron en la práctica profesional son el eje clínico, desde el enfoque cognitivo conductual y el eje psicosocial; a continuación se mostrará de manera breve el sustento teórico de la praxis profesional que orienta al practicante en su comprensión de la realidad psicológica y que a si mismo materializa los ejes de intervención propuestos. Es importante aclarar que se hará una exposición más amplia del sustento teórico de la psicología clínica, ya que es el eje de intervención que cobra mayor relevancia en el la practica profesional a raíz de las preferencias del practicante y también a la relevancia que cobra éste en la institución donde se esta llevando a cabo la práctica; sin embargo, esto no implica un desconocimiento de la importancia que tiene el eje psicosocial en el ejercicio profesional.

5.1. Clínica cognitivo conductual

En el siguiente apartado se encuentran los lineamientos teóricos y metodológicos que permitieron la prestación del servicio de terapia psicológica desde la orientación cognitivo conductual en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI). Por lo cual, como primero se buscará ubicar al lector en el contexto histórico que permitió el surgimiento de este enfoque; como segundo, se expondrán las principales teorías que sustentan y posibilitan la terapia cognitivo conductual, a su vez dando cuenta de sus conceptos fundamentales y tercero, se mostrará el lineamiento metodológico con el cual se posibilita la intervención clínica.

A principios de el siglo XX la psicología se encontraba regida por la primacía del paradigma conductual; el cual, tenía por objetivo transformar esta disciplina en una ciencia totalmente positivista, dejando a un lado el estudio de las variables internas de los sujetos, estableciendo por objeto de estudio el comportamiento, que es una variable externa que puede ser medible y cuantificable, al respecto Hardy y Jackson (1998) opinan:

El comportamiento observable es una función de los cambios ambientales que puede expresarse mediante leyes, y el trabajo del psicólogo consiste en comprender

esa función sin inventar entidades mentales u otras entidades hipotéticas que intervengan entre el ambiente y la conducta. (p. 78)

La principal preocupación de los conductistas en este tiempo era lograr dar cuenta de la forma cómo los sujetos aprendían y de que modo éstos conseguían adaptarse al ambiente. Para esta época, el principal representante de esta corriente psicológica denominada conductismo metodológico era el norteamericano John Watson; él retoma los trabajos de la reflexología rusa sobre el condicionamiento basado en la asociación de estímulos de Ivan Petrovich Pavlov, quien al realizar estudios de salivación glandular en perros, se percató que los animales salivaban antes de mostrárseles la comida, cuando previamente se presentaba el sonido de un metrónomo. Hardy y Jackson (1998), identificando que la asociación que se producía entre dos estímulos (el sonido del metrónomo y la comida), conllevaba a un aprendizaje en el organismo; el cual, genera la respuesta habitual de salivación ya no solamente ante el estímulo A (comida), sino también ante el estímulo B (sonido)

Esto se debe fundamentalmente a que la comida es un estímulo incondicionado (EI) por que desencadena biológicamente una respuesta incondicionada (RI) que es la salivación. Sin embargo, cuando un determinado estímulo (EN) se empareja con un EI, se consigue provocar una respuesta muy parecida a la respuesta incondicionada (RI), denominándose un “estímulo condicionado (EC), porque su capacidad para desencadenar la RI está condicionada por su emparejamiento con el EI. (...) El reflejo [respuesta] desencadenado por un EC es una respuesta condicional (RC)” (Hardy & Jackson, 1998, p. 19). Watson al implementar los hallazgos de Pavlov en la psicología estadounidense, buscaba sustentar y dar cuenta del aprendizaje en los sujetos.

Este conductismo no negaba la existencia de la conciencia y los pensamientos, pero los consideraban como inaccesible (caja negra), por lo que no podría constituirse como su objeto de estudio. Posteriormente, esta corriente psicología y su explicación del aprendizaje por medio del condicionamiento fueron siendo revalidadas dado que no conseguía explicar otros tipos de aprendizajes que no tienen implicaciones fisiológicas, dando comienzo de esta manera a la era del conductismo radical.

Este período fue la cúspide de la corriente conductual, gracias a los planteamientos de Skinner y su conductismo operante, el cual surge como respuesta a todos los planteamientos teóricos como los de Tolman y Hull que se consideraban conductistas pero que seguían teniendo en cuenta las variables internas como mediadoras del comportamiento, “es precisamente estas deducciones sobre los estados mentales que, según se cree, causan un comportamiento lo que repudia el conductismo radical de Skinner” (Hardy & Jackson, 1998, p. 78). Por este motivo, él desecha todo elemento metodológico que contemple las variables internas, postulando contingencias que den cuenta de la relación del sujeto con el medio, siendo esta, la única explicación posible del comportamiento y el aprendizaje en los humanos.

El objeto principal de estudio de Skinner es la conducta operante, que se caracteriza por ser un comportamiento constante sin estímulos bien definidos como en la conducta de respuesta (la estudiada por Watson y Pavlov), este tipo de conducta (operante) “actúa sobre el ambiente, y el resultado de la operación (refuerza o castiga) determina si será más o menos probable que ocurra la respuesta”. (Hardy & Jackson, 1998, p. 81). Por lo tanto, el aprendizaje se da cuando el comportamiento se encuentra bajo el control del reforzamiento ambiental; es decir, que la conducta de los sujetos en el medio ambiente conlleva a unas consecuencias que puede ser reforzantes, aumentando la probabilidad de que determinada conducta se repita o por el contrario se disminuya dicha probabilidad cuando la consecuencia resulta ser aversiva para el sujeto.

El reforzamiento es el proceso por el cual se consigue aumentar la probabilidad de una conducta, éste puede ser positivo cuando se le brinda un estímulo positivo al sujeto; o negativo, cuando se retira un estímulo que resulta ser desagradable, estos dos tipos de reforzamiento tienen la tendencia de aumentar la conducta. Por el contrario, el castigo se produce cuando luego de la emisión de una conducta le sigue una consecuencia que es aversiva o desagradable conllevando a que la conducta tienda a disminuir, lo mismo que su probabilidad de que se vuelva a presentar en el futuro; siendo este un castigo positivo dado que el sujeto obtuvo una consecuencia desagradable. Frojan y Santacreu (1999), el castigo también tiene la característica de ser negativo, cuando a raíz de una conducta que emite el sujeto tiene como consecuencia la retirada o eliminación de un estímulo positivo o que le es agradable. En ambos casos tanto el positivo como el

negativo los castigos siempre generan una disminución en la aparición de alguna conducta en particular.

A grandes rasgos estos serían los principales postulados teóricos que el conductismo metodológico y radical formularon, permitiéndole ser el modelo psicológico imperante en la mitad del siglo XX; sin embargo, a pesar del gran esfuerzo de personalidades como Skinner por constituir a la psicología como una ciencia puramente científica y objetiva a través de la explicación de la conducta en su relación con el medio, muchos de los fenómenos humanos no lograron ser claramente explicados por esta teoría como es el pensamiento, las actitudes y las intencionalidades.

Otra forma de aprendizaje es el observacional o vicario, en el cual los sujetos logran aprender observando e imitando el comportamiento de otra persona que comúnmente se denomina modelo; no obstante, “en el aprendizaje observacional no se considera indispensable para que el sujeto aprenda que reproduzca la conducta del modelo y obtenga unas determinadas consecuencias” (Frojan & Santacreu, 1999, p.75); cuando el observador no ejecuta la conducta que realiza el modelo, y por lo tanto no obtiene ninguna consecuencia, igualmente se produce un aprendizaje; ya que hay procesos cognitivos en el observador como los de atención y retención que posibilitan el aprendizaje, a esto se le conoce como actividad encubierta.

La ejecución de la conducta en el observador depende sustancialmente de las consecuencias que acareara el modelo con la emisión de una conducta; por ejemplo, cuando el modelo obtiene una consecuencia que es agradable es muy probable que el sujeto que observa imite esa conducta, dado que busca conseguir la misma consecuencia; si por el contrario, la consecuencia que acarreo el modelo es desagradable, es muy factible que el observador desista de imitar la conducta. Siendo claro entonces que el aprendizaje se produce en independencia a la ejecución de las conductas, la actividad manifiesta es prescindible para que los sujetos aprendan.

Estos principios del aprendizaje que postularon las teorías comportamentales son de vital importancia para la terapia cognitivo conductual; ya que permiten la formulación de los casos clínicos especialmente en el establecimiento de las hipótesis de adquisición y de mantenimiento del problema. E igualmente, son principios que

subyacen a gran parte de las técnicas conductuales que son utilizadas en las intervenciones terapéuticas; de esta manera el tipo aprendizaje que se da desde el condicionamiento clásico permite establecer técnicas como la desensibilización sistemática y la inundación. Frojan y Santacreu (1999), del condicionamiento operante se derivan técnicas que buscan el desarrollo o extinción de conductas entre las que se encuentran la economía de fichas, el encadenamiento y el time out; las técnicas de modelado se sustentan desde el aprendizaje observacional.

Después de la segunda guerra mundial y con la invención de la computadora, a raíz de todos los avances tecnológicos, se dio comienzo a la revolución cognitiva, la cual buscaba explicar todas aquellas variables internas (que el conductismo dejó a un lado) que median y posibilitan el comportamiento; reapareciendo en la psicología americana la cognición. La premisa fundamental era dar cuenta del modo en que los sujetos procesan la información (estímulos) para posteriormente emitir una respuesta. Estableciéndose un símil entre el funcionamiento de la computadora y el cerebro humano, “los ordenadores poseen procesos internos bien especificados mediante los cuales toman, almacenan y actúan sobre la información, y por medio de los cuales toman decisiones” (Hardy & Jackson, 1998, p. 87).

Hardy y Jackson (1998) El científico cognitivo cree que la mente humana es bastante parecida a un ordenador, ingresado la información a través de la percepción, almacenándose en la memoria, siendo ésta procesada en el pensamiento y determinando la acción que se ejecutara.

