

**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Facultad de Psicología



**Competencias adquiridas a través de la experiencia en un centro de práctica
clínica de Lima Metropolitana**

Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional

de Licenciada en Psicología que presenta:

**Arantxa Claudia Alfaro
Núñez**

Asesora:

Miriam Camacho Iraola

Lima, 2023

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Miriam Elena Camacho Iraola
 docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia
 Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado
Competencias adquiridas a través de la experiencia en un centro de práctica clínica de Lima
Metropolitana.....
 del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as)
Arantxa Claudia Alfaro Núñez

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 7% %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 10/10/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: ... Lima, 10 de octubre de 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
<u>Camacho Iraola, Miriam Elena</u>	
DNI: 09641246	Firma <i>Miriam Elena Camacho Iraola</i>
ORCID: 0000-0001-5426-4982	





Agradecimientos

A mis padres por haber apoyado y respetado mis decisiones especialmente para estudiar la carrera que escogí y en la universidad que siempre quise.

A papito y mamita por haberme criado dando lo mejor de sí, por enseñarme la pureza del amor y por los valores que me inculcaron con su ejemplo.

A mi familia, la de corazón y la de sangre, por apoyarme y estar a mi lado.

A Dios por haber permitido que siga en esta vida a pesar de todo.

A mi asesora por apoyarme siempre que lo necesité, por su calidez y compañía en mi camino.

A mis supervisoras de la institución, por haber hecho de mi experiencia enriquecedora y grata, las llevo en mi corazón.

A los pacientes y sus familias, por haber permitido que los acompañe y ayudarme a crecer como persona y profesional.

A Lucas, mi mascota, a quien adoro y quiero que quede huella de su compañía durante los últimos 14 años para cuando ya no esté a mi lado.

Por último, a la vida, por haber puesto personas tan valiosas en mi camino, viviré siempre agradecida.

Resumen

El presente documento da cuenta del ejercicio de prácticas pre-profesionales realizadas en el período 2020-2021 en una institución de salud mental en Lima bajo la modalidad de rotación en dos áreas. Durante la primera parte de las prácticas, se trabajó en el área de rehabilitación con población diagnosticada mayoritariamente con esquizofrenia y comorbilidades con déficits cognitivos, siendo las actividades realizadas de manera presencial; sin embargo, durante el ejercicio de funciones se instauró el estado de emergencia en nuestro país debido al COVID-19 por lo que las actividades cesaron abruptamente. Posterior a ello, se realizaron esfuerzos por modificar las atenciones al nuevo formato virtual, teniendo como base investigaciones respecto a la aplicación de la telepsicología así como capacitación a los pacientes sobre el uso de herramientas tecnológicas. Luego de haber instaurado la nueva modalidad, se dirigieron los esfuerzos a cumplir con los principales objetivos de aprendizaje para el proceso de prácticas pre-profesionales, es decir, desplegar y consolidar las competencias diagnóstica, interviene y evalúa cuyo detalle se describe a lo largo del presente documento. De esa manera, se identificaron las principales carencias y se propusieron alternativas basadas en la investigación teórica y empírica. Luego, tras la rotación, se trabajó en el área de terapia cognitivo conductual por lo que se utilizó el marco teórico correspondiente en unión con las propuestas virtuales. Como resultado, logró instaurarse la atención virtual para terapias individuales y grupales, así como para evaluaciones y diagnósticos a nuevos pacientes.

Palabras clave: Prácticas preprofesionales, esquizofrenia, déficits cognitivos, telepsicología, rotación, competencias, terapia cognitivo conductual.

Abstract

This document reports the exercise of pre-professional practices carried out in the period 2020-2021 in a mental health institution in Lima under the modality of rotation in two areas. During the first part of the internship, we worked in the rehabilitation area with a population diagnosed mostly with schizophrenia and comorbidities with cognitive deficits; however, during the exercise of functions, the state of emergency was established in our country due to COVID-19, so the activities ceased abruptly. Subsequently, efforts were made to modify care to the new virtual format, based on

research on the application of telepsychology and training patients on the use of technological tools. After having established the new modality, efforts were directed towards meeting the main learning objectives for the process of pre-professional practices, that is, deploying and consolidating the competencies diagnoses, intervenes and evaluates, the details of which are described throughout this document. In this way, the main deficiencies were identified, and alternatives were proposed based on theoretical and empirical research. Then, after rotation, we worked in cognitive behavioral therapy, using the corresponding theoretical framework in conjunction with the virtual proposals. As a result, virtual care for individual and group therapies as well as for evaluations and diagnoses of new patients was established.

Key words: Pre-professional practices, schizophrenia, cognitive deficits, telepsychology rotation, competencies, cognitive behavioral therapy.

