

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Informe de experiencia en el área de psicología de un hospital
psiquiátrico de Lima Metropolitana

Trabajo de suficiencia profesional para obtener el título profesional de
Licenciado en psicología que presenta:

Daniela del Carmen Bullón Muñoz

Asesore(s):
Lupe Isabel Jara Castro

Lima, 2022

Resumen

El presente informe tiene el objetivo de describir los logros de aprendizaje alcanzados en la competencia profesional diagnóstica en el periodo de prácticas llevado a cabo en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. En primer lugar, se introducen las principales funciones realizadas durante la práctica Pre-profesional: la Evaluación Psicológica y la Atención Psicológica Remota; labores que permitieron una aproximación diversa a procesos psicológicos. En segundo lugar, se relatan los retos del trabajo psicológico en un hospital psiquiátrico y en contexto de crisis sanitaria, como la ética en la evaluación psicológica, la importancia que se le da a la subjetividad de las personas bajo el modelo médico de atención psiquiátrica y las falencias del hospital como institución estatal para responder a las necesidades psicológicas de sus pacientes internadas en el contexto de la crisis sanitaria y la innovación a la intervención psicológica remota. En tercer lugar, se despliegan las soluciones planteadas a las problemáticas presentadas, así como los alcances y limitaciones de las mismas, evidenciando una experiencia llena de retos y aprendizajes. Finalmente, se presenta una serie de recomendaciones a partir de la experiencia, con la expectativa de que puedan ser útiles para los futuros internos de psicología, así como para la institución.

Abstract

The aim of this report is to describe the learning achievements in the diagnostic professional competence in the internship carried out in a psychiatric hospital in Metropolitan Lima. First, the main functions performed during the pre-professional practice are introduced: Psychological Assessment and Remote Psychological Attention; tasks that allowed a diverse approach to psychological processes. Secondly, the challenges of psychological work in a psychiatric hospital and in the context of a health crisis are reported, such as ethics in psychological evaluation, the importance given to the subjectivity of people under the medical model of psychiatric care and the failures of the hospital as a state institution to respond to the

psychological needs of its hospitalized patients in the context of the health crisis and the innovation of remote psychological intervention. Thirdly, the solutions proposed to the problems presented are displayed, as well as their scope and limitations, evidencing an experience full of challenges and learnings. Finally, a series of recommendations are presented based on experience, in order to be useful for future psychology interns as well as for the institution.



Tabla de Contenidos

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso	1
Competencia Diagnóstica	1
<i>Situación a mejorar</i>	4
<i>Reseña teórica</i>	7
<i>Solución planteada</i>	10
<i>Principales resultados de aprendizaje</i>	12
Recomendaciones	18
Conclusiones	20
Referencias	22
Apéndices	24
Apéndice A: Constancia de finalización de Prácticas Pre-Profesionales.....	24
Apéndice B: Programa de intervención "Línea de acompañamiento psicológico para pacientes psiquiátricas del pabellón 20 del Hospital VLH"	27

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

El periodo de prácticas en el Hospital Víctor Larco Herrera (Enero 2020 - Enero 2021) significó un reto lleno de aprendizajes en distintos contextos laborales. En primera instancia, el primer periodo de prácticas se llevó a cabo en el Pabellón de Hospitalización de Corta Estancia Mujeres, en donde la labor principal fue la *Evaluación Psicológica*. En un segundo momento, hacia mediados de marzo, las actividades presenciales en el hospital se vieron interrumpidas por la situación de crisis sanitaria en el país, producto de la pandemia. En ese sentido, en la segunda mitad del año inició la experiencia remota en el pabellón de Consulta Externa de Adultos, en donde la labor principal realizada fue la *Atención Psicológica Remota*. A continuación, se explicará como en ambas labores se ha logrado la comprensión de los casos atendidos, considerando la ética profesional y una mirada autocrítica al trabajo.

Competencia Diagnóstica

El desarrollo profesional en lo que respecta a la competencia diagnóstica se evidencia en dos responsabilidades principales llevadas a cabo en el centro de prácticas: la Evaluación Psicológica y la Atención Psicológica Remota. Ambas actividades fueron realizadas siguiendo los lineamientos éticos correspondientes a la carrera (APA, 2017), con la finalidad de cubrir las necesidades específicas del pabellón de Hospitalización de Corta Estancia Mujeres y el pabellón de Consulta Externa Adultos respectivamente.

La Evaluación Psicológica corresponde al análisis del comportamiento desde su diseño hasta la devolución de los resultados y el respectivo seguimiento. Esta labor consiste, en primera instancia, en recolectar información sobre la paciente a evaluar; a través de la entrevista inicial con la paciente y sus familiares y a través de la lectura de su historia clínica. Luego, consiste en formular una hipótesis sobre lo que le puede estar ocurriendo a la paciente, para así escoger las áreas a evaluar y realizar una distinción crítica de las pruebas y técnicas a utilizar,

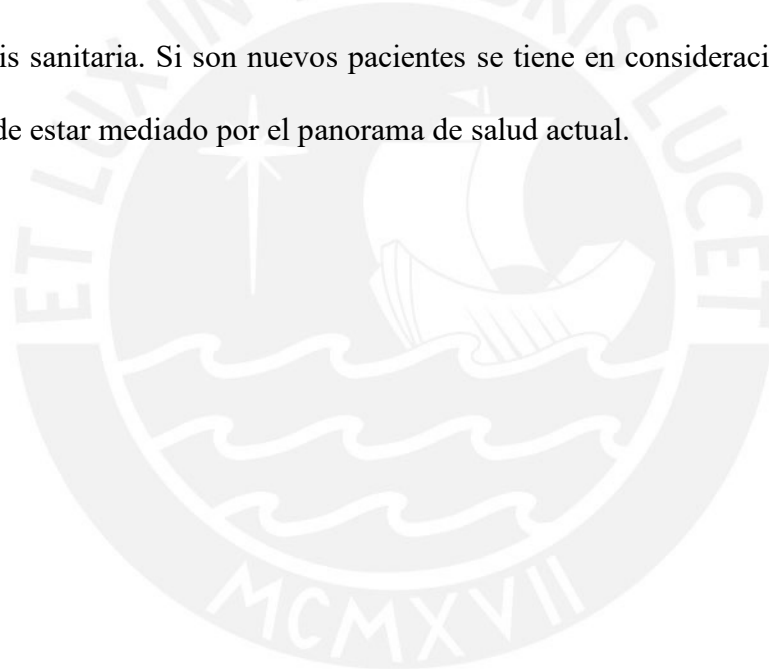
como pruebas psicológicas y la observación de conducta. Finalmente, los resultados de las pruebas se contrastan con la información obtenida inicialmente y se integran en un informe psicológico, el cual, además, es comunicado de manera oral y accesible a la paciente y a sus familiares.

Como antecedente de la Evaluación Psicológica se cuenta con la historia clínica de cada paciente. Esta incluye el motivo de consulta de la familia y del médico tratante, el número de veces que la paciente ha sido hospitalizada, sus antecedentes de salud y de historia de vida familiar. Además, incluye los síntomas que presentó la paciente que la llevaron a ser hospitalizada y los que muestra luego de dar inicio al tratamiento farmacológico durante el internamiento. Toda la información mencionada se divide en los informes correspondientes a las áreas de enfermería, psiquiatría y trabajo social. Es el área de psiquiatría que, como recomendación dentro de su informe diagnóstico, solicita al área de psicología realizar una evaluación psicológica con la finalidad de conocer y analizar los procesos psicológicos involucrados en los síntomas de las pacientes.