Los teóricos cognitivos indagan la caja negra del conductismo clásico, para establecer la relevancia de la cognición en los procesos de aprendizaje, y como también ésta es la determinante en el comportamiento de los sujetos. No obstante, a pesar de los avances que en la psicología cognitiva se estaban dando, el solo hecho de equiparar la mente humana con una computadora dejó de lado la intencionalidad de los sujetos, ya que, las computadoras al procesar la información no cometen errores, por lo que se supondría que la mente humana tampoco; entonces, no existiría psicopatología alguna. Esta sería la razón principal por la cual, la teoría del procesamiento de la información fue objeto de muchas críticas y no fuese tomada como un nuevo paradigma; sin

embargo, algunos de sus planteamientos fueron retomados por Albert Ellis y Aarón Beck para dar sustento a sus propuestas terapéuticas.

Por esta época la psicología se encontraba ocupada de asuntos de orden epistemológico; ya que, buscaba indagar las variables que permiten a los sujetos adquirir los conocimientos necesarios para un adecuado desenvolvimiento en el medio. Esta búsqueda fue el objetivo del conductismo, la teoría del procesamiento de la información, la psicología cognitiva europea y otras corrientes. Hecho que conllevó a dejar a un lado, el estudio de la psicología clínica; tema del cual si se encontraba ocupado desde hacia bastantes décadas el psicoanálisis y sus vertientes dinámicas. Estas terapias, tienen una concepción particular de sujeto que difiere significativamente de las anteriores teorías expuestas, por lo que algunos psicólogos que se desempeñaban clínicamente desde este enfoque, observaron que había muy pocos progresos en sus pacientes después de un gran número de sesiones; motivo por el cual, tomaron distancia de este tipo de abordaje clínico.

Entre los que abandonaron la corriente psicoanalítica se encuentran Albert Ellis y Aarón Beck, ellos desarrollaron otro tipo de psicoterapia que parte de la filosofía estoica griega y oriental, estableciendo como premisa fundamental que el sujeto es el productor de sus propios malestares. Retomando igualmente, los avances que en la psicología cognitiva se estaban dando en ese momento, como la teoría del procesamiento de la información, que posibilitó dar sustento a la estructura mental de los sujetos y el modo como estos procesan la información; igualmente, tuvieron en cuenta los tipos de aprendizajes conductuales con los que se dan y mantienen determinados patrones de conducta.

Esta nueva formulación terapéutica que se desarrolló por el descontento con el modelo psicoanalítico y otras corrientes, dio origen a lo que se conoce actualmente como terapia cognitivo-conductual; ya que, como se dijo anteriormente retoma los aportes de ambas teorías y las integra en un cuerpo metodológico que posibilita una terapia clínica más fructífera de la que se venía dando en el momento. Al respecto Lega, Ellis y Caballo (1997) dicen:

La terapia cognitivo-conductual es un termino genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo) (p. 3).

Ellis y Beck reconocen la influencia que el comportamiento ejerce sobre las emociones y el pensamiento; motivo por el cual, la modificación de conducta es una parte importante de la terapia cognitivo conductual; sin embargo, es claro que para estos autores el comportamiento no es el principal objeto de intervención, sino las cogniciones. Por lo tanto, la modificación de la conducta es un medio para conseguir transformaciones en el pensamiento; mas no un fin en sí mismo.

Para Vallejo (1998) las principales características de hacen diferente a esta terapia de otros estilos terapeuticos son:

- *Su brevedad*: es considerada como una terapia breve en comparación a otras terapias como las de corte psicoanalítico porque no requiere gran cantidad de tiempo y sesiones para conseguir resultados satisfactorios. Considerándose terapias breves aquellas que no superan las treinta sesiones y largas cuando son más de cien; sin embargo, hay tratamientos dentro de la terapia cognitivo conductual que pueden ser de larga duración, como por ejemplo, al tratar pacientes con trastorno de personalidad. En esta terapia se programa por lo general una sesión por semana que dura entre cuarentaicinco minutos o una hora aproximadamente.

- *El estilo directivo*. El terapeuta durante la sesión desempeña un papel activo; dado que dirige la terapia y entrena al paciente en la identificación de los pensamientos irracionales y técnicas a utilizar; igualmente explica al paciente el papel que desempeñan las cogniciones en el problema, proponiendo a su vez tareas para la casa como los auto-registro y ejercicios prácticos.

- *Su carácter activo*. Esta terapia busca permanentemente una participación activa por parte del paciente, involucrándolo en la realización de actividades, formulación del plan

terapéutico, toma de decisiones, cambios en el tratamiento y demás procesos que conlleven a progresos terapéuticos.

- *Su orientación al problema.* Lo que se busca con este estilo de terapia es modificar la forma disfuncional en que los pacientes procesan la información, más que intervenir directamente los problemas que traen éstos a consulta. Aunque ha de tenerse en cuenta la queja del paciente, cuando es la que origina y mantiene el problema.

- *Su focalización en el presente.* Esta terapia busca comprender el problema en el momento actual, realizando un análisis de todas las esferas que se encuentran afectadas por éste; no obstante, se ha de tener en cuenta los antecedentes que posibiliten establecer el origen del problema, haciéndose necesario remitirse al pasado, sin que esto implique realizar arqueología en la vida del paciente.

- *La relación colaboradora.* El terapeuta más que actuar como el experto se desenvuelve como un facilitador que colabora al paciente en el proceso, haciendo las veces de educador, al entrenarlo en la detección de los pensamientos y creencias irracionales, al tiempo que enseña técnicas cognitivas y conductuales.

- *Atención de todas las unidades problemáticas.* Esta terapia tiene la versatilidad de lograr atender a una persona, una pareja, una familia o un grupo en particular; ya que, al hacer uso de diferentes técnicas tanto cognitivas como conductuales, se consigue hacer intervenciones pertinentes en diferentes circunstancias y distintos pacientes. Pese a esto, las técnicas cognitivas son mayormente utilizadas en la psicoterapia individual; ya que, su objetivo es posibilitar cambios a nivel cognitivo en cada sujeto.

La primera terapia cognitivo conductual que se formuló fue la terapia racional emotiva conductual (TREC) de Albert Ellis en 1956, estableciendo que el pensamiento es el mediador fundamental entre los acontecimientos y las consecuencias, determinando que de acuerdo al procesamiento particular que los sujetos realizan de determinadas circunstancias, se tendrá como resultado unas consecuencias concretas. Por lo que es el sujeto y su modo particular de interpretar la información lo que genera sus propios problemas psicológicos. Este mal procesamiento de la información, es el modo disfuncional o irracional como se perciben, evalúan y valoran los

acontecimientos. Es habitual que las personas consideren que sus problemas (consecuencias) se deben a determinadas circunstancias (acontecimientos), sin tener en cuenta las cogniciones que median esta relación. Este modelo de comprensión del funcionamiento de los sujetos se conoce como el esquema A-B-C, donde A son los acontecimientos, B las cogniciones y C las consecuencias.

Las B son el objeto de estudio y de cambio de la TREC, que también comparten otras terapias cognitivo conductuales como la de Beck. Para Lega et al (1997), la cognición se comprende mejor en términos de: (primero) *estructuras cognitivas* que hace referencia a la organización interna de la información, (segundo) de *contenido cognitivo* que es la información que se almacena como conocimientos, creencias e imágenes entre otros, (tercero) *procesos cognitivos* es la manera de recibir, almacenar, procesar y manipular la salida de la información. Y finalmente (cuarto) los *productos cognitivos* que son los resultados de la administración del sistema cognitivo como: imágenes, creencias, atribuciones, decisiones y pensamientos. Las cogniciones son producto de la historia de aprendizaje de los sujetos y estas al ir constituyéndose a través del tiempo se van desarrollando maneras distorsionadas y disfuncionales de procesar la información.

Las cogniciones en su conjunto conforman la idiosincrasia o filosofías personales y son estas las que se pretenden modificar, “la TREC se centra específicamente en las filosofías disfuncionales que mantiene los clientes y que no solamente conducen de forma directa a desarrollar serios problemas emocionales, sino que además son susceptibles de cambiarse y superarse” (Ellis, 1999 p. 22).

Hay dos tipos de cogniciones, unas que son más accesibles a la conciencia y otras que son más profundas y no es fácil percatarse de éstas. Así pues, Los *pensamientos automáticos* se encuentran en el flujo del pensamiento consiente siendo mas accesibles, son por lo general los diálogos que los sujetos realizan consigo mismo, es frecuente que los pacientes informen sobre estos pensamientos después de una breve introspección. Del mismo modo, el contenido de estos pensamientos automáticos propician inferencias y atribuciones que son igualmente consientes y fáciles de reconocer.

Las cogniciones más profundas y que son menos accesibles a la conciencia, se conocen como *esquemas* o ideas irracionales nucleares; se caracterizan, por ser reglas generales, inflexibles y silenciosas. Este tipo de cogniciones, son las encargadas de seleccionar, discriminar y clasificar los estímulos; por lo que se podría decir, que son las gafas con las cuales los sujetos observan e interpretan el mundo. “los filtros perceptivos del individuo, las visiones de uno mismo, de los demás y del mundo, y los factores que constituyen los fundamentos para evaluar y juzgar, se basan todos en los esquemas” (Lega et al, 1997, p. 5)

El elemento fundamental que genera el trastorno psicológico es el modo en que la persona se evalúa asimismo, a los demás y al mundo que lo rodea. Manifestándose en exigencias absolutistas, que se observan en expresiones de los “debería” y los “tengo que”, imperativos que difícilmente se cumplen, conllevando por lo general a desilusiones, malestar y al no cumplimiento de los objetivos trazados a futuro de acuerdo a su filosofía personal.

De estas exigencias se derivan varias conclusiones, “devaluación de uno mismo y de otras personas, baja tolerancia a la frustración / no puedo soportar y tremendismo” (Lega et al, Citando un fragmento de una carta de Ellis a Lega, el 21 de noviembre del 1995,1997 p.30); a su vez, este mismo pensamiento rígido conlleva a distorsiones cognitivas o inferencias irracionales de sobregeneralización, abstracción selectiva y personalización entre otras.

Por lo que la TREC busca que los sujetos comprendan el modo en que las cogniciones influyen en sus comportamientos y emociones (consecuencias), y como ese tipo de exigencias que se impone a si mismo, el mundo y los demás son poco funcionales y acordes a la realidad, generando más desilusiones que satisfacciones.

Cabe aclarar que las personas si razonan, pero no lo hacen de la manera apropiada, debido a las exigencias e inferencias antiempíricas que se imponen. Determinándose entonces, que es el sujeto el responsable de su forma de pensar, sentir y actuar; más no el mundo y las demás personas. El terapeuta, debe explicar de manera educativa al paciente el modo como esas conclusiones de tremendismo, baja tolerancia a la

frustración, condenación y demás distorsiones cognitivas le generan malestar y son producto de dichos pensamientos inflexibles de los “debería” y “tengo que”.

