

Pontificia Universidad Católica del Perú

Facultad de Psicología



Competencias adquiridas para el grado de licenciatura en Psicología, a través de las prácticas preprofesionales en un Centro de Salud Mental Comunitaria en Lima.

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA QUE PRESENTA

Rubén Eduardo Ramírez Camasca

ASESORA

Maribel Goncalves de Freitas

Lima, 2022

Resumen

El presente texto tiene como objetivo principal detallar el proceso de aprendizaje de las competencias (Diagnosticar, Intervenir y Evaluar) desarrolladas en mi tiempo de prácticas pre-profesionales en el área de Psicología de un Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) de Lima Metropolitana.

En este periodo, se atendieron las necesidades psicológicas expresadas por los habitantes de la comunidad asignada al centro, cuando asistían a este mismo. Para esto, se participó de procesos de entrevista inicial y diagnóstico, en los “Talleres de Acogimiento”; de intervención psicológica, en los talleres psicológicos grupales, como en atención individual; y de evaluación post tratamiento, en forma de las reevaluaciones.

Para el ejercicio adecuado de los deberes en estos ámbitos se tuvo que tener y/o adquirir conocimientos del modelo clínico de diagnóstico, el modelo de Salud Mental Comunitaria, la terapia de Activación Conductual, los trastornos de depresión y fobia social, el modelo cognitivo conductual, etc.; y también se tuvo que desarrollar habilidades como la comunicación asertiva, el trabajo en equipo y la capacidad de adaptarse a situaciones adversas e inesperadas.

Como principales aprendizajes desarrollados en este tiempo, se puede resaltar el dirigir entrevistas de diagnóstico, las cuales son semiabiertas y en las que se debe saber qué preguntas hacer para comprender el malestar del paciente; la importancia de establecer una relación terapéutica adecuada, y de priorizar las necesidades del paciente por sobre los modelos teóricos, en los procesos de intervención; dirigir entrevistas de evaluación post tratamiento, las cuales son más cerradas y directas; y, en general, poder adaptarse a un entorno en el que las condiciones “ideales” para el trabajo como psicólogo no siempre se dan.

Las prácticas se dieron en el periodo desde agosto del 2019 hasta abril del 2020. Cabe resaltar que las prácticas se vieron interrumpidas debido a la pandemia de Covid-19 que ocurrió en el año 2020. El impacto de este afectó tanto la conclusión del periodo acordado de prácticas, como la resolución adecuada de distintos tratamientos.

Abstract

The following writing has the objective of detailing the learning process of the capabilities (to diagnose, intervene and evaluate) developed during my time of pre-professional practices in the Psychology area of a Community Mental Health Center (CMHC) of Lima Metropolitana

During this period, attention was given to the psychological needs expressed by inhabitants of the community that were assigned to this center. In order to accomplish this, I participated in the processes of initial and diagnostic interviewing, in the “Welcoming Meetings”; of group and individual psychological intervention, in “Group Meetings” and individual attention respectively; and of post treatment evaluation, in the form of “Reevaluations”.

In order to adequately exercise these duties, it was necessary to have and/or acquire knowledge of the following: the Community Mental Health model, Behavioral Activation therapy, Depression and Social Phobia symptomatology, Cognitive Behavioral model, etc.; and it was also necessary to develop abilities such as assertiveness, teamwork and adaptability to unexpected and adverse situations.

The most important lessons I learned and capabilities I developed during this time were the following: to conduct diagnostic interviews, which are semi open and require questioning skills; the importance of establishing an adequate therapeutic relationship, and of prioritizing the needs of the patient over rigid theory, in intervention processes; to conduct post treatment interviews, which are closed and more straight to the point; and, in general, to be able to adapt to an environment where “ideal” conditions are rarely met.

The time period when these practices took place, were from August 2019 to April 2020. It's worth mentioning that this process was interrupted by the pandemic outbreak of Covid-19 and subsequent lockdown, which occurred in the year 2020. The impact of this event affected the way that the practices and many of the treatment processes were concluded.

Tabla de Contenidos

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso	1
Competencia Diagnostica	1
<i>Situación a mejorar</i>	2
<i>Reseña teórica</i>	3
<i>Solución planteada</i>	6
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	7
Competencia Interviene	8
<i>Situación a mejorar</i>	10
<i>Reseña teórica</i>	10
<i>Solución planteada</i>	14
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	17
Competencia Evalúa	18
<i>Situación a mejorar</i>	18
<i>Reseña teórica</i>	19
<i>Solución planteada</i>	19
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	20
Conclusiones	21
Referencias	24
Anexos	26
Anexo 1: Ficha de Observación “Fiorella”	26

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso

El presente texto tiene como objetivo principal dar evidencia de las competencias (Diagnostica, Interviene y Evalúa) desarrolladas en mi tiempo de prácticas pre-profesionales en un Centro de Salud Mental Comunitaria de Lima Metropolitana. En este tiempo, participé como observador y mediador en los talleres de “Acogimiento” y los talleres psicológicos grupales; y realicé atención individual en forma de reevaluación, intervención psicológica y aclaración de diagnóstico. En este texto se presentará un caso de atención individual como modelo para cada competencia, puesto que el caso de “Fiorella” (Pseudónimo) tuvo la particularidad de ser uno en el que se participó tanto en el proceso de su diagnóstico, como en el de intervención y evaluación.

Competencia Diagnostica

En cuanto a la competencia “Diagnostica” la actividad principal realizada fue el taller de Acogimiento. Estos representan el primer contacto que existe entre los usuarios y el personal de salud mental del Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC). En estos talleres participan entre 3 a 5 pacientes, en orden de solicitud de cita, y 3 a 5 profesionales de la salud mental (psicólogos, enfermeras, psiquiatras, etc.); y se tiene como objetivo recoger y registrar los datos importantes y las necesidades expresadas de cada caso, brindar al paciente una explicación de su malestar y, en base a la información obtenida, determinar la ruta terapéutica que se le puede ofrecer. En mi tiempo trabajando en el CSMC pude participar de 62 talleres de acogimiento, en los que aproximadamente se atendió a 250 pacientes. En estos, se obtiene para cada caso un diagnóstico clínico; siendo los más frecuentes los trastornos del humor, psicóticos, psicosociales y de personalidad.

En el caso de la paciente Fiorella. Ella, una niña de 12 años, llegó acompañada de sus padres a su taller de Acogimiento. En el transcurso de este, el primer dato que llamó la atención fue que la niña estaba temerosa e incómoda con la actividad, ya que se escondía de la vista de otras personas y se rehusaba a hablar, por ejemplo, cuando se le pidió que se presente. Otro dato importante fue que sus padres nos informaron que estaban separados, pero mantenían una relación, en sus palabras, “amigable y cooperativa en cuanto al cuidado de sus hijos”. El problema por el que trajeron a Fiorella fue porque estaba teniendo un bajo desempeño académico en su escuela debido a su temor a hablar en público, ya que había ocasiones en las que decidía no

hacer trabajos que impliquen exposiciones orales. Fue recién a la mitad del Acogimiento que Fiorella se animó a hablar y entonces resaltó otro aspecto importante: ella hablaba particularmente rápido y se desviaba constantemente del tema de conversación. También llamó la atención que de hecho era una persona bastante carismática y agradable ya que todas las personas en el grupo mostraban un genuino interés en escucharla.