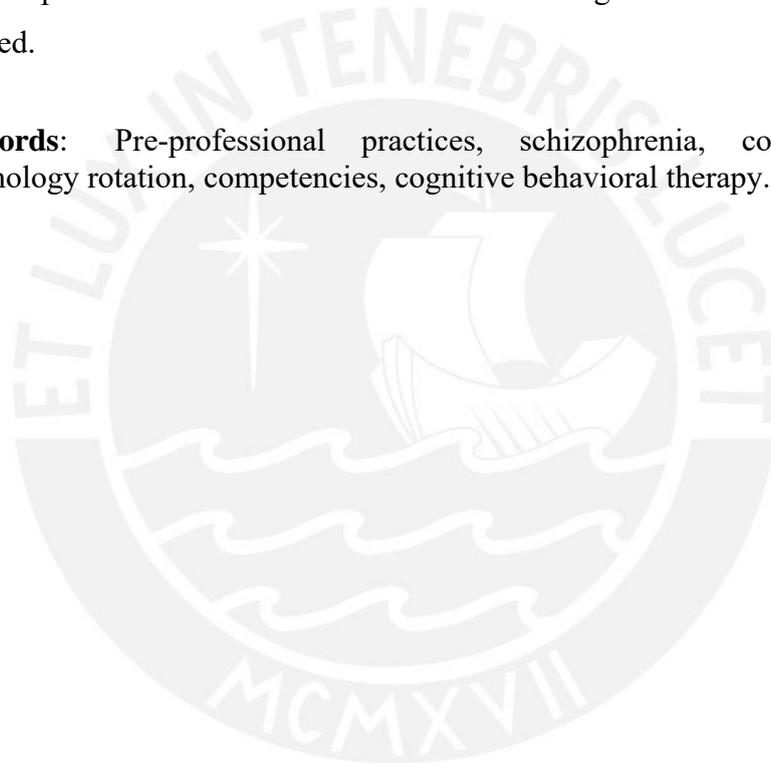


Tabla de Contenidos

Presentación General	8
Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso	10
Competencia Diagnostica	10
Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia	10
Reseña teórica	15
Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia	19
Competencia Interviene	21
Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia	21
Reseña teórica	26
Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia	28
Competencia Evalúa	30
Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia	30
Reseña teórica	33
Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia	36
Conclusiones	41
Referencias	45
Apéndice	51

Presentación General

El presente informe se realiza como resultado de la culminación del internado de Psicología -período 2020-2021- en una institución especializada en la innovación, investigación, docencia, capacitación y tratamiento en salud mental, ubicada en Lima Metropolitana. La mencionada institución posee cinco Direcciones Ejecutivas de Apoyo al Tratamiento y Diagnóstico (DEIDAE) y tres Departamentos. Así, el internado fue realizado durante los primeros seis meses en el departamento de Rehabilitación y, durante los seis meses restantes, en la DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores. Cabe señalar que los dos primeros meses de internado fueron llevados a cabo en la sede de la institución; sin embargo, debido a la pandemia producida por el COVID-19, los siguientes meses del internado tuvieron una modalidad virtual hasta el término de las prácticas.

Respecto a las funciones específicas realizadas en cada área, en el Departamento de Rehabilitación se me asignó como co-facilitadora a las sesiones grupales de los Programas de Rehabilitación cognoscitiva, Habilidades sociales, Manejo del estrés, Hábitos socio-laborales y Programa de deficiencia intelectual (PREPEDI). Las mencionadas actividades se realizaban con los pacientes de las fases I, II y III y adicionalmente, en el caso del grupo de PREPEDI, también se trabajaba con los familiares en grupos diferentes. En su mayoría, los pacientes presentaban diagnósticos de esquizofrenia y psicosis, siendo frecuentes las comorbilidades con déficits cognitivos. Así, teniendo en cuenta que el Programa de Rehabilitación tiene un período aproximado de dos años, el nivel I se desarrolla durante los primeros seis meses y así sucesivamente en periodos semestrales. Adicionalmente, como parte de mis funciones, realicé investigaciones y exposiciones sobre los principales diagnósticos y las problemáticas del área, participé en reuniones de coordinación y fui capacitada en las actividades que se realizaban en el departamento con el objetivo de tener el conocimiento necesario para complementar las acciones con los demás profesionales en beneficio de los pacientes.

Por otro lado, respecto al trabajo realizado en la DEIDAE de Adultos, fui asignada al Departamento de Terapia cognitivo conductual (TCC) y al Departamento de Psicosis. En ambos mis funciones incluían la participación como co-facilitadora en las sesiones individuales, grupales, capacitaciones y exposiciones semanales, reuniones de coordinación

multidisciplinarias, entrevistas a nuevos pacientes y seguimiento a los mismos. Respecto al Departamento de TCC, los pacientes presentaban mayoritariamente diagnósticos de Trastorno obsesivo compulsivo, Trastornos de conducta alimentaria, Trastornos de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad.

Por último, como parte de las funciones de los internos de la institución, el Departamento de Docencia realizaba reuniones mensuales con los practicantes de psicología, actividades de capacitación general en las que los internos debían realizar exposiciones dirigidas a todos los psicólogos de la institución, y solicitaba la elaboración de informes mensuales con el objetivo de reportar nuestras actividades, y realizar propuestas de mejora luego de elaborar diagnósticos del área en el que cumplíamos funciones.



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

Competencia Diagnostica

Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia

Respecto a la competencia Diagnostica se puede mencionar que, en mi calidadde practicante preprofesional, llevé a cabo diversas actividades en las dos áreas a las que fui asignada.

Es así como, durante el inicio de actividades en la primera área de rotación - Departamento de Rehabilitación-, las supervisoras me capacitaron en el manejo de las pruebas psicológicas que se aplicaban a los pacientes que deseaban ingresar al programa. En ese sentido, inicié con la capacitación teórica y práctica de cada prueba; sin embargo, debido al inicio del Estado de emergencia en el país, no se concretó la aplicación de los conocimientos adquiridos. Ante aquella situación, se hizo necesaria la aplicación de herramientas alternativas que permitieran aproximarse al estado de los pacientes y profundizar en las características y proceso de cada uno de ellos. En el presente apartado se describirá la secuencia de estas, así como su relevancia, sin embargo, el desarrollo profundo de la competencia podrá ser conocido en las descripciones sobre la segunda área de rotación.

Durante mi permanencia en el Departamento de Rehabilitación, practiqué la observación clínica de manera diaria y la revisión de historias de cada paciente con el objetivo de obtener el conocimiento detallado de la sintomatología e historia familiar. Si bien dicha observación no se encontraba explícitamente dentro de mis funciones, personalmente la considero importante para lograr un mayor conocimiento de cada individuo y realizar un trabajo personalizado. Gracias a ello, pude conocer las individualidades que acompañaban a cada uno y logré establecer un mejor vínculo. De esa manera, incorporaba la información recogida de la observación para mejorar la predisposición de los pacientes a realizar las actividades de las sesiones. A manera de ejemplo se puede decir que mediante la observación entendí que al paciente “Pepito” le parecía más interesante la actividad de

rompecabezas o las preguntas de historia, mientras que a “Juanita” le gustaban más las Sopas de letras, ambas actividades formaban parte de las sesiones de rehabilitación cognitiva y la indicación de actividades diferenciadas fomentaba el interés de los pacientes. La importancia de promover de manera constante la participación de los usuarios se debe a que muchos de ellos solían dormirse durante las sesiones como efecto de la medicación o como resultado de levantarse muy temprano porque la institución queda lejos de sus casas.