La segunda actividad en lo que corresponde a la competencia diagnóstica corresponde a la Atención Psicológica Remota desde la identificación de la demanda hasta la articulación de cada sesión en los formularios de atención psicológica, mediante la plataforma Google Meets. De esta forma primero se recoge el motivo de consulta de la persona que solicita la ayuda. Luego, se precisan los objetivos de intervención. Acto seguido, se identifican los detalles de la vida de la persona que estén condicionando la aparición del problema; además, se explora si la persona cuenta con redes de apoyo social y el nivel de compromiso de la persona y de las redes de apoyo. Finalmente, se articula la información de cada sesión en un formulario digital de atención psicológica.

A manera de contextualización de la atención psicológica remota se conoce que, actualmente, existe un incremento en el deterioro de la salud mental de las personas, en tanto

el desafío de la pandemia implica también duelo, aislamiento, pérdida de ingresos y miedo, que en suma generan o agravan trastornos de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2020). Al mismo tiempo, la SARS-CoV 2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2), puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares, entre otros. Las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o derivados del consumo de drogas también son más vulnerables a la infección del SARS-CoV-2 y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave e incluso de muerte (Organización Mundial de la Salud, 2020). En esa línea, si los pacientes se han atendido previamente en el hospital, su historia clínica es revisada a la luz de este nuevo contexto de crisis sanitaria. Si son nuevos pacientes se tiene en consideración que su motivo de consulta puede estar mediado por el panorama de salud actual.



Situación a mejorar

Durante el periodo de internado se pudo evidenciar una primera situación preocupante respecto a la evaluación psicológica: el uso de pruebas desfasadas o no validadas para recoger información sobre el comportamiento y la personalidad. Por ejemplo, para evaluar diversos procesos cognitivos en el pabellón de Hospitalización de Corta Estancia Mujeres, como la comprensión verbal, el razonamiento perceptivo, la memoria de trabajo o la velocidad de procesamiento, se utiliza la versión resumida del WAIS-R (Kaufman, 1991). Sin embargo, en la actualidad, se conoce que la versión resumida del WAIS-IV (Meyers et al., 2013) ha sido ya validada en pacientes con condiciones psiquiátricas, neurológicas y somáticas, así como en pacientes con esquizofrenia o desorden esquizoafectivo (Bulzacka et al., 2016). De igual manera es cuestionable el uso del Test de los Colores de Lüscher, para describir el ajuste social, la actividad y la flexibilidad de las pacientes. Se plantea que la elección de los colores puede depender, en mayor medida, del estado emocional de la persona en el momento, más no está claro si permite conclusiones sobre los rasgos de la personalidad (Whitfield y Wiltshire, 1990). En tanto permanezca la ausencia de investigación sobre la validez de los resultados que fundamenten el uso del Test de los Colores de Lüscher, dificulta el aporte a las conclusiones a las que se llegan durante la evaluación psicológica (Sireci y Sukin, 2012).

Una segunda situación por mejorar es la práctica común dentro del pabellón de Hospitalización de Corta Estancia Mujeres al trabajo inconexo entre psicólogos y psiquiatras. Lo mencionado se manifiesta en que el alta de las pacientes se ejecuta por parte de los médicos psiquiatras, sin previa conversación con el psicólogo a cargo, quien puede estar realizando la evaluación o intervención psicológica correspondiente. En ese sentido, la práctica mencionada puede llegar a interrumpir procesos importantes como la formación del vínculo terapéutico con el o la psicólogo, así como el propio proceso de la paciente de darle un sentido a su experiencia de internamiento.

En esa línea, otra situación común dentro del pabellón era la queja de las pacientes sobre el trato áspero, poco receptivo a sus demandas, por parte del equipo de psiquiatría y enfermería. Si bien en el pabellón se valora la importancia de establecer los límites y las normas, en diversas ocasiones las pacientes recurren a miembros del equipo de psicología en búsqueda de una escucha más activa y empática, pues las respuestas de las enfermeras o los psiquiatras a consultas cotidianas o sobre su proceso no eran claras o eran realizadas de manera áspera.

En añadidura, a raíz de la situación dolorosa y sin precedentes por la propagación del virus SARS-CoV 2, en nuestro país se restringieron las actividades del sector público y privado. Lo mencionado trajo consigo el confinamiento obligatorio para todos aquellos que no cumplieran labores de primera necesidad, como los psicólogos. En esa línea, el equipo de psicología dejó de asistir al hospital, deteniendo el tratamiento psicológico de las cientos de personas que reciben terapia psicológica por consulta externa; pero, además, deteniendo de manera abrupta las evaluaciones e intervenciones psicológicas de las pacientes del pabellón de Hospitalización de Corta Estancia Mujeres (pabellón 20), quienes ya mostraban señales de preocupación por la coyuntura de crisis sanitaria que recién iniciaba en el país.

Según la información recabada, los contagios en el Hospital Larco Herrera se iniciaron en los pabellones N° 8 y 20, que tienen usuarios altamente dependientes con cuadros orgánicos; y mujeres usuarias con patología reagudizada, respectivamente. En el primero de ellos, los pacientes con COVID-19 eran 25, por lo que todo el pabellón se encontraba en aislamiento, mientras que en el segundo las pacientes con Covid-19 eran 21, por lo cual fueron aisladas en el segundo piso. Al 10 de junio, 135 pacientes y 88 trabajadores estaban contagiados con COVID-19, y cuatro pacientes habían fallecido (dos pertenecientes al pabellón 20) (Defensoría del Pueblo, 2020).

A esta problemática se suma la gran cantidad de pacientes del pabellón que son

“institucionalizadas”, siendo 65 personas a nivel de todo el hospital (Defensoría del Pueblo, 2020). Esta situación acrecienta su vulnerabilidad ante el contexto de pandemia por Covid-19, puesto que, a parte de ser en su mayoría personas adultas mayores, la gestión del Hospital no fue muy efectiva controlando la propagación del virus por lo que puso en riesgo la seguridad de las pacientes. Paralelamente, la situación de institucionalización resulta contraria a la política de salud mental promovida por el propio Estado, que se sustenta en un modelo de atención comunitaria (Gob.pe, 2016).



Reseña teórica

La evaluación psicológica con pacientes psiquiátricas en el pabellón de Hospitalización de Corta Estancia Mujeres se realiza desde el marco psicológico cognitivo conductual. En ese sentido, tiene como principio el análisis científico de los procesos mentales y las funciones psíquicas, tales como memoria o atención, con el fin de comprender la conducta humana (Semerari, 2002) y bajo la teoría de que el individuo evalúa las situaciones a partir de sus cogniciones (Ruiz y Cano, 2002). De esta manera, el enfoque cognitivo conductual refiere a que la existencia de conductas, estructuras o procesos cognitivos problemáticos pueden resultar de carácter explicativo para perturbaciones motoras, fisiológicas o cognitivas y, por tanto, sus intervenciones resultan idóneas para la modificación de los trastornos que impliquen cualquier modalidad de respuesta (Fernández Ballesteros, 2013).

Además, se recogen los aportes del modelo psicodinámico a través del uso de pruebas proyectivas (expresivas), en donde se busca descubrir los aspectos inconscientes de la conducta y conocer cómo está organizado el mundo interno de la paciente; en torno a sus motivaciones, ideas, percepciones y actitudes, con fines de aproximación diagnóstica. Así, los datos obtenidos brindan información del mundo interno de la paciente y complementan a las pruebas psicométricas que buscan caracterizar su comportamiento (Fernández Ballesteros, 2013).

No obstante, por lo mencionado en la sección anterior, se pone en juego la ética en la evaluación psicológica, que concierne a la validez de los instrumentos utilizados. A la vez, al evaluarse a personas con enfermedades psiquiátricas severas (Anastasi y Urbina, 1997) se conoce que se deben hacer esfuerzos especiales para reducir la presencia de los factores que disminuyen la validez. En esa línea, al usar una prueba desfasada en población psiquiátrica, por ejemplo, para evaluar razonamiento aritmético, el uso de nombres o imágenes de objetos poco familiares para cierto medio cultural (debido a la antigüedad de la prueba) representan una desventaja restringida al instrumento. Inclusive, pruebas con mucha antigüedad pueden

perpetuar estereotipos de género en su contenido. Lo mencionado puede afectar espuriamente el desempeño mediante la generación de actitudes o respuestas emocionales de la evaluada, reduciendo la validez y confiabilidad (Anastasi y Urbina, 1997).