Lamentablemente como en muchos otros acogimientos, debido a falta de personal, en el grupo en el que participaba Fiorella hubo muchos pacientes y el tiempo no bastó para ahondar lo suficiente en cada caso. Por lo tanto, basándose en los datos obtenidos, como la ansiedad que le causaba el tener que participar del taller grupal, manifestado en el acto de esconderse de la vista de los demás y evitar hablar cuando se le pidió, y las conductas de evitación de situaciones sociales que mostraba en la escuela, se realizó un diagnóstico preliminar de Fobia Social y se le citó otro día para poder terminar de explorar su historia, confirmar su diagnóstico y establecer la ruta terapéutica.

Luego de terminado el Acogimiento mi supervisor se acercó a mí y me solicitó que realice pruebas de inteligencia, atención y memoria a la paciente, para descartar la posibilidad de que haya una causa orgánica de su ansiedad. Por lo tanto, su caso se me asignó a mí personalmente.

Situación a mejorar.

El taller de Acogimiento, como primera fase del proceso de tratamiento psicológico que se brinda en el CSMC, busca solucionar la problemática de la salud mental en una comunidad de Lima - Perú. Según datos del Ministerio de Salud (2018), a nivel nacional fueron 8 669 497 personas las que en algún momento de su vida sufrieron de un trastorno mental, y 5 239 169 las personas mayores de 12 años que habían sufrido de una enfermedad mental en el último año. Los problemas de salud mental más frecuentes en la población fueron los trastornos relacionados al estrés y trastornos estratomorfos (25.9%); los trastornos del humor (20%); los trastornos del desarrollo psicológico (16%); los trastornos emocionales y del comportamiento de comienzo habitual en niñez y la adolescencia (10.3%); síndromes relacionados a la violencia familiar (8.7%); los trastornos esquizotípicos, esquizofrenia y trastornos delirantes (5%); los trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos (3.8%); y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (3.2%) (MINSa, 2018).

Para ver la situación en la ciudad de Lima, el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012), en su Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana, encontró, en 43 distritos de Lima y Callao, una prevalencia de vida de cualquier trastorno mental del 26.1%, correspondiendo el 17.2% al episodio depresivo, 3% al trastorno de ansiedad generalizada, 2.2% a la fobia social, 5.1% al trastorno de estrés postraumático, 0.5% al trastorno de pánico, 1.2% a la agorafobia sin trastorno de pánico, 0.2% al trastorno obsesivo-compulsivo, 0.6% a la distimia y 0.2% al trastorno bipolar.

Este panorama de la salud mental se asemeja al encontrado en la comunidad que atiende el CSMC. Basándome en mi experiencia en este, los trastornos mentales más frecuentes, en orden, fueron el trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2); los trastornos del humor, en específico los depresivos (F32/F33); los trastornos de adaptación (F43.2); los trastornos de personalidad, en especial el dependiente (F60.7) y el emocionalmente inestable (F60.3); los problemas relacionados a la relación matrimonial o de pareja (Z63.0); y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-19).

En el caso modelo de Fiorella, basándose en la información recogida en el acogimiento, se identificó como necesidad principal el ayudar con las dificultades que ella tenía para interactuar en situaciones sociales, ya que estas estaban impidiéndole desempeñarse de manera adecuada en su escuela, especialmente cuando tenía que hacer alguna exposición.

Reseña teórica.

El trabajo en el CSMC se basa en el modelo clínico del diagnóstico y en el modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC). Esto se ve materializado en que todos los diagnósticos que se realizan se hacen en base a la 10ma edición del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y en que la atención en el centro sigue los principios de la atención en SMC.

El modelo de atención en SMC se caracteriza por centrarse en la participación protagónica y efectiva de las personas, familia y comunidades, en los procesos de promoción y protección de la salud mental, y en el cuidado de la salud de la población con problemas psicosociales y/o trastornos mentales en cada territorio (MINSA, 2018). En base a esta premisa es que se derivan principios como el buscar que las personas con problemas de salud mental

puedan recuperarse con el fin de acceder a las mismas oportunidades de desarrollo que cualquier ciudadano puede tener; el fomentar la corresponsabilidad y participación de los miembros de la comunidad en el cuidado de la salud mental; el abordar los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental y no solamente los síntomas; el tener un enfoque interdisciplinario; etc.

Es en el taller de acogimiento que mejor se ejemplifica cómo se ponían en práctica estos principios en el CSMC. La metodología de los talleres de acogimiento consiste en un tipo de entrevista grupal semiestructurada de 4 fases: la de presentación, la del motivo de consulta, la de análisis y explicación del malestar, y la de la ruta terapéutica. En la primera fase, cada participante menciona su nombre y apellido, edad, ocupación, y en dónde y con quién viven. Además de servir el propósito de introducir a los participantes, esta fase permite identificar factores protectores y/o de riesgo de los pacientes (por ejemplo, si vive con su familia o completamente solo).

En la segunda fase, se pide a los pacientes que expliquen “qué los trae al centro hoy día”. Se frasea de este modo para que los usuarios se enfoquen en el malestar que actualmente les aqueja. En esta fase se identifican signos y síntomas en el relato del paciente y se realizan preguntas que contribuyan a este objetivo.

En la tercera fase, se busca llegar a una explicación del malestar que aqueja a los pacientes. Usualmente se explora la historia de la infancia y el parto para poder tener la información necesaria para el análisis. Con base a lo relatado en esta y la anterior fase se formula, en conjunto con el grupo de usuarios, una explicación del malestar de cada paciente con base a los datos que surgieron a lo largo del taller. En esta fase también se propicia que entre los pacientes compartan sus opiniones y/o recomendaciones de manera empática y amable.

Finalmente, en la cuarta fase, primero se decide si el paciente debe ser atendido en el centro o referido a otro establecimiento (en el caso de que su problema no sea moderado o grave). De ser aceptado en el centro se decide cuál es la ruta terapéutica adecuada y se le comunica al usuario para que este comprenda como es el plan de tratamiento. La ruta terapéutica puede incluir atención en los servicios de psiquiatría (medicación) y/o de psicología (talleres psicológicos o atención individual).

Se puede apreciar que, en el modelo del taller de acogimiento, están presentes distintas características de la atención en Salud Mental Comunitaria (MINSa, 2018). Por ejemplo, se puede ver cómo, mediante la participación activa de los usuarios en la formulación de las hipótesis de cada caso, y en la explicación de las rutas terapéuticas, se propicia que los pacientes comprendan lo que implica el proceso de su tratamiento de inicio a fin. También se puede ver, a la hora de explorar los casos en la fase 2 y 3, que se toman en cuenta distintos factores sociales que pueden estar a la base de un problema de salud mental. Además, se puede apreciar que hay un enfoque interdisciplinario de la Salud Mental, puesto que son distintos tipos de especialistas los que participan de cada taller de Acogimiento. Por último, se puede notar que la metodología del taller alienta a la participación comunitaria dentro de temas de salud mental, ya que se pide a los participantes que aporten a la explicación del malestar de otros pacientes e incluso que puedan dar su opinión o recomendación a estos. Esto, a su vez, revela la relación horizontal que existe entre los usuarios y el equipo del centro, en la cual ambos pueden aportar ideas acerca de los problemas de salud mental.

Los talleres de acogimiento finalizaban con un diagnóstico clínico, el cual se basa en el CIE-10 (2010). En el caso de Fiorella, su diagnóstico presuntivo de fobia social se hizo en base a este manual, el cual define la fobia social como un miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social que en sus casos más graves suele asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas.