Las cogniciones y creencias irracionales que el sujeto expresa verbalmente en consulta y escribe en los auto-registros, deben de ser confrontadas tanto por cuestionamiento socrático, como por su evidencia empírica (entre otros tipos de confrontación o debate); buscando de este modo, modificarlas por otras más adaptativas y acordes a la realidad. De lograrse esto, las emociones que estos nuevos pensamientos producen son más funcionales como la tristeza, el enfado, la preocupación, el remordimiento, el pesar y la frustración entre otras, siendo emociones negativas pero no destructivas.

Como se dijo al inicio otro de los psicólogos que tomo distancia de la terapia psicoanalítica por no proporcionar resultados satisfactorios y duraderos de forma más breve, fue Aarón Beck quien también incursiona en la formulación de terapias cognitivo conductuales, adelantando procesos terapéuticos en la depresión. Beck al igual que Ellis comparte la importancia que tienen las cogniciones en las emociones y comportamientos de los sujetos. Determinando a su vez, que éstos son los creadores de sus propios problemas debido fundamentalmente a su mal procesamiento de la información. Beck (2002) al referirse a la función de la terapia cognitiva determina que:

[Ésta] a de identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos (p.13).

Según Beck (2002) esta terapia tiene un estilo activo, directivo y educativo, que encamina las acciones del paciente ha controlar los pensamientos que afloran fácilmente a la conciencia conocidos como pensamientos automáticos; de la misma forma, se busca que los pacientes comprenda la influencia que tienen las cogniciones, en las emociones y conductas, aprendiendo a identificar y confrontar estos pensamientos y creencias irracionales con la evidencia empírica, posibilitando una reestructuración que genere cogniciones más funcionales.

El modelo terapéutico de Beck postula tres conceptos psicológicos fundamentales para explicar psicopatologías como la depresión: 1. La triada cognitiva, 2. Los esquemas y 3. Los errores cognitivos que son errores en el procesamiento de la información.

La triada cognitiva consiste según Beck (2002) en los patrones cognitivos que dan cuenta de la visión que tiene el sujeto de sí mismos, el mundo y su futuro, constituyendo la idiosincrasia de éste, que de ser negativa, se reflejara en el modo como se comprende a sí mismo, los demás y el futuro.

Los esquemas por su parte son los responsables del estilo actitudinal de los sujetos, transformando la información del medio en datos cognitivos “el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación (...) un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo” (Beck, 2002, p. 20). Asimismo, este autor coincide con Ellis en considerar que los esquemas son producto de los aprendizajes previos que los sujetos realizaron al interactuar con el medio.

Los errores en el procesamiento de la información para que realizan los pacientes, permiten el mantenimiento de las creencias (esquemas) disfuncionales e irracionales, estos errores son para Beck (2002): 1) *la inferencia arbitraria*, hace referencia a el tipo de conclusiones que se establecen sin tener una evidencia empírica veraz. 2) *abstracción selectiva*, se refiere a las conceptualizaciones de experiencias en base aun solo fragmento de estas. 3) *generalización excesiva*, es la realización de conclusiones y reglas generales a partir de sucesos aislados. 4) *maximización y minimización*, consiste en evaluar inapropiadamente el significado y la magnitud de los eventos, de forma que se convierte en una distorsión. 5) *personalización*, cuando los sujetos establecen relaciones causales de sí mismo con fenómenos externos. Y 6) *pensamiento absolutista y dicotómico*, son las clasificaciones de experiencias en categorías opuestas y polarizadas (blanco o negro, bueno o malo etc.)

Estos dos tipos de terapias cognitivo conductual (TREC de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Beck) han tenido gran número de resultados satisfactorios, según Lega et al, (1997):

La terapia cognitivo-conductual es, quizá el tipo de intervención psicológica que más implicaciones tiene hoy en día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. (p. 1)

Siendo este el modelo terapéutico que se asume en la práctica profesional, puesto que permite la integración de estrategias de cambio tanto cognitivas como conductuales. Éste posee una visión integral de sujeto considerándolo como un ser biopsicosocial, holista y activo, que se encuentra compuesto por la dimensión biológica, cognitiva, emocional, conductual y ambiental. Por este motivo, para Núñez y Tobón (2005) esta terapia explora cada dimensión estableciendo cuales de éstas se encuentran afectadas por el problema, para posteriormente proponer estrategias de intervención cognitivas o comportamentales que propicien pensamientos y creencias más funcionales.

La intervención terapéutica desde este modelo de terapia según Frojan y Santacreu (1999) parte de una fase de evaluación, donde se realizan unas entrevistas iniciales que busca comprender el problema y sus implicaciones en las diferentes esferas (conductual, cognitiva, biológica, emocional y ambiental) que conforman al sujeto, estableciéndose la línea de base. Igualmente, para evaluar y tener una mejor comprensión de los problemas se pueden utilizar pruebas psicométricas y test referidos a la norma que permiten una evaluación más objetiva.

Con la información recolectada se puede dar paso al análisis funcional, éste consiste “en la identificación de las relaciones causales, relevantes y controlables que explican determinadas conductas de un cliente concreto” (Frojan & Santacreu, 1999, p.125), observándose los factores antecedentes que originaron la dificultad actual; al igual que los diferentes tipos de repuestas que realizan las personas ante el problema y las consecuencias que acarrea, siendo estas las determinantes en el mantenimiento de las dificultades; esta formulación la realiza el terapeuta de manera hipotética y se la expone al paciente con el objetivo de que éste corrobore o no dicha hipótesis “el psicólogo no impone una explicación y espera que el cliente la asuma como cierta (...) [pues]de poco serviría explicarle a alguien cómo es su problema y cual es la forma de resolverlo si no esta de acuerdo con ello” (Frojan & Santacreu, 1999, p.129)

Gracias a la fase de evaluación y al análisis funcional del sujeto, se consigue diagnosticar el problema a la luz de los manuales de diagnóstico DSM- IV o CIE 10, que posibilitan un diagnóstico más claro, objetivo y que sea asequible al lenguaje de los distintos profesionales de la salud mental.

Con el establecimiento de este diagnóstico, se puede proceder a establecer las metas y el tratamiento a implementar ante las problemáticas del sujeto, haciendo uso fundamentalmente de las técnicas de intervención que el enfoque cognitivo conductual proporciona. Es importante resaltar que Frojan y Santacreu (1999), que estas técnicas han de ser implementadas de acuerdo a las necesidades particulares de cada sujeto, acomodando el tratamiento a las características particulares del paciente y el problema.

Finalmente después de haber implementado el tratamiento y haber conseguido las metas propuestas, se compara el estado actual del problema con la línea de base que se estableció al inicio del tratamiento para evidenciar los cambios alcanzados. Es en este punto donde se da por terminado el tratamiento y se procede a la fase de seguimiento, donde se le asignan citas periódicas al paciente para verificar el progreso en el cambio, previniendo de este modo futuras recaídas.

Es importante tener en cuenta que nada de lo anterior es posible en el tratamiento, si no se logra establecer inicialmente una alianza terapéutica; es decir, una relación empática entre el paciente y el terapeuta; ya que, gracias a esto el paciente adquiere un mayor compromiso con su cambio y una mejor adherencia al tratamiento. Esta alianza es la que determina el establecimiento de las metas, el tratamiento a iniciarse y el esfuerzo a asumir.

5.2. *Psicología social*

La pretensión de este apartado es dar sustento teórico al eje de intervención psicosocial que se contempla en el ejercicio práctico, ya que se hace indispensable tener claridad en los conceptos teóricos que orientan las acciones del practicante en el contexto. Por este motivo, como primero se mostrarán las generalidades de la psicología social, como segundo se hará claridad en los conceptos que competen al eje de intervención

propuesto que son las nociones de socialización política y empoderamiento. Para finamente mostrar el rol del psicólogo social.

La psicología social surge como respuesta a todas las problemática sociales que se estaban presentando en las tres ultimas décadas del siglo XX, constituyéndose como un campo de acción de la psicología; ésta toma distancia del modelo clínico para explicar las problemáticas sociales, ya que dicho modelo terapéutico centra su atención en lo individual, y no tanto en los factores del contexto y el tipo de relaciones grupales que se establecen en estos.

Este tipo de psicología tiene una visión holística de las problemáticas sociales, asentando su mirada principalmente en la relación bidireccional que hay entre lo individual y lo social, comprendiendo el grado de reciprocidad que existe entre ambos y como a través de esa relación se establecen ideologías que son las determinantes en los problemas sociales. Baro (1998) define la psicología social como:

Aquella disciplina cuyo objetivo estriba en examinar lo que de ideológico hay en el comportamiento humano, tanto de las personas como de los grupos. Asumiendo que toda acción humana significativa es un intento por articular los intereses sociales con los intereses individuales (...) correspondiéndole estudiar ese momento en que lo social se hace individual y el individuo se hace lo social. (p.182)

La psicología social concede un papel activo y participativo a las comunidades, siendo ellas mismas las que orientan la intervención social; debido a que, son quienes establecen las necesidades y problemáticas mas sentidas, jerarquizándolas y estableciendo las estrategias para intervenirlas. La psicología social se caracteriza entonces, por trabajar “sobre las capacidades, sobre la fuerzas no reconocidas, sobre la potencialidad y la creatividad de los seres humanos” (Montero, 2003, p. 41)

Hay gran cantidad de conceptos que forman el cuerpo teórico y metodológico de esta disciplina; sin embargo, para las pretensiones del trabajo psicosocial que se está realizando hay dos conceptos que cobran gran relevancia, el de socialización política y el de empoderamiento o fortalecimiento en palabras de Maritza Montero (2003), dado

que son los dos tipos de fenómenos sociales que buscan recrear en las comunidades vulnerables, a través de la propuesta de intervención que ha planeado el CAPSI en convenio con Comfamiliar Risaralda.

Cuando se habla de socialización política se remite dos fenómenos que se pueden observar de forma complementaria o de forma independiente, uno es el desarrollo de sistemas políticos y el otro el desarrollo de la identidad política de los individuos, siendo este último el que mas interés despierta para las pretensiones de la intervención que se está realizando.