En el mencionado departamento, la mayoría de los pacientes presentaban diagnóstico de esquizofrenia o psicosis, y tenían un periodo largo de vivencia del trastorno, por lo que como consecuencia solían mostrarse retraídos ante personas desconocidas, como lo era yo al inicio de mis actividades. En ese sentido, conocerlos mejor contribuyó a que se desarrollara la confianza necesaria para que puedan expresarse libremente ante mi presencia en las sesiones, pero además a que mi presencia sea requerida por ellos al sentirse cómodos y felices con mi trato y forma de realizar las actividades. Por último, debido a la virtualidad y al cambio de rotación, dicho conocimiento me permitió realizar un informe detallado de cada paciente que incluía diagnóstico, situación familiar, sintomatología y el tratamiento que yo realizaba a cada uno de ellos en base a la observación de sus preferencias. El mencionado documento no formaba parte de mis actividades u objetivos, pero fue solicitado por mis supervisoras debido a su preocupación por que los pacientes rechacen a la interna que ingresaría luego de mí al área o que ella realice alguna conducta que los aleje y no deseen trabajar ante su presencia.

Por otra parte, durante la segunda rotación realizada de manera virtual en el área de TCC, la competencia Diagnóstica se trabajó mediante la evaluación clínica de los pacientes. Para ello, fue necesaria una capacitación inicial sobre análisis funcional y sobre la metodología empleada para realizar las entrevistas dentro del marco de la TCC. La mencionada capacitación inició con la aproximación teórica al modelo mediante revisiones bibliográficas, seguidas de exposiciones con síntesis de los temas, a través de las cuales se evidenció mi comprensión y asimilación de la información revisada. Adicionalmente, mi supervisora solicitaba semanalmente la investigación de los principales diagnósticos que se trataban en el departamento con el objetivo de conocer la sintomatología, diagnóstico y tratamiento adecuado para

cada caso. Todo lo previo significó varias semanas de aprendizaje continuo que concluyó con la decisión de mi supervisora de que yo pueda realizar las entrevistas iniciales a los pacientes nuevos con el objetivo de realizar los diagnósticos. De esa forma, de manera paulatina, fui delegada a realizar partes de la entrevista hasta lograr realizarla en su totalidad bajo la observación y acompañamiento de mi supervisora.

Con el objetivo de profundizar en las descripciones previamente realizadas, se presentará el caso de un paciente de nuevo ingreso cuyas entrevistas pude realizar de manera completa bajo acompañamiento de mi supervisora.

“Mario” es derivado al departamento de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) porque presenta síntomas relacionados a trastornos de ánimo con presencia de conductas repetitivas. En la primera sesión se realiza una entrevista semiestructurada con el objetivo de profundizar en los datos personales: edad, género, profesión u ocupación, integrantes de la familia, personas con las que vive, distrito de procedencia, etc.; la sintomatología y el tiempo que el paciente reporta la presencia de los mismos; la posible afectación que los síntomas le generan en aspectos como sueño, alimentación, trabajo, relaciones interpersonales u otros que el paciente reporte; se le pide una breve descripción del tratamiento que haya realizado incluyendo la medicación que haya consumido; y también se consulta sobre la expectativa que posee respecto a la terapia.

En síntesis, la información obtenida luego de la entrevista permitió conocer que la presencia de los síntomas databa de hace quince años, siendo severos en los últimos meses. El paciente había realizado psicoterapia en varias oportunidades y también había recibido tratamiento farmacológico; sin embargo, reportaba vivir muy lejos de la institución por lo que le resultaba difícil acercarse mensualmente por sus pastillas por lo que dejó de tomarlas. Así también, tenía dificultades para asistir presencialmente a las sesiones de terapia por lo que tampoco pudo continuar con ellas. Recientemente sus síntomas habían incrementado debido a problemas devenidos de la pandemia y con la modalidad virtual de las sesiones le resultaba conveniente poder retomar su tratamiento. “Mario” se encontraba experimentando dificultades para conciliar el sueño y realizar sus actividades cotidianas debido a “momentos de desesperación” que le impedían culminar con la actividad que

estuviera realizando, siendo su principal preocupación el trabajo. Por ello, la expectativa de terapia consistía en poder mejorar esos aspectos.

En base a la información recogida, se hipotetiza que “Mario” presenta trastorno de ansiedad y que los “momentos de desesperación” que reporta podrían tratarse de ataques de pánico. Con el objetivo de precisar el diagnóstico, se propone para las siguientes entrevistas aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), ahondar en la sintomatología, así como en los momentos en que aumenta la intensidad de los episodios ansiosos, y realizar el diagnóstico diferencial basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Así mismo, también se propuso aplicar la escala Yale-Brown debido a que su historia clínica reporta la presencia de conductas repetitivas, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) debido a la alteración de ánimo reportada. Al respecto, es importante mencionar que, en la mayoría de los casos tratados en la institución, los pacientes presentan más de un trastorno por lo que se debe profundizar la exploración en todos los casos, además, los instrumentos escogidos forman parte de las pruebas psicológicas usualmente empleadas en el departamento. Dentro de ellos, se deberá escoger aquellos que se consideren pertinentes para cada caso luego de haber realizado la exploración inicial durante la primera sesión.

