

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**INFORME DE EXPERIENCIA COMO PRACTICANTE DEL ÁREA DE SALUD
MENTAL EN UNA INSTITUCION DE SALUD PUBLICA EN LIMA
METROPOLITANA**

**Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de licenciada en
Psicología que presenta:**

AUTORA:

SHAKIRA RUBI NECOCHEA SOLANO

ASESOR:

Dr. Jose Amilcar Mogrovejo Sanchez

Lima-Perú

Enero, 2021

Resumen

El presente informe tiene como objetivo presentar las experiencias logradas en función a los resultados de aprendizaje logrados durante el período de Prácticas Pre Profesionales dentro de una institución de salud pública de Lima Metropolitana. Se da cuenta de las diversas tareas y actividades, las cuales contribuyeron a la consolidación de las siguientes competencias académicas: Diagnóstica, Interviene y Evalúa, que forman parte del perfil de egreso de la Facultad de Psicología, tomando en cuenta los criterios de confidencialidad, ética y responsabilidad. Dentro de las funciones asignadas se puede resaltar: la participación en la elaboración de informes psicológicos donde se llevó a cabo la observación psicológica, la aplicación de la batería de pruebas proyectivas y psicométricas (psicológicas) y la interpretación de la misma. A su vez, apoyo en el proceso de intervenciones individuales para optimizar responsabilidad dentro del área. Asimismo, la participación dentro de un diagnóstico situacional con el fin de llevar a cabo la ejecución de un programa para un grupo de pacientes en la Sala de Salud Mental. Finalmente, se presenta un espacio de autorreflexión respecto a las actividades desempeñadas, en las que se identificaron oportunidades de mejora, tales como la necesidad de un plan de trabajo para procesos evaluativos y la necesidad de atender diversas problemáticas durante el tratamiento de manera eficiente asociado con el área de Salud Mental-Psiquiatría.

INDICE DE CONTENIDO

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso.....	4
Competencia Diagnostica	5
<i>Situación a mejorar</i>	6
<i>Reseña teórica</i>	7
<i>Solución planteada</i>	10
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	11
Competencia Interviene	12
<i>Situación a mejorar</i>	14
<i>Reseña teórica</i>	14
<i>Solución planteada</i>	16
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	17
Competencia Evalúa	18
<i>Situación a mejorar</i>	19
<i>Reseña teórica</i>	20
<i>Solución planteada</i>	22
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	23
Conclusiones.....	25
Consideraciones éticas.....	28
Referencias	30
Apéndices	34

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

El presente informe tiene como objetivo presentar la experiencia de prácticas pre profesionales en una institución pública del Estado, unidad prestadora de salud especializada para población policial y familiares (derechohabientes), con el fin de brindar servicios asistenciales, entre ellos los servicios de atención ambulatoria, consultas clínicas y hospitalización oportuna. Dicha institución tiene como misión y visión promover estilos de vida saludable con el fin de disminuir los riesgos inherentes al trabajo policial; así como satisfacer las necesidades y requerimientos de salud ofreciendo atención integral que contribuya al bienestar personal, familiar y social de los miembros de una institución pública (Decreto Legislativo N° 1149, 2012).

Como parte de las Prácticas Pre Profesionales, se rotaba por diversas áreas como: Consultorio externo de niños y adolescentes, Sala de endocrinología y Sala de hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría). En cada uno, se llevaron a cabo procesos de psicoeducación, evaluación psicológica plasmado en informes psicológicos. No obstante, en el presente documento, se dará cuenta de las actividades realizadas en hospitalización de Salud Mental debido a que se pusieron en práctica las tres competencias requeridas a partir de evidencias como informes psicológicas, diagnóstico situacional e intervención.

El área de hospitalización de Salud Mental de la institución en mención tiene como modelo psicológico el enfoque psicodinámico para el diagnóstico. No obstante, para efectos de intervención se trabajó con especialistas de orientación cognitivo- conductual. Este se caracteriza por la etapa en la que se explora y se examina las características clínicas de los pacientes. A partir de ello, se llega a una conclusión diagnóstica con el fin de orientar el trabajo clínico (Maganto & Avila, 1999 en Veccia, 2005).

A su vez, dentro de las tareas asignadas se llevó a cabo un programa psicoeducativo que buscaba brindar herramientas que aporten al bienestar psicológico del paciente durante su permanencia en el área de hospitalización de Salud Mental, tanto cognitivo a través de la estimulación cognitiva y actividades expresivas; y conductuales- afectivos, a través de estrategias asertivas para el manejo del estrés (Herrera, 2015)

A lo largo de la práctica pre-profesional, se desarrollaron actividades relacionadas a los resultados de aprendizaje de las competencias Diagnóstica, Interviene y Evalúa que forman

parte de la formación de la carrera de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Finalmente, a partir de un proceso de auto reflexión personal durante el ejercicio de la práctica pre profesional se identificó oportunidades de mejora, recomendaciones y limitaciones que serán expuestas en el presente informe.

Competencia Diagnóstica

La presente competencia “Diagnóstica” consistió en la aplicación de métodos apropiados de recojo de información y el análisis de necesidades que conduzcan a la comprensión e identificación de una problemática. Para ello, se utilizaron ciertas herramientas como: técnicas de observación, entrevistas psicológicas, test psicológicos, anamnesis psicológicas, historias clínicas que permitieron el diagnóstico del problema. Dicho procedimiento es de suma importancia debido a que a partir de su ejecución, se logra elaborar un diagnóstico formal que te permite deliberar de qué manera intervenir en el paciente según sus necesidades (Compas y Gotlib, 2002). A su vez, nos otorga un sistema de clasificación entre profesionales para informar y facilitar una mejor comprensión de la problemática que está atravesando el usuario.

Durante la permanencia en la institución de prácticas pre-profesionales, como primera parte del trabajo, consistió en identificar las problemáticas de Salud Mental a través ciertas herramientas como: observación psicológica, entrevista psicológica, selección de batería de pruebas proyectivas y psicométricas, la aplicación de los mismos y la interpretación correspondiente. Dichas herramientas fueron utilizadas dentro del Consultorio de niños y adolescentes y en la rotación de hospitalización en Salud Mental.

En el presente documento, daremos cuenta de la participación dentro de la rotación de Salud Mental en el área de Psiquiatría donde se intervino a pacientes en episodios de crisis o con diagnósticos psiquiátricos previamente formulados. Dentro del procedimiento de entrevista, se aplicó el rapport con el fin de que el usuario se sienta seguro de manifestar sus emociones, actitudes e historia personal y se formuló el consentimiento informado que garantiza la confidencialidad de la información con la que se iba a trabajar. Con la información recogida, los informes eran supervisados y retroalimentados por la asesora del área con quién se discutía el diagnóstico y las recomendaciones. Finalmente, se adjuntaba el documento a la historia clínica del usuario.

Por otro lado, se desarrolló un diagnóstico situacional dentro de la misma rotación (Área de Hospitalización de Salud Mental- Psiquiatría) (DA15), donde se desarrolló entrevistas semi- estructuradas al personal del área que respondan a las características del área, de los

pacientes y la dinámica característica. A partir de la identificación e interpretación de los factores y actores se halló necesidades en el área, las cuales responden a estimular los procesos cognitivos y psico-educar a los pacientes acerca de diversas técnicas para el manejo de situaciones de estrés.

A partir de todo lo previamente mencionado, el psicodiagnóstico, ya sea individual o situacional, es un procedimiento fundamental para la planificación de la intervención, ya que el mismo debe tener en cuenta los resultados y la problemática o necesidades tanto del usuario y/o el grupo de interés con el fin de proponer o comunicar alternativas de solución que propicien el bienestar de la persona.

Situación a mejorar

En la sala de Hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría) se atendían hombres y mujeres activos policiales o familiares en espacios reducidos diferenciados por género. Regularmente, por la mañana eran visitados por los psiquiatras para la visita médica acompañados de las psicólogas encargadas del área y de mi persona. A su vez, durante el día eran supervisados por dos enfermeras y dos técnicos de enfermería. Cada paciente que llegaba al área llevaba consigo alimentos, objetos de aseo personal básico, ropa de cambio y material de lectura (libros o revistas). Estaba prohibido llevar consigo dispositivos electrónicos u objetos punzocortantes.