Sabucedo, (2005) citando a Dawson, (1977) entiende la socialización política desde el punto de vista individual “como los procesos a través de los cuales un individuo adquiere sus orientaciones políticas particulares sus conocimientos, sentimientos y evaluaciones respecto de su mundo político” (p. 70).

La teoría cognitiva es según Sabucedo (2005) una de las más aceptadas para explicar el modo en que se produce la socialización; dado que, reconoce la importancia del desarrollo de los sujetos y por ende de su evolución cognitiva; Piaget establece tres fases por las que pasa el niño para la percepción de las reglas sociales. En la primera éste identifica las cosas que se encuentran permitidas y las que están prohibidas, pero no reconoce el origen de las normas. En la segunda fase, el niño percibe la norma como inmutable, acatándola pasivamente sin cuestionarla ni transformarla. Y finalmente, él logra descubrir que las reglas en los juegos son construidas convencionalmente y que son producto de las convenciones de un grupo, identificando su origen y la existencia de otras alternativas en cuanto a normas.

Los principales agentes de socialización son en primer lugar la familia, ya que es el grupo social primario donde el sujeto se desarrolla, interactúa y asume las reglas de crianza que pueden tener un estilo autoritario: donde los padres exigen a sus hijos obediencia total. También, hay estilos de autoridad en los cuales los padres dan una explicación a sus hijos sobre la razón de las prohibiciones. Por último, hay estilos de crianza permisivos en los que no se establece una figura de autoridad clara y los hijos puede comportarse con base a sus deseos. Por lo tanto, de acuerdo con el estilo de

normas que se establezcan en la familia, se determinara el modo como los hijos socializarán en otros espacios.

La escuela por su parte ejerce una influencia significativa en el proceso de socialización; ya que, es en esta donde se recibe la mayor parte de la información sobre el funcionamiento normativo de la sociedad, aprendiendo los derechos y deberes. Sin embargo, en el contexto colombiano son pocas las instituciones educativas que desarrollan espacios educativos para estos procesos, haciéndose necesario que otras instituciones generen dichos espacios.

El último agente socializador son los grupos sociales inmediatos (amigos) a los que se vinculan los sujetos, puesto que en estas dinámicas interpersonales, se consiguen establecer convenciones normativas que orientan las relaciones, adquiriendo de este modo, la capacidad de formular y modificar las normas al tiempo que se estructura una identidad como sujetos particulares con unas metas e intereses.

De otro lado la otra categoría que se pretende abordar con el objetivo de dar cuenta de los procesos sociales que se intentan posibilitar en las intervenciones psicosociales es el empoderamiento o fortalecimiento que en palabras de Montero (2003) hace referencia a:

El proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupo organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según las necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismo. (p.72)

El proceso de empoderamiento posibilita a las comunidades apropiarse de sus problemáticas, percibiéndose así mismos como agentes generadores de cambio, logrando tomar acciones que transformen las dificultades de la comunidad, desarrollándose una cohesión de grupo que transforme su percepción de alienación.

Cuando una comunidad consigue tal grado de empoderamiento ya no necesitara de agentes externos que diagnostiquen sus problemas e implementen intervenciones.

Motivo por el cual, se hace necesario e importante que las instituciones gubernamentales o no, construyan programas que generen espacios de reflexión y formación de socialización política donde se expresen las necesidades más sentida, desarrollando estrategias de intervención a partir de la misma socialización generada en ese espacio; fortaleciéndose a su vez, los lazos afectivos entre los miembros de la comunidad.

El psicólogo social desempeña fundamentalmente el papel de mediador entre las comunidades y las instituciones, propiciando una relación equitativa entre ambas; éste no va a desempeñar el rol de experto en la intervención de los problemas; sino que será, un facilitador y orientador de los procesos de cambio, determinándose que “la vinculación de los profesionales a los procesos sociales exige una capacidad de “recontextualización”, donde se minimiza lo académico frente a la urgencia de lo real” (Domínguez, 1998, p.149)

Las actividades principales que debe desempeñar el psicólogo en el ejercicio practico es la de acompañar los procesos de la comunidad, investigar los factores que producen y mantiene el problema, indagando en las ideologías propias del grupo; consiguiendo comprender éste (problema) de forma global. Asimismo, se busca “colaborar y apoyar educativamente a individuos, grupos y comunidades, con sus problemas e inquietudes relevantes en su desarrollo como sujetos políticos y sociales” (Domínguez, 1998, p. 150)

Este es a grandes rasgos el sustento teórico que oriento la practica profesional en el campo psicosocial, siendo los insumos con los cuales el profesional analizo los procesos sociales que se dan en la realidad y con los que también busco generar cambios en las interacciones que allí se establecen.

6. Propuesta de intervención

6.1. Eje de Intervención de Psicología Clínica

Desde este eje se pretendió brindar una atención en psicología clínica desde el enfoque cognitivo conductual, buscando comprender las diferentes problemáticas que los pacientes traen a consulta, procurando implementar técnicas de intervención que apuntaran a modificar el modo como los sujetos funcionan en relación a su problema, pretendiendo del mismo modo que el paciente construya nuevos patrones de funcionamiento más adaptativos al medio en el que se encuentra inmerso. Sin embargo, hay que tener en cuenta la gran importancia que tuvo el establecimiento de una muy buena relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta, fundada en el respeto del otro, la empatía y el compromiso para con el tratamiento por parte del terapeuta y el paciente; todo ello desde los lineamientos éticos del ejercicio profesional.

6.1.1 Objetivos.

- *Objetivo general.* Dar respuesta a las demandas de los consultantes que solicitan un servicio de atención psicológica por medio de la psicoterapia desde el enfoque cognitivo conductual.

- *Objetivos específicos.*

- Evaluar, diagnosticar y formular intervenciones clínicas con base a las características particulares del problema.
- Conseguir modificar las cogniciones y conductas desadaptativas por otras más funcionales.
- Posibilitar al paciente aprender estrategias adaptativas con las cuales pueda afrontar el problema.

6.1.2. *Estrategias de acciones.* Se atendieron a consultantes particulares remitidos o provenientes de instituciones con las que se tienen algún convenio que solicitan un servicio de psicoterapia individual. En las primeras sesiones de evaluación, se escuchó el motivo de consulta que traía el paciente y se determinó el problema que genera

dificultades en la vida del sujeto. Luego se estableció la alianza terapéutica posibilitando de esta manera el contrato terapéutico; se oriento al paciente sobre los procedimientos a seguir y las pautas a tener en cuenta durante el proceso.

En estas primeras sesiones se recolectó la información pertinente con la cual se establecieron las líneas de base, haciendo uso en algunas ocasiones de instrumentos de medida; consiguiéndose formular el análisis funcional, estableciendo así las hipótesis de adquisición y de mantenimiento, con lo que se determina el diagnóstico del problema. Después, se elaboró el plan de tratamiento a partir de la implementación de las técnicas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales, estipulándose las metas y objetivos instrumentales a cumplir. Posteriormente, se llevó a cabo el desarrollo del tratamiento terapéutico que tuvo un tiempo de duración relativo, ya que dependía del problema a trabajar y la adherencia al tratamiento por parte de consultante, entre otros factores. Finalizado éste, se realiza nuevamente una línea de base para evidenciar los cambios alcanzados y las metas conseguidas; para proceder así a la fase de seguimiento, donde se buscó que el cambio perdurara en el tiempo. Cabe aclarar que durante el tratamiento se realizaron evaluaciones permanentemente, con el objetivo de observar los pequeños logros que se fueron alcanzando los pacientes y que posibilitaron conseguir las metas propuestas.

6.1.3 *Procedimiento Desarrollado.*

- Se realizaron entrevistas semiestructuradas para identificar motivos de consulta y factores asociados en los procesos clínicos.
- Se establecieron y desarrollaron los objetivos terapéuticos a partir de los referentes teóricos e intereses particulares del paciente y del propio caso.
- Se abrieron historias clínicas así como se mantuvieron actualizadas para cada sesión.
- Se realizaron los informes requeridos en procesos de evaluación, orientación profesional y selección de personal.

6.1.4 Indicadores de logro cuantitativo.

- El 100% de las evaluaciones asignadas se realizaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.
- El 90% de las evaluaciones iniciales se finalizaron.
- El 90% de los informes de evaluación se entregaron en un tiempo máximo de 15 días, una vez finalizado el proceso.
- El 100% de los procesos de intervención psicoterapéutica asignados se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.
- El 70% de los procesos de intervención psicoterapéutica iniciados se finalizaron.
- El 100% de los procesos de orientación vocacional y profesional asignados iniciados se finalizaron.
- El 100% de las historias clínicas fueron avaladas por el asesor.
- El 100% de los registros de actividades diarias se entregaron de forma oportuna los primeros 5 días de cada mes.
- El 100% de los registros individuales de consulta se entregaron de forma oportuna los primeros 5 de cada mes.

6.1.5 Indicadores de logros cualitativos.

- Conseguir establecer una relación empática con los pacientes, permitiendo un mayor avance en el tratamiento.
- Hay una reformulación del problema inicial, asumiendo una mirada más crítica de los acontecimientos por parte de los consultantes, manifestando a su vez una mejoría en relación a la queja inicial y las áreas que se encontraban afectadas.
- Los pacientes manifiestan presentar una reducción en la sintomatología, tanto emocional como conductual.
- Hay una mayor adherencia al tratamiento, mostrando puntualidad, constancia en las sesiones y compromiso con las tareas para la casa.
- Se observa un cambio significativo en el patrón de pensamiento, expresando pensamientos y emociones más adaptativas y funcionales.

6.1.6 *Población.* Se atendió a niños, jóvenes y adultos que hacían parte de los vínculos institucionales que están establecidos con el CAPSI, e igualmente a todas las personas particulares que de manera autónoma solicitaron el servicio, siendo personas pertenecientes a la universidad o externas a esta.

6.1.7 *Presentación de resultados del eje clínico.* A continuación se presentaran los resultados cuantitativos y cualitativos en la intervención propuesta en el eje de intervención clínica, respondiendo de esta manera a las necesidades que presenta el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) y que fueron identificadas en el diagnóstico de necesidades. La información que es tomada en cuenta para la presentación de los resultados de la práctica profesional, son tomados del periodo comprendido entre el mes de Enero de 2009 y Noviembre de este mismo año.