La etapa de diagnóstico tuvo entonces, una duración de tres sesiones siguiendo el protocolo establecido en el departamento. El proceso se inició con una primera entrevista al paciente para conocer su motivo de consulta e historia, y realizar el análisis funcional. Luego, se revisó la historia clínica del paciente que disponía la institución. Durante la segunda y tercera sesión se aplicaron las pruebas consideradas apropiadas para el paciente. Es importante recalcar que la observación del paciente fue una herramienta transversal a todo el proceso diagnóstico, considerando aspectos como: comunicación verbal, comunicación no verbal, aseo personal, contacto ocular, tipo de contacto interpersonal, estado de ánimo, volumen de voz, entre otros. Al término de esta etapa, el paciente del caso mencionado fue diagnosticado con Trastorno de Pánico siendo decisivo que sus síntomas no se circunscribían a situaciones o personas específicas y que durante la aparición de las crisis predominaba el miedo a morir. Adicionalmente, se reportó que “Mario” presentaba depresión leve; sin embargo, en las entrevistas pudo conocerse que era consecuencia

de la afectación laboral y familiar que estaba experimentando a raíz de los ataques continuos de ansiedad que presentaba, por lo que no formó parte del diagnóstico principal.

El caso previo permite conocer de forma detallada la secuencia seguida para el desarrollo de la competencia Diagnóstica en el trabajo con los pacientes en el departamento de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Es importante recalcar que en todo momento del proceso fui acompañada por mi supervisora y que, con la información obtenida del proceso diagnóstico, se establecieron las pautas para el tratamiento del paciente.

Para finalizar este apartado, respecto a las oportunidades de mejora propias, considero que no poseía el conocimiento suficiente de pruebas psicológicas para los diagnósticos trabajados, por lo que considero importante profundizar dicho conocimiento con el objetivo de aplicar las pruebas que actualmente se consideran más eficaces de acuerdo con cada población. Así mismo, a pesar del conocimiento de los límites de nuestra profesión, experimenté dificultades para evitar que los problemas de los pacientes tuvieran impacto emocional en mí. Ante ello, considero que para el futuro una forma de contrarrestar el malestar será enfocar los esfuerzos en realizar nuestra labor lo mejor posible para saber que el paciente está recibiendo la ayuda que requiere.

Por último, respecto a las oportunidades de mejora institucionales, la burocracia encontrada, así como la falta de presupuesto genera dificultades de diversos tipos tales como: falta de actualización en las versiones de las pruebas utilizadas, no poder utilizar pruebas que han demostrado mayor eficacia en la población debido a que no han sido compradas por la institución, falta de renovación de las computadoras, falta de renovación de las licencias de los programas utilizados, etc. Cada una de las situaciones mencionadas anteriormente se traduce en dificultades para mejorar las posibilidades de diagnóstico de los pacientes que son atendidos en la institución; sin embargo, de manera particular en las áreas en las que realicé mis prácticas, dichas deficiencias intentan ser compensadas con mayor esfuerzo e involucramiento del personal por utilizar de forma óptima los recursos de los que sí

disponen.

Reseña teórica

En relación con este apartado, es importante diferenciar el trabajo realizado en las áreas de rotación. En ese sentido, de manera general se puede agrupar la información consultada para los Departamentos de Rehabilitación y de Psicosis, pero no puede incluirse en ello la bibliografía consultada para el trabajo en el Departamento de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Por ello, se fundamentan primero los conceptos e información relacionados al trabajo con población con diagnósticos de esquizofrenia y psicosis, y posteriormente se presentará la revisión realizada para el Departamento de TCC.

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, frecuentemente comórbida con discapacidad intelectual, son la población con mayor prevalencia en la institución (Oficina de Estadística e Informática; 2019). Al respecto, las investigaciones reafirman que los pacientes con esquizofrenia ven afectadas diferentes esferas de su vida siendo predominantes el área social y laboral o académica, en las que experimentan dificultad para realizar sus actividades cotidianas por lo que la rehabilitación de éstas es una necesidad imperante a fin de poder reintegrar a la persona con la mayor independencia posible (Luna, 2022; Fernández, 2022; Cano, 2022; Crespo- Facorro., et al., 2016). Lo anterior explica la importancia de realizar un adecuado diagnóstico de los pacientes como primer paso para desarrollar las estrategias de intervención adecuadas para su tratamiento. Por ello, fue necesario realizar investigaciones exhaustivas acerca de las dificultades más frecuentes que se presenta en los pacientes, las herramientas consideradas más eficaces para el diagnóstico, el lenguaje adecuado para la aproximación a los pacientes etc., (Asociación Americana de Psicología, 20203; American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010; American Association on Mental Retardation, 2002; Carpio, 2018; Castillo- Martell, 2014; Crespo-Facorro et al., 2016; Pelechano, 2009; Mielgo & Luengo, 2014). Respecto a las observaciones clínicas realizadas a los pacientes, fue de suma importancia el conocimiento del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) así como profundizar en el conocimiento del desarrollo de psicopatologías en etapa

adulta (Cicchetti & Toth, 2006; Meyer & Wever, 2006; Schulenberg et al., 2008; Krishnamurthy & Meyer, 2016).

En ese sentido, el Manual CIE-10 indica que, para el caso de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se podrán evidenciar distorsiones en el pensamiento, percepción y afectos y además déficits cognitivos producto del tiempo de vivencia del trastorno. De manera específica, son comunes los síntomas de ideas delirantes, alucinaciones auditivas, afectación del discurso y los síntomas “negativos” que afectan el estado de ánimo de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Durante el periodo de prácticas, la revisión de historias clínicas permitió conocer la manifestación de los síntomas descritos en cada paciente. Así, para un síntoma tal como alucinaciones auditivas, los pacientes presentaban vivencias diferentes. Además de ello, la literatura revisada indica que en ocasiones los síntomas negativos que afectan el ánimo pueden mantenerse por mayor tiempo en comparación a las otras alteraciones. Para el caso de los pacientes observados, en varios de ellos se apreció que presentaban embotamiento y apatía durante las sesiones grupales. Por último, respecto a los déficits cognitivos, estos se consideran consecuencia de un largo periodo de vivencia del trastorno siendo incrementados por las recaídas y periodos de ausencia de tratamiento farmacológico. Ello también pudo ser observado durante el periodo de prácticas debido a que todos los pacientes tenían años de tratamiento con presencia de recaídas y abandono de tratamiento por lo que se había sumado a su diagnóstico principal (esquizofrenia), el diagnóstico de déficit cognitivo.