La sala de hospitalización presentaba estrictas reglas en cuanto a la visita de los familiares, así como los horarios de levantarse, desayuno, almuerzo, merienda, cena y acostarse. En su mayoría, los pacientes permanecían alrededor de 2- 3 semanas dentro de la sala hasta un máximo de 1 mes (excepciones). Al inicio de la hospitalización de cada paciente, la mayoría permanecía en cama durmiendo debido a la medicación brindada. Sin embargo, la mayoría de los usuarios referían que se sentían aburridos y desanimados; debido a que las actividades de ocio o actividades distractoras eran limitadas.

De acuerdo a lo mencionado, el área de hospitalización de Salud Mental era un espacio donde se brindaba medicación correspondiente, interconsultas y se satisfacía parcialmente el episodio en crisis ofreciendo recomendaciones puntuales a los pacientes o a los familiares dentro del tratamiento de largo plazo. Sin embargo, en su mayoría no contaban con una intervención adecuada durante su permanencia que los ayude a presentar estrategias de afrontamiento a su salida.

Durante la permanencia en el área de hospitalización de Salud Mental (2 meses), se llevó a cabo dos procesos que responden a la competencia “Diagnóstica”, tanto los informes

psicológicos donde se plasmaba una presunción diagnóstica; y por otro lado, el diagnóstico situacional con el fin de intervenir grupalmente.

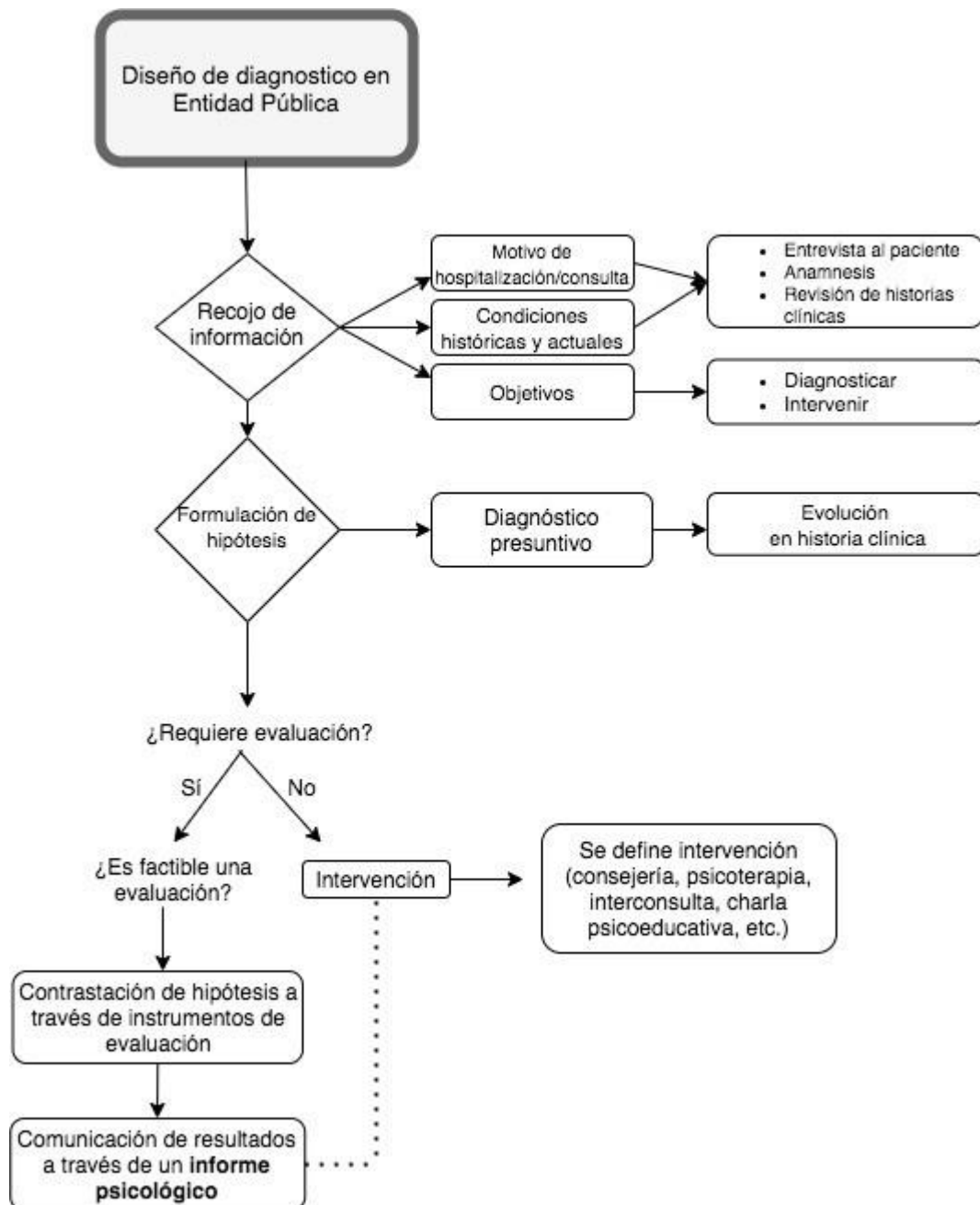
Con respecto a los informes psicólogos, los pacientes solicitaban intervención psicológica tanto en el área de Salud Mental (Psiquiatría) por consulta externa o se acercaban al área de Emergencia por episodios en crisis por primera vez donde su primer acercamiento era el triaje. Una vez finalizada la evaluación, se decidía si era derivado para permanecer en la sala de Hospitalización de Salud Mental. Una vez dentro del área, se iniciaba con el recojo de información, entrevista psicológica, aplicación de pruebas psicológicas, formulación de hipótesis y finalmente, el informe psicológico entre 3- 5 días.

A su vez, dichos procedimientos eran llevados a cabo dentro de un espacio limitado cerca de su propia cama de hospitalización y en ciertas ocasiones, con otros pacientes al lado. Si bien se contaba con un espacio reducido de esparcimiento, este tenía como función llevar a cabo las reuniones con los psiquiatras, intervenciones grupales y el horario de los alimentos de los pacientes. En ese sentido, el no contar con el tiempo y el espacio pertinente para aplicar dichos procedimientos permitía que el diagnóstico sea limitado. Finalmente, el informe psicológico era revisado por la supervisora quien lo adjuntaba a la historia clínica del paciente con el fin de recibir intervención psicológica a su alta.

Por otro lado, en relación al diagnóstico situacional se llevó a cabo debido a que el área de hospitalización contaba con un número de pacientes en cama que la mayor parte del día se encontraban sin realizar actividades placenteras o de esparcimiento. Es decir, permanecían en un estado de inactividad debido a que no se contaba con intervenciones que logren desarrollar en ellos estrategias de afrontamiento o recursos de autocuidado. No obstante, una de las mayores limitaciones en las cuales se enfrenta el área era que los pacientes se encontraban bajo efectos de medicación, lo cual complicaba una evaluación diagnóstica o una intervención oportuna.

Reseña teórica (DA15)

Dentro del área de Psicología en la institución pública se llevó a cabo dos procesos diagnósticos. Tanto el diagnóstico individual como el diagnóstico situacional. Dicho proceso se le da suma importancia debido a que se trata del primer paso que conduce a la planeación de la intervención y nos sirve como punto de comparación para determinar el éxito de la intervención (Borja, 2004). Por ello, este proceso (diagnóstico individual) está constituido por etapas o procesos, los cuales serán expuestos en el siguiente diagrama y en el que el centro de prácticas se basaba:



En un primer inicio, los pacientes se acercan al área de Emergencia o son derivados del área de Salud Mental por consulta externa, con el fin de ser internados. Dentro de su estadía se lleva a cabo el proceso evaluativo individual que inicia por medio de metodologías básicas entre las que se encuentran la observación, la entrevista psicológica, las pruebas psicométricas y las pruebas proyectivas. Todas ellas, según Gonzalez y Carbonell (2007) tienen como objetivo clasificar en una categoría determinada dentro de un diagnóstico presuntivo y conocer determinados factores actuales para compararlas con posibles cambios de comportamiento después de la intervención.