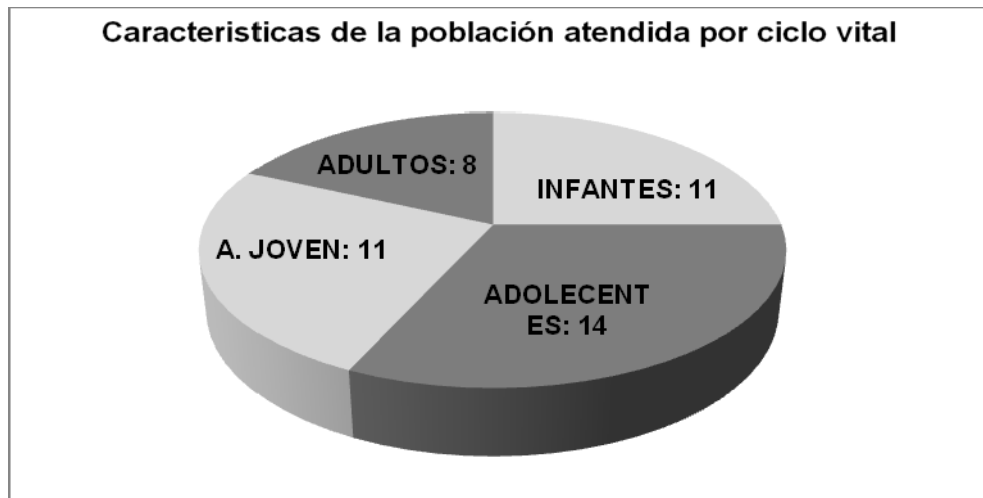
- *Resultados cuantitativos.*

Figura 1. Numero de consultante por mes:



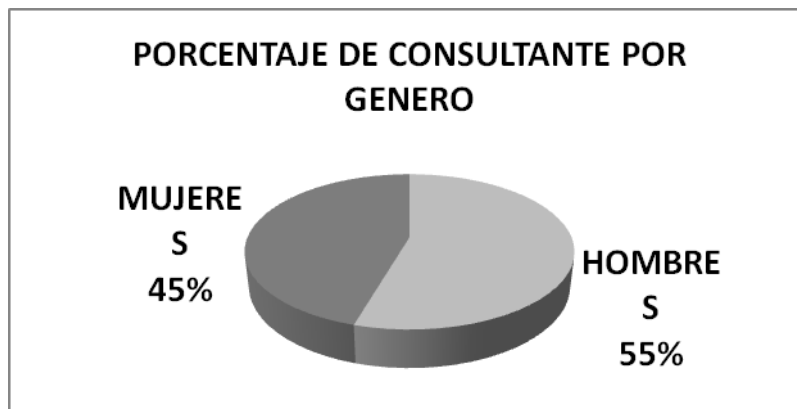
Estos datos corresponden al número de consultas que se tuvieron en el transcurso la práctica, comprendida entre los meses de Enero y noviembre del 2009. Se realizaron un total de 171 consultas respectivamente, en la grafica se encuentran condensadas las consultas de psicoterapia individual, como también las consultas para evaluaciones de coeficiente intelectual, del desarrollo, selección de personal y orientación profesional.

Figura 2. características de la población atendida:



Durante toda la práctica se tuvo un total de 44 pacientes atendidos, entre los cuales se encuentran diferentes tipos de población: infantes (entre los 6 y 10 años), adolescentes (entre los 13 y 17 años), adulto joven (entre los 18 y 28 años) y adultos (de 29 años en adelante); siendo los adolescentes la población a la cual más se atendió.

Figura 3. consultantes por género:



Como se dijo anteriormente el número de consultantes durante el periodo de práctica fue de 44. Al realizar el análisis por género no se observa mayores diferencias entre los porcentajes siendo del 55 % para los hombres con un total de 24 consultantes y de 45 % para las mujeres con un total de 20 consultantes, indicando que se mantuvo un margen de igualdad en el número de consultantes por género.

Tabla 1. Motivos de consulta que se presentaron durante la práctica:

MOTIVOS DE CONSULTA ATENDIDOS	DIAGNOSTICO CIE 10 APARTADO Z	NUMERO DE CONSULTANTES
Examen para admisión a instituciones educativas	Z 020	1
Examen de pesquisa especial para ciertos trastornos del desarrollo en el niño	Z 134	2
Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar	Z 553	14
Problemas relacionados con la inadaptación y desavenencias con maestros y compañeros	Z 554	3
Problemas relacionados con la educación y alfabetización	Z 558	1
Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital	Z 600	1
Problemas relacionado con de la relación familiar en la infancia	Z 612	1
Problemas relacionados con la supervisión o control inadecuado de los padres	Z 620	1
Problemas en la relación entre esposos o pareja	Z 630	7
Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	Z 632	1
Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia	Z 633	2
Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente	Z 701	1
Problemas relacionados con el uso de drogas	Z 722	1
Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad	Z 731	6

Tabla 2. Actividades académicas realizadas en la institución que fortalecen el ejercicio clínico:

ACTIVIDADES ACADÉMICAS	INTENSIDAD DE SESIONES
JORNADA DE CASOS CLÍNICOS	27
CAPACITACIONES RECIBIDAS	22

Tabla 3. Número de procedimientos realizados durante la práctica clínica por consultante:

Procedimientos realizados	Número de consultantes
Evaluaciones de CI y del desarrollo	9
Orientaciones profesionales	6
Procesos clínicos	34
Selecciones de personal	1

A continuación se hará la síntesis de los resultados alcanzados en el eje de intervención clínica en la práctica profesional. Donde se presentará el total de las consultas realizadas, las inasistencias de pacientes, los procesos clínicos iniciados, los procesos en curso, los procesos terminados por inasistencia y cierre del tratamiento.

Tabla 4. Síntesis de los resultados del eje clínico:

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DEL EJE DE INTERVENCIÓN CLÍNICA	CANTIDAD
TOTAL CONSULTAS REALIZADAS	171
INASISTENCIA DE PACIENTES	36
PROCESOS CLÍNICOS INICIADOS	34
PROCESOS EN CURSO	4
TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS POR CIERRE	6
TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS POR INASISTENCIA	24

- *Resultados cualitativos.* La práctica profesional en su ejercicio clínico posibilitó el fortalecimiento de las habilidades y conocimientos necesarios para un adecuado desempeño profesional, desarrollando procesos psicoterapéuticos, evaluaciones del coeficiente intelectual y del desarrollo, selección de personal entre otros procesos que conforman la labor del psicólogo. A si mismo, durante la práctica se logró estar al tanto de las fortalezas y debilidades que como practicante se presentan, buscando mejorar y cualificar el modo como se llevan a cabo los procesos clínicos en la institución.

Durante el trabajo clínico realizado en el Centro de Atención Psicológica, se desarrollaron procesos terapéuticos en los que se dio atención oportuna a los pacientes que iniciaban el proceso; lográndose establecer una buena relación terapéutica en la que los pacientes y el terapeuta estaban cómodos y en confianza durante las sesiones. Este hecho posibilitó realizar evoluciones pertinentes, como también planes de tratamiento oportunos. Por otro lado, algunos pacientes no continuaron en el proceso por diferentes razones, que en su mayoría son desconocidas, sin embargo, se atribuye como una de las causas de la deserción a la mejoría en la sintomatología que conlleva a prescindir del proceso terapéutico.

En los primeros meses de la práctica el número de consultas era significativamente inferior en comparación a los últimos meses especialmente agosto y septiembre. Este incremento se debió a que para ese momento se presenta una significativa adherencia al tratamiento por parte de varios consultantes que llevan un número aproximado de entre 5 a 10 sesiones; al igual que se evidencio una mayor demanda del servicio.

En los pacientes que desarrollaron adherencia al tratamiento se evidenció una mejoría significativa en su malestar; ya que, consiguieron conocer, comprender y reformular los problemas que los aquejaba, gracias a la modificación en su modo de pensar y actuar sobre éste. Sin embargo, en algunas ocasiones se presentaron retrocesos por parte de los pacientes en su problema, hecho que conllevó a retomar elementos trabajados en sesiones anteriores, determinándose que el tratamiento terapéutico no es lineal.

Las evaluaciones y selecciones de personal realizadas, permitieron un mayor conocimiento de las pruebas psicométricas; ya que se desarrollando procesos de evaluación objetivos que fueron a su vez devueltos de manera oportuna.

Las jornadas de casos clínicos y las capacitaciones que se recibieron, generaron espacios de discusión académica que nutrieron al practicante de conocimientos clínicos que le posibilitaron un análisis más agudo de las problemáticas que traen los pacientes a consulta.

6.1.8 *Dificultades presentadas.* En el desarrollo de la práctica profesional se presentaron dificultades para dar continuidad al proyecto de promoción y prevención a la población adolescente contemplado en el eje de intervención clínica del plan de práctica, esto se debió principalmente a que la labores que se desarrollan en el CAPSI como atención psicológica, la ejecución de los talleres comunitarios y las diferentes actividades académicas que se tienen programadas (capacitaciones y jornadas de casos clínicos); ocupan gran parte del tiempo establecido en el cronograma semanal, haciendo difícil el crear espacios que posibiliten el desarrollo de dicho proyecto. Siendo de este modo fundamental establecer espacios específicos dentro de la programación en los que se pueda trabajar sobre las propuestas contempladas.

Se evidencio un número revelador de inasistencias en pacientes que programaron su primera consulta, esto conlleva a no realizar un mayor número de consultas a las efectuadas durante el periodo de práctica, las causas de la inasistencias no son claras; sin embargo, entre las razones más frecuentes que se observaron estaba la indecisión de asistir donde el psicólogo, dado que aún se mantiene la percepción sesgada éste, al considerarlo como un terapeuta de pacientes psiquiátricos mal llamados “locos”.

Se observo en el ejercicio profesional una deserción significativa de los pacientes que adelantaron procesos terapéuticos, interrumpiendo la asistencia a consulta cuando evidenciaban cambios mínimos en sus problemáticas; asimismo, algunos de los pacientes desistieron al tratamiento al percatarse de las implicaciones que tenían los objetivos terapéuticos que ellos mismos habían estipulado con ayuda del terapeuta, ya que los cambios que estos implicaban en sus vidas y en especial en el modo de pensar y

comportarse los percibían inalcanzables. En algunos casos a pesar de la reformulación de los objetivos propuestos los pacientes igualmente desistían del tratamiento.