Respecto a la observación como herramienta, la Asociación Americana de Psicología [APA](2023) la define como el acercamiento a un proceso o fenómeno con el objetivo de recolectar información de este y obtener conclusiones. Para ello, es importante que el observador tenga un marco de referencia y conocimiento previo respecto a lo observado con el objetivo de poder identificar aquellas conductas o comportamientos que desea reportar (Azcona, Manzini & Dorati, 2013). Así mismo, durante el periodo de la práctica preprofesional, se empleó de manera específica y transversal, la observación participante, la cual es definida por la APA (2023) como el

método mediante el cual un investigador entrenado estudia un grupo preexistente sin alterar los procesos o las características de este. Por lo expuesto, gracias al empleo de dicha herramienta logré identificar y comprender las características de los grupos con quienes trabajé, así como las particularidades de cada paciente al interior de estos grupos. En base a la información recogida, logré sistematizar y emplearla para el desarrollo de las competencias Interviene y Evalúa.

Adicionalmente, se integró a lo previo, la revisión y el entrenamiento en las pruebas que se aplicaban en el departamento a fin de poder ejecutar los procesos diagnósticos en función del protocolo establecido en el área. Como ejemplo, se revisó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Mini-mult (Kincannon, 1968), el Test Breve de Inteligencia de Kaufman K-BIT (Kaufman & Kaufman, 1990), entre otros; sin embargo, las pruebas revisadas no lograron ser aplicadas con los pacientes debido al cese de actividades producidas por el Estado de Emergencia a nivel nacional. En ese sentido, el Departamento de Rehabilitación suspendió los procesos diagnósticos a nuevos pacientes y dirigió sus esfuerzos a la modificación de los tratamientos a la modalidad a distancia.

Por otro lado, cuando se realizó la rotación al área de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el departamento ya había estructurado los lineamientos para evaluaciones virtuales por lo que inicié mi capacitación en las herramientas de diagnóstico desde el mencionado modelo. El protocolo del área para el diagnóstico a pacientes nuevos consistía en tres sesiones que incluían generalmente: la ejecución de la entrevista inicial; la aplicación de dos cuestionarios principales: la versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Magán et al., 2008) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1993); y la elaboración de reportes individuales que permiten recoger la información recabada, así como el diagnóstico y sugerencias para el tratamiento.

En ese sentido, como parte del proceso revisé investigaciones previas respecto a los diagnósticos más frecuentes en el departamento (OEI, 2019), las aproximaciones más eficaces de acuerdo con la literatura (Abramowitz et al., 2009; Blázquez et al., 2019) y la práctica de las pruebas utilizadas en el área. Se identificó que los diagnósticos más frecuentemente atendidos en el Instituto fueron los trastornos del

ánimo, seguidos por la esquizofrenia (OEI, 2019). Por otro lado, el departamento de TCC se encarga de atender, generalmente, a los pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos de conducta alimentaria (TCA). El modelo cognitivo conductual incluye procedimientos específicos y estructurados que requieren de la participación constante del paciente durante el proceso, siendo el terapeuta quien enseña al paciente a realizar las actividades propuestas, y ofrece guía y acompañamiento durante el periodo terapéutico. Al intervenir específicamente en el problema, se considera que la efectividad de este modelo de intervención se incrementa respecto a otras aproximaciones terapéuticas. (Cuadro, 2015; Navarro, 2008; Ramos, 2015; Telch et al., 2000; García, 2013; Gutiérrez et al., 2019).

De manera específica, con relación al proceso diagnóstico, el inicio de la adaptación al área se dio a través del entrenamiento en análisis funcional por ser considerado como herramienta clínica básica para recolectar información de las conductas realizadas por los pacientes que acuden a consulta (Haynes & O'Brien, 2000; Keawe et al., 2013; Orgaz et al., 2016; Ballesteros, 2018). Posteriormente, la supervisora del área solicitó la revisión de literatura que ofreciera pautas para la evaluación diagnóstica específica según los trastornos que se trataban en el área. Así, revisé la información sobre la aproximación de la TCC en casos de trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de ansiedad fóbica, trastornos de conducta alimentaria. (Bloch & Storch, 2015; Foa et al., 2005; García, 2013; Iñárritu et al., 2016; Navarro, 2018; Gutiérrez & Rosas, 2019; Duarte & Bohorquez, 2020). Sobre ello, la revisión permitió conocer las características principales que acompañan a cada diagnóstico, especialmente importante debido a que los trastornos mencionados presentan sintomatología similar.

Sobre los mencionados diagnósticos, a continuación se muestra un resumen propio acerca de las características principales de cada uno de ellos para facilitar su identificación tomando como insumo principal el CIE-10 y los autores mencionados en el párrafo anterior.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por obsesiones o compulsiones consideradas excesivas o irracionales que generan malestar y se presentan por un periodo mínimo de dos semanas. El paciente no puede resistirse a

pensar o realizar los actos siendo importante que reconozca que son generadas por él mismo y no provienen de un elemento externo como en el caso de delirios o alucinaciones. Para el trastorno de ansiedad generalizada, el paciente debe presentar, durante al menos 6 meses, tensión, preocupación y aprensión sobre acontecimientos cotidianos siendo fundamental que no sea causado o no se relacione a un evento, situación o ambiente específico. Para la ansiedad fóbica, el paciente experimenta ansiedad en situaciones específicas o definidas que en sí mismas no resultarían peligrosas. Así mismo, se presenta miedo a morir, enfermarse gravemente o volverse loco. Respecto a los trastornos de conducta alimentaria, se presentaban los diagnósticos de anorexia y bulimia nerviosa, ambos generan en el paciente preocupación excesiva por su peso y una imagen distorsionada de sí mismo. La anorexia nerviosa se caracteriza por evitar el consumo de alimentos y para su diagnóstico la persona debe encontrarse al menos 15% por debajo del peso esperado para su edad y talla. En la bulimia nerviosa, se presentan los “atracones” que son episodios de ingesta de alimentos en grandes cantidades y en un periodo corto de tiempo, deben presentarse al menos dos episodios por semana durante un periodo de tres meses. Debido a estos atracones, los pacientes realizan conductas para contrarrestar la ingesta como tomar laxantes, inducir el vómito, realizar ayunos y purgas, entre otras. Es importante mencionar que la ingesta de alimentos se genera debido a una fuerte ansiedad o compulsión por comer.