Para cumplir con el diagnóstico de fobia social se deben cumplir 5 requisitos. El primero requiere que se manifieste, en situaciones sociales, un temor a ser el centro de atención o de actuar de manera vergonzosa; o una conducta de evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante. Fiorella manifestó en el taller de Acogimiento, una situación social, conductas de evitación de ser el centro de atención al esconderse detrás de sus padres o cubrir su rostro cuando le tocaba hablar. Por lo tanto, este primer criterio se cumple.

El segundo criterio es acerca de la presencia de síntomas de ansiedad. En el relato de Fiorella se hallan 3 claros síntomas de ansiedad: las palpitaciones, los temblores corporales y la ruborización. Por consiguiente, se cumple el segundo criterio.

Para cumplir el tercer criterio se requiere que el paciente esté consciente de que el malestar emocional ocasionado por los síntomas y/o sus conductas de evitación son excesivos y/o irracionales. Fiorella describe que cuando se encuentra en una exposición de grupo no puede evitar pensar en que va a “arruinar el trabajo, sus compañeros le van a gritar, su profesora la va a desaprobado, sus padres se van a molestar y ella se va a morir”, y cuando es cuestionada de sí en verdad cree que todo eso va a suceder, ella responde que “no, pero que en ese momento le parece muy real”. Esto revela que Fiorella es consciente de que el malestar es excesivo y, en casos, irracional, por lo que se cumple este tercer criterio.

El cuarto criterio requiere que los síntomas de ansiedad del paciente ocurran cuando se encuentra frente a la situación temida, o cuando la contempla. En las conversaciones con la paciente se encuentra que ella no tiene temor a hablar con alguien que ya conoce o de hacerlo individualmente, es más es bastante desenvuelta en esas situaciones; es cuando tiene que hablar frente a un grupo de personas o con desconocidos que surgen los síntomas. Por lo tanto, como los síntomas de ansiedad se presentan solo cuando está expuesta a la situación temida, se cumple con el cuarto criterio.

El último criterio es de descarte. Se tiene que estar seguro de que los síntomas no surgen de otros trastornos como los orgánicos, la esquizofrenia o trastornos relacionados, los trastornos del humor, el trastorno obsesivo-compulsivo, ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura. En este caso se descartó la esquizofrenia por la ausencia de síntomas psicóticos; los trastornos del humor, por no haber indicios de una alteración en la afectividad de la paciente; y el TOC, porque los síntomas de ansiedad no estaban relacionados a rituales ni compulsiones. Para descartar alguna causa orgánica de la ansiedad, se realizaron pruebas de memoria, atención e inteligencia.

Solución Planteada.

La solución planteada depende en su totalidad del caso particular de cada paciente. Esto se ve en la fase 4 del acogimiento: la ruta terapéutica. El CSMC tiene establecido una cantidad diversa de talleres grupales diseñados para los problemas más frecuentes que se encuentran en los talleres de acogimiento. Por ejemplo, el taller de “Activación Conductual” está diseñado para personas que tienen depresión y han dejado de realizar las actividades que antes realizaban debido a esa depresión. Sin embargo, para los casos que requieren un tipo de atención especial, o

cuyas necesidades no pueden ser atendidas efectivamente en uno de los talleres grupales, se les asigna atención individualizada o se le deriva a otro lugar en el que puedan ser atendidos adecuadamente.

En el caso de Fiorella, se decidió que era necesario que reciba atención individual en servicios de Psicología. Se hizo la consideración de que fuera atención individual en Psicología, ya que como ella experimentaba ansiedad en situaciones sociales, un taller psicológico grupal no hubiera sido muy efectivo como método de tratamiento.

Principales resultados de aprendizaje.

Considero que, en cuanto a la capacidad de diagnosticar, he aprendido bastante gracias a mi experiencia en estas prácticas pre-profesionales. Lo primero que resalto es que, gracias a los talleres de acogimiento, aprendí cómo manejar una entrevista psicológica inicial. Esto se debe a que la estructura de estos talleres tiene un diseño que facilita al mediador explorar las áreas importantes de los pacientes. Más aún, la experiencia de haber participado en múltiples entrevistas de personas con problemas de salud mental similares me permitió notar qué tipo de preguntas o técnicas usaban los psicólogos del centro para estos casos.

Además, un aprendizaje valioso que me deja mi experiencia en el CSMC es la importancia que puede tener la participación activa del paciente y del entorno en el proceso del diagnóstico de un problema de salud mental. En el centro, se buscaba aprovechar al máximo la característica grupal de todos sus procedimientos, y, en el caso del taller de acogimiento, esto se notaba en las interacciones particulares que podían darse en cada sesión. En ocasiones, se encontraba que personas podían tener un trastorno muy similar, al punto en que se podían comprender entre ellos y decían notar que no estaban tan solos como creían. En otros casos, también se puede ver que la opinión de un paciente adulto puede brindar perspectiva a la historia de uno joven, o viceversa, lo cual puede resultar en que la persona comprenda de una mejor manera su situación o que tenga más claridad acerca de lo que le pasó y lo que debe hacer. De esta forma, se puede ver cómo los miembros de una comunidad, y no únicamente los especialistas de salud mental, pueden aportar significativamente a la mejora y al cuidado de la salud mental desde su experiencia.

Una de las experiencias más difíciles que enfrenté en el CSMC, fue que muchas veces no se daban las condiciones adecuadas o ideales para realizar los procesos de diagnóstico. En el centro, muchas veces, sea por problemas en la organización o falta de personal, se tenía que atender a una cantidad excesiva de pacientes, al punto en que no había forma en que hubiera el número adecuado de especialistas de la salud mental en todos los grupos de pacientes. Esta es una realidad que lamentablemente no se puede evitar y, ante la cual, uno tiene que adaptarse. Hubo ocasiones en las que fui enviado a un grupo a ser el único psicólogo en el taller de acogimiento, y no siempre pude cumplir con mi rol como hubiera querido.

No obstante, al afrontar este tipo de situaciones aprendí bastante. Lo primero que aprendí fue que es siempre muy importante mantenerse comunicado con los otros miembros del grupo de trabajo, para poder prever estas situaciones. Por ejemplo, cada día, cuando llegaba al CSMC, preguntaba por cuantos pacientes se habían agendado para el Taller de Acogimiento de ese día, y estaba atento a si llegaban los psicólogos. De esta manera, si podía prever que una situación complicada iba a suceder podía conversar y recibir consejo por parte de mis asesores y compañeros. De la misma experiencia de enfrentar este tipo de situaciones, tuve que valerme de lo que había aprendido observando a los psicólogos en las anteriores sesiones de acogimiento. Desarrollé un estilo comunicativo asertivo, tanto con pacientes como con mis compañeros, para poder guiar, redirigir y cortar conversaciones según sea requerido. También aprendí a manejar conflictos, ya que hubo ocasiones en las que los pacientes se ponían irritables y/o hacían comentarios ofensivos a otros pacientes. Por ejemplo, en un acogimiento en el que fui mediador un paciente acusó a otro de ser infiel a su esposa, basándose en su instinto. Ante esto, reaccioné rápidamente, lo frené y le dije que este era un espacio de confianza en el que se comparten historias con el fin de ser ayudados y no heridos, y que él no puede acusar a alguien de algo así de grave sin tener evidencia, porque lo está difamando. El paciente se disculpó y si bien al otro paciente se le notó fastidiado, el conflicto no escaló más allá de eso.