6.2. *Eje de Intervención Psicosocial*

Este eje se da como resultado del convenio que existe entre el CAPSI y Comfamiliar Risaralda, a través del proyecto “Formación en Derechos Humano y Derechos de los niños, niñas y adolescentes como herramientas para la socialización política” pretendiendo generar espacios de encuentro donde los niños, niñas y adolescentes, puedan socializar con sus pares, expresar lo que piensan y sienten acerca de sus cotidianidad y en especial de las dificultades sociales que los aqueja; este proyecto se ejecutó en las comunidades del Roció, San Eugenio y Pueblo Sol

6.2.1 *Objetivos.*

- *Objetivo general.* Ofrecer espacios de formación, reflexión y actuación que promuevan la defensa y respeto de los Derechos Humanos y los Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes en la población infantil y juvenil de algunas comunidades de los municipios de Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal, para fortalecer su posicionamiento como sujetos políticos⁴.

- *Objetivos específicos.*

- Dar cuenta del conocimiento que tienen los niños, niñas, adolescentes y padres de familia frente a la defensa y respeto de los derechos humanos y los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.
- Diseñar y ejecutar programas de formación psicosocial, en aspectos de convivencia pacífica, libertad y respeto de los derechos de los niños, niño y adolescente.

⁴ Tomado del proyecto “Formación en Derechos Humano y Derechos de los niños, niñas y adolescentes como herramientas para la socialización política”, del convenio entre el CAPSI y Comfamiliar Risaralda (2009)

- Identificar las problemáticas más sentidas de la comunidad en relación los niños y adolescentes.
- Comprender la importancia del trabajo en equipo y la cohesión de los grupos.

6.2.2 *Estrategia de acción.* Se realizarán actividades lúdicas como talleres que fomenten espacios de socialización política, donde se forme, reflexiones sobre la importancia de respetar los derechos de las niñas, niños y jóvenes de las comunidades el Roció, San Eugenio y Pueblo sol. Posibilitando la problematización de las dificultades mas sentidas de la comunidad.

Las actividades lúdicas se desarrollan en lugares de socialización comunitaria como la caseta comunal, en primera instancia, se realiza una indagación de conocimientos previos que tienen los asistentes acerca del tema que se trabajara en esa ocasión. Luego se aclaran las dudas que se tengan frete a éste, dando pie de esta manera a la creación de sentido pertinente, en la que se busca explicar de manera contextual y no conceptual la temática a desarrollar; luego se da comienzo a las actividades lúdicas en las que se recrean los temas trabajados, propiciando la puesta en escena de actitudes y comportamientos que den cuenta de la socialización política. Finalmente se realiza una reflexión final en la que se recogen las opiniones de los asistentes y el facilitar concluye el encuentro formativo.

6.2.3 *Procedimiento desarrollado.*

- Se ejecutaron los talleres comunitarios en las distintas comunidades asignadas.
- Se desarrollaron actividades lúdicas en las que se propicio la socialización política y la puesta en escena de actitudes y comportamientos que den cuenta de las temáticas trabajadas.
- Se realizaron los diarios de campo en los que se da cuenta de los encuentros formativos.

6.2.4 *Indicadores de logros cuantitativos.*

- El 100% de talleres asignados son realizados.

- La asistencia se mantiene en un 80% de los niños inscritos.
- El 100% de los talleres ejecutados son reportados a través de los diarios de campo.
- El 90% de las encuestas de diagnóstico de necesidades son aplicadas y analizadas.

6.2.5 Indicadores de logros cualitativos.

- Los niños, niñas y adolescentes desarrollan nuevas actitudes que mejoran la convivencia familiar y social.
- Se evidencia el uso del dialogo en la solución de los problemas
- Los niños, niñas y jóvenes desarrollan la capacidad de problematizar los fenómenos comunitarios.
- Los niños, niñas y jóvenes reconocen la importancia del trabajo en equipo.
- Se observan cambios significativos en las relaciones que se establecen entre los participantes.

6.2.6 *Población.* Niños, niñas y jóvenes entre los 7 y 16 años de edad, que pertenezcan a las comunidades el Rocío, San Eugenio y Pueblo Sol, y que se encuentran vinculados al proyecto “Formación en Derechos Humano y Derechos de los niños, niñas y adolescentes como herramientas para la socialización política” del convenio CAPSI-comfamiliar.

6.2.7 *Resultados del eje de intervención psicosocial.* Durante la práctica profesional, se obtuvieron los siguientes resultados en el eje psicosocial que dan cuenta de la propuesta de intervención formulada, de acuerdo a las necesidades del Centro de Atención Psicológica (CAPSI). Estos resultados serán explicados a través del análisis cuantitativo y cualitativo, que mostraran el desarrollo de los objetivos planteados.

- *Resultados cuantitativos.* A continuación se presentaran los resultados cuantitativos de la intervención psicosocial desarrollada en las comunidades del Rocío en la ciudad de Pereira, Pueblo Sol en el municipio de Dos Quebradas y San Eugenio en el

municipio de Santa Rosa de Cabal, a través de los encuentros formativos que se ejecutaron.

Tabla 5. Talleres realizados y números de asistentes en la comunidad de San Eugenio del municipio de Santa rosa de Cabal:

TALLERES REALIZADOS EN LA COMUNIDAD DE SAN EUGENIO	
TALLERES REALIZADOS Y TATICAS TRABAJADAS	NUMERO DE ASISTENTES
T2. "DERECHO A LA VIDA Y LA CALIDAD DE VIDA"	18
T3 "DERECHO A LA LIBERTAD Y LA AUTONOMIA"	21
T4 "DERECHO A LA IDENTIDAD"	26
T5 EVALUACIÓN DE LA PRIMERA CATEGORIA	22
T6 DERECHO DE PROTECCIÓN	26
T7 DERECHO A LA SALUD Y LA EDUCACIÓN	24
T8 DERECHO A LA FAMILIA Y A NO SER SEPARADO DE ELLA	26
T9 DERECHO A LA RECREACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN CULTURAL	26
T10 DERECHO A LA LIBRE ASOCIACIÓN Y REUNIÓN	18
T13 DERECHO A TENER NACIONALIDAD	23
T14 DERECHO A LA EQUIDAD DE GENERO	28
T15 DERECHO A VIVIR EN UN ENTORNO DE PAZ Y LIBRE DE VIOLENCIA	30
T16 DEBERES FRENTE A LA COMUNIDAD" Y "PROYECTO DE VIDA"	25
T17 TERCERA PRACTICA COMUNITARIA	34
TOTAL PARTICIPANTES DEL TALLER	375

Tabla 6. Talleres realizados y número de asistentes en la comunidad del Roció en el municipio de Pereira:

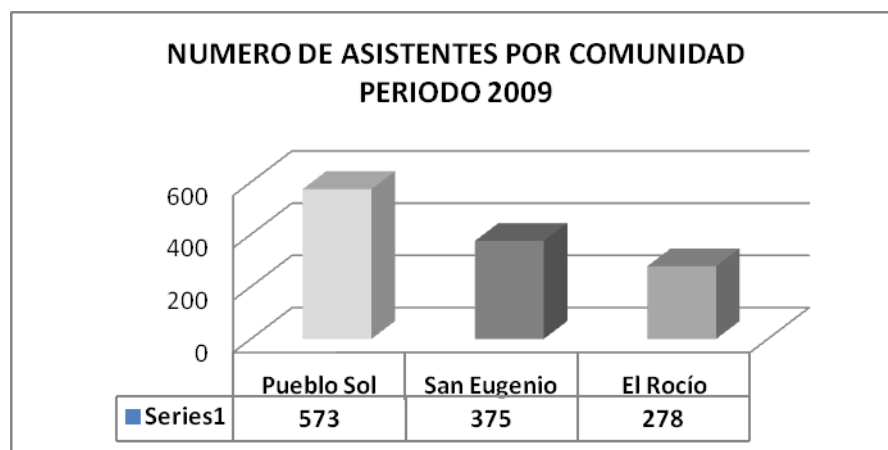
TALLERES REALIZADOS EN LA COMUNIDAD DE EL ROCIO	
TALLERES REALIZADOS Y TATICAS TRABAJADAS	NUMERO DE ASISTENTES
T2. "DERECHO A LA VIDA Y LA CALIDAD DE VIDA"	34
T3 "DERECHO A LA LIBERTAD Y LA AUTONOMIA"	26
T4 "DERECHO A LA IDENTIDAD"	28
T5 EVALUACIÓN DE LA PRIMERA CATEGORIA	33
T6 DERECHO DE PROTECCIÓN	36
T8 DERECHO A LA FAMILIA Y A NO SER SEPARADO DE ELLA	31
T9 DERECHO A LA RECREACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN CULTURAL	32
T10 DERECHO A LA LIBRE ASOCIACIÓN Y REUNIÓN	26
T11 SEGUNDA PRACTICA COMUNITARIA	32
TOTAL PARTICIPANTES DEL TALLER	278

En esta comunidad se desarrollaron talleres comunitarios solo en el primer periodo del 2009, ya que en la institución ingresaron para el siguiente semestre nuevos practicantes que asumirían algunas de las comunidades, entre las que se encontraba ésta.