Respecto a los problemas en el trato digno a las pacientes psiquiátricas dentro del pabellón de mujeres, se manifiesta un fenómeno que gira en torno al valor que se le da a los “enfermos” mentales y a la experiencia de la atención psiquiátrica en el Perú de hoy. Al respecto Foucault (1974) plantea que las relaciones de poder propias de la psiquiatría, una instancia o empresa desubjetivizante, tienen el fin de mantener la locura, describirla, nombrarla y retener algún tipo de verdad sobre ella. Este autor critica duramente a esta perspectiva disciplinaria, vislumbrando que esta “empresa” trae consigo un cierre en el plano discursivo, priorizando la “practicidad” o posturas reduccionistas y clausurando otras prácticas de subjetivación, trayendo consigo consecuencias a nivel clínico y terapéutico (Hernández, 2018). Lo mencionado se ve reflejado en la alta anticipada a las pacientes sin considerar el curso de la intervención psicológica (antes del contexto de pandemia mundial); además, en la ausencia de respuesta a las ideas de acompañamiento psicológico para las pacientes que permanecieron internadas en el pabellón durante el aislamiento social obligatorio en el 2020. Al respecto los y las internas de psicología de los pabellones de hospitalización realizaron esfuerzos por brindar contención y acompañamiento a los y las pacientes. En añadidura, como se explicará en la siguiente sección, se realizó un programa de Acompañamiento Psicológico vía telefónica para las pacientes del pabellón 20. No obstante, no se obtuvo el apoyo necesario por parte del Departamento de Psicología del Hospital para llevar a cabo las ideas de intervención.

Si bien es cierto, se podría mencionar que actitudes por parte del equipo de enfermería o psiquiatría, bastante comunes, se puede deber al síndrome de burnout, debido al mal salario, sobrecarga laboral y la alta tensión emocional dentro del pabellón (Machado, 2011); sin embargo, este síndrome no se escapa de la empresa desubjetivizante que plantea Foucault

(1974). En tanto que la gran mirada que se tiene de la situación y que se mencionaba a menudo en el pabellón, es la idea de que el estrés del trabajador se debe al “paciente difícil”, ya sea por padecer patología crónica o por su propio inconformismo con su enfermedad.

Lo mencionado favorece los procesos desubjetivizantes y deshumanizadores de la psiquiatría, en donde las experiencias de malestar de las pacientes se categorizan de forma unilateral y tradicional (el “inconformismo” o la condición de “paciente difícil”). De esta manera, se deja de lado miradas más amplias de esa misma experiencia, que podrían incluir, además de un principio de realidad, una mirada a las formas de relación con uno mismo y con los otros, atravesadas por relaciones de género y poder. En ese sentido Méndez (2017) propone entender el “burnout” en el trabajo de pacientes psiquiátricos como producto de interacciones entre pacientes y tratantes, es decir, más que una “paciente difícil” lo que existiría sería una “relación difícil” que sostiene y da forma al entorno que la constituye.

La ausencia de acompañamiento psicológico a las pacientes del pabellón 20, desde que inició el aislamiento social obligatorio, así como la situación crónica de institucionalización de varias pacientes del pabellón dan cuenta de un fenómeno lamentable: la basurización simbólica (Silva-Santisteban, 2008). Este neologismo alude a la acción de *basurear*, relacionada con la idea de convertir en basura, un desperdicio, o excedente del sistema a una persona que, de poder, se negaría. Este accionar ocurre por parte de agentes del Estado, cuya indiferencia se desvincula de la historia y sociedad de su propio país con la excusa de supervivencia, bajo la verdadera razón de sentirse completamente ajenos a los procesos sociales subyacentes. De esta manera, la basurización simbólica se refleja antes de la pandemia en tanto la institucionalización mantiene en hacinamiento a las personas; en una posición de subalternidad y pasividad de por vida hasta que se “descompongan”, y además, durante la pandemia en la acción del hospital de no cambiar estrictamente las condiciones de hacinamiento de los pabellones que facilitaban el contagio, para de esa manera asegurar la bioseguridad. Lo

mencionado se observa, en la declaración brindada en mayo del 2020 por el secretario del sindicato del hospital, quien menciona que la primera víctima de Covid-19 se contagió en uno de los pabellones en donde no se aplicó el aislamiento entre los pacientes:

“Con 22 pacientes contagiados, en un pabellón que solo tiene 34 pacientes, lamentablemente se dejó junto con los otros 10 que estaban negativo. Pasaron dos días y aparecen 32 pacientes contagiados y de ahí viene la paciente que ha fallecido ayer.”

Enrique Vega, Secretario General del Sindicato de Trabajadores del HVLH

Asimismo, la declaración de la directora del Hospital Víctor Larco Herrera respecto al cuidado de bioseguridad hacia los propios trabajadores en el mes de mayo del 2020 refleja la excusa de supervivencia planteada por Silva-Santisteban (2008), que se basa en la moral laxa respecto a la toma de decisiones.

“(Se les da) una (mascarilla) cada quince días a los trabajadores que asisten al hospital una vez por semana, y a quienes asisten 2 o 3 veces a la semana se le da (mascarillas) cada semana o cada diez días. Lo que necesitamos es optimizar, no estamos mezquinando, estamos optimizando para las áreas que verdaderamente lo necesitan”

Elizabeth Rivera Chávez, Directora del Hospital Víctor Larco Herrera

Las autoridades no reforzaron sus medidas de seguridad dejando en evidencia la tesis de Silva-Santisteban de basurización: hacinar a las pacientes, sin distanciarse, ni cambiar ninguna de las condiciones (en este caso para mejorar la bioseguridad), dejando que poco a poco la basura se “malogre”, “apeste” o se “degrade” (Silva-Santisteban, 2008).

Solución planteada

Si bien no se pudo solucionar el problema de las pruebas desfasadas, puesto que resultaba complicado abordar esa problemática sin el apoyo de la institución, se procuró prestar más atención a la aplicación, puntuación e interpretación de estas. Para evitar factores que perjudicasen la ejecución de las pruebas se realizó un esfuerzo especial en que la consigna

quedara clara, en hacer una buena práctica preliminar, en asegurar que la paciente estuviera motivada para realizar la evaluación en ese momento, en establecer un buen rapport y no hacer énfasis en la rapidez de la ejecución; siguiendo las recomendaciones de Anastasi y Urbina (1997) sobre la evaluación psicológica en poblaciones psiquiátricas. Además, si bien la tendencia del pabellón era a la categorización, y los resultados de las pruebas también apuntaban a ese sentido, la puntuación de las pruebas de inteligencia se consideraba como un mapa para describir la posición actual de las pacientes en apoyo de la información de los demás instrumentos de evaluación, más que como una categoría rígida e innata de la persona.

Respecto a la situación de ausencia del equipo de psicología para atender a las internas del pabellón 20, se diseñó un Programa de intervención titulado “Línea de acompañamiento psicológico para pacientes psiquiátricas del pabellón 20 del Hospital Víctor Larco Herrera”. Este programa tenía en cuenta que, a pesar de que las reacciones ante la pandemia como la preocupación, el miedo, la incertidumbre y el estrés son naturales en todas las personas, en pacientes hospitalizados los desafíos son mayores, por el alto riesgo de empeoramiento de sus síntomas psiquiátricos.