Como se mencionó desde la primera etapa, los involucrados inician con una anamnesis que se trata de un tipo de entrevista clínica que recoge información fundamental a profundidad explorando las áreas más importante de su vida y el motivo por el cual buscó atenderse. Este proceso tiene un papel importante debido a que fundamenta la formulación de hipótesis iniciales y consecuentemente, aporta a la elección de instrumentos técnicos que serán utilizados para el psicodiagnóstico (Hutz, Bandeira, Trentini y Krug, 2016).

Dentro del área de Salud Mental, se hace uso de la observación de conducta para el proceso evaluativo, donde se toma en cuenta la expresión facial, la postura, la conducta, la expresión oral, la apariencia física y la actitud ante el examinador (Gonzalez y Carbonell, 2007). Todo ello da mayor información objetiva y confiable debido a que el paciente, por lo general, no toma en cuenta que está siendo evaluado durante la ejecución de pruebas.

Continuando con el proceso, dentro del área se hacía uso de pruebas psicométricas, que median tanto habilidades cognitivas y rasgos de personalidad. Todo ello tiene un fundamento teórico donde explica que la personalidad está formada por rasgos o aptitudes que conforman su estructura básica de la personalidad (Goldstein, Allen y Deluca, 2019). A partir de ello, la conducta está determinada por atributos estables, por lo que la función de la evaluadora consiste en la búsqueda de las manifestaciones externas de la conducta, que nos permita conocer indicadores del estado interno (Gonzalez y Carbonell, 2007).

A su vez, se utilizaban pruebas proyectivas que se fundamentan en el modelo teórico psicodinámico que propone la existencia de una estructura estable de la personalidad integrada por ciertas dimensiones o rasgos característicos (Gonzalez y Carbonell, 2007). Todos ellas inducidos al individuo a ponerlos de manifiesto utilizando un material no estructurado; es decir, poca posibilidad de control intelectual (Derendinger, 2014), que el paciente logra reflejar en las pruebas proyectivas que son fundamentalmente cualitativas. Sin embargo estas no son el único medio para el diagnóstico, sino que nos ofrecen hipótesis de trabajo que deben ser corroboradas tanto por otros test cuantitativos como la anamnesis psicológica a profundidad.

De tal manera, se utilizaba la anamnesis psicológica como un tipo de entrevista que investigaba la historia clínica del examinado o aspectos de su vida considerados relevantes cronológicamente para el entendimiento del motivo de consulta y el diagnóstico (Hutz, Bandeira, Trentini y Krug, 2016). Para ello, se utilizó una guía organizada y objetiva tanto para los pacientes como para los familiares que exploren determinadas áreas principales como el área familiar, social y personales relevantes (Geromini y Rosario, 2004).

Por otro lado, también se realizó un diagnóstico en función a un grupo específico; es decir, el diagnóstico situacional dentro de la sala de Salud Mental debido al ambiente de constante inacción por parte de los pacientes y la escasa intervención por parte de la psicóloga del área. Por ello, se llevó a cabo un diagnóstico situacional que incluyó a los diversos actores (psiquiatría, técnicos y psicóloga). Para esto, se diseñó una entrevista semi-estructurada con el fin de recoger información válida con el objetivo de identificar necesidades que conduzcan a la comprensión del fenómeno (Cálad, Sarria y Gallego, 2019), todas ellas asegurando la confidencialidad.

A partir de ello, los fundamentos metodológicos del diagnóstico situacional han incluido la investigación acción participativa, la cual promovió una participación activa de la comunidad tanto en su intervención como en la comprensión de sus problemáticas (Montero, 2003). Ello se vio reflejado en la observación conductual y registro de conducta de los pacientes, donde se pudo identificar el escenario de escasa intervención. En función a ello, las principales problemáticas estaban relacionadas a la estimulación de los procesos cognitivos y la educación de estrategias asertivas para el manejo de situaciones de estrés.

Solución Planteada

Como se ha identificado, la institución pública presenta dos procesos diagnósticos, tanto individual como grupal. En el primer proceso individual, la entidad presenta la necesidad del llevar a cabo un mayor tiempo para los procedimientos pertinentes para un diagnóstico a profundidad, ello debido a la demanda de los pacientes. A su vez, capacitarse e implementar evaluaciones psicológicas actualizadas y validadas por la institución. No obstante, al no poder realizar evaluaciones mediante instrumentos psicométricos actualizados, se buscó agudizar la capacidad de escucha y observación con el fin de poder registrar el máximo de datos cualitativos tanto en la historia clínica como en la anamnesis psicológica.

Por otro lado, en respuesta al escenario de inactividad dentro del área se llevó a cabo el diagnóstico situacional como primera solución planteada. Dicho proceso, se dio en respuesta a las necesidades y problemáticas identificadas en la observación del área. Ello debido a que se

presenciaba un ambiente de inacción y carencia de intervenciones por parte de los encargados. Ante ello, se decidió llevar a cabo el diagnóstico de necesidades junto con la compañera de prácticas pre profesionales, donde se aplicó observación de conducta de los pacientes y entrevistas semi- estructuradas al personal con el fin de conocer la necesidad o problemática más relevante de los pacientes activos e intervenir en función a lo encontrado.

Dentro del diagnóstico de necesidades, se inició con determinar el objetivo principal del diagnóstico, el cual se trataba de identificar las necesidades de los pacientes hospitalizados para así tener un sustento a las sesiones establecidas más adelante. Posteriormente, se seleccionó a los participantes para la entrevista semi- estructurada y se recolectó la data. Por último, una vez que obtuvimos las entrevistas se detalló lo recogido a través de un análisis de las necesidades donde se identificó que los pacientes necesitan actividades diarias que apunten a contribuir con su bienestar para sus salidas a corto plazo del área.

Es por esta razón que se cree importante contar con un equipo más amplio en el departamento de Psicología dentro del espacio de Salud Mental asociado a Psiquiatría con el fin de ofrecer mayor atención personalizada en cada caso que lo requiera dentro del tiempo de internamiento. Sin embargo, al tratarse de una entidad pública del Estado, dichas recomendaciones demandan un proceso extenso y burocrático. No obstante, se cree importante tener capacitaciones periódicas en diagnóstico y evaluaciones psicométricas y contar con profesionales capacitados para el diagnóstico oportuno y complementario del área de Psiquiatría.

Principales resultados de aprendizaje

A lo largo de mi carrera profesional en la Facultad de Psicología, se logró participar en diversos trabajos de investigación que ameritaba la observación y el uso de registros de recojo de información, por lo que tenía el conocimiento teórico y práctico necesario para llevar a cabo mis funciones dentro de las prácticas pre profesionales. Es por ello que considero pertinente resaltar las herramientas brindadas para llevar a cabo las funciones y enfrentar los retos que se presentaron de la mejor manera.

Las funciones que se realizó de acuerdo a la competencia Diagnóstica permitieron afianzar aprendizajes previos relacionados a la observación, registro de información y la entrevista psicológica. Específicamente, se afianzó conocimientos en el desarrollo de instrumentos de recolección de información para las evaluaciones pertinentes con el fin de encontrar una presunción diagnóstico o necesidades dentro de una población específica (EVPA 5 e ITA 16). A su vez, cursos como Técnicas de Observación y Entrevista, Evaluación

Psicológica y los distintos cursos integradores dieron la posibilidad de llevar a cabo lo aprendido reflejado en la práctica, logrando conocer casos reales, desarrollando una actitud crítica personal y la capacidad de exponer al juicio crítico de otros. De modo que se propuso recomendaciones que propicien el bienestar de las personas e institución.

Por otro lado, se utilizó la ética responsablemente, el uso de métodos apropiados para el recojo de información y el análisis de necesidades de acuerdo al Principio E: “Respeto por los derechos y la dignidad de las personas” que postula el derecho a la confidencialidad y privacidad de sus datos (APA, 2017). Finalmente, se logró identificar ciertas limitaciones en el aprendizaje de acuerdo al uso y corrección de las pruebas proyectivas y psicométricas. Sin embargo, en respuesta a ello, tanto los asesores y la coordinadora de prácticas en la institución llevaron a cabo talleres de aplicación y ejecución de las pruebas más utilizadas dentro de la institución permitiendo aprender el proceso desde la práctica y la teoría, respectivamente.

