

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias  
del perfil de egreso de la carrera de Psicología de la  
Pontificia Universidad Católica del Perú

Trabajo de suficiencia profesional para optar por el título de  
Licenciada en Psicología que presenta la Bachillera:

Yesenia Scarlett Maldonado Meza

Asesor (es)

José Amílcar Mogrovejo Sánchez

Lima, 2021

## **Resumen**

El presente documento da cuenta del desempeño alcanzado en las competencias específicas de carrera de psicología Pucp, vista a través de las actividades realizadas en el marco de las prácticas pre-profesionales. Siendo así, la competencia diagnóstica estuvo dirigida a la aplicación de estrategias de levantamiento de información, a través de instrumentos de evaluación (test) y técnicas de observación y entrevista, que permitieron la elaboración de informes que incluían la condición psicológica del paciente, así como también información que posibilitó la propuesta de estrategias de intervención para la modificación de la conducta. En tal caso, estuvo dirigida a pacientes inimputables con diagnóstico de esquizofrenia que cumplían más de un año de hospitalización. Para la competencia interviene se realizó actividades dirigidas al entrenamiento de habilidades sociales, gestión de emociones e identificación de cualidades como medidas de afrontamiento, con el objetivo de facilitar la reinserción familiar-social de las pacientes inimputables próximas a su alta médica. En cuanto a la competencia evalúa, se consideró un modelo de evaluación que permita el adecuado registro de los avances de las actividades que conforman el taller, de igual manera la eficacia y eficiencia de esta intervención. Por último, resaltó la importancia de los conocimientos adquiridos en pregrado que me permitieron un mejor desenvolvimiento. Asimismo el enfoque humanista, característico de la universidad, me ayudó a entablar espacios de escucha activa, validación de emociones, un trato horizontal, amable, humano; y libre de estigmas, aspectos necesarios en el trabajo con personas con trastornos mentales y afectivos. Durante todo el proceso de prácticas conté con la supervisión del psicólogo, a cargo del pabellón, así como también del asesor de la universidad. Se respetó en todo momento los aspectos éticos.

## **Abstract**

This document details gives an account of the performance achieved in the specific competencies of the Psychology career seen through the activities carried out within the framework of the pre-professional practices. Being so, the diagnostic competence was directed to the application of strategies of gathering information, through of evaluation instrument (test), observation techniques and interview the allowed the elaboration of information that included the psychological condition of the patient, as well as information that made possible the proposal of intervention strategies for behavior modification. In the case was directed to incompetent patients with diagnosis of schizophrenia who have been hospitalized for more than a year . For the competition intervenes has been made activities aimed at training social skills, emotion management and identifying qualities as coping measures, with the objective of facilitate the family social reintegration of incompetent patients upcoming o their medical discharge. In terms of competition evaluates was considered to evaluation model that allowed the appropriate registration of the progress of the activities that make up the workshop, equally the efficacy and efficiency of this intervention. Finally,emphasize the knowledge acquired in undergraduate that allowed me a better development. Additionally the humanistic approach characteristic of the collage, helped me to establish spaces for active listenning, validation of emotions, a side deal, friendly, humane and stigma free treatment necessary aspects at work with persons with mental and affective disorders. Throughout the internship process i had the supervisi3n of the psychologist, in charge of the ward, as well as the university advisor. Ethical aspects were respected at all times.

## Tabla de contenido

Actividades realizadas que dan cuenta de la competencia del perfil de egreso	1
Competencia diagnóstica	1
Situación a mejorar	2
Reseña teórica	3
Solución planteada	4
Principales resultados de aprendizaje	5
Competencia interviene	6
Situación a mejorar	6
Reseña teórica	7
Solución planteada	8
Principales resultados de aprendizaje	9
Competencia evalúa	9
Situación a mejorar	10
Reseña teórica	11
Solución planteada	12
Principales resultados de aprendizaje	12
Conclusiones	13
Referencias	16
Consideraciones éticas	21

## **Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú**

El presente informe detalla una serie de actividades realizadas en el marco de las prácticas pre-profesionales, que permitieron desarrollar las competencias específicas, requeridas para obtener la licenciatura en psicología. En el siguiente apartado, se describe el proceso que acompañó a cada una de las actividades ejecutadas, así mismo los fundamentos teóricos, el aprendizaje obtenido y el aspecto ético. Las competencias a desarrollar fueron: diagnóstica, interviene y evalúa.

Las prácticas pre-profesionales se realizaron en un hospital psiquiátrico de Lima metropolitana, este nosocomio brinda atención a pacientes con trastornos mentales y afectivos; cuentan con el área de emergencia, consultorios externos y pabellones de hospitalización para pacientes que requieran un mayor seguimiento respecto al tratamiento.

Las funciones principales que desempeñaba el practicante era realizar evaluaciones psicológicas con una batería de pruebas para la elaboración de informes que se anexaban en las historias clínicas, así como también procesos de intervención terapéutico basado en consejería y orientación a los pacientes y por último elaboración de talleres. Cada función realizada era debidamente supervisada por el psicólogo a cargo.

### **Competencia diagnóstica**

El lugar donde se llevó a cabo las actividades orientadas al desarrollo de las competencias antes mencionadas, fue en un pabellón que alberga pacientes psiquiátricos mujeres de corta estancia, también están incluidas pacientes inimputables que cumplen con una sentencia determinada por el poder judicial (pacientes judiciales).

En los primeros días de hospitalización, las pacientes completan una serie de evaluaciones junto con el personal de salud, de esta manera con los resultados obtenidos, se llega a un consenso sobre el diagnóstico clínico y los objetivos de las posteriores intervenciones con cada una. Con relación a las pacientes judiciales, por el tiempo que llevan en el hospital, el diagnóstico ya está establecido, en este caso, todas presentan esquizofrenia. Sin embargo, es necesario actualizar sus informes mensualmente, aplicando de nuevo todas las pruebas, de esta manera detallar los avances de cada una.