El principal objetivo del programa era atender las necesidades psicológicas de cada paciente del pabellón 20 a través de una línea telefónica de acompañamiento psicológico. Lo mencionado se lograría en tres fases. La primera consistía en determinar los niveles de urgencia de atención psicológica y coordinar los horarios de supervisión para las llamadas telefónicas con el equipo de técnicas de enfermería. La segunda fase consistía en realizar la primera llamada a la paciente asignada para determinar el nivel de urgencia de atención psicológica, que permitirá plantear la cantidad de reuniones de seguimiento semanal y poner en marcha el plan piloto de llamadas durante un mes. La última fase consistiría en el periodo de evaluación de la intervención para determinar los aspectos de mejora y poder implementar una futura intervención de mejor calidad. Este programa de intervención fue enviado a la jefatura del

departamento de psicología del hospital; sin embargo, no se obtuvo respuesta para que este proyecto sea implementado.

La situación inédita de pandemia mundial por la propagación del virus SARS-CoV 2, llevó al hospital a establecer que la atención psiquiátrica y psicológica fuera remota (mediante la plataforma Google Meets). Que el hospital se adaptara a este modelo de atención resultó necesario en tanto este nuevo contexto trajo consigo factores estresantes como el alargamiento de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, bombardeo de información, pérdidas financieras, entre otros. De esta manera, se pudo participar de brindar atención psicológica remota a personas de distintas partes del Perú. Antes de la pandemia, en el área de consulta externa no era común encontrar a personas cuya residencia actual se encontraría fuera de Lima. Sin embargo, gracias a que ahora las atenciones se realizaban on-line, la residencia de algunos pacientes nuevos se encontraba en otras regiones del país, como en Ayacucho o Iquitos.

La ampliación del servicio de consulta externa no solo respondió a la demanda de un servicio oportuno, sino también aseguró el cumplimiento del derecho a la salud mental para quienes tuvieron que empezar a cumplir el confinamiento obligatorio, en medio del contexto de crisis sanitaria.

Principales resultados de aprendizajes

Dentro de los principales aprendizajes durante el periodo de internado, el primero gira en torno a saber como realizar una evaluación psicológica a pacientes psiquiátricos. Por un lado, se logró reconocer la importancia de poner en discusión la validez de los instrumentos para la población en la que se planea evaluar y en no dudar en cuestionar la utilización de instrumentos desfasados. Por otro lado, se puso en valor ciertas consideraciones para asegurar una buena ejecución de las pruebas psicológicas en personas con alteraciones en el pensamiento, afecto y comportamiento. En ese sentido, un primer gran aprendizaje es el

reconocimiento de que los y las pacientes hospitalizadas, lejos de buscar “paciencia”, esperan comprensión y empatía, así como a un evaluador que realmente esté interesado por entender su mundo interno y vea en ellas un pensamiento divergente e igual de valioso.

Asimismo, otro aprendizaje valioso para el futuro profesional gira en torno a brindar un rol más protagónico a la familia en el tratamiento del paciente. Así como es importante evaluar al paciente y devolverle sus resultados, también lo es que la familia comprenda a profundidad el significado de estos. Saber para el futuro que una familia involucrada en el tratamiento se convierte en una red de soporte social positiva y comprometida con el paciente, conducirá a realizar sesiones dirigidas a la familia, donde se pueda responder sus dudas sobre la enfermedad y el tratamiento; o se pueda identificar otras necesidades que giren en torno a esta y estén dificultando el tratamiento del paciente.

Sin duda, la experiencia de atención psicológica remota en el Hospital Víctor Larco Herrera ha tenido muchos retos. Uno de los retos más grandes ha sido adaptarse a las herramientas virtuales que permiten la sesión por video llamada (en este caso Google Meets), en tanto pacientes del hospital e incluso psicólogos continúan teniendo dificultades para manejar la plataforma, lo que llega a afectar el inicio de las sesiones con puntualidad. Muchas personas, por la complejidad que les implica el manejo virtual, prefieren esperar a que las atenciones vuelvan a ser presenciales, y el área de psicología carece de un apoyo de personas que se encarguen de la orientación y retención de los pacientes. Lo mencionado resulta en una falta de uniformidad en la atención psicológica, porque si bien algunos psicólogos pueden hacer el mayor esfuerzo para orientar a sus pacientes en el uso de la plataforma (no siendo esa su principal responsabilidad), otros psicólogos no hacen ese trabajo extra a pesar de haber sido capacitados. Sin embargo, la educación a los usuarios del hospital sobre el uso de las nuevas plataformas para recibir el servicio parece ser una tarea que excede los esfuerzos del personal de psicología, pudiendo ser el mismo hospital (a través de sus distintos canales de

comunicación) quien tendría que orientar a los usuarios de manera clara y sencilla sobre el uso de las plataformas digitales.

Asimismo, otro reto de la atención psicológica remota, y al mismo tiempo una oportunidad de mejora es el manejo del encuadre de la sesión en sí. Algunos pacientes creen que la atención psicológica remota no funciona de igual manera que la atención presencial (en términos de resultados y, en consecuencia, del compromiso que se le tiene que brindar). En esa línea se pueden ver constantemente casos de pacientes, no respetando las horas de inicio, atendiendo a la sesión mientras cocinan, lavan su ropa, tienden su cama, mientras viajan en el micro. Son pocos los casos, pero existen. En ese sentido, considero que lo mencionado puede ser abordado realizando un encuadre mucho más claro (que asuma el reto de la virtualidad), en orden que los y las pacientes tengan en cuenta que las atenciones psicológicas remotas son igual de importantes que las atenciones presenciales.

Otro reto de este tipo de atención es la mayor dificultad para observar el lenguaje no verbal durante la sesión. Más allá de los problemas reales de conectividad, la mala calidad de la imagen o la poca luz disponible para observar el rostro de los pacientes, algunos prefieren no prender su cámara, no pueden hacerlo, o la colocan apuntando a otro lado de modo que no se les puede ver el rostro a pesar de que se les comenta que es preferible poder conversar con ellos cara a cara.

Lo mencionado da una mayor sensación de lejanía durante las sesiones a los psicólogos, en tanto no nos permite leer la expresión de las emociones en el rostro. Cuando eso sucede, se conversa en las supervisiones si el no querer mostrar el rostro, a pesar de poder hacerlo (cuando el paciente apunta la cámara al techo todas las sesiones) puede tener o no que ver con la historia del paciente y con sus dificultades actuales. Este dialogo en supervisión permite repensar los caminos para el abordaje de las sesiones en orden de asegurar un buen vínculo terapéutico. De igual manera, en ausencia de la imagen (ya sea voluntaria o involuntariamente), el volumen, la

entonación, la velocidad del habla, las pausas o los silencios, serán los encargados de transmitir información emocional importante.

A pesar de lo mencionado, existen muchas ventajas en la atención psicológica remota. La primera es que el acceso a la atención es más rápido. Ya no hay necesidad que los o las pacientes esperen tanto. El tiempo entre la decisión de ir al psicólogo y estar sentado frente a la videocámara en la sesión se acorta, lo cual es beneficioso para el acceso al cuidado de la salud mental. Además, es más económico. Las personas ya no tienen que gastar en pasajes para atenderse en el hospital, el cual no cuenta con más sedes que la de Magdalena, en Lima. Ahora, cualquier persona del Perú puede acceder a los servicios, sin necesidad de gastar en pasajes.

De igual manera, la atención psicológica remota, inserta la idea de que ir al psicólogo se puede hacer en cualquier momento, reduciendo las "excusas". A raíz de la situación de crisis sanitaria en el Perú, que el Hospital Víctor Larco Herrera se haya reinventado, y de igual manera todos los profesionales que atienden en el hospital hayan innovado al adaptarse a la atención remota, da un mensaje a la sociedad el cual es que, el tiempo no es una variable para dejar de cuidar la salud mental. Si uno lo desea, ni la situación de pandemia lo impide, en tanto los servicios siguen disponibles.