Por último, observé las entrevistas iniciales realizadas a pacientes nuevos, así como la aplicación de las pruebas psicológicas manejadas en el departamento. Cabe resaltar que el Manual CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) se considera imprescindible para el proceso siendo la herramienta básica de diagnóstico ya que permite codificar los trastornos, ofrece descripciones detalladas de los mismos incluyendo sintomatología y ofrece también claridad en casos donde sean necesarios diagnósticos diferenciales.

Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia

En este apartado también se hará la diferenciación respecto a las áreas de trabajo haciendo énfasis en el departamento de TCC debido a que pudo aplicarse completamente la competencia Diagnóstica. En ese sentido, respecto al área de

rehabilitación, la herramienta principal fue la observación clínica. El uso de dicha herramienta tuvo como resultado que yo pueda ser capaz de identificar la presencia de sintomatología de un paciente y reportarlo a mi supervisora, lo cual resulta importante debido a que los pacientes que se encuentran en el programa deben encontrarse clínicamente estables y medicados, lo que se traduce en la ausencia de alteraciones significativas. En ese sentido, la presencia de síntomas suele relacionarse a que el paciente ha dejado de consumir la medicación o a que ha generado resistencia a la misma por lo que sería necesaria la intervención del área de psiquiatría del departamento a fin de evitar recaídas. Teniendo en cuenta que la mayoría de las historias clínicas reportan al menos una recaída durante el periodo de enfermedad de los pacientes, siendo la adherencia al tratamiento una de las principales dificultades, resulta de vital importancia la observación constante de los pacientes durante las sesiones de tratamiento, pero además durante sus momentos de receso. Debido a ello, se sugirió realizar un documento que recoja la información obtenida sobre los pacientes con el objetivo de compartir dicha información con los diferentes profesionales. Ello también permitió que la interna que debía realizar la rotación en el área pudiera adquirir nociones sobre cómo debía realizar su aproximación a los pacientes. Por último, en la línea del trabajo individual asociado a la competencia, la mayoría de los pacientes del área compartían el diagnóstico de esquizofrenia; sin embargo, la sintomatología, las vivencias, el ambiente, etc. marcan grandes diferencias por lo que se refuerza la necesidad de la aproximación individual.

Por otro lado, en la rotación en el departamento de TCC, logré desarrollar las siguientes actividades: el diseño de procesos de evaluación a pacientes nuevos, la recolección de información luego de sesiones de entrevistas y aplicación de pruebas definidas según las hipótesis de diagnóstico, la revisión del historial clínico, la observación de conducta y, por último, la integración de la información recogida concluyendo con el diagnóstico del paciente, así como las propuestas para el tratamiento correspondiente. Aquí también fue importante el rol de la observación clínica con el objetivo de fortalecer el vínculo con las personas que llegaban a consulta. Respecto al aprendizaje sobre técnicas de observación y entrevista, este fue realizado durante la etapa universitaria en poblaciones como niños, jóvenes y adultos; sin embargo, no se realizaron aproximaciones a individuos con patología. Además de ello, teniendo en cuenta que los pacientes derivados a la institución presentaban

trastornos moderados o graves, el trabajo con ellos resultó ser un desafío personal. Así, al inicio sentí temor por no cumplir con las expectativas o cometer errores que puedan afectar a los pacientes, pero afortunadamente, gracias a la asesoría de mis supervisoras y al esfuerzo constante, fui capaz de realizar un trabajo adecuado. Todo lo descrito previamente fue compartido con mi supervisora a través de reportes por cada caso explicando las decisiones tomadas, las justificaciones de cada una y los resultados obtenidos luego de la aplicación del proceso. Si bien todo ello se realizó bajo acompañamiento, se consideró importante fortalecer la práctica de elaboración de reportes y comunicación de resultados.

De manera transversal, considero que todas las actividades realizadas respecto a esta competencia han permitido incrementar y afianzar los conocimientos previos. Así también, han mejorado mis habilidades para trabajar con los pacientes y me han permitido aprender sobre el trabajo con los diferentes diagnósticos y desde las diferentes perspectivas de trabajo que poseían mis supervisoras.

Competencia Interviene

Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia

Durante la primera rotación en el Departamento de Rehabilitación, las actividades que contribuyeron a la competencia fueron aquellas realizadas a partir del proceso diagnóstico. Así, en las descripciones realizadas en esta sección, se podrá identificar que cada intervención inicia con información obtenida de la observación y el proceso diagnóstico para luego dar paso a la intervención específica llevada a cabo. Para el presente apartado se ha escogido describir una de las intervenciones realizadas durante las sesiones de actividad grupal con los pacientes del mencionado departamento. Inicialmente, se había identificado que muchos pacientes tenían dificultades para participar activamente en las sesiones grupales o se mostraban retraídos ante la presencia de sus compañeros y los profesionales del área. De manera específica, se observaban comportamientos como: no mirar a las personas cuando hablan, no levantar la mano para hablar, no querer participar de las dinámicas, no compartir la tarea que realizaron, etc. Estas conductas se hicieron más evidentes durante las sesiones virtuales en las que la

mayoría de los pacientes no deseaba prender la cámara. Teniendo en cuenta el análisis del contexto y las dificultades previamente identificadas, se propuso realizar una intervención que tenga como objetivo incrementar la participación de los pacientes en las sesiones de terapia grupal.