### *Situación a mejorar*

Para poder identificar las necesidades a trabajar con las pacientes en hospitalización es necesario utilizar una batería de pruebas, en este caso, se utilizó la escala Wais para adultos, que ayudó a identificar la existencia de alguna afectación en el funcionamiento intelectual de las pacientes, además de conocer sus habilidades y dificultades cognitivas para el planteamiento de las próximas intervenciones (APA, 2002; Amador, 2013). Así mismo, se utilizó tres pruebas proyectivas: la figura humana, la persona bajo la lluvia y frases incompletas de Sacks. La primera prueba arroja un panorama general de la personalidad y rasgos emocionales del paciente, así como también la percepción que tiene de sí mismo, sus necesidades y sentimientos internos (Escribano, 1976; Aiken, 2003; De Gallardo, 2012). La segunda prueba muestra los propios recursos que usa el paciente para reaccionar ante un estímulo perturbador (lluvia) (Querol y Chávez, 2005). La tercera prueba proyectiva refleja los pensamientos, anhelos, creencias e ideas del paciente en diferentes ámbitos, como la personal, familiar, sexual, frente a sus relaciones interpersonales, su percepción de futuro y metas (Sacks, 1976; Calzada, 2004).

Adicional a estos se incluyó el test de depresión de Beck, que permite conocer la intensidad de los síntomas depresivos (Beck, 1961; Valdez et al. 2017) y la escala de ansiedad de Zung, para identificar la frecuencia, intensidad y forma en que este cuadro se manifiesta (Zung, 1971). La anamnesis se realiza de forma transversal y las entrevistas a familiares ayudan a complementar la información recolectada.

Luego de la interpretación de resultados de las entrevistas y evaluaciones, se identificó una lista de temas que se debía considerar para trabajar en la intervención, estas fueron: el entrenamiento de habilidades sociales, regulación y gestión de emociones, identificación de cualidades y solución de problemas. Por ello, se diseñó un esquema de intervención respaldada por una exhaustiva investigación con bibliografía correspondiente, que responde a las necesidades antes mencionadas. Posterior a esto, se discute con el psicólogo encargado para su aprobación y ejecución.

El trabajo estaría enfocado en pacientes judiciales esquizofrénicas que cumplieran más de un año de hospitalización y que estaban a la espera de su alta médica luego de su evaluación con los profesionales de salud y jueces de cada caso particular. La decisión de enfocarse en estas pacientes respondía a dos motivos, el primero las escasas intervenciones dirigidas a ellas, a pesar de que la Defensoría del Pueblo (2018) menciona

la necesidad de incluir talleres dentro del tratamiento de pacientes inimputables, pues es la manera de facilitar la reinserción familiar-social-laboral posterior a la alta médica.

El segundo motivo, es con relación a las dificultades que presentaban las intervenciones realizadas previamente sobre el registro de los avances de cada paciente, que se debía a la poca asistencia, ya sea por falta de motivación en las actividades planteadas o la presencia de síntomas característicos de la enfermedad diagnosticada. Adicional a esto, existía un abandono a mitad de las actividades del taller, uno de los motivos principales era las actas solicitadas por el doctor de turno o familiares antes de las fechas programadas, esto imposibilitaba tener un registro de la intervención.

Las pacientes que participarían en esta, no debían presentar deterioro cognitivo moderado, ya que las actividades propuestas requerían de un análisis y un nivel de comprensión. Después de haber diseñado la intervención junto con el psicólogo a cargo, se eligió trabajar en siete sesiones los días lunes de 9:30 y 10:30 am, horario adecuado para evitar el cruce de actividades con otras áreas del hospital.

### ***Reseña histórica***

Debido al prolongado tiempo de hospitalización que registraban las pacientes judiciales y que estaban próximas a obtener el alta médica, se optó por brindar una intervención que permita potenciar sus habilidades sociales y de afrontamiento; asimismo aprender un repertorio de técnicas para una adecuada gestión de emociones, de esta manera facilitar el proceso de reincorporación en el ámbito familiar y social. A continuación, se detallará la importancia de haber escogido los temas que conformarían el taller y que responden a las necesidades encontradas en los resultados de las evaluaciones y entrevistas realizadas.

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental grave que produce alteraciones en el pensamiento, percepción y funcionamiento social (Montaño *et al.* 2013; Siagudo *et al.*, 2014). Debido a esto, los pacientes esquizofrénicos presentan dificultades en la comprensión de pensamientos, emociones e intenciones propios y de los que los rodean, además experimentan problemas para el planteamiento de soluciones ante posibles conflictos (Brekke *et al.*, 2007; Barbato *et al.*, 2015; Lysaker *et al.*, 2015; Inchausti *et al.*, 2016 citado en Incahasti *et al.*, 2017). Por ello, les resulta complicado establecer relaciones interpersonales y no pueden desenvolverse correctamente en el ámbito social, lo que genera en ellos sentimientos de frustración, estrés, ansiedad,

depresión, pensamientos de culpa e ideas suicidas; asimismo se perciben como una carga dentro del núcleo cercano, debido a la imposibilidad de realizar actividades que lo ayuden a vivir de forma independiente (Massel, 1990 citado en Robles, 2007; Bautista, 2017; Martínez, 2018). Por consiguiente, se considera importante trabajar dentro de las actividades del taller, las habilidades sociales, de esta manera dotar de herramientas a las pacientes para facilitar el desenvolvimiento y adaptación social, luego de la alta médica.

Las habilidades sociales son conductas aprendidas que permite comunicar deseos, opiniones, actitudes, emociones y sentimientos de manera adecuada y asertiva, de esta forma ayuda a establecer relaciones interpersonales sanas que facilitan el desenvolvimiento en el entorno social (Caballo, 1997; Jeffrey, 2002 citado en Martínez 2018) .Según la asociación americana de psicología (APA) y el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) consideran de vital importancia incluir en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia el entrenamiento de habilidades sociales (Moriana y Martínez, 2011; Moriana et al 2015), ya que pueden adquirir herramientas que permitan construir vínculos estables y adecuados con su entorno, además obtener habilidades para su desarrollo en el ámbito laboral; de esta forma les proporciona opciones para conseguir un trabajo digno que genere ingreso económico directo (NICE, 2014). Por otro lado, en el ámbito clínico permite estabilizar los síntomas habituales de la esquizofrenia, así como también ayuda a una mejor adherencia al tratamiento, como resultado pueden conseguir una mejor calidad de vida e integración social (Kopelowicz et. al 2006 citado en Moriana, 2015).