Finalmente, el año 2020 ha estado lleno de aprendizajes, ningún interno de psicología se imaginó el giro 180° que el año traería. Sin duda, la atención psicológica remota ha sido un avance muy grande en términos de tecnología y conectividad con el país que dejará precedentes en el hospital para la prosperidad. Saber que, a pesar de las dificultades del país, el derecho al acceso a la salud puede seguir cumpliéndose y contar ahora con las herramientas para hacerlo es una gran responsabilidad. Se considera que el hospital tiene todavía un gran camino por delante, y tiene que seguir apostando por invertir en tecnología, mayor alcance en la cobertura de internet, e invertir más en capacitar a todo el personal y a los usuarios del hospital al respecto.

Lo aprendido en la atención psicológica remota servirá para el futuro profesional, en tanto ha permitido afrontar los retos de la atención virtual para quien la brinda y aproximarse a la comprensión de los retos de quienes la recibe. En ese sentido, ayudará a establecer un encuadre que tome en cuenta aquellos retos, pero que mantenga la premisa que la atención virtual es igual de importante que la atención presencial. Además, la realización del internado en el contexto de crisis sanitaria es otro aprendizaje para el futuro en sí mismo. Frente a situaciones de crisis social tanto el paciente como el psicólogo se ven afectados y las temáticas en torno a la situación social que afectan los síntomas del paciente probablemente aparezcan. Se considera que en esos momentos la empatía es fundamental, así como orientar a que el paciente sea comprensivo consigo mismo. En tanto, en ocasiones, el entorno social es muy dominante y puede llegar a ser percibido como aterrador e incontrolable. Siguiendo la línea cognitiva conductual, se han aprendido distintas estrategias útiles para manejar los síntomas físicos para personas que se encuentran en situaciones de enojo, tristeza o ansiedad. Ayudar a que logren percibir que pueden manejar su cuerpo primero, facilita el darse cuenta de que luego también pueden manejar aspectos de su entorno y luego a diferenciar qué es lo que, para todos (incluso para los psicólogos) a veces es incontrolable y está bien aceptarlo.

La atención a pacientes por videoconferencia por este contexto de crisis sanitaria ha enseñado que la salud mental en el país es delicada, por eso es importante recordar y difundir entre los pacientes las estrategias comunitarias que se puedan identificar de manera conjunta para salir adelante. Gracias a este contexto se ha aprendido que la interacción social no es un lujo, es una necesidad y ayuda a salvar vidas. Por eso es importante que se encuentre con los pacientes maneras creativas e innovadoras de mantener el contacto con las redes de apoyo y favorecer el desarrollo de herramientas para que ellos mismos prioricen e identifiquen la necesidad de los contactos sociales que los llenan de bienestar.

Además, la experiencia de atención psicológica remota, dentro del contexto de crisis sanitaria, ha permitido el reconocimiento de ciertas problemáticas recurrentes que la población con enfermedades mentales tiene que afrontar. Temas como la pérdida o la falta de empleo eran muy recurrentes y esta población sentía que su enfermedad era una dificultad más para insertarse en el mercado laboral dentro del contexto de pandemia. Ante ello, se acompañaba a las personas en su propia búsqueda creativa de sostenimiento económico, se trabajaba en el reconocimiento y aseguramiento de sus habilidades para laborar y el espacio servía como contenedor de sus emociones durante este proceso.

Otro tema recurrente dentro del contexto de crisis sanitaria era la convivencia con los miembros del hogar durante el confinamiento social obligatorio. Las personas que buscaban el espacio de atención psicológica durante la pandemia mencionaban a menudo lo difícil que les podía resultar mantener relaciones de respeto mutuo durante el confinamiento. Además, señalaban lo complicado que les era establecer límites o la sensación de hartazgo de ver a las mismas personas todo el día, todos los días. Ante ello, se conversaba con las personas acerca de como estas disconformidades a menudo se podían relacionar con aspectos estructurales de su propia personalidad (en su forma de relacionarse con ellos mismo y los demás) en orden de que pudieran observar su rol en el sostenimiento de esas interacciones. A la par se les brindaba herramientas que les otorgaran mayor sensación de control sobre su entorno y el espacio servía como acompañante durante su proceso de aprendizaje.

Finalmente, la experiencia en el Hospital Víctor Larco Herrera deja como mayor enseñanza que hay mucho que trabajar para mejorar la situación de la atención pública en salud mental, sobre todo para las pacientes que se encuentran hospitalizadas e institucionalizadas. Ahora se considera que es importante trabajar en el proyecto de una salud mental comunitaria, es decir, que la propia red comunitaria pueda acoger a las personas con enfermedades mentales.

Finalmente, se reconoce la urgencia de desestigmatizar la “locura” o la “enfermedad mental”, integrando a las personas desafortunadas que se han visto perjudicadas por el sistema actual que las excluye.

Recomendaciones

A partir de la experiencia presentada, los retos, los alcances y las limitaciones, se presentan una serie de recomendaciones a miras de ser útiles para los futuros internos de psicología, así como para la institución.

1. Se recomienda que dentro del convenio de prácticas se contemple contratar a un número adicional de internos de psicología cuya labor esté orientada a la investigación respecto a validación de instrumentos psicológicos a pacientes psiquiátricos (con posibilidad desarrollar más líneas de investigación). Si bien por un lado lo mencionado requiere que el hospital cuente con al menos un psicólogo especializado en validación de test, quien además lidere a los internos; por otro, posibilita que la institución se convierta en un centro productor de conocimiento. Con el tiempo este tipo de trabajo puede dar lugar a la creación de una unidad fortalecida de investigación psicológica que incluya a internos de psicología enfocados en la tarea de validación de pruebas.
2. Se recomienda generar un convenio entre la facultad de psicología de la universidad y el área de psicología del hospital para la producción de tesis orientadas a validar instrumentos psicológicos en su población. Este convenio podría facilitar que el hospital cuente con diversos instrumentos validados para su población y que la facultad y los tesisistas participen directamente de la solución de la problemática de evaluación psicológica en Perú.
3. Se recomienda promover espacios de análisis de casos entre psicólogos y psiquiatras en los pabellones de hospitalización. Estos espacios pueden incluir la participación de internos de psicología a través de la presentación de los resultados de las evaluaciones psicológicas dando lugar al aporte psicológico del caso.
4. Se recomienda que para la atención psicológica remota los y las internas de psicología dediquen la primera parte de su primera sesión, como parte del rapport, a explicar los retos y beneficios de este tipo de intervención; ello como parte del encuadre habitual.

5. Se recomienda incluir un enfoque intercultural en la atención psicológica remota. Se puede empezar por solicitar un breve reporte (o llenado de cuestionario) a todos los miembros del área de psicología, en donde identifiquen a los grupos étnico- culturales que actualmente acceden a la atención psicológica remota e indiquen sus características lingüísticas, sociodemográficas y socioeconómicas. Con la información recolectada el área de psicología puede solicitar una capacitación en atención intercultural al Ministerio de Cultura para los internos y psicólogos profesionales, en orden de fortalecer el trabajo teniendo en cuenta a la interculturalidad como un enfoque transversal en la atención.



Conclusiones

El presente informe recopila toda la experiencia adquirida durante el periodo de internado de Psicología en el Hospital Víctor Larco Herrera. En primera instancia, la competencia diagnóstica, se ve reflejada en el análisis del comportamiento humano a través de la evaluación psicológica, desde su diseño hasta la devolución de los resultados y el respectivo seguimiento; así como en la Atención Psicológica Remota desde la identificación de la demanda hasta la articulación de cada sesión.