Competencia Interviene

En cuanto a la competencia “Interviene”, las actividades realizadas fueron los Talleres Psicológicos Grupales del centro (en especial el de Activación Conductual), y las intervenciones psicológicas en atención individual.

Los talleres psicológicos grupales están enfocados en responder a las necesidades más comunes que tienen los miembros de la comunidad que atiende el CSMC. Por ejemplo para la depresión existen los talleres de Activación Conductual y Expresión de Emociones; para los trastornos de personalidad, el de reestructuración cognitiva; y para los trastornos de conducta, el de modificación de conducta. Estos talleres están diseñados para durar 8 sesiones semanales de 1 hora, en los que participan entre 6 y 20 pacientes, y entre 1 y 3 especialistas (uno siendo el mediador y los otros, apoyo). La temática a trabajar y la metodología usada varía en cada taller y es decidida por el especialista que cumple el rol de mediador.

En mi estancia en el centro, participé como observador de casi todos los talleres que se ofrecen, en los cuales se tratan problemas tan diversos que van desde los problemas de relación de pareja hasta la esquizofrenia. No obstante, dirigí un taller del centro: el de “Activación Conductual”. Este es un taller en el que participaron entre 8-15 pacientes que tenían algún trastorno depresivo y, debido a esto, habían abandonado sus actividades cotidianas y de ocio. Las sesiones tenían la siguiente estructura: primero se hacía la presentación, luego se revisaba las tareas encomendadas la sesión anterior (de haberlas), después se presentaba el tema de la sesión, posteriormente se realizaba la parte psicoeducativa del taller y finalmente se invitaba a los participantes a compartir sus experiencias, dudas o aprendizajes. Mi función era la del diseño, es decir, la de elegir los temas y objetivos de las sesiones, y elegir la metodología a usar en cada sesión; y la de facilitar el desarrollo del con el fin de asegurar que el grupo de pacientes logre los objetivos planteados para la sesión.

Después de que cada paciente termine con el taller psicológico grupal al que está asignado, tiene que pasar por una “reevaluación”, la cual, en pocas palabras, es una entrevista individual en la que se revisa cómo ha ido evolucionando la situación del paciente en comparación a cuando empezó a recibir el tratamiento, y se determina si las necesidades con las que este llegó al centro han sido atendidas o no. Dependiendo de esta se decide si el paciente necesita seguir en tratamiento o ser dado de alta.

Las intervenciones psicológicas individuales, como los otros tipos de atención individual en el centro, son procesos mucho más flexibles en cuanto al diseño. Primero que nada, es el encargado de cada caso quien, en base al diagnóstico y la información recabada en el acogimiento del paciente, decide qué tipo de metodología es mejor usar. Cuando los casos eran

asignados a practicantes, se les solía ya indicar el tipo de tratamiento que debían dar a los pacientes.

El caso de la paciente Fiorella es el mejor ejemplo de esta actividad, ya que, como estuve presente desde su acogimiento y posterior proceso de aclaración de diagnóstico, tuve toda la información necesaria para planificar un tratamiento adecuado. Por esto, el diseño de la intervención estuvo completamente a mi cargo. Cabe recalcar que, por ser un practicante, tuve que presentar mi diseño a mis supervisores y conseguir su aprobación antes de poder ejecutarlo.

Situación a mejorar.

Como se mencionó anteriormente, los talleres psicológicos grupales tienen como objetivo responder a las necesidades más comunes que tienen los miembros de la comunidad que atiende el CSMC. Estas necesidades comunes se identifican en los talleres de acogimiento, cuando un tipo de malestar o problema de salud mental que se presenta muy a menudo. Por ejemplo, cuando se identificó que muchas mujeres buscaban atención en el centro por el malestar causado por haber sido víctimas de violencia física, sexual y/o psicológica por parte sus parejas, se decidió crear talleres psicológicos grupales que puedan atender estas necesidades como “Empoderamiento Femenino” y “Relaciones 1”.

En el caso del taller de “Activación Conductual”, la situación a mejorar es la depresión que sufren los pacientes asignados a este taller. Estos casos resaltan por la presencia de la pérdida de interés en las actividades que el paciente antes realizaba, como síntoma importante.

Por otro lado, las intervenciones psicológicas individuales buscan responder a necesidades específicas de los pacientes. En el caso de la intervención a Fiorella, el problema a solucionar era su fobia social y los efectos que tenía en su vida cotidiana. Para lograr esto se consideró necesario entrenar a la paciente a lidiar con los síntomas de ansiedad, reestructurar las creencias disfuncionales a la base de su temor y enseñarle habilidades sociales que le hagan sentir más capaz a la hora de enfrentar su situación temida.

Reseña teórica.

Los talleres psicológicos grupales reunían grupos de personas con un mismo diagnóstico o con problemas cualitativamente similares, para recibir un tratamiento que pudiera ayudarles.

En el caso del taller de Activación Conductual, del cual yo participé como mediador y como apoyo, el grupo era conformado por personas con depresión y que específicamente habían perdido el interés en realizar las actividades que antes les gustaban. Entonces el tratamiento principal brindado era el de Activación Conductual.

Antes de explicar lo que es esta terapia, se tiene que definir la depresión. Según la CIE-10 (2010), esta es definida como episodios, recurrentes o no, en los que el paciente sufre de un estado de ánimo bajo, una reducción de la energía y de la actividad. Entre los síntomas se encuentra que la capacidad de la persona de disfrutar, interesarse y concentrarse se encuentra reducida; el sueño suele estar alterado y el apetito disminuido; la autoestima y la confianza en uno mismo están reducidas; y suele haber presencia de sentimientos de culpa e inutilidad. Bajo una perspectiva cognitiva-conductual (Aaron Beck, 1979), se entiende la depresión como un desorden que afecta en 3 niveles al individuo: el cognitivo, el afectivo y el motivacional. En el nivel cognitivo se encuentran las alteraciones de pensamiento típicas de esta enfermedad como la catastrofización o el pesimismo en relación al futuro; en el nivel afectivo, las emociones de tristeza, culpa, inutilidad y cólera hacia sí mismo, que resultan de los pensamientos alterados de la persona; y, en el nivel motivacional, se encuentra una pérdida de interés en realizar las actividades cotidianas y una reducción de la capacidad de sentir satisfacción.

La Activación Conductual se enfoca en los aspectos conductuales de la depresión, por lo que tiene como objetivo que los pacientes, mediante la restructuración de metas personales a corto, mediano y largo plazo, lidien con su negatividad, e incrementen su conciencia positiva (Chan et al., 2017).

Este modelo se basa en la concepción conductual de la depresión de Lewinsohn y Shaffer (1971). Bajo este, se entiende a la depresión en términos de los cambios que genera en la conducta del individuo; entonces, cuando uno experimenta depresión, lo que se encuentra es que suele dejar de realizar las actividades que antes hacía y de relacionarse con otras personas tanto como antes. Esto genera una disminución en los refuerzos positivos que la persona experimenta en su vida cotidiana, lo cual a su vez alimenta aún más su negatividad y su desinterés de hacer las cosas. Este ciclo de depresión que se forma se puede corregir mediante la introducción de actividades placenteras que generen refuerzos positivos en el día a día del paciente. En otras palabras, este tipo de intervención se enfoca en identificar los cambios conductuales que genera

la depresión en la vida diaria del individuo y revertirlos mediante la planificación de actividades y metas.