Por todo lo mencionado anteriormente, se considera haber logrado fortalecer y adquirir habilidades relacionadas a la observación, entrevista, aplicación de pruebas proyectivas y psicométricas, análisis de información (DA15), sistematización y el uso adecuado y ética de la misma. Cabe resaltar que el acompañamiento dentro del departamento de Psicología aportó en gran medida para seguir desarrollando dichas habilidades y aprender de profesionales con mayor experiencia.

Competencia Interviene

La presente competencia “Interviene” consistió en el establecimiento de objetivos y técnicas psicológicas que contribuyan a la comprensión de la problemática latente con el fin de optimizar los cambios conductuales o emocionales a través de un proceso de adaptación. Durante la permanencia en la entidad pública, se llevó a cabo breves consejerías psicológicas supervisadas por los asesores asignados. Sin embargo, en la presente competencia se profundizará acerca de la ejecución de un programa de intervención psicológica dentro del área de Hospitalización en Salud Mental (Psiquiatría).

Inicialmente, se realizó el diagnóstico situacional donde se identificó la problemática: dificultades en el afrontamiento a situaciones de estrés. Por lo que se propuso lograr que los pacientes conozcan herramientas que aporten a su bienestar psicológico inmediato durante su permanencia en el área de Hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría).

La presente intervención respondió a dos objetivos específicos. En primer lugar, llevar a cabo la estimulación de procesos cognitivos, tales como la atención, concentración, memoria y lenguaje. Debido a que la mayoría de los pacientes se encontraban en estado de desinterés y

poca motivación para realizar actividades que el ambiente favorecía, ya que no se contaba con estímulos distractores (TV, radio, juegos de mesa). En segundo lugar, el psicoeducar a los pacientes acerca de estrategias asertivas para el manejo de situaciones de estrés, no solo con el fin de informar, sino que también desarrollar, orientar y fortalecer capacidades para afrontar situaciones estresoras (Bulacio, Vieyra, Rivero, 2003). Esta implementación constó de 17 sesiones de duración 30 minutos a 45 minutos aproximadamente, dos veces por semana. La estimulación cognitiva constó de 9 sesiones y la psicoeducación constó de 8 sesiones.

<i>Objetivo Principal</i>	
Los pacientes logran conocer herramientas que aporten a su bienestar psicológico inmediato durante su permanencia en el área de Hospitalización de Psiquiatría.	
<i>Objetivos Específicos</i>	
Estimular los procesos cognitivos (atención, lenguaje, concentración y memoria) durante la permanencia en la sala de Hospitalización de Psiquiatría.	Psicoeducar a los pacientes en estrategias asertivas para el manejo de situaciones de estrés durante la permanencia en la sala de Hospitalización de Psiquiatría.

Las sesiones de desempeño cognitivo consistían en dinámicas y actividades, tales como crucigrama, sudokus, hojas de trabajo, jenga y juegos de memoria. Ello debido a que en dichas sesiones se contaba con una población de pacientes con diagnóstico crónico o con deficiencias en los procesos cognitivos debido a la medicación de larga data. A su vez, en cuanto a la psicoeducación acerca de estrategias de afrontamiento eficaces y saludables, se tomó en cuenta la historia clínica de cada paciente y se adoptó necesidades latentes, con el fin de que puedan interpretar y afrontar de manera más asertiva diversas situaciones. La mayoría de la población que asistía se trataba de pacientes que habían enfrentado una situación de crisis por primera vez. A su vez, la intervención se complementó con breves reuniones con los familiares donde se les orientaba acerca del diagnóstico y recomendaciones para el tratamiento, llevadas a cabo por la psicóloga encargada del área de Psicología dentro del área de hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría).

Situación a mejorar

Pese a que la propuesta de trabajo dentro del área de Hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría) era resistente al cambio y compleja en función al modo de intervención en población psiquiátrica, se logró identificar lo siguiente:

Dentro de las tareas del área, los psiquiatras realizaban visita médica todos los días a los pacientes preguntando sobre su evolución. La medicación era proporcionada según lo referido por el paciente. También, se observó que la comunicación entre psiquiatras y psicóloga era limitada y no habían espacios formales ni opcionales donde los profesionales podían discutir casos, intercambiar ideas o propuestas. En consecuencia, generaba “desorganización” en la intervención integral (intervención psiquiátrica y psicológica) del área de Salud Mental.

En relación a ello, se trataba de un área donde la comunicación interna era reducida, sin una mirada colaborativa entre profesionales. Por otro lado, la limitada intervención psicológica por parte de la psicóloga encargada, debido a la cantidad de pacientes que se le era asignado (pacientes de hospitalización e inter-consultas). Todo ello, favorecía a una constante inactividad por parte de los pacientes, debido a que no recibían intervenciones psicológicas apropiadas a su diagnóstico.

A partir de esta situación, se logró identificar una principal oportunidad de mejora que podría optimizar el tiempo de internamiento de los pacientes, el llevar a cabo un diagnóstico situacional que nos esclarezca las necesidades del área con el fin de intervenir en ella en función a proporcionar bienestar a los pacientes. Con dicho proceso, se logró llevar a cabo una intervención psicológica que más adelante lo iremos abordando como solución planteada.

Reseña teórica

Los contextos dentro de una intervención en sala de hospitalización psiquiátrica buscan disminuir la angustia del ingreso, fomentar recursos, la emisión de apoyo social, la toma de conciencia sobre la realidad y la integración en la dinámica de la unidad y el manejo de conflictos (Belloso, Diaz y Lopez, 2015). Por ello, el espacio grupal se convierte en una plataforma de ayuda al paciente para su inserción en el medio terapéutico (Belloso, Diaz y Lopez, 2015).

La población que se encontró dentro del área se caracterizaba por un deterioro del funcionamiento personal. Dentro de las dificultades presentes se podían evidenciar deterioro de procesos cognitivos, aislamiento social, reducción de motivación para la actividades diarias y cada uno de estos cambios afectan tanto a la capacidad de relacionarse con las personas que

le rodea y la capacidad del paciente para mantenerse en bienestar en su vida cotidiana (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

A su vez, a partir de la información recaudada por el personal de salud, se inició una revisión de literatura respecto al desempeño cognitivo y el manejo del estrés en pacientes del Área de Psiquiatría. Por un lado, se encontraban pacientes que habían llegado con episodios de crisis por primera vez. Por otro lado, los pacientes que eran recurrentes diagnosticados con esquizofrenia paranoide o indeterminada, quienes en su mayoría se trataba de usuarios adultos tardíos y adultos mayores que presentaban deterioro cognitivo revisado según sus historias clínicas.

Entre las dificultades a nivel cognitivo se pueden mencionar el deterioro de la memoria, la atención y de las funciones ejecutivas. Según Pardo (2005) a nivel atencional, dichas dificultades pueden encontrarse ligadas a la pérdida del interés y de la motivación y al debilitamiento de la esfera volitiva (capacidad de controlar actos). A pesar que las intervenciones farmacológicas son efectivas (Flashman y Green, 2004), se llevó a cabo la complementación con medidas de soporte psicosocial y talleres grupales donde se reforzaba en estrategias de memoria como la categorización, visualización y asociación (Díaz y Sosa, 2010), y por otro lado la psicoestimulación a través de las artes (dibujo y pintura) con el objetivo de estimular la praxia, función ejecutiva y visuoespacial (Díaz y Sosa, 2010).

Se sabe que la intervención cognitiva en los adultos mayores es considerada una actividad indispensable para el desarrollo integral de los mismos (De León, 2012). Así, se ejecuta fundamentalmente en forma de estimulación cognitiva, la que incluye los talleres de entrenamiento de la memoria y atención que busca reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, asegurando la autonomía y favorecer la socialización (Marrón, Alisente, Izaguirre, Rodríguez, 2011).

Por otro lado, según Darzi (2008) en National Collaborating Centre for Mental Health (2009) se enfatizó la importancia de “empoderar” a los pacientes con mejor información para permitir una calidad diferente de conversación entre profesionales y pacientes. Todo ello, de acuerdo a la necesidad y el grado en que la información proporcionada se comprende, recuerda o actúa.