Asimismo, este documento presenta diversas situaciones a mejorar durante el periodo de internado. Por ejemplo, el uso de pruebas desfasadas o no validadas para recoger información sobre el comportamiento y la personalidad; la normalización del trabajo inconexo entre psicólogos y psiquiatras; la realidad del hospital como institución pública que descuida su función de protección social, mostrando dificultades para asegurar las medidas de bioseguridad, para proteger la integridad física de las pacientes durante la crisis sanitaria o asegurar que estas se sientan consideradas y comprendidas subjetivamente por sus médicos psiquiatras o enfermeras. Por último, se expone la problemática sobre la vulnerabilidad de las pacientes institucionalizadas frente a la interrupción abrupta de su acompañamiento psicológico debido al contexto de pandemia.

Ante las situaciones mencionadas, hubieron problemáticas que resultaron complicadas de abordar sin el apoyo de la institución, como el uso de pruebas desfasadas; por lo que se realizó un esfuerzo especial en que la aplicación de las pruebas fuera intachable. De manera similar, la ausencia del equipo de psicología debido al confinamiento social obligatorio, que motivo la creación de una línea de acompañamiento psicológico para pacientes psiquiátricas no obtuvo el apoyo necesario de la institución para ser implementado. Sin embargo, se logró participar de la atención psicológica remota a personas de distintas partes del Perú, en tanto

que la situación inédita de pandemia mundial por la propagación del virus SARS-CoV 2, llevó al hospital a innovar en su modo de atención.

Asimismo, los principales aprendizajes giran en torno a reconocer la importancia de poner en discusión la validez de los instrumentos, las consideraciones para asegurar una buena ejecución en la evaluación a pacientes psiquiátricos y el rol protagónico de la familia como red de soporte para los y las pacientes. Además, lo aprendido también es producto de la situación de pandemia mundial, en tanto se ha podido conocer los retos de la atención remota (desde problemas técnicos o aspectos de la técnica psicológica como el encuadre o la observación en un entorno virtual, hasta lo inédito y de gran responsabilidad de atender a personas con realidades de vida propias de diversas partes del Perú), así como sus facilidades (desde el reconocimiento de lo virtual como una ventaja para el conectar con diferentes personas de diversas partes del Perú, el ahorro económico en traslado que aquella ventaja implica y hasta la incorporación de un nuevo paradigma para repensar la distancia física entre las personas).

Finalmente, el reto de realizar el internado de psicología en medio de una crisis sanitaria a nivel mundial, no solo lleva a conocer problemáticas transversales a la población peruana a raíz de este contexto (desde la falta de empleo hasta la dificultad para mantener vínculos sanos durante el confinamiento obligatorio), sino además confronta con la realidad de la gran necesidad de mejorar la situación de la atención pública en salud mental, sobre todo para las pacientes que se encuentran hospitalizadas e institucionalizadas. En esa línea, se reconocen los esfuerzos del Estado por migrar a modelos de salud mental comunitaria en donde las pacientes se reintegren a la sociedad dejando de ser perjudicadas por un sistema que las excluye, a la par que puedan acceder a salud de calidad en sus propias comunidades.

Referencias

- American Psychological Association [APA] (2017). Ethical principles of psychologist and code of conduct. APA.
- Anastasi, A y Urbina, S. (1997). Psychological testing (7th ed.). Prentice Hall/Pearson Education.
- Bulzacka, E., Meyers, J., Boyer, L., Le Gloahec, T., Fond, G. (2016). WAIS-IV Seven-Subtest Short Form: Validity and Clinical Use in Schizophrenia, Archives of Clinical Neuropsychology, Volume 31, Issue 8, 24 December 2016, Pages 915–925, <https://doi.org/10.1093/arclin/acw063>
- Defensoría del Pueblo (2020). Situación de las personas declaradas inimputables internadas en los hospitales psiquiátricos de Lima en el contexto de la pandemia por Coronavirus COVID-19. Serie Informes Especiales N° 020-2020-DP, Gob.pe. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-Informes-Especiales-020-2020-DP-Situaci%C3%B3n-de-las-personas-declaradas-inimputables-internadas-en-los-hospitales-psiqui%C3%A1tricos-de-Lima-en-el-contexto-de-la-pandemia-por-coronavirus-COVID-19.pdf>
- Fernández Ballesteros, R. (2013). Evaluación psicológica (2nd ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Foucault, M (1974). El poder psiquiátrico. México DF, Fondo de Cultura Económica. 2005
- Gob.pe. (2016). Minsa implementa nuevo modelo de atención comunitaria en Salud Mental. [online] Available at: <<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14779-minsa-implementa-nuevo-modelo-de-atencion-comunitaria-en-salud-mental>> [Accessed 16 June 2021].
- Gros F. Foucault y la locura. Argentina: Nueva Visión, 2000.

- Hernandez, O. (2018). Experiencia e historia crítica de la locura en Michel Foucault. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online] vol.38, n.133, pp.99-113. ISSN 2340-2733. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100005>.
- Machado, I. B., Ramos, R. E., García, M. L. L., del Rocío Guerrero Lara, M. G., & Vázquez, J. T. L. (2011). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría. Medigraphic.com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112f.pdf>
- Medina, R. M., & Jaramillo-Valverde, L. (2020). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- Meyers, J. E., Zellinger, M. M., Kockler, T., Wagner, M., & Miller, R. M. (2013). A validated seven-subtest short form for the WAIS-IV. Applied Neuropsychology: Adult, 20 (4), 249–256.
- Ministerio de Salud (2018). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Saud Mental. – Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2020). Plan Nacional de Salud Mental, 2020– 2021 (En el contexto covid-19). Dirección de Saud Mental. Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2020) Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Retrieved 20 January 2021, from <https://www.who.int/es/news/item>
- Ruiz, J., y Cano, J. (2002). Manual de psicoterapia cognitiva. Madrid, España: Úbeda (Jaén) : R&C Editores.
- Silva Santisteban, R. (2008). El factor asco. Basurización simbólica y discursos autoritarios en el Perú contemporáneo. – Lima : Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

Semerari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona [etc]: Paidós.

Sireci, S. & Sukin, T. (2012) Test Validity. En K. F. Geisinger, B. A. Bracken, J. F. Carlson, J. -I, C. Hansen, N. R. Kuncel, ... M. C. Rodriguez (Eds.), APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 1: Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology (pp. 61-84). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14047-028>

Whitfield, T. W., & Wiltshire, T. J. (1990). Color psychology: a critical review. Genetic, social, and general psychology monographs, 116(4), 385–411.



Apéndice

Apéndice A: Constancias de finalización de Practicas Pre-Profesionales

NOTAS DE INTERNADO O PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE PSICOLOGÍA

PRACTICANTE DE PSICOLOGÍA : Daniela del Carmen Bullón Muñoz

UNIVERSIDAD : Pontificia Universidad Católica del Perú

CICLO ACADÉMICO : XII

UNIDAD OPERATIVA : Departamento de Hospitalización

PSICÓLOGO SUPERVISOR : Mg. Ps. María De la Torre Sobrevilla

FACTORES	NOTA	SEMESTRE N° 2020 -2
1. CALIDAD DE TRABAJO	18	FECHA DE INICIO DE PRÁCTICAS: 15 DE ENERO DEL 2020 FECHA DE TÉRMINO DE PRÁCTICAS: 15 DE JULIO DEL 2020
2. CONOCIMIENTO Y COMPETENCIA CLÍNICA	18	
3. RESPONSABILIDAD	18	
4. ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD	18	
PROMEDIO TOTAL	18	

NÚMERO TOTAL DE HORAS DE PRÁCTICA: 710 horas

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO: Magdalena del Mar, 15 de julio del
2020



Firma del Psicólogo Supervisor del Servicio

NOTAS DE INTERNADO O PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE PSICOLOGÍA