Asimismo, los talleres psicológicos grupales en el CSMC se nutren bastante del modelo relacional. Este se enfoca en las llamadas patologías de déficit, en las cuales la causa del malestar del individuo es que fue privado, por la razón que sea, de tener una experiencia clave que le hubiera permitido desarrollar capacidades fundamentales para su adaptación al mundo real (Bleichmar & Leiberman, 1989). Para poder construir aquello que está ausente, se tiene que dar al individuo la posibilidad de vivir la experiencia que no pudo en su momento clave. En la psicoterapia individual, esto se logra en la relación con el terapeuta, mediante el fenómeno de la transferencia; más en la grupal, se logra en relación con el grupo, a través del aprendizaje interpersonal (Yalom, 2005).

Yalom (2005), para describir el proceso terapéutico del aprendizaje interpersonal, explica tres principios: la importancia de las relaciones interpersonales, la experiencia emocional correctiva y el grupo como un microcosmos. El primer principio consiste en reconocer al ser humano como ser necesariamente en relación con otras personas. Su forma de entender el mundo y a los demás se ve fuertemente influido por experiencias interpersonales tempranas; desarrolla patrones de conducta en base al feedback que recibe por parte de sus personas significativas; y que, por lo tanto, los problemas de salud mental surgen de relaciones interpersonales disfuncionales, y pueden ser reajustadas y modificadas mediante la validación en nuevas relaciones interpersonales.

El segundo principio establece como causa inmediata del cambio de las conductas desadaptativas a la experiencia emocional correctiva. Esto implica que para poder generar cambios en creencias y/o conductas maladaptativas es necesario que la persona tenga una experiencia emocional fuerte, muchas veces llamada catártica, que conlleve a una reevaluación de las ventajas y desventajas de estas, en base a la reacción que genera en las otras personas del grupo.

El tercer y último principio establece que en todo grupo estable, eventualmente, cada individuo empieza a actuar como usualmente lo hace en sus otras esferas sociales. Es decir, si tiene conductas maladaptativas, estas inevitablemente surgirán en el grupo terapéutico.

Basándose en estos principios, se entiende que el proceso de aprendizaje social empieza cuando en el grupo terapéutico se forma un microcosmos, en el cual los pacientes empiezan a manifestar sus conductas desadaptativas. Estas al entrar en contacto con el grupo generan ocasiones de que surjan experiencias emocionales fuertes (un conflicto, por ejemplo), las cuales generan una respuesta en los miembros del grupo. Este feedback es comunicado al individuo y conlleva a una reflexión, la cual convierte a la experiencia emocional en una correctiva, pues resulta en una reevaluación de los aspectos positivos y negativos de la conducta, y de su funcionalidad.

Entonces se puede ver que los talleres psicológicos grupales se enfocan principalmente en brindar una terapia que directamente se dirija al malestar de los pacientes, y , a la vez, aprovecha su carácter grupal para fomentar el crecimiento personal de sus miembros mediante el aprendizaje interpersonal. Cabe recalcar que, en estos talleres, el énfasis principal está en la terapia que responde a las necesidades del paciente, siguiendo así los principios de la atención en SMC.

Por otro lado, para plantear la intervención psicológica en el caso de Fiorella investigué acerca de los distintos modelos de tratamiento para la fobia social y decidí enfocarme en el que plantea el modelo cognitivo-conductual, dado que este modelo trabaja tanto con las creencias del paciente como con sus conductas, siendo ambos aspectos de gran relevancia en el caso de Fiorella, ya que, como se mencionó anteriormente, ella tenía creencias catastróficas relacionadas a cómo la ven y a su capacidad para lidiar con estas situaciones, e incurría en conductas de evitación que le impedían desarrollar las habilidades sociales necesarias para poder superar sus temores.

De manera resumida, desde la perspectiva cognitivo conductual, se entiende que una persona con fobia social entiende las situaciones sociales como muy peligrosas, pues probablemente la llevarían a avergonzarse en frente de otras personas; y se entiende a sí misma como alguien que no tiene las capacidades para desarrollarse apropiadamente en las situaciones sociales y para lidiar con la posibilidad de ser juzgado negativamente por otras personas (Huppert, Roth & Foa, 2003). Por esto, el tratamiento que se suele plantear bajo este modelo consiste en una reestructuración cognitiva para cuestionar las creencias desadaptativas, y un

tratamiento de exposición para habituar a la persona al evento temido (Huppert, Roth & Foa, 2003; Hindo & González-Prendes, 2011).

Solución Planteada.

En el caso de la intervención grupal, el taller de Activación Conductual, que fue diseñado por mí y un practicante más, consistía de 7 sesiones de terapia y 1 de reevaluación. En las de terapia, principalmente se llevaba a cabo la metodología de la activación conductual; es decir, se buscaba que las personas dejen de estar inactivas, se reconecten con las actividades que antes les gustaba y empiecen a planificar metas para su futuro. Además, de manera contigua, en cada sesión se trataban temas adicionales relacionados a la depresión y las formas de afrontarla; y en algunas se realizaban actividades grupales y se dedicaba a responder las dudas de los pacientes.

En cuanto al proceso de la activación conductual, esta consistía de 3 fases: la identificación de actividades y planes de vida abandonados; la planificación en conjunto de objetivos relacionados a reconectar con estos; y la retroalimentación y planificación de nuevos planes. Para la identificación de actividades se hacía uso de una “Lista de actividades positivas”, en las cuales eran anotadas. Para la segunda fase, se conversaba en el grupo cómo podría cada uno reorganizarse para poder llevar a cabo los objetivos de vida y las actividades que identificaron; lo cual resultaba en un compromiso de cada uno de cumplir con ciertas submetas para la semana. Por último, para la tercera fase, se dedicaba un segmento de las sesiones, en las que ciertos miembros del grupo podían compartir cómo les había ido en relación a sus metas y cómo se habían sentido.

En cuanto a los temas adicionales, el primero que se trató fue la depresión misma, comprendida desde el punto de vista de los pacientes y los especialistas. Además, se explicó la concepción conductual de la depresión y la metodología de la Activación Conductual para que los pacientes sepan en qué consistía el proceso terapéutico del que iban a formar parte. También se trataron temas que en las mismas sesiones se notó que podían ser de ayuda para los pacientes. Por ejemplo, se notó que habían varios pacientes cuya desmotivación surgía de no entender el propósito de sus vidas, por lo que se planteó trabajar en una sesión el tema de sentido en la vida. Del mismo modo, se notó en los relatos de los pacientes que habían problemas de emociones reprimidas que no habían podido expresar, lo cual les aferraba a experiencias pasadas y les

dificultaba enfocarse en el presente, algo similar a lo que en terapia gestalt se denomina como “asuntos pendientes” (Perls, Hefferline & Goodman, 1957). También se dedicó una sesión para que el grupo pueda realizar una actividad en conjunto que ellos habían acordado, origami en ese caso. Esto sirvió para integrar a los miembros del grupo y también para fomentar el proceso de Activación Conductual, ya que para llevar a cabo la sesión, los mismos miembros tuvieron que organizarse para llevar los materiales, elegir que modelo iban a realizar, etc. Además que, una vez terminada la sesión, tras notar que la actividad había sido de bastante agrado para los pacientes, se acordó con ellos que cada semana hagan un origami propio para traer a sesión. Por último, a pedido de los pacientes se dedicó una sesión a exclusivamente responder dudas y cuestiones de los pacientes, las cuales podían ir desde preguntas acerca de la ruta terapéutica a seguir, hasta pedir consejo acerca de problemáticas personales que vivían en esos momentos.