En tal sentido, la intervención está dirigida en entrenar y potenciar las habilidades sociales de pacientes judiciales con esquizofrenia que cumplen más de un año hospitalizadas, con el objetivo de facilitar su reinserción social, familiar y laboral.

### ***Solución planteada***

La elección de temas que conformaría el taller está orientada a brindar herramientas que faciliten la reincorporación familiar y social de pacientes judiciales con esquizofrenia posterior a la alta médica. El taller estuvo dividido en tres partes, cada una de dos sesiones. La primera trabajaría el entrenamiento de habilidades sociales, los temas que se incluyeron fueron: comunicación asertiva, conductas paralingüísticas, formas de expresar emociones, aceptar halagos y críticas y cómo reaccionar ante estos. La segunda sesión estuvo enfocada en la parte cognitiva-emocional, los temas a considerar fueron



reconocer y gestionar emociones; identificación de creencias y errores del pensamiento; y estrategias para la solución de problemas. La última parte estuvo orientada a brindar un espacio de escucha activa, autocompasión, descubrimiento y aceptación de ellas mismas, los temas que abarcaron fueron identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, frente al contexto familiar y personal, antes y durante el proceso de hospitalización. Esta actividad ayudó a incluir la tarea que pertenecía al cierre del taller, que consistía en redactar un plan de vida, considerando las actividades anteriores.

Dentro de cada sesión se incluyó dinámicas orientadas a fomentar la participación de cada paciente, además se trabajó con material visual y didáctico que ayudaban a la concentración de cada clase dictada. Para lograr esto, se consideró importante trabajar con recursos tecnológicos y materiales de escritorio (hojas bond, colores, plumones, etc.), de este modo las pacientes podían apuntar las estrategias impartidas y resolver los ejercicios de refuerzo. Cabe resaltar que antes y durante la intervención se contó con la supervisión constante del psicólogo a cargo, además ayudó a solicitar los permisos necesarios para el uso de materiales, locación y el horario de las pacientes y así evitar cualquier inconveniente durante la aplicación del taller.

### ***Principales resultados de aprendizaje***

El resultado de aprendizaje en este marco, se centró en la aplicación de pruebas que permitan identificar las necesidades de cada paciente, de esta forma plantear los objetivos y actividades a incluir en la próxima intervención. Para la aplicación de las evaluaciones era necesario conocer los protocolos que maneja el hospital, pues muchas de las pacientes presentan dificultades para adaptarse al pabellón, además los síntomas propios de cada diagnóstico estaban presentes, por ende era importante encontrar estrategias y horarios adecuados para completar la aplicación de pruebas.

Luego de redactar el informe psicológico, se discutía con el psicólogo a cargo los temas y actividades que se deberían incluir en la intervención, por ello la búsqueda de información de fuentes confiables respaldaron a la elección de estos temas. Así mismo, se eligió trabajar con pacientes judiciales, quienes por su condición prolongada de hospitalización, requerían de un mayor seguimiento tanto en el tratamiento psicológico como en la preparación para su próxima re-adaptación al mundo social. La elección de esta población también permitía lidiar con los problemas antes experimentados con aplicaciones de talleres.

El psicólogo a cargo se encargó de la supervisión constante para el desarrollo sin inconvenientes en las aplicaciones de las evaluaciones y entrevistas, así mismo se asignó las funciones correspondientes para controlar aspectos externos e internos en el desarrollo de estas. Adicional esto, para cumplir los aspectos éticos, se consideró un entrenamiento y supervisión para las técnicas incluidas en la intervención, pues forman parte de la terapia cognitiva-conductual.

### **Competencia interviene**

El esquema propuesto para el taller cuenta con una parte teórica y otra práctica, la primera parte explica cada tema escogido usando ejemplos, historias, imágenes y videos con la finalidad de facilitar la comprensión de lo dictado, mientras que la siguiente parte incluyó ejercicios que permitían aplicar los conocimientos ya adquiridos. Además se utilizó cuestionarios con el objetivo de evaluar la comprensión de las pacientes. Antes de la intervención se procedió a la revisión de historias clínicas, con el objetivo de realizar una lista de posibles participantes que cumplieran con las características antes expuestas, posterior a esto se conversó con cada una de ellas presentando los objetivos del taller y las actividades que las conformaban, así las pacientes podían elegir libremente su participación. Una vez confirmada las participantes se procedió a conversar con el equipo multidisciplinario del pabellón (psiquiatras, enfermeras y técnicas) para solicitar el permiso de cada una en los horarios propuestos. Al comienzo de la primera sesión del taller, se realizó un compromiso verbal con las pacientes, se enfatizó la importancia de la asistencia y motivación en cada una de las sesiones.

Los temas y actividades incluidos en el taller forman parte de las intervenciones psicosociales requeridas en el tratamiento de la esquizofrenia (Hernández, 2015; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009 citado en Torres y Canchos, 2019), En los siguientes apartados se describirá la importancia de realizar este tipo de actividades en la población elegida.

### ***Situación a mejorar***

Dentro de las actividades que conforman el taller se incluyó técnicas usadas en la terapia cognitiva conductual con el objetivo de reforzar los temas dictados. Dichas técnicas fueron el ensayo conductual, la reestructuración cognitiva, identificación de creencias y el debate socráticos. De forma paralela se usaron como parte del acompañamiento de soporte emocional dentro del tratamiento de cada paciente. El

objetivo principal era brindar herramientas que permitan el mejor desenvolvimiento social luego de la alta médica.