A partir de ello, la psicoeducación se ha desarrollado como un aspecto del tratamiento en la esquizofrenia y en episodios de crisis donde se presenta con estrategias de gestión, técnicas de afrontamiento y habilidades de juego de roles grupales. Según un estudio de Pekkala y Merinder (2002) muestra una reducción significativa de las tasas de recaída o readmisión y la mejora en el funcionamiento psicosocial donde se muestra la posibilidad de

que la psicoeducación tenga un efecto positivo en la calidad de vida y en el bienestar de los pacientes.

Siguiendo esta línea, dentro del contexto en el que se encontraba la sala de Salud Mental (Psiquiatría) el personal profesional no se daba a basto para realizar psicoeducación personalizada con los pacientes que llegaban. Por ello, se llevó a cabo dicha aproximación terapéutica grupal en el cual se proporcionaba a los pacientes información específica acerca de su condición brevemente y se enfatizaba en el entrenamiento en técnicas para afrontar situaciones estresoras. La psicoeducación constaba de un proceso educativo de 4 aspectos: a) involucramiento familiar breve (ciertos casos), b) información y orientación, c) entrenamiento en la solución de problemas, y d) facilitación de la rehabilitación social del paciente (intervenciones externas) (Ledezma y Terriquez, 2007).

La presente intervención cognitivo- conductual se encontró de acuerdo a lo propuesto por Alves, Eulalio y Brobeil (2009) quien presenta una mirada preventiva donde el principal objetivo era acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento con el fin de prevenir el agravamiento del trastorno o episodio en crisis. De tal manera, que se aseguró una aproximación positiva con el paciente, proporcionando estructura y estabilidad tanto cognitiva como conductual dentro del área, centrándose en el “aquí y el ahora” tanto para pacientes como para los familiares del mismo (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

Solución Planteada

A partir de las necesidades descritas anteriormente, se consideró importante implementar más espacios formales grupales para realizar la planeación colaborativa entre los pacientes de la sala de Hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría). En esta línea, a partir de un diagnóstico situacional, se logró definir dos objetivos específicos para la intervención grupal, el cual tuvo el apoyo de la supervisora de psicología del área y el permiso de los psiquiatras en el uso del espacio físico e intervención en los pacientes.

En esta línea, se desarrolló productos que corresponden a las etapas de planificación, diseño y ejecución de los talleres (ITA 16). Frente a ello, se definió como objetivo principal que los pacientes logren conocer herramientas que aporten a su bienestar psicológico y ello sería logrado a través de la estimulación de los procesos cognitivos (memoria, atención, concentración y lenguaje) (9 sesiones) y la psicoeducación acerca de su condición y estrategias para el manejo del estrés (8 sesiones) (ITA16).

Dichas sesiones grupales eran llevadas a cabo dos veces por semana con la participación de una compañera que también realizaba las práctica pre profesionales y la psicóloga

encargada. A su vez, las sesiones solían ser segmentadas por grupo de interés debido a que la estimulación cognitiva estaba dirigida a pacientes con diagnósticos de larga data y la psicoeducación para pacientes que habían llegado por primera vez en estado de crisis. No obstante, cabe mencionar que dichos espacios no lograron tener continuidad en los pacientes debido a que la estadía de los pacientes constaba de 2 semanas a 1 mes como máximo. Por lo que, los pacientes no lograron culminar con todas las sesiones (ITA16).

A su vez, el tiempo no era suficiente para profundizar en ciertos casos debido a la cantidad de pacientes externos que llegaban al área de Salud Mental. Sin embargo, contaba con la retroalimentación de la psicóloga encargada quien reforzaba propuestas de mejora para aplicar en la sesión que se aproximaba para optimizar la práctica.

Principales resultados de aprendizaje

Cada una de las responsabilidades atribuidas en el desarrollo de charlas y talleres (ITA16), permitió fortalecer competencias en relación a la planificación, diseño y ejecución de la intervención dentro de una población tan retadora (pacientes en Sala de Salud Mental-Psiquiatría). Para iniciar la presente intervención, se llevó a cabo la identificación adecuada de necesidades, proceso fundamental para tener conocimiento sobre el contexto, el público objetivo y sus demandas para así desarrollar objetivos claros.

Asimismo, dicha intervención constó de dos objetivos claros: estimulación cognitiva y psicoeducación de diversos temas. En función a ello, se logró generar herramientas de planificación, el cual fue indispensable para la división de roles, coordinar temas y tareas y supervisar las etapas de la intervención. A su vez, mencionar que fue una intervención retadora ya que se trataba de una población que nunca antes se había tenido la oportunidad de intervenir. Por eso mismo, fue fundamental el planificar el diseño y la ejecución de las intervenciones, ya que sin este paso previo no se tendría una claridad de roles necesarios.

Por otro lado, se afianzó habilidades de observación y registro de información con el fin de mejorar los talleres propuestos. Además, se permitió proponer y aplicar metodologías y dinámicas acordes al desarrollo del público objetivo, debido a que se trataba de grupos segmentados que no permanecieron en su totalidad en las 17 sesiones de la intervención. Con todo ello, contar con un equipo que confiaba en la capacidad en lo trabajado no solo brindó herramientas, sino confianza en el desempeño y habilidades profesionales.

Por último, el haber realizado las prácticas dentro de una institución pública dió la oportunidad de conocer la realidad de la salud mental desde un escenario público, donde si bien había limitaciones en cuanto a los instrumentos utilizados, espacios y capacidad de

profesionales. También, había la oportunidad de plantear nuevas ideas y llevarlas a discusión con el fin de llevarlas a la práctica. En esta línea, se logró fortalecer la habilidad de manejo de grupo en las cuales se establecieron estrategias para retar los procesos cognitivos de los pacientes, tanto para pacientes con diagnóstico de largo plazo como pacientes que llegaban por episodios de crisis: atraer su atención, estimular los procesos cognitivos, llevarlos a un proceso de reflexión y discusión, creatividad, toma de decisiones y razonamiento, permitiendo generar conocimiento acerca de los diversos temas propuestos.

Competencia Evalúa

La presente competencia “Evaluación” consistió en conocer el impacto social o los efectos producidos por las acciones, teniendo en cuenta las metas del proyecto. Todo ello contribuye con las decisiones a futuro que se podrían tomar acorde con la propuesta de intervención, tales como la continuidad del proyecto, la reestructuración del proyecto, posibles mejoras de prácticas o procedimiento, descartar o agregar determinadas estrategias o técnicas y finalmente, organizar y desarrollar proyectos similares en diversas o similares poblaciones (Issel y Wells, 2017).

Una vez culminada la implementación de la intervención durante mis prácticas pre-profesionales, se revisó la información sistematizada y se plasmó en una bitácora donde se presentó los resultados de la intervención de manera cualitativa a partir de la observación conductual de los pacientes ante la propuesta de intervención. Todo ello, tomando en cuenta la pertinencia y coherencia entre los objetivos y las herramientas brindadas.

Ello se llevó a cabo para ambos objetivos de la intervención, tanto para la estimulación de los procesos cognitivos, como para la psicoeducación acerca de estrategias asertivas para el manejo de situaciones de estrés en los pacientes hospitalizados en el área de Salud Mental (EVPA5). Es por ello que los informes psicológicos (ITA10) e historias clínicas realizados por los psiquiatras eran de suma importancia al momento de conocer el panorama inicial de la sala de Hospitalización de Salud Mental.

A partir de la propuesta, el proceso de evaluación planteó como objetivo general de la intervención el que al finalizar, los pacientes logren conocer herramientas que aporten a su bienestar psicológico durante su permanencia. Por ello, se contó como indicador de logro el que más de la mitad de los pacientes logren conocer dichas herramientas. Todo lo propuesto anteriormente, sería evaluado a partir de una prueba pre- post, donde se recoja información similares en dos momentos diferentes.

A su vez, en la práctica se llevó a cabo una ficha de observación de cada sesión donde se tuvo en cuenta la asistencia y la participación de los asistentes, donde se evidenció la habilidad de auto-observación y auto-reflexión. Sin embargo, se contó como limitación que los pacientes permanecían en el área aproximadamente entre 7 días a 1 mes, por lo que no se trataba de una población constante. Posteriormente, una vez finalizada mi permanencia en el área se llevó a cabo una propuesta de evaluación más amplia que podría aplicarse para próximas intervenciones donde cada objetivo tuvo un indicador de logro que permitirá evaluarlo, así como actividades e instrumentos que responderían a él; ello debido a que la demanda de los pacientes y el tiempo no permitieron realizarlo en el momento indicado.