En el caso de la intervención individual con Fiorella, se planteó trabajar en 3 ejes: las creencias, las conductas y el entorno social/familiar. A mí se me fueron encargadas sesiones individuales enfocadas en los dos primeros aspectos; y el tercero se trataría posteriormente en sesiones grupales, con otro especialista del centro.

Para llegar a este diseño se tomó en cuenta tanto aspectos relacionados a su diagnóstico como los relacionados al tipo de atención que desde el centro le podíamos ofrecer. Para empezar, se decidió que su tipo de intervención sea individual al inicio, debido a que, por su condición, no iba a poder desenvolverse adecuadamente en un grupo lleno de otros chicos desconocidos. Se decidió enfocarse en las creencias de Fiorella, puesto que se identifica como base del trastorno a las siguientes creencias irracionales: “Pasar vergüenza en situaciones sociales es terrible”, “Las situaciones sociales son muy peligrosas”, “No soy capaz de evitar pasar vergüenza en situaciones sociales”, y “No soy capaz de lidiar con la vergüenza o la opinión negativa de otras personas”. Por lo tanto, poder modificar estas creencias o reducir el peso que tienen en la paciente puede resultar en una mejoría de los síntomas de ansiedad, y, a su vez, resultar en un desempeño social más adecuado.

Se decidió enfocarse en las conductas de Fiorella, puesto que, como mencionan Huppert, Roth y Foa (2003), los pacientes con fobia social desarrollan “conductas de seguridad”, las cuales aparecen cuando la persona se enfrenta a la situación social temida y tienen como objetivo reducir la ansiedad al evitar que uno actúe de manera vergonzosa. El problema es que este tipo

de conductas resulta ser muy poco natural y, por lo tanto, hace que las otras personas se den cuenta con mayor facilidad de que uno está ansioso. Por esto, es necesario hacer consciente a la paciente de estos comportamientos y de la reacción contraproducente que generan; y luego modificarlos por otros que sean más adecuados y naturales.

Por último, siguiendo el modelo de Salud Mental Comunitaria, se enfatiza la importancia del entorno social en el que vive la paciente en su recuperación y en el mantenimiento de su salud mental. Especialmente en su caso, ya que sus padres son separados, pero cooperan en la crianza de sus hijos, trabajar con la familia es esencial para que puedan tener las capacidades necesarias para cuidar la Salud Mental de la paciente.

Debo mencionar que las primeras sesiones con la paciente, enfocadas en reconocer y cuestionar creencias nucleares, secundarias y pensamientos automáticos, no fueron muy fructíferas. Esto debido a que la paciente tenía problemas para concentrarse, olvidaba lo aprendido en las sesiones y mostraba desinterés. Cuando pregunté por la razón detrás de estas dificultades ella mencionó que comprendía que muchas de sus creencias eran exageradas, pero igual no podía manejar la ansiedad que le generaban. Por esta razón, replanteé las sesiones para estar enfocadas principalmente en lo conductual, específicamente en aspectos como las conductas de seguridad y las habilidades sociales. Ya que, de esta forma, podía ayudarle de manera más directa a reconocer y modificar conductas que directamente hacían que las demás personas notaran su ansiedad, y, más aún, podía, mediante los ejercicios y actividades que realizamos, generar evidencia que permitiera modificar sus creencias irracionales. A partir de este cambio, noté que su interés incrementó y estaba más dispuesta a participar y estar atenta.

Lamentablemente este proceso se vio interrumpido por el Estado de Emergencia por la pandemia del Covid-19. Si bien en retrospectiva sabemos que el proceso de cuarentena y de confinamiento social duró bastante tiempo, en ese momento no se tenía claro como el gobierno iba a afrontar la problemática. Primero se estableció que serían 3 semanas de cuarentena, por lo que se acordó con la mamá de la paciente que luego se continuaría con el tratamiento. Luego este periodo se fue alargando al punto en que ya no se sabía cuando se iba a poder retomar la intervención. Ante esto, mi periodo de prácticas tuvo que concluir prematuramente y el CSMC decidió asumir el cargo de los casos de los practicantes. De esta experiencia, he aprendido que cuando ocurren eventos impredecibles de gran magnitud, como lo ha sido esta pandemia, debo

estar preparado para cualquier eventualidad y no asumir que todo irá como fue planeado. También me parece que en una situación así, mantenerse comunicado con el paciente es esencial, para poder establecer planes de acción y, de ser el caso, derivar al paciente o terminar con el tratamiento.

Principales resultados de aprendizaje.

Uno de los principales aprendizajes en el tratamiento de Fiorella fue que, a la hora de hacer terapia, especialmente con personas no adultas, es mejor priorizar las necesidades más directas del paciente, más que seguir esquemas organizados por la teoría. El modelo de SMC hace énfasis en este punto al decir que uno debe centralizarse en las necesidades y demandas del paciente. Considero que es mejor de esta forma porque ayuda al paciente a visualizar el objetivo o lo que se espera de la terapia, y lo motiva más a participar en el tratamiento. Esto es una forma de adaptar la teoría al individuo y no el individuo a la teoría.

Otro aprendizaje importante es que en toda intervención psicológica clínica la relación que existe entre el psicólogo y los pacientes es esencial. Tanto en las intervenciones individuales como en las grupales, el terapeuta debe transmitir la confianza necesaria para que los pacientes puedan mostrar apertura al tratamiento. En el caso de la intervención individual de Fiorella, el vínculo generado fue esencial para superar obstáculos como la falta de atención y el que la paciente se olvidaba de lo que aprendía en cada sesión. Ella sentía que era presionada a que comprenda todo con facilidad y se cure rápidamente. Esto le hacía sentirse ansiosa, perder su concentración y querer evitar participar de las actividades que se le proponían, por temor a quedar mal. Todo esto dificultó el proceso de su tratamiento, razón por la que conversé con ella acerca de lo que pasaba. Luego de comunicarme su problema, pude ponerme de acuerdo con ella en los cambios que debía hacer al plan de intervención, para que ella pudiera sentirse cómoda. Fue recién cuando se implementaron los cambios que se empezó a ver en el paciente una mayor disposición a participar, realizar preguntas, brindar feedback, etc.

En el caso de las intervenciones grupales, la relación terapéutica puede influir en que el paciente cuente o no sus problemas reales, escuche y esté dispuesto a aceptar recomendaciones u otros puntos de vista de sus compañeros, y asista a las sesiones de terapia programadas. Además, en el caso de las terapias de grupo, se debe saber establecer y mantener pautas de comunicación que permitan una relación adecuada y respetuosa entre los mismos pacientes. Esto se puede

volver una tarea difícil cuando hay miembros en el grupo que, por distintas razones, son disruptivos. En estos casos, uno debe ser capaz de mediar posibles conflictos entre miembros y de redirigir la conversación en caso se desvíe de su objetivo. Esto requiere que uno establezca apropiadamente su rol en el grupo: el del especialista en salud mental que dirige al grupo en un proceso de tratamiento. Por lo tanto, el primer objetivo de cualquier tipo de tratamiento debe ser establecer una relación terapéutica adecuada con el paciente, de tal modo que facilite el logro de los objetivos que se planteen, en vez de dificultarlo.