Para lograr ello, como parte del diseño de la intervención se revisaron investigaciones bibliográficas que permitieron conocer a profundidad las principales afectaciones producidas en los pacientes a raíz del diagnóstico de esquizofrenia. Así se encontró que, dentro de las principales áreas afectadas, el componente cognitivo y social se relacionan con la exclusión social de los pacientes, el estigma, la dificultad para realizar actividades cotidianas, etc. por lo que trabajar sobre las mencionadas áreas permite mejores resultados (Fernández, 2022; Cano, 2022; Crespo- Facorro., et al., 2016). Por tanto, entendiendo que las áreas cognitivo y social se consideran fundamentales para la rehabilitación y reinserción del paciente, y dada la poca participación de los pacientes en las terapias grupales, se decidió intervenir para incrementar la efectividad de las terapias grupales de rehabilitación cognitiva y social. De esa manera, en coordinación con las supervisoras, se propuso modificar el uso de las herramientas de cada sesión de acuerdo con las preferencias previamente identificadas en las sesiones de terapias grupales.

A continuación, se describirá de manera concreta parte de las acciones que se llevaron a cabo:

Tomando el ejemplo de la terapia de rehabilitación cognitiva realizada en el departamento, generalmente las sesiones consistían en: brindar información teórica respecto al tema que correspondía a esa sesión, practicar el tema con juegos o role-playing y para finalizar, entrenamiento en habilidades cognitivas a través de ejercicios como armar rompecabezas, ejercicios matemáticos, preguntas de cultura general, encontrar diferencias entre dos imágenes, etc. Entonces, en el espacio destinado a entrenamiento, si al paciente “Julio” le generaba más interés armar rompecabezas, se permitía que él realice esa actividad mientras que a “Juana”, se le entregaban imágenes para que pueda buscar diferencias. De esa forma, al interior de cada terapia grupal y siguiendo con la estructura de las sesiones, también se tomaban

en cuenta las necesidades individuales de cada paciente para personalizar las actividades durante las sesiones de grupo. Otra de las actividades eran los ejercicios matemáticos que no eran bien recibidos por algunos pacientes mientras que a otros los entusiasmaba. A continuación, se incluyen ejemplos detallados sobre las intervenciones propuestas y realizadas a través de fragmentos extraídos de un reporte elaborado por la autora:

Respecto a las actividades realizadas durante las sesiones grupales de rehabilitación cognitiva, es necesario proporcionar a “Ricky” ejercicios de mayor complejidad respecto a los demás pacientes. Para ello, es imprescindible evaluar el grado de dificultad que puede resolver sin que experimente frustración. Por ejemplo, multiplicaciones de tres cifras con un dígito (340×5). En apariencia dicha operación es compleja al ser de tres dígitos, pero los números escogidos disminuyen su dificultad, de esa manera se incrementan sus posibilidades de resolver un ejercicio que considera difícil y se motiva a seguir participando. Si aquello se realiza de forma adecuada, repercutirá en mayor participación durante la sesión en general, de lo contrario, se mostrará evasivo durante las actividades.

El fragmento anterior resume el análisis previo realizado sobre el paciente, así como la estrategia aplicada para fomentar su interés. Cabe mencionar que los pacientes suelen resolver multiplicaciones de una o dos cifras (40×2 ; 17×3) por lo que la asignación de multiplicaciones más complejas generaría en el paciente “Ricky” el incremento del sentido de autoeficacia y promueve su participación. Por el contrario, para el caso de las multiplicaciones, se observó en otro paciente llamado “Carlos” que ofrecerle multiplicaciones de dos cifras generaba malestar debido a que presentaba dificultad para poder realizarlas y ello estaba ocasionando la disminución de sus participaciones durante esos espacios. Teniendo conocimiento de que “Carlos” presentaba, además del diagnóstico de esquizofrenia, discapacidad intelectual, se modificó el nivel de los ejercicios que se le pedía realizar. Así, cuando podía responder a la pregunta de 5×8 o 3×10 , se reforzaba su participación felicitándolo.

En relación con la terapia grupal de habilidades sociales, la intervención también consistía en evitar ciertas conductas que podían generar incomodidad en

los pacientes durante las sesiones. Como en el caso de “José” quien se mostraba reacio al contacto físico e incluso presentó dificultades con otro compañero debido a que este una vez le dio una palmada en el hombro para felicitarlo. A pesar de la explicación del compañero, “José” se mostró fastidiado y expresó verbalmente que no deseaba ser tocado. Ese hecho sirvió para explicar a los demás pacientes que “José” se sentía incómodo con el contacto físico por lo que toda expresión de felicitación o compañerismo debía ser verbal y permitió, además, que los pacientes practiquen regulación de impulsos, comunicación asertiva y aceptación de diferencias; todos ellos componentes del Programa de Habilidades sociales.

Como última evidencia escogida para esta competencia, gracias a la investigación constante se revisó bibliografía especializada sobre los tratamientos considerados más eficaces en los respectivos diagnósticos lo que permitió incorporar actividades como parte de las sesiones grupales, previamente autorizadas por las supervisoras del área. De esa manera, propuse incorporar las dinámicas de “frases hechas” con los usuarios del Programa de deficiencia intelectual (PREPEDI) debido a que, como consecuencia de sus déficits cognitivos, presentan problemas para entender el sentido no textual de algunas oraciones. Así, en frases como “muero de calor”, los usuarios presentaban dificultad para entender que se hace referencia a que la persona sentía calor excesivo. Expresiones como el ejemplo previo son comunes en el diálogo interpersonal por lo que la adecuada interpretación de estas permite a los pacientes incrementar sus habilidades sociales.

Los ejemplos propuestos permiten conocer los objetivos específicos que se plantearon para la intervención: investigación previa para conocer las áreas principales de trabajo con los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; observación clínica para determinar cuál era la actividad que le interesaba desarrollar a cada paciente (rompecabezas o busca palabras, por ejemplo), propuesta a las supervisoras y, por último, modificación y aplicación de las estrategias del trabajo para incrementar las participaciones. Es necesario indicar que se realizaron reportes por cada paciente en donde se incluía la información recogida de la observación clínica durante las sesiones grupales y los espacios de ocio, así como las propuestas específicas para aplicar con cada uno durante las sesiones grupales. Dichos reportes fueron compartidos a las supervisoras y empleados como fuente de información

durante las sesiones correspondientes. Adicionalmente, fueron compartidos con la futura practicante preprofesional del área y los demás miembros del departamento.