La propuesta de intervención al finalizar la rotación dentro del área, se ejecutó como solución planteada ante diversas limitaciones, tanto como marco lógico como matriz de evaluación, con el fin de utilizarlo como instrumento para conocer y valorar en qué medida se han conseguido los objetivos que se habían previsto, el correcto uso de los resultados y de instrumentos y el perfeccionamiento u optimización de la intervención.

Situación a mejorar

Como se ha mencionado, la institución pública presentaba gran necesidad de intervención en los pacientes que permanecían en el área de Hospitalización de Salud Mental. Por ese motivo, se brindó constantemente espacios de estimulación cognitiva y psicoeducación como parte de la intervención grupal. Desde el departamento de Psicología se resaltó la necesidad de ejecución inmediata de la intervención debido a que mi rotación y permanencia en el área constaba de 2 meses, por lo que ciertas limitaciones en el llevar a cabo un proceso evaluativo fueron evidenciadas, tales como el tiempo de implementarlo.

En ese sentido, era necesario incorporar un plan de evaluación en los talleres, lo cual permitiría sustentar el alcance. No obstante, el diseño de dicha evaluación debía tomar en cuenta los factores asistenciales, contextuales y de confiabilidad. Por su parte, debido a que los talleres se desarrollan durante el horario laboral se contaba con una aprobación de los encargados del área y del ambiente utilizado de máximo de 1 hora por cada taller. Dado el tiempo de invitación a los pacientes, el contenido, las explicaciones pertinentes, la motivación, la metodología participativa y las actividades consideradas fundamentales para generar un impacto significativo en los pacientes, se afirmó que no era posible realizar la evaluación dentro del espacio del taller.

Como factor adicional, se debía de considerar que la mayoría de los pacientes no contaban con una atención plena debido a la medicación y estado de ánimo con el que habían

llegado. Por ese motivo en la práctica, se explicita que la herramienta de evaluación debía ser cualitativa y con una ficha de observación, con la finalidad de lograr información valiosa sin generar una carga adicional en los pacientes.

Asimismo, debido a que la participación dentro del área era voluntaria, se consideró importante tomar en cuenta las expectativas y las asistencias de los participantes. Finalmente, se resaltó la necesidad de que el plan de evaluación responda a consideraciones éticas como el proporcionar el conocimiento apropiado a los pacientes, la confiabilidad de sus intervenciones así como también la libertad de intervenir en los talleres (American Psychology Association, 2017).

Con todo ello, debo mencionar que el área no contaba con un plan de evaluación elaborado previamente con anteriores intervenciones grupales, debido a la gran demanda de pacientes en consultorio externo al tratarse de una entidad pública. En efecto, ello generó dificultades en realizar un plan de evaluación a profundidad con mayor evidencia del cambio generado en el conocimiento y estimulación durante la rotación.

En consecuencia, esto complejizaba la propuesta de mejora e impacto que se estaba desarrollando. En esta línea, una vez finalizado la rotación por el área, se consideró indispensable llevar a cabo la optimización de la propuesta del plan de evaluación llevando a cabo un plan de evaluación con el fin de evaluar la efectividad de las sesiones con los pacientes, los indicadores de logro, criterios de evaluación y las herramientas de medición apropiadas, las cuales permitan identificar el impacto de las intervenciones grupales.

Reseña teórica

El proceso de evaluación corresponde a un proceso sistemático de obtener información objetiva y necesaria en la que apoyar un análisis sobre la efectividad del diseño, la ejecución y los resultados de las intervenciones (Rossi, Lipsey y Henry, 2018). En este línea, se afirma que un programa generalmente implica evaluar 5 dominios: (1) la necesidad para el programa, (2) el diseño del programa, (3) la implementación y seguimiento de la intervención, (4) el impacto de los resultados y (5) su eficiencia (Rossi et al, 2018).

El primer punto corresponde a la necesidad de una problemática sentida, por lo tanto se evalúa la naturaleza, magnitud y distribución del problema, siendo este el primer paso evaluativo en la planificación. En segundo lugar, la conceptualización y el diseño del programa debe reflejar y representar un enfoque factible para abordar. En tercer lugar, la evaluación de la fidelidad y efectividad de la implementación del programa; es decir, un monitoreo, cumpliendo la función de evaluar el cumplimiento de actividades, tareas y los logros de las

metas que éstas se propusieron a través de recursos específicos. Miller (2017) sostiene que para llevar a cabo el proceso evaluativo es fundamental que el proceso sea colaborativo, en las cuales los pacientes sean quienes hagan explícito, ya sea a través de sus intervenciones/opinión u observación de conducta, aquellos cambios percibidos a partir de los indicadores propuestos.

En cuarto lugar, la evaluación de impacto o de resultados que mide el grado de mejoras previstas en las condiciones en las que se aborda (Rossi et al. 2018). Por último, la eficiencia del programa donde no solo se identifica los logros sino que también sus costos. Sin embargo, dicho aspecto suele ser más apropiado para programas más maduros y estables debido a la financiación correspondiente (Rossi et al. 2018).

Cabe mencionar que la presente evaluación se llevó a cabo de manera limitada y parcial, ello debido a que al ser un área rotativa no era permitido que los pacientes permanezcan por larga temporada. Por ello, se utilizó la observación de conducta y una ficha de monitoreo llenada por los miembros del equipo (mi persona y mi compañera de prácticas pre-profesionales).

Bajo este contexto, se llegó a la conclusión de llevar a cabo una propuesta de evaluación completa que conforme indicadores de logro e instrumentos para evaluar los objetivos específicos, para ello se utilizó una prueba de entrada y de salida con el fin de conocer dos momentos claves durante su permanencia; tanto de inicio como de término que evidencie la llegada base de los pacientes al área y su salida respectiva. Ello concuerda con Lipsey, 2000 en Sharpe, 2011) quien propone que el evaluador debe considerar la variabilidad en la evaluación; es decir, tomar en cuenta variables medidoras con criterios de evaluación establecidos y resultados observables subjetivos en función a los efectos de la intervención.

Finalmente, se llevó a cabo la validación de los criterios de evaluación debido a su estrecha relación con la finalidad de la evaluación. Cabrera (2000) afirma que evaluar significa la emisión de un juicio de valor sobre la información recogida, por ello es fundamental llevar a cabo indicadores porque son realizaciones observables de los criterios por lo que su formulación es necesaria para constatar si se han alcanzado los objetivos establecidos, tomando en cuanto la pertinencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad (Rossi, Lipsey & Henry, 2018)

Solución Planteada

A partir del contexto y de la necesidad de contar con un plan de evaluación acorde a las demandas del área de hospitalización de Salud Mental, se desarrolló la propuesta de evaluación (EVPA 4) que tenía como objetivo general que los pacientes logren conocer herramientas que aporten a su bienestar psicológicos durante su permanencia en el área de hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría).

Para ello, se planteó dos objetivos específicos alineados a lo que se buscaba. En primer lugar, que los pacientes logren conocer estrategias asertivas para el manejo del estrés que constó de 8 sesiones y el segundo, que los pacientes logren estimular los procesos cognitivos a través de actividades expresivas que constó de 9 sesiones.

Durante la intervención, se llevó a cabo un seguimiento limitado y parcial debido a que se trataba de una población que no era constante por lo que se dificulta la medición de las sesiones. Por ello, a partir de la necesidad de contar con un plan de evaluación se desarrolló una propuesta de evaluación que puede ser ejecutada en posteriores intervenciones y con una población constante. En este sentido, en la presente propuesta se hace uso de pruebas de entrada y de salida y una ficha de monitoreo para los miembros del equipo.

Es importante resaltar que la presente propuesta fue adecuado a los objetivos específicos de la intervención (EVPA 4) y a las condiciones y características de los pacientes, quienes eran en un 50% pacientes que se encontraban en el área de Salud Mental por un episodio en crisis por primera vez y 50% pacientes recurrentes de larga data y medicación prolongada.