### ***Reseña histórica***

Las intervenciones psicosociales forman parte del tratamiento de personas con esquizofrenia, ya que intervienen en las distorsiones cognitivas y entrenan las habilidades sociales; el objetivo que persiguen es dotar al paciente de estrategias que permitan mejorar su funcionamiento social. Además en términos clínicos, ayudan a disminuir los síntomas negativos propios de la enfermedad como la apatía y el aislamiento social, así como también facilita la adherencia al tratamiento y reduce el riesgo de recaídas y hospitalización (Muñoz y Ruiz, 2007; Gabaldón et al 2010; Hernández 2015).

El entrenamiento de habilidades sociales utiliza un repertorio de técnicas conductuales como el modelamiento, ensayo conductual y la retroalimentación que complementan y refuerzan las habilidades del paciente (Huxley et al., 2000; Patterson y Leeuwenkamp, 2008 citado en Ahunca et al., 2015). Adicional a estas técnicas incluidas en el taller, se consideró el debate socrático, la identificación de pensamientos automáticos y creencias erróneas. A continuación se detallará cada una de ellas, asimismo su aporte dentro de la intervención.

El ensayo conductual, es una técnica enfocada en la representación de escenas cortas que recrean una situación de la vida real. Para esto, es necesario armar un guion que oriente a la escena específica que se deba desarrollar, complementario a esto, es necesario utilizar preguntas que dirijan a los detalles específicos (cómo, quién, dónde). El paciente tiene un rol activo, pues es necesario que refuerce sus habilidades para afrontar en un futuro una situación social real (Caballo, 2007). Esta técnica se trabajó en las primeras sesiones del taller planteado, sin embargo, se continuó reforzando fuera de esté. De forma paralela se utilizó la técnica del modelado basado en el aprendizaje observacional, en esta es necesario que el terapeuta escenifique una situación de la vida real mientras los pacientes contribuyen a añadir situaciones específicas. Al finalizar se abre un espacio de practica junto con las participantes (Caballo, 2007). El proceso de retroalimentación permitió compartir un espacio de acompañamiento emocional, ya que facilitó a que cada paciente relate su experiencia con las técnicas usadas.

Para complementar la sesión dos del taller antes descrita, se incluyó la técnica de reestructuración cognitiva orientada a la identificación de pensamientos desadaptativos

de cada una de las participantes, posterior a esto se registró teniendo en cuenta la frecuencia, intensidad, emoción y conducta; luego se buscaba estrategias para poder sustituirlos y así disminuir el malestar ocasionado (Caballo, 2007; Bunge, 2009). Esta técnica nos acompañó desde la segunda sesión, sin embargo es importante mencionar que no era suficiente las horas dictadas en la sesiones, por ello en el acompañamiento terapéutico, que forma parte del tratamiento de las pacientes, se consideró seguir trabajando junto a ellas de manera individual, así surgía un espacio extra para poder explayarnos en la retroalimentación.

### ***Solución planteada***

El taller estuvo dirigido a pacientes judiciales con esquizofrenia que cumplían más de un año de hospitalización. La finalidad de este era reforzar y potenciar las habilidades sociales, brindar herramientas para la validación de emociones y pensamientos y aprender estrategias de resolución de problemas que faciliten su próxima reinserción social-familiar luego del proceso de alta médica.

En la primera sesión del taller se realizó un compromiso con cada paciente, con el objetivo de explicar la finalidad de la intervención así como las tareas y actividades que incluía cada sesión, se recalcó lo crucial de asistir a cada una de estas. Luego de llegar a un consenso, se procedió a exponer el primer tema: la comunicación asertiva y conductas paralingüísticas. Para reforzar este apartado, se preparó un material que ayudaba a mantener el orden de lo dictado, adicional a esto se procedió a poner en práctica las técnicas antes mencionadas. En este caso, se utilizó el ensayo conductual y el modelado. Al finalizar se repartió un cuestionario para evaluar la comprensión de la sesión.

En la segunda sesión, se trabajó sobre las herramientas adecuadas que permiten la expresión de opiniones, críticas constructivas y halagos; así como también la manera correcta de interpretarlos en una situación social. Se utilizó material audiovisual para mejorar la comprensión y las técnicas que acompañaron a este apartado fueron el rol playing, ensayo conductual y modelado.

La tercera sesión abordó la importancia de reconocer, validar y expresar las emociones, de esta forma se explicó de manera detallada y en término menos complejos la relación que existe entre emoción-pensamiento-conducta. Esta sesión estuvo respaldada por material audiovisual, ejercicios al momento y un cuestionario al final.

La cuarta sesión del taller se enfocó en creencias y errores del pensamiento, el objetivo era que logren identificar las que puedan generar malestar y de manera individual se trabajó desde el debate socrático y la reestructuración cognitiva.

La quinta sesión del taller estuvo orientado a enseñar herramientas para la resolución de problemas, se utilizó material audiovisual y ejercicios prácticos.

Para la última parte del taller, se realizó un repaso de las actividades anteriores, inmediatamente después se compartió un espacio de reflexión e identificación de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) frente a diversas situaciones de su vida. Posterior a esto, se redactó un plan de vida que contenga el FODA y los retos que consideran enfrentar luego de su alta médica. Al término de la intervención se compartió un espacio de elogios por la motivación, confianza y compromiso entregado en cada una de las sesiones.

### ***Principales resultados de aprendizaje***

Para esta sección se priorizó la capacitación constante con profesionales que posean la especialidad en terapia cognitiva conductual, pues era necesario entrenarse en cada una de las técnicas que se utilizarían dentro de cada sesión. Es importante recalcar que en todo momento se contó con la supervisión de los psicólogos a cargo. Por otro lado, se realizó minuciosamente la búsqueda de actividades que puedan incentivar la participación constante de las pacientes, además de encontrar estrategias para facilitar la comprensión de cada tema expuesto.