Competencia Evalúa.

En cuanto a la competencia “Evalúa”, realicé “reevaluaciones individuales” para el taller de activación conductual, y planifiqué una evaluación post tratamiento para el caso de Fiorella.

Las reevaluaciones son entrevistas individuales que se realizan a pacientes cuando terminan un proceso de tratamiento en el centro, sea un taller grupal o atención individual. El objetivo de estas es determinar si el tratamiento tuvo efecto en ellos mediante la comparación de los signos y síntomas del paciente en la actualidad, con los signos y síntomas que el paciente tenía en el pasado (y fueron registrados en su taller de acogimiento). En base a estos procesos se determina si el paciente debe continuar con su plan de tratamiento o ser dado de alta.

Las reevaluaciones forman parte esencial de la fase de evaluación de todos los talleres psicológicos grupales. En el caso del taller de activación conductual, participé de este proceso, junto a mi supervisora, después de terminadas las sesiones de intervención. Ella realizó reevaluaciones a 8 pacientes y yo a otros 8.

Además, en el caso de Fiorella, se tenía planeado una evaluación post-tratamiento, que no se llevó a cabo pues se interrumpió el proceso debido a la pandemia del COVID-19. Esta consistía en que la paciente participe de una dinámica de exposición frente a un grupo, en el cual se iba a observar si aparecían síntomas ansiosos, y se había planificado una entrevista posterior para que indique cómo se sintió y qué tanto se sintió capaz de afrontar la situación temida.

Situación a mejorar.

Los procesos de evaluación en el CSMC tienen como objetivo determinar si el tratamiento que recibe un paciente ha tenido el efecto terapéutico esperado en él. Dependiendo

de esto, se puede decidir si el paciente necesita seguir en tratamiento, se necesita modificar el plan terapéutico, o si puede ser dado de alta.

En el caso del taller de Activación conductual era necesario determinar primero si había habido un incremento en los niveles de actividad y motivación del paciente. También se revisaban los síntomas depresivos que el paciente presentaba en el momento de su admisión, y se comparaba con los síntomas actuales para determinar si la intensidad de la depresión se había reducido.

En el caso de Fiorella, era necesario determinar si después del tratamiento ella podía enfrentar su situación temida y experimentar menos síntomas de ansiedad, tanto del tipo emocional como cognitivo.

Reseña teórica.

Los procesos de evaluación siguen un modelo similar al “Pre-Post” y se basan en el CIE-10 para la comprensión de los trastornos de salud mental.

Si bien no se hace uso de pruebas psicológicas previa y posteriormente al tratamiento, el proceso terapéutico permite registrar los síntomas y datos importantes del paciente en el taller de acogimiento, y luego compararlos con los que se recoge en la reevaluación posterior a la intervención.

Para la identificación de signos y síntomas importantes tanto de la depresión como la fobia social, respectivamente para los casos de activación conductual y Fiorella, se usó el CIE-10 [la descripción de estos trastornos según este sistema de clasificación se puede encontrar en partes anteriores de este texto].

Solución Planteada.

En el caso del taller de Activación conductual, se respondió a la necesidad de evaluar si el paciente había mejorado su situación de salud mental luego del tratamiento, mediante las reevaluaciones individuales. En estas, se indagaba, en especial, acerca de los síntomas de depresión, las capacidades adquiridas para lidiar con esta y sobre qué tan activo se encuentra el paciente en comparación a cuando llegó al centro.

En el caso de Fiorella, para evaluar sus síntomas de ansiedad en la exposición, se preparó una ficha de observación (Anexo 1) en la que se listaron los síntomas de ansiedad que se identificaron en su taller de acogimiento y en los procesos de intervención posteriores, y las conductas de seguridad que se identificaron en las sesiones individuales conmigo. La entrevista posterior sería no estructurada con el fin de evaluar si se habían presentado las creencias de peligro/ansiedad frente a la situación temida, la intensidad de estas y su capacidad percibida de afrontar esta situación. Dependiendo de los resultados se determinaría si podría proseguir con el tratamiento grupal o si continuaría en tratamiento individual.

Principales resultados de aprendizaje.

En cuanto a la capacidad de evaluar, uno de los principales aprendizajes fue poder manejar las entrevistas de reevaluación, las cuales, a diferencia de las del taller de acogimiento, tienen como objetivo comparar el estado del paciente después de haber recibido algún tratamiento. Por esto, es necesario saber acceder a los historiales clínicos que almacena el centro y buscar la información requerida en estos; y también, dado que el proceso de reevaluación requiere de una entrevista más cerrada y directa, se debe tener habilidades comunicativas para poder guiar el discurso del paciente hacia las cuestiones relevantes. En mi caso, me sirvió bastante el siempre comunicar al entrevistado cuál es el fin de la conversación a tener; de esta manera, toda vez que corte o redirigiera la conversación, está consciente de la razón por la que lo hago.

Otro aprendizaje es que el proceso de evaluación debe ir siempre ligado con el de intervención. De tal forma que es cuando se planifica una intervención psicológica que se debe diseñar la forma en que se va a evaluar si se cumplen los objetivos planteados o no. Esto debido a que la evaluación tiene que tener coherencia con los métodos usados en la intervención; por ejemplo, en el caso de Fiorella se trabajó bastante sobre las conductas de seguridad que mantenía al hablar en público y que reforzaban su fobia social, por lo que una forma adecuada de evaluar si podía adoptar conductas más adecuadas era un ejercicio de exposición.

Conclusiones

El presente documento expone las actividades realizadas, durante el proceso de las prácticas pre-profesionales en el Centro de Salud Mental Comunitario, que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso en Psicología. En este sentido, se desarrolló y logró las competencias de diagnóstica, interviene y evalúa de la facultad de psicología.

En cuanto a la competencia diagnóstica, se participó en los talleres de acogimiento; en los cuales, mediante un proceso secuenciado explicado anteriormente, se entrevistaba a distintos pacientes y se llegaba a un diagnóstico clínico de su estado de salud mental. Para lograr esto, se tenía que escuchar atentamente el relato del paciente, indagar en su historia con las preguntas adecuadas, e integrar y analizar la información obtenida para diagnosticar y asignar un tratamiento adecuado.

En cuanto a la competencia interviene, se participó de los talleres psicológicos grupales y de las intervenciones psicológicas individuales. En estos se llevó a cabo distintos tipos de intervenciones dirigidas a atender las necesidades de los pacientes específicos: en el taller de “Activación Conductual” se atendía las necesidades de personas con diagnóstico de depresión que habían abandonado las actividades que antes realizaban, y, en el caso de Fiorella, las de una niña con fobia social que tiene dificultades para lidiar con las exposiciones que le exigía su colegio. En ambos casos se tomó parte del proceso ejecución de las intervenciones; sin embargo, en el proceso de su diseño, se participó en menor medida, puesto que, en el caso de los talleres grupales, estos ya tenían preestablecidos varios aspectos de la metodología de la terapia, y, en el caso de distintas intervenciones individuales, porque el caso era asignado a mí con objetivos concretos ya establecidos por algún colega. En concreto, se diseñó y ejecutó un programa de intervención de 8 sesiones para el taller de “Activación Conductual”, y, de igual forma, una intervención individual de tipo cognitivo-conductual para la fobia social: el caso de Fiorella.