PRACTICANTE DE PSICOLOGÍA : Daniela del Carmen Bullón Muñoz

UNIVERSIDAD : Pontifica Universidad Católica del Perú

CICLO ACADÉMICO : XII

UNIDAD OPERATIVA : Departamento de Hospitalización

PSICÓLOGO SUPERVISOR : Mg. Ps. María De la Torre Sobrevilla

FACTORES	NOTA	SEMESTRE N° 2020 -2
1. CALIDAD DE TRABAJO	18	FECHA DE INICIO DE PRÁCTICAS: 02 de Agosto del 2020 FECHA DE TÉRMINO DE PRÁCTICAS: 29 de Octubre de 2020
2. CONOCIMIENTO Y COMPETENCIA CLÍNICA	18	
3. RESPONSABILIDAD	18	
4. ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD	18	
PROMEDIO TOTAL	18	

NÚMERO TOTAL DE HORAS DE PRÁCTICA: 340 HORAS

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO: Magdalena del Mar, 30 de octubre del 2020



Firma del Psicólogo Supervisor del Servicio

Modelo de Constancia de Finalización de Práctica Pre Profesional

Nombre completo del/la alumno/a	Daniela del Carmen Bullón Muñoz	Fecha de emisión:	01/02/21
		Fecha de inicio:	01/11/2020
Número de horas acumuladas	360 horas	Fecha de fin:	15/01/21
Calificación (0- 20)	18 (dieciocho)		

Funciones realizadas:

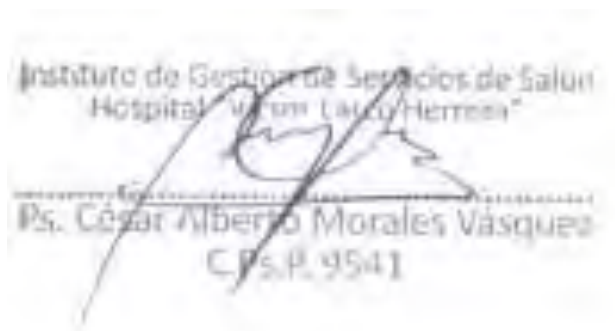
Durante el periodo supervisado la estudiante Daniela Bullón realizó las siguientes actividades bajo supervisión bajo la modalidad de TELEPSICOLOGÍA:

- Evaluación y diagnóstico psicológico (entrevistas de recogida de datos, entrevistas diagnósticas).
- Intervención psicológica individual (psicoterapia de apoyo, consejería y orientación).
Revisión y discusión de casos psicológicos.

Apreciación cualitativa del desempeño:

En dichas actividades la interna de psicología Daniela Bullón Muñoz demostró un análisis y juicio crítico en el manejo clínico de los casos psicológicos intervenidos, así como un marco teórico de referencia adecuado para la formulación clínica de caso.

Por otro lado, demostró eficiencia, compromiso, responsabilidad y conducta ética apropiada en las actividades encomendadas.



Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Dr. Juan Lasso Herrera"
Ps. César Alberto Morales Vásquez
C.Ps.P. 9541

Firma del/la supervisor/a del Centro de Prácticas

Apéndice B: Programa de intervención "Línea de acompañamiento psicológico para pacientes psiquiátricos del pabellón 20 del Hospital VLH"

A medida que la pandemia de coronavirus (COVID-19) se extiende por todo el mundo, de igual manera se extiende la preocupación, el miedo y estrés en las personas. Sin embargo, a pesar de que estas son reacciones naturales ante la situación cambiante e incierta, en pacientes que residen en hospitales psiquiátricos los desafíos son mayores. En este contexto, esta población no solo se enfrenta al desafío físico que implica la pandemia mundial, sino también al alto riesgo de empeoramiento de sus síntomas psiquiátricos.

Desde que empezó la propagación del COVID-19 por el mundo, diversos hospitales psiquiátricos, en orden de cumplir con las leyes y de proteger a la comunidad hospitalaria, cancelaron de manera repentina, talleres, terapias individuales y grupales, eventos recreativos como karaokes, bingos, clases de ejercicios, visitas de familiares, entre otras actividades. Esto sucedió sin tener en cuenta que para los pacientes psiquiátricos la interacción social no es un lujo sino una terapia y además ayuda a salvar vidas.

De hecho, las instalaciones de salud mental de los hospitales psiquiátricos suelen estar diseñadas para alentar a que las personas se reúnan, no para mantenerlas aisladas y separadas. En este contexto, los ambientes de vida comunal ya no representan más un espacio seguro y de desarrollo, sino por el contrario, representan una amenaza sustancial de propagación del virus. De igual manera, si antes los pacientes eran libres de moverse e interactuar con otros pacientes y personal médico (abrazarse, bailar, tomarse de la mano, jugar juegos de mesa), lo mencionado ya no representa salud, sino miedo al contagio y enfermedad.

Un espacio que facilitaba el cuidado de la mente ahora está lleno de amenazas contra el coronavirus generando por añadidura más desafíos en el cuidado de su salud mental. El desinfectante para manos a base de alcohol no sólo desinfecta sino también es un peligro de ingestión. Las habitaciones con camas múltiples, los baños supervisados y las ventanas

cerradas, que evitan las autolesiones y facilitan la protección de las pacientes, ahora facilitan el contagio. El lavado de manos y la higiene en general según las recomendaciones, dejando de ser una tarea fácil y personal, pasa a ser un momento de tensión, sobre todo en pacientes con dificultades para comprender las instrucciones como resultado de su enfermedad psiquiátrica. El uso de mascarilla, más allá de dar una sensación de seguridad, puede empeorar los síntomas psiquiátricos de delirios paranoides en personas con esquizofrenia.

En ese sentido, el gran cambio radical en las rutinas y en la forma en la que los pacientes de hospitales psiquiátricos perciben su ambiente y las nuevas medidas de seguridad, está generando ramificaciones tanto psicológicas como físicas. A parte de que las personas se están enfermando de COVID-19, así como de afecciones médicas subyacentes, hay personas que están absolutamente asustadas, o que sienten que han sido abandonadas (ya sea porque sus familiares no pueden visitar o porque gran parte del personal hospitalario está trabajando de manera remota), e incluso personas con depresión severa o trastornos severos de personalidad pueden estar abatidas y querer terminar con su vida sin que le importen las consecuencias.

Ante los desafíos mencionados, el autocuidado físico así como el manejo emocional en esta población es una de las situaciones de salud mental principales a abordar y para ello es necesario minimizar la incertidumbre y brindar una sensación de protección, la cual en esta población no se logra solamente con alcohol y mascarillas, sino también con acompañamiento, contención y orientación psicológica continua y accesible.

En el contexto del pabellón 20 del Hospital VLH la situación no es distinta. Aproximadamente el 50% de las pacientes han contraído el virus, han dejado de recibir los servicios terapéuticos que las ayudaban a controlar sus síntomas psiquiátricos y el contacto con sus familiares se ha complejizado. Además, se han visto expuestas a casos de muerte por COVID-19 en su propio pabellón, lo cual quiere decir que además de enfrentar a la pandemia y los desafíos de salud que esta implica, también están atravesando un proceso de duelo.

En esta coyuntura la asistencia psicológica de manera virtual o telefónica se ha vuelto de suma importancia, siendo un recurso utilizado tanto por iniciativas estatales como privadas para asegurar el bienestar psicológico de millones de peruanos. Sin embargo, a diferencia de personas sin afecciones psiquiátricas, los pacientes psiquiátricos se benefician más de llamadas telefónicas realizadas por profesionales de la salud que ya conocen, pues eso reduce sus niveles de ansiedad, genera más confianza y beneficia los efectos terapéuticos de las llamadas.

Por todo mencionado, el objetivo principal de esta intervención es "Atender las necesidades psicológicas particulares de cada paciente del pabellón 20 a través de una línea telefónica de acompañamiento psicológico".