Debido a que las horas designadas para el taller eran pocas, se usó el espacio de acompañamiento terapéutico, tarea incluida en las funciones del practicante, para reforzar las estrategias vistas en las sesiones. De esta forma, se pudo realizar un seguimiento individual. Cabe señalar que al término de las sesiones, se compartía un espacio de soporte y escucha, ya que muchos de los ejemplos usados para la recreación de situaciones sociales, tenían similitud a momentos pasados de la vida de cada una de ellas, por lo que se animaban a compartir sus experiencias.

### **Competencia evalúa**

Antes mencionado, el registro sobre los avances y el cumplimiento de objetivos previos a este taller, no fueron consignados debido a diversos factores, uno de ellos que la mayoría de pacientes no culminaba las actividades planteadas, ya sea por decisión

propia o por adelantado de su fecha de alta solicitada por los familiares o el médico a cargo. Otro factor fue la intensificación de los síntomas propios de la enfermedad diagnosticada que imposibilitaban a seguir con las sesiones. Por estos motivos, se determinó realizar el taller con pacientes judiciales, pues la fecha de alta programada aún no estaba fijada; sin embargo por el seguimiento a las evaluaciones psicológicas, se tenía conocimiento que estaban próximas al alta médica, además ellas mantenían regulados los síntomas de la enfermedad debido al tiempo de estancia de hospitalización y medicación constatada en su tratamiento.

Para el taller planteado se buscó un sistema de evaluación que pueda registrar los avances y el alcance de los objetivos propuestos, así tendríamos evidencia de la eficacia y eficiencia de nuestra intervención. Tal como se dividió el taller en tres partes, la evaluación cumplió con esa misma función.

Se propuso dos formas de devolución de resultados, la grupal e individual, la primera ayudó a una retroalimentación, agradecimiento y felicitación como grupo por la constancia, responsabilidad y motivación entregados en cada una de las sesiones; mientras que la segunda forma ayudó a brindar una retroalimentación enfocada en cada caso particular, que permitía incorporar estrategias específicas que les servirían en un futuro luego de su alta médica. Cada uno de estos registros también se colocó en las historias clínicas de las pacientes para dejar evidencia del aporte que se realizó en el tratamiento de ellas. Por último se recomendó seguir manteniendo este tipo de intervenciones.

### ***Situación a mejorar***

El taller estaba dirigido a personas inimputables que por medida del poder judicial debían cumplir con la sentencia dentro del hospital, a ellas les correspondía un mayor seguimiento en el tratamiento farmacológico y psicológico; así como también debían incluirse talleres que faciliten su posterior reinserción familiar-social (Defensoría del pueblo, 2018). Por este motivo, se eligió trabajar el entrenamiento de habilidades sociales, validación y reconocimiento de emociones y formas de afrontamiento ante situaciones complicadas contribuyendo a lo propuesto por la defensoría del pueblo.

Sobredicho, no se encontraron los registros de los talleres antes implementados, por lo que no hubo un punto de comparación en relación al anterior y este taller. Por ello antes de modificar el esquema por completo, se consideró tomar como línea de base el

entrenamiento de habilidades sociales e incorporar temas respaldadas bibliográficamente. A ello se sumó la inclusión del sistema de evaluación que reflejaría cada avance, este se dividió en tres partes, la primera se usó el sistema de evaluación conductual de habilidades sociales; en la segunda parte, se manejó el registro de pensamientos automáticos de Beck y por último se añadió entrevistas, cuestionarios y rúbricas.

### ***Reseña histórica***

El sistema de evaluación conductual (SECHS) permitió evaluar las respuestas específicas a las conductas moleculares que se incluyó en el entrenamiento de habilidades sociales (Caballo, 2007). Se calificó en una escala del 1 al 5 cada interacción social simulada, si el paciente obtenía un puntaje mayor de tres, se consideraba óptimo, sin embargo si se registraba una puntuación menor a esta, evidenciaba que era necesario volver a practicarla (Caballo,2007). Se intentó grabar cada escena para poder evaluar con mayor detenimiento, sin embargo las pacientes al ver una cámara reportaron sentirse nerviosas, por lo que dificultaba la práctica de simulaciones, por este motivo se procedió solo a puntuar en el momento.

Para el registro de distorsiones cognitivas propuesto por Aaron Beck y la posterior aplicación de la reestructuración cognitiva, se utilizó un registro que permitía detectar la situación en la que surgía el pensamiento específico a cerca de la situación, la emoción experimentaba y la conducta que desencadenaba. Así el trabajo junto con ellas era encontrar un pensamiento alternativo que pueda sustituir al que generaba malestar (Clarck, 1989 citado en Bados, 2010). Se recalca que este procedimiento también se llevó fuera de las sesiones del taller, pues se consideró dar un espacio extra para poder realizar un mayor seguimiento.

Adicional a esto, de manera paralela se utilizó cuestionarios, que permitieron el registro de datos de acuerdo a las preguntas formuladas para medir la comprensión de los temas dictados, así mismo se complementó mediante entrevistas semi-estructuradas para el seguimiento respectivo de las actividades propuestas.

Igualmente, para obtener evidencia de los avances y los objetivos logrados se consideró realizar una evaluación de impacto, que demostró los cambios generados en cada paciente que participó en el taller, así se obtendría una nueva línea base para su posterior aplicación.

### ***Solución planteada***

Luego de la búsqueda de un sistema de evaluación que evidencie los avances y objetivos alcanzados, se pudo realizar una discusión de modificaciones importantes para su próxima realización. El psicólogo encargado de supervisar, participó en el seguimiento de cada paciente, de esta manera se complementaba la retroalimentación. Él manejó una rúbrica especial que permitió detallar los avances en la historia clínica de cada paciente.

El número de participantes en este taller ayudó a brindar el tiempo y espacio necesario a cada caso particular. Además, se demostró la importancia de realizar un registro específico de lo logrado en el taller, pues reflejó un panorama general que facilitaba la identificación de los detalles a modificar para el próximo taller dirigido a pacientes con el mismo diagnóstico y posterior a esto, con los diversos trastornos vistos en el hospital.