En cuanto a la competencia evalúa, se participó de las entrevistas de reevaluación, tanto para talleres psicológicos grupales como para intervenciones individuales; y también se diseñó un plan de evaluación para el caso de Fiorella, el cual no pudo ser ejecutado debido al estado de emergencia por COVID-19. En el caso de las reevaluaciones, la entrevista seguía los objetivos indicados por los especialistas del CSMC: evaluar el estado actual del paciente, compararlo con su estado cuando ingresó al centro, determinar si los objetivos del tratamiento que recibió se han

cumplido satisfactoriamente y determinar si el paciente necesita seguir recibiendo atención en el centro o se le puede dar de alta. En el caso del plan de evaluación para Fiorella, se revisó literatura acerca de intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes con fobia social; y, en base a lo revisado y a las posibilidades que podía brindar el centro, se planteó la forma en que se llevaría a cabo su evaluación post tratamiento.

Habiendo recapitulado las competencias desarrolladas en las prácticas preprofesionales, se describirán las fortalezas y dificultades identificadas durante este tiempo. En cuanto a las fortalezas, considero que se han desarrollado habilidades personales vinculadas con la capacidad de trabajar en equipo, mediar grupos de personas, resolver problemas en situaciones complejas y organizarse adecuadamente. Considero invaluable la experiencia que me han brindado estas prácticas, puesto que el solo hecho de trabajar en el centro me permitió consolidar conocimientos previos y aprender conceptos, técnicas y formas de trabajar nuevas.

No obstante, el trabajo en el CSMC se vio bastante dificultado por distintos factores. Entre ellos el más notable fue que, al ser parte del sector público, no contaba con la infraestructura más adecuada para llevar a cabo los servicios que se ofrecían; por ejemplo, no siempre alcanzaban la cantidad de sillas con las que se contaba en cada cuarto, por lo que teníamos que mover bastantes muebles para cubrir las exigencias. Cuando esto sucedía en los días en los que asistían bastantes pacientes, alguien en el centro, usualmente los practicantes, tenía que conceder y realizar su trabajo en condiciones no ideales. Otro tipo de dificultad surgía cuando habían errores en los diagnósticos o en la asignación del tratamiento para los pacientes, pues resultaba en que los encargados de los talleres tuvieran asignados a pacientes con los que no pueden trabajar. En unos casos, el paciente no perturbaba la sesión y era reasignado a otro taller al terminar, pero, en otros, alteraba al grupo y dificultaba la obtención de los objetivos de la sesión.

Aún así, considero que la más grande dificultad fue cuando asistían los pacientes que tenían un problema de salud mental grave, puesto que, al ser los talleres de tipo grupal, me era muy difícil brindarles atención adecuada al mismo tiempo que otros pacientes que se encontraban más estables. Por ejemplo, en un taller de activación conductual con 8 participantes, me encontré que una paciente enfrentaba un episodio depresivo severo y había intentado suicidarse, mientras que el resto se encontraba relativamente estable. A pesar de intentarlo, no

pude conectar con ella en esa sesión, pues también tenía que atender al resto del grupo. Si bien después de esa sesión mi supervisora me indicó que había habido un error y la paciente no tenía que estar en el taller aún, este tipo de situaciones representaron mi mayor dificultad.

Sin embargo, cabe mencionar que las dificultades presentan oportunidades de crecimiento y aprendizaje. De hecho, muchas de las fortalezas anteriormente mencionadas surgen de la experiencia de lidiar con este tipo de problemas. Si quisiera resaltar una en específico, sería la capacidad de adaptación y resolución de problemas en situaciones complejas, ya que esta surge de lidiar con un sistema de trabajo en el que la deficiente infraestructura, la descoordinación entre miembros del centro, la impredecibilidad en la conducta de los pacientes y la falta de personal constantemente resulta en algún tipo de contratiempo. Por lo tanto, es esencial para alguien que trabaja en el CSMC, y en el ámbito clínico en general, ser capaz de responder de manera adecuada a este tipo de situaciones. En mi caso, aprendí a lidiar con estas al observar como lo hacían mis colegas y también preguntándoles yo mismo, en los espacios de reunión grupal que frecuentemente teníamos.

Estas dificultades también pueden afectar el estado de ánimo de los mismos trabajadores; en mi caso, la forma en que principalmente me afectó fue con el estrés. En el centro, teníamos cada semana un desayuno que funcionaba como espacio de integración y de comunicación dentro del grupo. El principal objetivo de estas reuniones era dar feedback acerca del funcionamiento del centro y buscar soluciones, pero también era un espacio en el que los miembros del centro podíamos conversar entre nosotros. En este pude aprovechar muchas veces para pedir consejo a los otros psicólogos acerca de cómo lidiar con situaciones que me afectaron. También pude conversar en distintas ocasiones con el director del centro cuando me sentía afectado emocionalmente, y él me escuchaba y me brindaba soporte emocional.

Para concluir, basándose en lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que el tiempo de prácticas en el CSMC ha brindado aprendizajes de gran utilidad para la formación profesional, y ha permitido desarrollar las capacidades necesarias para cumplir con el perfil de egreso en Psicología.

Referencias

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bleichmar, N. & Leiberman, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México D.F.: Editorial Paidós Mexicana.
- Chan, A., Sun, G., Tam, W., Tsoi, K., Wong, S. (2017). The effectiveness of group-based behavioral activation in the treatment of depression: An updated meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 208(1), 345-354. doi:10.1016/j.jad.2016.08.026
- Desviat M. (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- Huppert, J. D., Roth, D. A., & Foa, E. B. (2003). Cognitive-behavioral treatment of social phobia: New advances. *Current Psychiatry Reports*, 5(4), 289–296. doi:10.1007/s11920-003-0058-5
- Hindo, C. S., & González-Prendes, A. A. (2011). One-Session Exposure Treatment for Social Anxiety With Specific Fear of Public Speaking. *Research on Social Work Practice*, 21(5), 528–538. doi:10.1177/1049731510393984.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 19(1); pp. 1-392
- Lewinsohn, P. M., & Shaffer, M. (1971). Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(1), 87–94.
- MINISTERIO DE SALUD (2017). *Modelo de atención de salud mental Comunitario. Documento técnico de trabajo*. Lima: MINSAs.
- MINISTERIO DE SALUD (2018) *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental Comunitaria*. Lima: MINSAs.

Perls, F. S., Hefferline, R. F, & Goodman, P. (1957). *Gestalt therapy*. New York: Dell.

Selva, J. (2020). *Behavioural Activation: Behavioural Therapy for Depression Treatment*.

Recuperado de <https://positivepsychology.com/behavioural-activation-therapy-treating-depression/>

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.



Anexos

Anexo 1: Ficha de Observación “Fiorella”

Ficha de Observación							
Síntomas	Sudoración	Temblores	Ruborización	Conducta Seguridad 1	Conducta Seguridad 2	Conducta Seguridad 3	Conducta Seguridad 4
Presencia (Sí/No)							
Frecuencia (N°)							

Conducta de seguridad 1: Mirar hacia abajo

Conducta de seguridad 2: Tener las manos pegadas al cuerpo

Conducta de seguridad 3: Quedarse rígida en el mismo lugar sin moverse

Conducta de seguridad 4: Hablar muy rápido