Para la primera población, se pensó llevar a cabo el primer objetivo específico con quienes se realizó la psicoeducación acerca estrategias asertivas para el manejo del estrés y con quienes se aplicaría la prueba de entrada y de salida, debido a que se trataba de pacientes que llegaban desbordados por alguna situación estresante, en su gran mayoría. Por otro lado, con la población de pacientes recurrentes de larga data se observaba que tenían dificultades en los procesos cognitivos por lo que se decidió llevar a cabo la estimulación de la misma a través de actividades artísticas u hojas de trabajo. En ese sentido, para la presente población se llevó a cabo la observación de conducta y una ficha de monitoreo en función a su participación y la asistencia realizada por los miembros del equipo en función a lo observado durante la sesión.

Finalmente, es necesario precisar que se llevó a cabo una matriz de evaluación que tomó en cuenta las consideraciones éticas tanto para la recolección de información como para la sistematización de la misma con el fin de extraer conclusiones futuras.

Principales resultados de aprendizaje

Un principal resultado de aprendizaje fue valorar en mayor medida el tiempo y la dinámica de trabajo que se tiene dentro de una institución pública. En efecto, a partir del conocimiento adquirido durante la formación académica se planteaba llevar a cabo el proceso de manera ordenada y organizada llevando a cabo los procesos pertinentes. Sin embargo, dentro de la institución, se observó una mayor importancia a la práctica o ejecución inmediata de dichas intervenciones debido a que los pacientes no permanecían por un largo tiempo con el fin de que puedan tener con ellos un mayor beneficio durante su permanencia.

En ese sentido, frente a dichas limitaciones identificadas tanto de tiempo, población y espacio, se reconoció la importancia de redes de soporte de la compañera de trabajo, quien siempre mostró gran apertura, paciencia y dedicación para llevar a cabo la intervención, lo cual logró afianzar el trabajo en equipo a través de la comunicación constante para así, optimizar tiempos e incluso metodologías planteada para cada sesión.

Además, dentro de la malla curricular de Psicología en el curso de “Psicología y Desarrollo Integral” se afianzó la competencia de diseñar y aplicar acciones de intervención acordes a la problemática y necesidades detectadas. A su vez, se evaluó el programa de intervención de manera ética y crítica. En ese sentido, se utilizó herramientas metodológicas pertinentes, tales como el marco lógico y la matriz de evaluación, siendo esenciales medios para cumplir con el objetivo general.

Finalmente, cabe mencionar que la formación dentro de la Facultad de Psicología permitió asumir retos alineados a lo solicitado por el área. Sin embargo, las circunstancias no eran las mismas a las que se había enfrentado dentro de la universidad. Por ello, se considera que el poder adaptarse a un espacio institucional castrense y público con limitaciones tales como el espacio no adecuado, la inmediatez del llevar a cabo las sesiones y la no-constancia de los pacientes debido a que era un área donde su permanencia era corta, logró fortalecer habilidades cognitivas como la toma de decisiones, la creatividad, la resolución de problemas y la metacognición. Así como también, una búsqueda activa de información confiable sobre el llevar a cabo estimulación cognitiva y psicoeducación sobre estrategias asertivas a una población tan retadora como lo era la población de pacientes psiquiátricos hospitalizados por un episodio en crisis.

En efecto, se planteó una propuesta cumpliendo con las demandas tanto del área como de la población permitiendo mantener acciones acertadas y optimizando la evaluación de la intervención con el fin de conocer la efectividad de lo desarrollado con los pacientes del área de Salud Mental (Psiquiatría).



Conclusiones

El presente informe recopila toda la experiencia adquirida dentro del centro de prácticas pre profesionales en una institución pública. En ese sentido, el presente documento aborda y profundiza acerca de cada competencia y logro desarrollado a partir de la práctica de ciertas funciones desde el marco de la psicología clínica. En esta línea, la información brindada anteriormente se ha esquematizado a partir de tres competencias fundamentales dentro de la práctica de Psicología: diagnóstica, interviene y evalúa. Todas ellas importantes debido a que cumplen el rol de fortalecer aprendizajes previos de acuerdo al perfil de egreso de la Pontificia Universidad Católica del Perú - Facultad de Psicología.

En primer lugar, en cuanto a la competencia diagnóstica, dicha metodología se llevó a cabo dentro del área de hospitalización de Salud Mental a través de informes psicológicos donde se plasmaba una presunción diagnóstica supervisada por la psicóloga del área. Por otro lado, el diagnóstico situacional dentro de la misma área, debido a que los pacientes no contaban con una intervención apropiada por lo que se sugirió el diagnóstico de necesidades. Con ello, se elaboró las entrevistas a los encargados del área con el fin de encontrar las problemáticas. Se llevó a cabo entrevistas semi- estructuradas a dos personales de la salud que trabajaban dentro del área alrededor de 10 años.

Bajo la presente metodología, se logró identificar gran inacción y desmotivación por parte de los pacientes dentro del área y así como una escasa intervención por parte de los profesionales debido a la cantidad de pacientes de consultorio externo. Con todo ello, conté con la habilidad de poder adaptar procesos establecidos y aprendidos dentro de la formación universitaria con la finalidad de adaptarme a la rutina de trabajo, clima laboral, feedback de la supervisora y contribución al equipo de Psiquiatras. En esta línea, uno de los principales resultados de aprendizaje dentro de esta competencia es el llevar a cabo herramientas de recojo de información apropiadas a la dinámica laboral institucional, así como la sistematización y el análisis de información pertinente con el fin de encontrar evidencia congruente a lo planteado en la intervención.

En segundo lugar, se logró fortalecer la competencia de “intervención” mediante el diseño y la ejecución de una intervención grupal con los pacientes del área de hospitalización del área de Salud Mental en respuesta a lo encontrado dentro del diagnóstico. En efecto, de acuerdo a las demandas encontradas, se decidió abordar el bienestar de los pacientes a través de la psicoeducación en estrategias asertivas en respuesta a una situación estresante. Ello

dirigido a la población de pacientes que llegasen por episodios en crisis por primera vez. Por otro lado, se contó con la estimulación cognitiva de los pacientes que llegaban con un diagnóstico de larga data evidenciado en la observación de conducta y las historias clínicas donde se reflejaba la afectación cognitiva debido a la medicación de larga data.

La presente intervención constó de 17 sesiones. Se planificó 8 sesiones para la psicoeducación a través de dinámicas grupales, exposiciones y participación e intervención constante de los propios pacientes; y 9 sesiones para la estimulación cognitiva a través de actividades expresivas artísticas y hojas de trabajo. En ese sentido, se demostró contar con recursos que permiten organizar una intervención; teniendo en cuenta los objetivos, características de la población (pacientes hospitalizados), el entorno y las limitaciones (población que permanecía entre 6 a 15 días). Para todo ello, es fundamental considerar que el mayor reto fue el llevar a cabo dichas intervenciones debido a que la mayoría de pacientes en los inicios se mostraban resistentes; sin embargo, gradualmente se logró captar mayor atención y permitir responder a los objetivos planteados.

Adicionalmente, se reconoce que el llevar a cabo cada sesión y el feedback de la supervisora fue fundamental para evaluar críticamente el desempeño en el ámbito de la intervención en el área clínica. En efecto, contar con la posibilidad de intervenir y promover cambios en una población tan retadora cumpliendo con las consideraciones éticas fundamentales ha dado cuenta de la capacidad profesional propia como psicóloga responsablemente.

Por último, la competencia evalúa se evidenció a través de la propuesta de evaluación de la intervención planteada dentro del área de hospitalización de Salud Mental. En ese sentido, se diseñó y ejecutó una propuesta de plan de evaluación mencionado anteriormente, tomando en cuenta la metodología pertinente con el fin de obtener información objetiva y útil en la que apoyar un juicio de valor sobre el diseño, la ejecución, monitoreo y los resultados de la intervención. En esta línea, se generó un marco lógico y una matriz de evaluación acompañado de la ficha de monitoreo con el fin de poder aplicarlo en próximas intervenciones.

Dentro de la intervención mencionada, en la práctica se llevó a cabo una ficha de observación de cada sesión donde se tuvo en cuenta la asistencia y la participación, evidenciándose la habilidad de reflexión por parte de los participantes. Sin embargo, se contaba con una gran limitación en cuanto a la población debido a que los participantes no permanecían por larga temporada dentro de la sala de hospitalización por lo que las intervenciones eran

suspendidas para las personas que se retiran, interfiriendo en la obtención de una medición constante. Por ello, se planteó para una futura intervención, tomar en cuenta herramientas e indicadores establecidos en los cuales se pueda tener mayor precisión y un análisis profundo no solo de las respuestas obtenidas por parte de los pacientes, tanto cualitativas como cuantitativas; sino también del proceso metodológico en función a los criterios de evaluación (eficiencia, eficacia, sostenibilidad y pertinencia).