### ***Principales resultados de aprendizaje***

Es importante considerar una evaluación posterior a la aplicación del taller para reflejar el avance de cada una de las pacientes que participaron en esta. Por ello se creó una rúbrica que cubra con los principales aspectos y objetivos logrados con la intervención. Asimismo con la búsqueda de un sistema de evaluación que encajó con las actividades realizadas, se pudo comprobar los resultados positivos en cada una de ellas. Esto se evidenció en los registros del personal de salud que trabajan dentro del pabellón y los familiares que acuden a las visitas dos días a la semana. Se reportaron que las pacientes enseñaban lo aprendido a sus demás compañeras y practicaban arduamente los ejercicios dictados en cada sesión. Por este motivo, se considera importante realizar mayores talleres que posicionen a los pacientes en el rol activo, además de trabajar juntos en la búsqueda de estrategias que permitan ayudar en situaciones posteriores, pues así el vínculo generado es de forma horizontal, en donde ambos aprendemos con cada sesión dictada. Se propuso reuniones post intervención para el levantamiento de modificaciones y adaptación para implementarse con el mismo diagnóstico y otros, sin embargo con la situación de la pandemia se retrasó y paralizó los nuevos talleres que se querían aplicar.



## Conclusiones

Las actividades realizadas en el centro de prácticas cumplen con el desarrollo de las competencias del perfil de egreso de la carrera de psicología para obtener el grado de licenciatura. Tal como se plasma en el presente informe las competencias ejecutadas fueron diagnóstica, interviene y evalúa. Se respetó los aspectos éticos requeridos en el ejercicio profesional, además de contar con una supervisión constante del psicólogo a cargo.

El aprendizaje a destacar en la competencia diagnóstica, fue la aplicación de una batería de pruebas que permitió plantear los objetivos y actividades que respondían a las necesidades encontradas en cada paciente. En este caso particular, se priorizó implementar el taller a pacientes esquizofrénicas que tenían una sentencia judicial, el tiempo de hospitalización de ellas excedía al año y que próximamente iban a obtener el alta médica. Los temas añadidos, así como las actividades escogidas cumplían con una exhaustiva investigación de fuentes confiables que respaldaban el esquema diseñado. El objetivo era poder potenciar y reforzar las habilidades y estrategias de afrontamiento en las pacientes judiciales para facilitar su reinserción social.

En la competencia interviene, se ejecutó actividades orientadas a los temas previamente discutidos y aprobados por el psicólogo a cargo, cada sesión manejo diversos contenidos como el entrenamiento de habilidades sociales, gestión emocional, medidas de afrontamiento ante situaciones distintas y reconocimiento de virtudes. Cada actividad incluía técnicas que requerían un entrenamiento adicional para su correcta aplicación.

Por último en la competencia evalúa, se indagó un sistema que pueda registrar completamente los objetivos alcanzados y las capacidades específicas requeridas, se manejó instrumentos de evaluación y registro, entrevistas, cuestionarios, rúbricas e informes. Es importante recalcar que se contó con espacios individuales de retroalimentación y seguimiento en cada una de las pacientes, de esta forma se priorizaba cada caso particular.

Las prácticas pre-profesionales en el ámbito clínico me permitieron reforzar los conocimientos teóricos previamente aprendidos en la facultad de psicología, como el manejo de pruebas psicológicas, realización de informes psicológicos, diseño e intervención de talleres y actividades lúdicas para captar y mantener la atención. Respecto al trato directo con pacientes, me ayudó los cursos integrativos, pues estos requerían

salidas de campo, donde puede aprender a realizar un buen rapport que me ayudó a establecer vínculos de confianza y de escucha activa en el ejercicio de mis prácticas. Además el enfoque humanista característico de la facultad, me facilitó entablar conversaciones con un trato amable, empático, de humanidad compartida, en la que el aprendizaje era recíproco.

La construcción de este vínculo asertivo y de escucha activa permitió conocer la historia que albergaba cada paciente, así se obtenía un panorama general que incluía actores externos y situaciones que gatillaban los síntomas. Esta información valiosa ayudaba a completar la historia clínica de cada uno de ellos, que se llevaba a cabo en las discusiones de casos clínicos en la que psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos se reunían una vez por semana para la evaluación y evolución de cada paciente, de esta forma llegar acuerdos para seguir mejorando en la intervención.

Es ahí donde aprendí no solo la importancia del trabajo multidisciplinario, sino sobre el rol que juegan los psicofármacos, es común que alrededor de ellos rondan mitos, como su poca eficacia o que pueden generar dependencia, esto dificulta a los pacientes a la adherencia del tratamiento o la negativa total de poder consumirlas. Sin embargo, estos medicamentos contribuyen en gran medida a la estabilización de los síntomas graves que generan un malestar abismal en los pacientes, pues ese es el objetivo de la medicación regular el proceso químico del cerebro que puede ayudar a estabilizar el estado de ánimo, cogniciones y comportamiento (Berlangua, 2014). Si bien todo tiene una dosis correcta, los psiquiatras se encargan de buscar las mejores combinaciones de pastillas que contribuyan a estabilizar al paciente, intentar que los efectos secundarios no sean tan abrumadores y prevenir recaídas. Adicionalmente a la medicación, el acompañamiento psicológico se convierte en el mejor aliado pues está dirigido a fortalecer las medidas de afrontamiento y autocontrol, así como identificación de estresores externos con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, resaltó la supervisión a cargo del psicólogo del departamento de psicología del hospital, pues ayudó a reforzar el aprendizaje de nuevas pruebas psicológicas utilizadas en este centro, así como también el protocolo de manejo de crisis y asesoría de familiares. Asimismo brindó los recursos necesarios para desarrollar sin ningún inconveniente cada sesión del taller.

El aprendizaje personal que logré adquirir es la manera de conectar con cada una de ellas, el solo hecho de brindar un espacio en la que se sientan cómodas detallando cada una de sus experiencias, sus miedos y fortalezas; reflejaba la necesidad de ser escuchadas y comprendidas, no solo verlas como un cúmulo de síntomas. Además me ayudó a gestionar mis emociones, pues la dura realidad con la que te encuentras dentro de esos pabellones moviliza personalmente.