Tabla 7. Talleres realizados y número de asistentes en la comunidad de Pueblo Sol en el municipio de Dos Quebradas:

TALLERES REALIZADOS EN LA COMUNIDAD DE PUEBLO SOL	
TALLERES REALIZADOS Y TEMATICAS TRABAJADAS	NUMERO DE ASISTENTES
T1 LEVANTAMIENTO LÍNEA DE BASE	32
T2. "DERECHO A LA VIDA Y LA CALIDAD DE VIDA"	30
T3 "DERECHO A LA LIBERTAD Y LA AUTONOMIA"	38
T4 "DERECHO A LA IDENTIDAD"	48
T5 EVALUACIÓN DE LA PRIMERA CATEGORIA	33
T6 DERECHO DE PROTECCIÓN	34
T7 DERECHO A LA SALUD Y LA EDUCACIÓN	27
T9 DERECHO A LA RECREACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN CULTURAL	26
T10 DERECHO A LA LIBRE ASOCIACIÓN Y REUNIÓN	43
T11 SEGUNDA PRACTICA COMUNITARIA	40
T 12 DERECHO A VIVIR EN UN AMBIENTE SANO LIBRE DE CONTAMINACIÓN	38
T13 DERECHO A TENER NACIONALIDAD	36
T14 DERECHO A LA EQUITAD DE GENERO	39
T15 DERECHO A VIVIR EN UN ENTORNO DE PAZ Y LIBRE DE VIOLENCIA	48
T16 DEBERES FRENTE A LA COMUNIDAD" Y "PROYECTO DE VIDA"	53
T17 TERCERA PRACTICA COMUNITARIA	40
TOTAL PARTICIPANTES DEL TALLER	573

Figura 4. Numero de asistentes por comunidades en el periodo 2009:



- *Resultados cualitativos.* Los talleres que realizó el CAPSI en convenio con Comfamiliar Risaralda posibilitaron adelantar trabajos de intervención psicosocial en diferentes comunidades vulnerables; ya que, se propicio un espacio en el que los niños, niñas y adolescentes socializaran con sus demás compañeros, entablado relaciones donde se propenda el respeto por el otro. A su vez, dichos encuentros permiten a los asistentes reflexionar sobre las problemáticas propias de su comunidad, proponiendo posibles soluciones a éstas.

En las diferentes comunidades los niños, niñas y adolescentes aprendieron a conocer sus derechos y los mecanismos por los cuales hacerlos valer; cada uno de los talleres lúdicos es un nuevo espacio en el que se ponen en juego diferentes comportamientos y actitudes que propician el compañerismo y la cohesión grupal. Siendo importante resaltar, que se ha logrado propiciar la problematización de los conflictos comunitarios.

Las comunidades del Roció y Pueblo Sol fueron donde más se evidencio una convivencia grupal de respeto, los talleres en estas comunidades eran frecuentemente satisfactorios; en comparación a la comunidad de San Eugenio en la que se presentaron conflictos entre los asistentes especialmente los niños. Por lo tanto, estos talleres son una experiencia que enriquece significativamente el ejercicio práctico, debido a que se adquieren conocimientos de la psicología social y su modo de hacer intervención comunitaria.

6.2.8 Dificultades presentadas. Las principales dificultades que se presentaron fueron logísticas, debido inconvenientes con el espacio en el que se ejecutarían los encuentros formativos, a raíz de las actividades que tenía programada la comunidad en este mismo lugar. Este hecho genero retrasos en la iniciación de los encuentros y a la indisposición de los asistentes quienes optaban por marcharse a sus casas, al final lo talleres eran desarrollados con un numero reducido de asistente. Por otro parte, en algunas ocasiones se hizo necesario compartir el espacio del taller con dichas actividades comunitarias que promovían otras instituciones como la alcaldía municipal y la gobernación departamental, dado que las comunidades no contaban con otro espacio que fuese propicio para la ejecución de los talleres, razón por la cual era muy difícil alcanzar los objetivos propuestos para la ocasión; ya que el comportamiento de los asistentes al

encuentro y demás asistentes a las otras actividades eran poco apropiados para el taller, al igual que las condiciones físicas del establecimiento.

7. Conclusiones

La practica profesional que se consiguió llevar a cabo en el Centro de Atención Psicológica de la universidad Católica Popular del Risaralda, permitió la articulación teórica en los distintos campos de actuación que fueron de interés para el practicante en esta etapa de formación, consiguiendo de esta manera fortalecer las habilidades teóricas y prácticas que conforma el actuar profesional en esta disciplina.

Se pudo conocer de forma sustancial los campos de actuación de la psicología clínica y la psicología social, ya que las actividades laborales que se desarrollan en la institución así lo permiten. Lográndose dar cuenta del actuar ético que debe tener el profesional en psicología, siéndose responsable y oportuno en las distintas intervenciones que se realizaron en cada uno de los campos de actuación propuestos.

El haber realizado la práctica en el CAPSI posibilitó una asesoría permanente por parte de profesionales competentes que siempre se mostraron dispuestos a la hora de aclarar las dudas que se presentaron en las acciones laborales. Igualmente, las actividades académicas y las asesorías que se programaron en la institución fortalecieron las habilidades terapéuticas, como también generaron replanteamientos en el ejercicio práctico, especialmente en las intervenciones clínicas, en las que se evidenció un acompañamiento significativo por el asesor designado.

El haber realizado la practica clínica desde el enfoque cognitivo conductual fue una decisión acertada, dado que en las intervenciones se evidenció una mejoría significativa en la sintomatología inicial de los pacientes, gracias al trabajo terapéutico que se consigue desarrollar desde este tipo de terapia, donde el terapeuta y paciente participan de forma activa en la planificación de las metas a alcanzar; posibilitándose la realización de evaluaciones periódicas del proceso, donde se verifican los alcances que está teniendo el tratamiento y se buscan proponer cambios en éste cuando se cree conveniente. Por otro parte, es importante resaltar el hecho que desde este enfoque clínico se logran desarrollar intervenciones satisfactorias a cualquier tipo de población sean niños, adolescentes, jóvenes, adultos y viejos, ya que los principios básicos desde los cuales se fundamenta le son comunes a todos. También, la terapia cognitivo conductual tiene la versatilidad de ser aplicada tanto en el consultorio como en otros

contextos como los hospitalarios y los comunitarios, permitiendo intervenir comportamientos desadaptativos de grupos o sujetos que no ingresan a procesos clínicos. Es así como este tipo de terapia se considera de vital importancia para el futuro laboral que tendrá el presente practicante, considerándola la columna vertebral de su ejercicio profesional.

Es solo este ejercicio profesional el encargado de poner al estudiante en la escena laboral, a la cual próximamente se va haber enfrentado, y es la única manera como se pueden aterrizar los conocimientos teóricos y metodológicos a la vida real, donde el psicólogo se pone en frente de su objeto de trabajo y estudio que es, el otro sujeto.

8. Recomendaciones

Se deben crear espacios en el cronograma de actividades que permitan el desarrollo de proyectos encaminados a una mejor atención a la población objeto del servicio, como también a generar proyectos de carácter social, buscando que estos sean financiados por instituciones u organizaciones. Hecho que le posibilitaría al CAPSI una mayor proyección social, consiguiendo del mismo modo ser una entidad posicionada regionalmente.

Es importante que haya un profesional capacitado en el acompañamiento de las evaluaciones psicológicas que se realizan en la institución, ya que, se presentan algunos percances en las etapas de calificación y realización de los informes psicológicos al principio de la práctica, dicho acompañamiento potencializaría el ejercicio práctico del estudiante, adquiriendo rápidamente las habilidades necesarias para ser competente en ésta labor psicológica.

El CAPSI debe tener una mayor participación en actividades académicas e investigativas que se desarrollan a nivel regional, nacional e internacional, posibilitándole estar al tanto de todos los avances teóricos y metodológicos de la psicología, siendo una institución que se encontraría actualizada en los avances científicos de la disciplina. De otro lado, es de vital importancia que el CAPSI cuente en su grupo de trabajo con profesionales que permanezcan de forma constante en cada periodo académico que se inicia; ya que, la rotación constata de sus practicantes conlleva a estancamientos en las propuestas de intervención, promoción y prevención que se formulan. Del mismo modo, con un grupo de trabajo estable se podrían desarrollar investigaciones que hagan producciones de conocimiento.

9. Referencias

Centro de Atención Psicológica (CAPSI), (2008). *Informe de gestión*

Baró I: Martin. (1998) *Psicología de la liberación*, UCA editores.

Beck, A. T. John Rush & Col. (2002). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Editorial descleé de Brouwer, S.A.

Domínguez M. Elvia (1998) *Psicología educación y comunidad*. Editorial Almudena. Madrid España

Ellis, A. (1999). *Una Terapia breve Profunda Y Duradera*. Editorial Paidós Iberica, S.A. Barcelona España.

Froján X, Maria & Santacreu M, Jose (1999) *Qué es un tiramiento psicológico*. Biblioteca Nueva. Madrid España.

Hardy, Thomas. L & Jackson, Richard H. (1998) *Aprendizaje y Cognición*. Prince Hall. Madrid España.

Montero, M. (2003) *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Editorial Piados. Buenos aires Argentina.

Núñez, A & Tobón S. (2005) *Terapia Cognitivo Conductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como Camino para la Integración y la Clínica*. Editorial Universidad Manizales. Manizales Colombia.

Lega I. Leonor, Caballo E. Vicente & Ellis, A. (1997) *Teoría y practica de la terapia racional emotivo-conductual*. Ediciones siglo XXI de España editores, s.a. Madrid España.

Sabucedo, J. Manuel (2005) *Psicología política*. Editorial síntesis psicológica.

Apéndice

- Apéndice A. Entrevista para la identificación de necesidades

Esta entrevista se realizó el día 26 de Marzo de 2009 a la Psicóloga Paula Andrea Restrepo directora del Centro de Atención Psicológica (CAPSI); por Yeisson Valencia Agudelo practicante de éste centro de atención, con el propósito de que se logaran identificar las necesidades que presenta la institución en materia de atención.

¿Cuál es el trabajo que realiza el centro de atención Psicología?

El trabajo de del centro de atención psicológica es muy amplio básicamente lo discriminamos en tres áreas, un área clínica, en el área clínica realizamos evaluación, dentro la evaluación realizamos evolución del desarrollo, de la personalidad, de inteligencia y todas las remisiones que nos lleguen a la institución, y además de la evaluación realizamos todo lo que es la intervención psicológica de acuerdo a los tres enfoque que maneja el programa y que hay en el centro de atención psicológica que son: psicología cognitivo conductual, psicoanálisis y psicología humanista existencial. Hay un área que es el área educativa en este semestre pues no tenemos mucha fuerza en esa área por que no tenemos practicante, pero la idea allí es realizar evaluaciones mas de carácter psicopedagógico y generar también intervenciones psicoeducativas para trabajar con las escuelas con adecuaciones curriculares en asesoría a docentes que permita un desarrollo mas a nivel educativo. Y algunas acciones muy puntuales que no son nuestro fuerte pero que realizamos intervenciones allí que son el área organizacional, en el área organizacional solo realizamos procesos de selección de personal que nos soliciten externos o la universidad.

¿En donde se encuentra la mayor acción del CAPSI?