En síntesis, el período de prácticas pre profesionales dentro de una institución pública implicó el desenvolverse dentro de las condiciones del Estado y sus dinámicas burocráticas, por lo que me enfrenté a una serie de retos profesionales acompañados de situaciones de incertidumbre y estrés laboral. A pesar de ello, se considera haber contado con las herramientas, metodologías y habilidades correspondientes a la preparación académica donde se logró afianzar competencias de diagnóstico, intervención y evaluación en el área de psicopatología. En ese sentido, agradecer a los supervisores de cada área en la que se rotó debido a que se tuvo la oportunidad de adaptar, optimizar, ejecutar y potenciar aprendizajes previos en la práctica dentro de un contexto clínico nuevo. Finalmente, agradecer a la Facultad de Psicología por los conocimientos brindados para así fortalecer el desempeño de la mejor manera como profesional.

Consideraciones éticas

La práctica de la psicología está basada en dos fundamentos principales. En primer lugar, por el conjunto de conocimientos, competencias y habilidades que se han ido forjando a través de la investigación, aprendizajes y la práctica psicológica. Por otro lado, se compone la ética en el desarrollo de ese conjunto de conocimientos y de las acciones aplicadas a los usuarios, con el fin de desarrollar una intervención apropiada (Geoff, 2009). En ese sentido, la formación obtenida dentro de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú a lo largo de la formación profesional inculcaron desde el inicio la importancia de la ética profesional y responsabilidad en las distintas rotaciones en las que se desempeñó, todas ellas dentro del área clínica.

Una de las consideraciones éticas más importantes fue el respeto por los derechos y la dignidad de las personas (Principio E), ello reflejado dentro de la privacidad, la confidencialidad y la autodeterminación (APA, 2017). Se considera que se trata de un principio base con pacientes psiquiátricos crónicos debido a que se trata de una población vulnerable donde la toma de decisiones por parte del paciente es fundamental para intervenir. A su vez, en el rol de practicante de psicología tener en claro la eliminación de prejuicios, tomar en cuenta la información privada y personal y la autonomía o derecho por parte del paciente a decidir de participar o responder a las pruebas o asistir a las intervenciones grupales durante el trabajo en la sala de hospitalización de Salud Mental (Psiquiatría).

Además, una consideración ética a recalcar fue el principio de confidencialidad. Ello debido a que durante el recojo de información, especialmente en las intervenciones individuales y/o evaluaciones en consultas externas se brindaba información sumamente sensible acerca de la vida personal, social, de pareja o familiar. Por ese motivo, era fundamental recalcar que dichas entrevistas (anamnesis) tenían el propósito de poder comprender diversas áreas en su vida cotidiana con el fin de poder gestionar, ya sea un informe psicológico o una intervención individual psicológica. En ese sentido, se buscaba poder beneficiar a los pacientes brindándoles recomendaciones que apunten a su bienestar. Siguiendo esta línea, se cumple el principio fundamental de beneficencia y no maleficencia (Principio A) donde los procedimientos durante mi trabajo profesional, se buscaba salvaguardar el bienestar de los pacientes que llegasen con el fin de generar un efecto positivo (APA,2017).

Finalmente, el trabajar en una entidad pública permitió tener mayores cuidados con el abordaje cumpliendo con el principio de la responsabilidad (EFPA, 2005) transversal en toda acción desempeñada en cada rotación. Ello reflejado en la responsabilidad ante la calidad y posibles consecuencias de mi actuar profesional con el fin de evitar el uso indebido de la práctica psicológica y/o minimizar los posibles daños. A su vez, el poder reconocer dilemas o límites dentro de las funciones de manera responsable, permitió consultarlo con los supervisores encargados con el fin de cumplir las demandas y proporcionar una correcta intervención y así, un mayor conocimiento dentro del aprendizaje en la práctica profesional.



Referencias

- Alves, R., Eulalio, M., & Brobeil, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Archivos brasileños de psicología*, 61(2), 1-12.
- American Psychological Association [APA] (2017). *Ethical principles of psychologist and code of conduct*. APA.
- Belloso, J.; Díaz, M., & López, T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 759-774.
- Borja, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 7(4), 23-43.
- Bulacio, J. ; Vieyra, M.; Rivero, M. (2003) ¿Porqué grupos psicoeducacionales y de autoayuda en trastornos de ansiedad?. *Anxia* (Enero a Marzo 2003).
- Cabrera. F. (2000). *Marco conceptual de la evaluación de la formación*. Editorial Síntesis. Cap 1. Madrid.
- Cálad, C., Sarria, D., & Gallego, M. (2019). Los Enfoques Metodológicos. En: *La psicología comunitaria en Colombia: Caminando hacia una sociedad participativa* (pp. 245-282). Cali, Colombia: Universidad del Valle. doi:10.2307/j.ctv15pjzdn.10
- Compas, B. E., & Gotlib, I. H. (2002). *Introduction to clinical psychology: Science and practice*. McGraw-Hill Humanities, Social Sciences & World Languages.
- Díaz , E., & Sosa, A. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *Medisan*, 14(6), 0-0.

Decreto Legislativo N° 1149 de 2012. Martes, 11 de diciembre. 480537 en el Diario El Peruano.

De León, J. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 32(2), 57-66.

Derendinger, M. (2014). *Psicopatología y tests gráficos*. Pere Barbosa Colomer (Barcelona: Herder, 2014). Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi, (33), 83-86

European Federation of Psychologists Association [EFPA]. (2005). Ethical code. <http://www.efpa.eu/ethics/meta-code-of-ethics>

Flashman, L., & Green, M. (2004). Review of cognition and brain structure in schizophrenia: profiles, longitudinal course, and effects of treatment. *Psychiatric Clinics of North America*.

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C., & Krug, J. S. (2016). Psicodiagnóstico. *Porto Alegre: Artmed*, 27.

Issel, L., & Wells, R. (2017). *Health program planning and evaluation: A practical, systematic approach for community health*. Jones & Bartlett Learning.

Geoff, L. (2009). Ética profesional y psicología. *Papeles del psicólogo*, 30(3), 184-194.

Goldstein, G., Allen, D. N., & DeLuca, J. (2019). Historical perspectives. In *Handbook of psychological assessment* (pp. 3-27). Academic Press.

González Llaneza, F. M., & Martín Carbonell, M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 248(247), 234.

Geromini, N., & Rosario, A. (2004). Valor de la anamnesis en la formulación de las hipótesis diagnósticas y del pronóstico del paciente afásico. *Revista de la Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio*, 12, 104-108.

- Herrera, I. V. (2015). Importancia de la ejecución de actividades físicas y recreativas en personas internadas en Hospitales Psiquiátricos. *Revista Cúpula*, 29(1), 64-72.
- Ledezma, A., & Terriquez, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en salud*, 9(2), 118-124.
- Maganto-Mateo, C. y Avila, A. (1999). El Diagnóstico Psicodinámico: Aspectos conceptuales. *Clínica v Salud*. Año IX, 10(3) 287-330
- Marrón, E., Alisente, J., Izaguirre, N., & Rodríguez, B.(2011). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Editorial UOC.
- Miller, R. (2017). The practice of program evaluation in community psychology: Intersections and opportunities for stimulating social change. En *APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues*, (pp. 107-121). American Psychological Association
- 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.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK. (2009). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). British Psychological Society.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Rev Psiquiatr Urug*, 69(1), 71-83.
- Pekkala, E. T., & Merinder, L. B. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd002831

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Henry, G. T. (2018). *Evaluation: A systematic approach*. Sage publications.

Sharpe, G. (2011). A review of program theory and theory-based evaluations. *American International Journal of Contemporary Research*, 1(3), 72-75.

Veccia, T. (2005). *Enfoque conceptual psicodinámico del Diagnóstico Psicológico: la necesidad de un marco teórico integrador*. Edit. Eudeba, Buenos Aires.