Con relación a dificultades presentadas, se puede resaltar los pocos recursos que cuenta el área de psicología para el apoyo de creación de talleres y actividades, pues la constante negativa de seguir con modelos antiguos dificulta las aportaciones nuevas que pueden brindar cada practicante. Adicional a ello, existe una falta de seguimiento con relación al proceso de pacientes judiciales dentro del hospital, pues varios de ellos siguen a la espera de la respuesta del sistema judicial en sus procesos, que pueden verse retrasados debido a no entregar a tiempo los informes psicológicos o seguir usando informes pasados que no evidencian el avance de cada uno de ellos, como consecuencia sumar un mayor tiempo de hospitalización dificultando el proceso de reinserción.

Se recomienda al departamento de psicología un mayor distribución de recursos y apoyo a los practicantes que quieren implementar talleres y actividades con el único objetivo de ayudar y brindar un aporte a los pacientes hospitalizados. Así como promover el trato horizontal y humano a cada paciente.

## Referencias

Ahunca Velásquez, L. F., García Valencia, J., Bohórquez Peñaranda, A. P., Gómez-Restrepo, C., Jaramillo González, L. E., & Palacio Acosta, C. (2015). Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44, 75-89.

Aiken, L. (2003) Test psicológicos y evaluación. *Undécima Editorial Pearson*, México

Amador, J (2013). *Escala de inteligencia de Weschler para adultos-IV (WAIS-IV)*.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33834/1/Escala%20de%20inteligencia%20de%20Wechsler%20para%20adultos-WAIS-IV.pdf>

American Psychological Association, APA (2002). *Report of the task Force on Test User Qualification*. [www.apa.org](http://www.apa.org).

American Psychiatric Association (2004). Practice guideline for the treatment of persons with schizpphrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1-56

Barbato, M., Liu, L., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., . . . Addington, J. (2015). Theory of Mind, Emotion Recognition and Social Perception in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: findings from the NAPLS-2 cohort. *Schizophrenia Research. Cognition*, 2(3), 133-139. doi: 10.1016/j.scog.2015.04.004

Bautista De los Santos, M. N. (2017). *Estigma negativo y enfermedad mental: impacto en personas con esquizofrenia y su entorno*. Montevideo: Instituto de Psicología Clínica

Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%c3%b3n.pdf>

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.

Berlanga Cisneros C (2014). Psicofarmacología clínica. de la Fuente J, & Heinze G(Eds.), *Salud mental y medicina psicológica*, 2e. McGraw Hill.

Brekke, J. S., Hoe, M., Long, J., y Green, M. F. (2007). How Neurocognition and Social Cognition Influence Functional Change During Community-Based Psychosocial Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1247-1256. doi: 10.1093 /schbul/sbl072.

Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., & Álvarez, H. F. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Librería Akadia Editorial.

Caballo, E. (1983). Asertividad: definiciones y Dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-65. *Universidad Autónoma de Madrid*.

Caballo, V. E. (1997). Manual de tècnicas de terapia y modificaciòn de la conducta. Madrid, España: Siglo XXI

Caballo, E (2007) Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (7ª edición) Madrid, España.

Calzada, J (2004). *La técnica de las frases incompletas: Revisión, usos y aplicaciones en procesos de orientación vocacional*. [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/042\\_ttedm2c2/material/fichas/tecnica\\_de\\_las\\_frases\\_incompletas](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/tecnica_de_las_frases_incompletas).

Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Collazos, M. V. (2018). Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales: su importancia en el campo de la salud mental. <http://132.247.16.23/bitstream/handle/123456789/7191/sm080129.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Gallardo, M & De Faria, L. (2012). *Estudio psicométrico de la prueba figura humana*. 14(2), 210-222. Telos. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99323311004.pdf>

Defensoría del pueblo (2018) El derecho a la salud mental: Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización <https://www.defensoria.gob.pe/wpcontent/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

Escribano, J (1976) *Test de la figura humana de Karen M. Machover (Manual practivo de valoración)*

<https://es.slideshare.net/javianavarro/test-de-figura-humana-de-karen-machover-manual-prctico-de-valoracin>

Fernández Quiñones, M. J. (2012). Programa de Habilidades Sociales con personas con trastorno mental grave en una unidad de rehabilitación psiquiátrica de media estancia. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/2003>

Gabaldón Poc, O., Ruiz Iriondo, M., Bilbao Ramírez, M., Burguera, J., Alústiza García, A., Erkizia Amilibia, B., & Sakara Magallón, M. (2010). Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 93-107.

González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.

Gutiérrez, C; Ocampo, M; Gómez, J (2008) Terapia cognitiva-conductual en esquizofrenia: Una revisión narrativa de la literatura. *Rev. Colomb. Psiquiat*; 37(1)

Hernández Patiño, P. (2015). Efectividad de las terapias psicosociales y de rehabilitación en personas con esquizofrenia. <https://core.ac.uk/reader/61915950>

Huxley N, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *J Nerv ...* . 2000;188:187–201.