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Realizar un registro escrito del estado psicológico actual de cada paciente para facilitar la comprensión de su situación global. (Evolución psicológica de cada llamada).
- Realizar un registro único sobre la situación familiar actual de cada paciente a través de una conversación telefónica con el área de asistencia social del pabellón.
- Clasificar los casos de atención psicológica a través de un sistema numérico (1 = necesidad alta de acompañamiento psicológico; 2 = necesidad moderada de acompañamiento psicológico; 3 = necesidad baja de acompañamiento psicológico) para priorizar el orden y la cantidad de llamadas realizadas.
- Informar a las pacientes sobre la coyuntura con datos útiles para su vida personal, manera ética y empática, considerando que la información brindada no perjudique su salud mental.
- Reducir los niveles de ansiedad o ambigüedad a través de las llamadas telefónicas.
- Incrementar el bienestar subjetivo.

Recursos

Para llevar a cabo esta intervención se requerirá de lo siguiente:

- Equipo de psicólogos del pabellón 20 (incluyendo a los internos de psicología)
- Un dispositivo móvil con su cargador.
- Técnicas de enfermería del pabellón 20 (cantidad a ser dialogada).
- Alcohol y paño para desinfectar el celular cuando sea necesario.

Procedimiento

1era fase:

En primer lugar se organizará una reunión virtual entre el equipo de psicólogos a participar para distribuir a las pacientes de las cuales cada uno se hará cargo y definir que consideraciones se tomarán para clasificar la urgencia de atención psicológica de cada paciente (1 = necesidad alta de acompañamiento psicológico; 2 = necesidad moderada de acompañamiento psicológico; 3 = necesidad baja de acompañamiento psicológico). Luego, cada psicólogo llamará al área de asistencia social del pabellón para informarse y tomar apunte de la situación familiar de su respectivo grupo de pacientes asignado. Finalmente, un representante del equipo de psicología se contactará con el equipo de técnicas de enfermería del pabellón 20 para organizar los horarios de las llamadas y para coordinar qué técnicas de enfermería estarán a cargo de que pacientes (la cantidad de pacientes asignados a vigilar durante las llamadas dependerá de la cantidad de técnicas de enfermería que están yendo a trabajar al pabellón, las enfermeras también pueden participar de la intervención si desean). El tiempo total de esta fase será de una semana desde que se apruebe la intervención.

2da fase:

Cada psicólogo realiza la primera llamada (está tendrá una duración de 20 minutos aproximadamente), al finalizar realiza su evolución psicológica y además clasifica por única vez la urgencia de atención psicológica (1 = necesidad alta de acompañamiento psicológico; 2 = necesidad moderada de acompañamiento psicológico; 3 = necesidad baja de acompañamiento psicológico). A partir de esta información, teniendo los horarios establecidos con las técnicas de enfermería (realizar nuevamente comunicación con las técnicas de enfermería de ser necesario) se establecerán qué pacientes tienen que ser llamados más veces por semana (3 llamadas semanales a pacientes de categoría 1; 2 llamadas semanales a pacientes de categoría 2; 1 llamada semanal a pacientes de categoría 3). Al finalizar la primera llamada se le avisará a la paciente si será contactada en la presente semana o en la siguiente. A partir de la segunda llamada en adelante la duración de estas será de 10 a 15 minutos en promedio y después de cada llamada se hará una evolución psicológica. En el caso de las evoluciones psicológicas realizadas por los internos, estas tienen que ser enviadas vía correo electrónico a su respectivo supervisor. Al finalizar cada semana de trabajo se realizará una video llamada entre el equipo de psicólogos para compartir experiencias y coordinar el trabajo de la siguiente semana. El tiempo total de esta fase será de 4 semanas.

3era fase:

Al terminar el período de llamadas se procederá a evaluar la intervención teniendo en cuenta el cumplimiento de la meta de cada objetivo. El periodo de evaluación durará una semana y tendrá como resultado final un documento de la experiencia global de la intervención. Este documento será realizado por los internos de psicología, pero recogerá la información y las experiencias de todo el equipo de psicólogos involucrados.

Objetivos de intervención	Medio	Meta
Realizar un registro escrito del estado psicológico actual de cada paciente para facilitar la comprensión de su situación global.	Se realiza una evolución psicológica de la paciente asignada después de cada llamada.	Documento con todas las evoluciones psicológicas de cada paciente.

Realizar un registro único sobre la situación familiar actual de cada paciente a través de una conversación telefónica con el área de asistencia social del pabellón.	Se realiza una llamada telefónica a la asistente social del pabellón 20 para conocer y tomar apunte de la situación familiar actual de cada paciente asignada.	Documento con el registro de la información recolectada sobre cada paciente en la llamada telefónica.
---	--	---

<p>Clasificar los casos de atención psicológica a través de un sistema numérico (1 = necesidad alta de acompañamiento psicológico; 2 = necesidad moderada de acompañamiento psicológico; 3 = necesidad baja de acompañamiento psicológico) para priorizar el orden y la cantidad de llamadas realizadas.</p>	<p>Al finalizar la primera llamada, se categoriza la situación actual de cada paciente, teniendo en cuenta los criterios de clasificación acordados en la reunión del equipo de psicólogos.</p>	<p>Documento con la lista de pacientes y su respectiva clasificación de necesidad de acompañamiento psicológico.</p>
<p>Informar a las pacientes sobre la coyuntura con datos útiles para su vida personal, manera ética y empática, considerando</p>	<p>En cada llamada, en caso el paciente lo solicite o se considere necesario, el o la psicóloga a cargo brindará a</p>	<p>Registro de la información brindada incluido en la evolución psicológica de la respectiva llamada.</p>

<p>que la información brindada no perjudique su salud mental.</p>	<p>la paciente información verídica y útil de la coyuntura actual teniendo en cuenta el cuidado de la salud mental de la paciente.</p>	
<p>Reducir los niveles de ansiedad o ambigüedad a través de las llamadas telefónicas.</p>	<p>En cada llamada, en caso sea necesario, el o la psicóloga se encargará de dialogar sobre las problemáticas que generan ansiedad en cada paciente asignada, buscando informar, reducir la incertidumbre o brindar técnicas de enfermería que apunten a reducir la ansiedad.</p>	<p>Síntesis de todas las evoluciones psicológicas realizadas, de cada paciente asignada, en donde se registre las fortalezas y debilidades que cada paciente tuvo para manejar su problemática particular a partir del acompañamiento psicológico brindado.</p>
<p>Incrementar el bienestar subjetivo.</p>	<p>En cada llamada el o la psicóloga se encargará de hacer dar cuenta a la</p>	<p>Síntesis de todas las evoluciones psicológicas realizadas , de cada paciente</p>

	paciente que no está sola y que se está trabajando para velar por su salud.	asignada, en donde se registre de qué manera la paciente (de manera
	Además, se espera que las llamadas en sí mismas generen una sensación de descargue y acompañamiento que brinda más perspectiva a la paciente sobre los momentos que se están atravesando	particular) manifestó una mayor sensación de bienestar a pesar de las circunstancias (ej. en las llamadas se presentaron más pensamientos positivos, etc)

Referencias

- Benson, N., Öngür, D., & Hsu, J. (2020). COVID-19 testing and patients in mental health facilities. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 476-477. doi: 10.1016/s2215-0366(20)30198-x
- Li, L. (2020). Challenges and Priorities in Responding to COVID-19 in Inpatient Psychiatry. *Psychiatric Services*, appi.ps.2020001. doi: 10.1176/appi.ps.202000166
- NBC News (2020). Coronavirus in a psychiatric hospital: 'It's the worst of all worlds'. Retrieved from <https://www.nbcnews.com/health/mental-health/coronavirus>
- WHO (2020). Mental health and psychological resilience during the COVID-19 pandemic. Retrieved 29 May 2020, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health>