Principalmente la fuerza del CAPSI es el área clínica, y la razón de ser del Centro de Atención Psicológica como institución de prestación de servicios de salud es la atención clínica, pero por ser psicólogos generamos otro tipo de estrategias en otros campos de actuación.

¿ha quienes están dirigidos estos procesos?

En general nosotros dirigimos nuestros servicios a toda la población, pero las estadísticas nos han demostrado que la mayor parte de la demanda esta en niños, niñas y adolescentes principalmente en esta población, generalmente en edad escolar, desde los seis añitos hasta los diez once años son los de mayor población.

¿Cuál es el papel que usted desempeña dentro del CAPSI?

Bueno, yo soy en estos momentos, estoy como en la figura de directora del centro de atención, esa dirección tiene como unas funciones de carácter administrativo y otras funciones de carácter docente o de asesora, he la idea es como nosotros trabajar no solo con practicantes, que permanentemente haya un psicólogo profesional que pueda apoyar ciertos procesos, pero además que se responsabilice de la supervisión de las evaluaciones, de la entrega de certificados, la entrega de informes, del manejo de historias clínicas que son como todas aquellas dinámicas mas administrativas de una institución prestadora de servicios de salud.

¿Cuál es la relevancia de un centro como este?

Los centros de atención psicológica tienen una función muy importante y es que se convierten en laboratorios de formación de psicólogos clínicos; entonces, es el lugar donde se ponen en juego todas las dinámicas, las investigaciones, todas las reflexiones que se hacen en un programa de psicología, y que posiblemente en otro espacio no se puedan llevar a cabo como debería ser, por que nosotros bueno, facilitamos administrativamente que esto se pueda desarrollar, entonces básicamente convertirnos o ser un laboratorio de psicología clínica, para la formación de psicólogos clínicos, que permitan hacer una acción mucho mas reflexionada, académica y sobretodo supervisada por personas expertas.

Otra razón muy importante de ser del centro, es que tratamos de llevarle, de acercar la salud mental a toda la población especialmente a aquellos que tiene menos recursos, que por diversas razones no pueden acceder al sistema de salud en esa área.

¿Cuál es el impacto que el CAPSI ha tenido?

Bueno, el impacto del centro de atención es grande, es muy grande en el área clínica, pero sobre todo en estos cuatros años hemos hecho un trabajo social muy amplio, hemos trabajado casi con ochocientos niños, cada año, en todo el tema de derechos, que ellos se empoderen de sus propias comunidades, que generen transformaciones en sus comunidades y esto ha sido pues una acción muy significativa, pero además tenemos un volumen de consulta muy alto casi de cuatrocientos a quinientos consultantes en un año, de escasos recursos casi todos nivel uno casi todo y eso hace que el impacto social sea muy significativo.

¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades que tiene el CAPSI?

Fortalezas: que se da un espacio de reflexión de la practica clínica, de pensarla, de articularlo a lo teórico, de acercarnos a lo ultimo que existe en psicología. Eso por pertenecer aun programa de psicología, creo que eso es fundamental; otra cosa es que no estamos llevados por las dinámicas de las instituciones públicas que cada vez son menos tiempos en la atención; entonces nosotros tenemos la oportunidad de tener unos tiempo mucho mas amplios, y que los procesos que llevan los practicantes sean procesos profundos, continuos, permanentes y extensos, esa es una gran ventaja. Una desventaja seria que no contamos con otros profesionales que atiendan acá y que también nos puedan todo el tiempo como retroalimentar, acompañar eso seria una posibilidad muy interesante; y otra cosa es que nosotros todavía somos una institución muy pequeña; entonces, no tenemos los volúmenes de consultas de otras instituciones.

¿de los campos de acción de la psicología, el clínico, el organizacional, el educativo y el social; en cual crees que se debería tener mayores fortalezas el CAPSI?

En lo clínico fundamentalmente, esa es la razón de ser de esta institución; pero, por todo lo que hemos visto, dentro de lo clínico tenemos que fortalecer mucho mas los procesos de promoción y de prevención; que serian, si bien no son comunitarios, si pueden ser colectivos y si pueden llegarle a través de formación a todas las personas que lo necesitan y ahí nosotros no hemos incursionado mucho.

¿Qué proyectos o que elementos están implementando para llegar ha realizar la promoción y prevención?

Pues, hay dos ideas que no están todavía muy desarrolladas, que es el programa de identificación de alteraciones psicosociales en el desarrollo del niño y la niña, que es para trabajar con niños menores de diez años y con sus padres, nosotros realizamos muchas evaluaciones del desarrollo, y la idea es que esas evaluaciones tengan un impacto y que nos estén diciendo cosas y que se haga algo con esto. Entonces generar espacios de trabajos con padres es muy importante allí y eso todavía no lo hemos hecho.

Y generar un servicio amigable de atención para jóvenes, por todas las características de nuestra institución por que trabajamos con psicólogos jóvenes, estamos en una universidad, entonces el acceso a esta población es mucho mas fácil, entonces queremos generar programas sobre estilos de vida saludables, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, manejo de la sexualidad identificar toda esas problemáticas del cambio en ese ciclo vital y en la adolescencia, para trabajar con estos muchachos.

¿Cuál es el trabajo de los practicantes al interior de la institución?

Pues los practicantes son la institución básicamente; es decir, las acciones de los practicantes están en todo los ejes: en lo comunitario, en lo social, no tanto en lo educativo por que ese no ha sido como el mayor fuerte, en lo organizacional; entonces, hay unas acciones puntuales en cada uno de estos casos pero la fuerza esta la intervención clínica.

¿Qué convenios tiene el CAPSI con otras instituciones?

Tenemos un convenio con comfamiliar Risaralda, un proyecto de formación en el área de la socialización política, tenemos un convenio con el hogar infantil el jardín para atenciones clínicas, tenemos un convenio con una corporación que se llama Crisol que trabaja con población desplazada y de bajos recursos, tenemos un convenio con la institución educativa juego y aprendo, can la red nacional de estimulación para la evaluación de niños y jóvenes. Nos remiten mucho pero ya no son convenios específicos de diferentes instituciones educativas, nos remiten mucho del colegio Baltasar que es una institución que ahora esta siendo administrada por la universidad.

¿Cuál o cuales han sido los proyectos que mas impacto han generado en la población a través de esos convenios?

Hay unos convenios que son de prestación de servicios y hay otro que es el único que tenemos como proyecto que es el convenio que tenemos con comfamiliar, entonces no están en la misma línea por que unos convenios son solamente para que nos remitan personas; entonces el impacto allí son las atenciones. Y el convenio con el que hemos tenido mayor impacto a través de un proyecto ha sido el de comfamiliar.

¿ha raíz de que surgió este proyecto?

Ese proyecto surgió como una solicitud de comfamiliar Risaralda para trabajar con poblaciones vulnerables; en ese momento estaba de director del centro de atención psicológica Gonzalo Tamayo, y él estaba trabajando toda esta área de paz, del grupo de convivencia entonces se comenzó a estructurar todo ese proyecto para trabajarlo con niños; entonces surge de allí y se va ampliando hasta abarcar..., en ese momento estábamos trabajando con dos comunidades y en este momento estamos trabajando con 16.

¿Qué impacto psicológico ha generado ese proyecto?

Pues es muy difícil determinarlo o medirlo, pero obviamente es generar en comunidades que no tiene este tipo de espacios, posibilidades de hablar, posibilidades de que los niños tengan palabra, posibilidad de que los niños identifiquen sus derechos y por lo tanto se protejan y también exijan su garantía; cierto, por lo general cuando uno sabe a que tiene derecho uno exige, entonces es la posibilidad de darles a estos niños las palabra de darles, la oportunidad de identificar cuando están siendo vulnerados y que hacer. Y también hacer que se sientan miembros activos de las comunidades, por que generalmente el niño se le ve como el que no puede hacer, pero ellos tienen muchas posibilidades y muchas ideas. Entonces es generar espacios para que ellos tengan esa oportunidad de reflexionasen en sus comunidades y cuando sean jóvenes y cuando sean adultos, hayan desarrollado esa habilidad de trabajar en equipo, de disminuir los conflictos, de pensar en sus comunidades, de hacer algo en consecuencia. Entonces la verdad el impacto es mucho, pero medir exactamente como en cada niño ha sido muy difícil.

¿Qué elementos de la psicología se hacen necesarios para materializar ese proyecto?

Que elemento de la psicología, pues muchos por ejemplo, en el campo educativo el desarrollo de habilidades para generar espacios de encuentro, espacios de formación, llegarle a los niños con ciertos conceptos, elementos de lo social para establecer diagnósticos participativos, para generar dinámicas de grupo en los que ellos se sientan incluidos y en realidad vuelquen todo estos trabajos con sus propias comunidades, creo que serán los dos campos principales, obviamente la mirada del clínico nunca se aleja, nunca se quita; es decir ustedes están en las comunidades trabajando con estos niños y identificando ciertos elementos y haciendo ciertas devoluciones que allí generan transformaciones, pueden no estar en un ámbito clínico, pero se identifican ciertas dificultades en estos muchachos.

¿Este sería un eje de intervención social que el CAPSI estaría realizando?

Si, sería más un eje social.

¿Qué expectativas tiene el CAPSI a futuro?

Hay muchas cosas que crecer, generar otro tipo de programas, lograr ser autosostenible, tener la posibilidad de contratar profesionales para que estén permanentemente en nuestros procesos, por que nuestros practicantes se van, cada año se van y la institución vuelve a arrancar, si tuviéramos profesionales permanentes tendríamos ya una base sobre la cual trabajar y eso sería muy importante. Entonces generar convenios, generar estrategias y trata de buscar un auto sostenimiento un auto financiación para crecer.

- *Apéndice B. Cronograma de actividades año 2009*

- *Primer semestre 2009.*

MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ATENCION CLINICA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
TARABAJO DE COMUNIDAD					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
CASOS CLINICOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
selección de personal, evaluación psicológica, evaluación de la inteligencia, evaluación del desarrollo y orientacion vocacional	SEGÚN LA DEMANDA																							

- Segundo semestre del 2009.

MES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ATENCIÓN CLÍNICA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
TRABAJO COMUNIDAD			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
JORNADA ACADÉMICA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
selección de personal, evaluación psicológica, evaluación de la inteligencia, evaluación del desarrollo y orientación vocacional	SEGÚN LA DEMANDA																							