- Inchausti, F., Ortuño-Sierra, J., Garcia-Poveda, N. V., y Ballesteros-Prados, A. (2016). Metacognitive abilities in adults with substance abuse treated in therapeutic community. *Adicciones*, 719. doi: 10.20882/adicciones.719
- Inchausti, F., Poveda, N. V. G., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J., & Gaínza-Tejedor, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): Marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 204-215.
- Jeffrey, K. (2002). Entrenamiento de las habilidades sociales (Vol. Séptima edición). Bilbao: Desclée de brouwer S.A.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P y Zárata, R. (2006) Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23.
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Dubreucq, J., Gumley, A., McLeod, H., Vohs, J. L., . . . Dimaggio, G. (2015). Metacognitive deficits predict future levels of negative symptoms in schizophrenia controlling for neurocognition, affect recognition, and self-expectation of goal attainment. *Schizophrenia Research*, 168(1-2), 267-272. doi: 10.1016/j.schres.2015.06.015
- Lewis SW, Tarrier N, Drake RJ. Integrating non-drug treatments in early schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005; 48: 65-71.
- Massel HK, Liberman RP, Mintz J, Jacobs He y cols.:(1990) Evaluating the capacity to work of the mentally ill. *Psychiatry*, 53:31-43
- Martínez Toapanta, D. E. (2018). *Efectividad de un programa con técnicas creativas para mejorar las habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos residuales del Hospital Especializado Julio Endara durante el período Octubre 2017-Abril 2018* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Ministerio de Sanidad y consumo (2009) *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Agencia de evaluación de tecnología. [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Moriana , J. A y Mattinez, V. A (2011) La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 16, 81-100
- Moriana<sup>1</sup>, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque<sup>1</sup>, B., Cangas, A. J., & Alós<sup>1</sup>, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. [https://www.researchgate.net/profile/Adolfo-Cangas/publication/277012053\\_El\\_entrenamiento\\_en\\_habilidades\\_sociales\\_en\\_la\\_esquizofrenia/links/555e3a1c08ae86c06b5f3774/El-entrenamiento-en-habilidades-sociales-en-la-esquizofrenia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Adolfo-Cangas/publication/277012053_El_entrenamiento_en_habilidades_sociales_en_la_esquizofrenia/links/555e3a1c08ae86c06b5f3774/El-entrenamiento-en-habilidades-sociales-en-la-esquizofrenia.pdf)

Muñoz M. Francisco J. y Ruiz C. Silvia (2007) Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 36(1).

National Institute for health and Care Excellence (NICE) (2014) Psychosis and schizophrenia in adults. The Nice guideline on treatment and management. Update Edition 2014 National Collaborating Centre for Mental Health

Ochando, F. S. (2016). Aportaciones del entrenamiento en habilidades sociales al tratamiento de la Esquizofrenia. *Informació Psicològica*, (79), 14-21.

Patterson TL, Leeuwenkamp OR. (2008) Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res.*;100(1–3):108–19.

Peñafiel, E., y Serrano, C. (2010). *Habilidades sociales. España: Editex.*

Querol, S. & Chávez, M (2005) *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires

[https://www.academia.edu/18712834/La\\_persona\\_bajo\\_la\\_lluvia\\_test\\_De\\_Silvia\\_M\\_Querol\\_y\\_Mar%C3%ADa\\_I\\_Chavez\\_Paz](https://www.academia.edu/18712834/La_persona_bajo_la_lluvia_test_De_Silvia_M_Querol_y_Mar%C3%ADa_I_Chavez_Paz)

Rojas, R. (1995). Habilidades sociales: psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicología*, 13(1), 63-95.

Robles García, R., Medina Dávalos, R., Flores Reynoso, S., & Páez Agraz, F. (2007). Evaluación de habilidades sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia: Validez y confiabilidad del autoreporte y la técnica de juego de roles. *Salud mental*, 30(5), 27-32.

Sack, J. & Levy, S. (1976) “El test de frases incompletas. En Abt y Bellak, *Buenos Aires: Psicología proyectiva*. Paidós

Sigaudó, M., Crivelli, B., Castagna, F., Giugiaro, M., Mingrone, C., Montemagni, C. & Rocca, P. (2014). Quality of life in stable schizophrenia: the relative contributions of disorganization and cognitive dysfunction. *Schizophrenia research*, 153(1-3), 196-203. schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*; 26:193-200

Sotillo, C. , y Rojas, R. (1995). *Manual para el entrenamiento en habilidades sociales para pacientes psicóticos crónicos*. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”

Torres Salazar, E. I., & Canchos Cuba, E. J. (2019). Efectividad de las terapias psicosociales para mejorar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y psicosis. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3075>

Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J., Medellín, A; Rojas, G.,& Krause, M. (2017). Psychometric properties of a spanish versión of the Beck depresión inventory IA. *Revista médica de Chile*, 145(8). 1005-1012

<https://europepmc.org/article/med/29189858>

Valencia Ticona, I. I. (2019). Programa de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia de un hospital de ESSALUD 2018.

[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF\\_710d66d5b34e2e2280809b5e5b7997cc/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_710d66d5b34e2e2280809b5e5b7997cc/Details)

Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0033318271714790?token=03733EEACD9ED619CA317F17DBFBC6B9A8977AFB38526AC391043D1DD778690C6C0AE6324977F6349BE25923C52F6026&originRegion=us-east-1&originCreation=20211114020813>





### **Consideraciones éticas**

Durante el desarrollo de las prácticas pre-profesionales se respetaron los aspectos éticos requeridos en el ejercicio profesional en psicología. El trato directo que se estableció con los pacientes del hospital fue de manera empática, humana, respetuosa y sincera. Asimismo, en la ejecución de las intervenciones realizadas, se cumplió con la entrega de consentimientos informados y se respetó la participación voluntaria en cada una de las actividades. Por otro lado, se respetó la confidencialidad en el registro de avances de las sesiones planteadas, así como también las experiencias de vida relatadas en el acompañamiento de soporte emocional.

De igual manera, se contó con la supervisión del psicólogo a cargo y el staff en general del hospital en cada función realizada como practicante. Las intervenciones realizadas en este, cumplieron con todos los protocolos requeridos por este centro de labores, pues el trabajo con pacientes psiquiátricos requiere de cuidados especiales que velan por la seguridad del paciente y del interno durante la realización de las funciones asignadas.

Adicional a esto, se contó también con la supervisión constante del asesor designado dentro de la universidad, quién acompañó a lo largo de las prácticas pre-profesionales y orientó a un mejor desenvolvimiento, brindando técnicas para poder implementarlas dentro de lugar de prácticas. Por último para las técnicas usadas en la intervención se contó con profesionales especializados en terapia cognitiva-conductual que ayudaron a orientar el manejo de estas.