Además de ello, se establecieron espacios de diálogo para explicar los comportamientos o situaciones que podían incomodar a otros, el contacto físico, por ejemplo, y; se introdujeron actividades que contribuían a las sesiones, como entender el sentido no textual de algunas oraciones, en el caso de pacientes de PREPEDI. Como resultado, se consiguió incrementar la participación de los pacientes en las sesiones grupales, lo cual contribuyó directamente a los objetivos previstos por las supervisoras en cada espacio grupal. Para el caso del entrenamiento de habilidades sociales, se tenía como objetivo trabajar habilidades como empatía, comunicación asertiva, comunicación no verbal, entre otras a través de la aplicación de las actividades programadas. Así también, para la terapia de rehabilitación cognitiva, los ejercicios propuestos permitían contribuir al fortalecimiento de las funciones cognitivas siendo fundamental lograr que los pacientes participen activamente de las sesiones para lograr que el programa tenga el impacto esperado en su recuperación.

En relación con las dificultades experimentadas para el desarrollo de la competencia, es importante mencionar que gran parte de la información recogida de los pacientes, a través de la observación, se realizó de manera presencial durante los primeros meses del internado; sin embargo, durante las sesiones virtuales la cantidad de información recogida disminuyó significativamente. Por tanto, como oportunidad de mejora se sugiere fortalecer la habilidad de diagnóstico adaptada a la modalidad virtual.

Además, se experimentó dificultad para adaptar el entrenamiento de habilidades cognitivas a la virtualidad debido a que no se conocían herramientas que permitan utilizar los mismos ejercicios (rompecabezas, sopa de letras, etc.) de manera virtual. Si bien se encontraron páginas web o aplicaciones que permitían desarrollar dichas actividades, generalmente se encontraban destinadas a realizarlas de manera individual por lo que se dificultaba emplearlas durante las sesiones grupales.

Respecto a las consideraciones éticas de esta competencia, es importante

recalcar que todas las intervenciones fueron realizadas en coordinación previa con las supervisoras y el personal pertinente de la institución. Así mismo, toda aplicación se realizó bajo supervisión constante luego de la autorización de estas. Es necesario recalcar que este apartado fue redactado modificando información sobre los pacientes a fin de salvaguardar la confidencialidad de estos.

Reseña teórica

La intervención psicológica es entendida como la aplicación de los conocimientos con el objetivo de contribuir al tratamiento de los trastornos mentales o de comportamiento, así como dificultades experimentadas por los pacientes (Alcázar et al., 2014; López, 2008). Para lograr tal fin, es imprescindible realizar un análisis previo de la población mediante el cual se identifiquen las problemáticas o conductas que se desean modificar o intervenir (Asociación Americana de Psicología [APA], 2023; Fernández-Ballesteros, 2014). En virtud de lo anterior, como parte del proceso de la intervención, se realizó el análisis de las dificultades y preferencias de los pacientes respecto a las herramientas utilizadas durante las sesiones psicológicas grupales, específicamente en las terapias de rehabilitación cognitiva y de habilidades sociales. Luego de la información recogida, se realizó el diseño de la intervención que tuvo como objetivo incrementar la participación de los pacientes en las terapias mencionadas.

Se escogió realizar una intervención grupal debido a que la bibliografía la considera recomendable cuando las personas del grupo presentan problemáticas similares siendo el grupo una red de apoyo mutua, tienen objetivos comunes que desean cumplir a través del grupo y se encuentran en capacidad de participar activamente (López, 2008). Los criterios mencionados previamente fueron encontrados en los pacientes del Departamento quienes compartían el diagnóstico de esquizofrenia, se encontraban en condición clínica estable y tenían como objetivo su rehabilitación integral.

Respecto al objetivo, en la población con esquizofrenia las investigaciones reportan que, para lograr una rehabilitación eficaz en los pacientes, esta debe

realizarse de forma multidimensional en tanto el mencionado trastorno afecta diferentes esferas de la vida de los individuos (OEI, 2019; Castillo-Martell, 2014; Carpio, 2018). Teniendo ello en cuenta, en el área de psicología del Departamento de Rehabilitación se trabaja el componente cognitivo y social considerados dentro de los ejes fundamentales para la rehabilitación de los pacientes con dicho trastorno (Pablos et al. 2023; Crespo-Facorro et al., 2016). Por tanto, se espera que intervenir sobre la participación de los pacientes en las sesiones, contribuirá a incrementar la eficacia de las sesiones de rehabilitación.

Así mismo, la literatura reporta que, la implementación de herramientas que contribuyan a incrementar el bienestar de los pacientes durante las terapias reduce la probabilidad de recaídas siendo la intervención cognitiva la más eficaz para tal objetivo (Abuzneid, 2022; Salazar & Pereira, 2023; Vásquez, 2006). Con base en lo previo, se entiende la necesidad de actuar sobre las herramientas utilizadas durante las sesiones de terapia grupales y, además, que la propuesta de intervención se haya diseñado para ejecutarse en las sesiones de rehabilitación cognitiva y de habilidades sociales del departamento.

Por otro lado, la teoría señala que el rol del terapeuta durante la intervención consiste en establecer claramente las normas e indicaciones al grupo, moderar las intervenciones, dirigir el funcionamiento, ejecutar el diseño establecido para lograr los objetivos de la intervención y establecer el vínculo necesario con los pacientes para asegurar su participación (Sanjuan, 2023; López, 2008). En ese sentido, además de realizar la revisión bibliográfica y observación necesarias para el diseño, mi labor consistió principalmente en el manejo de los pacientes gracias al vínculo previamente establecido y la ejecución de la propuesta de intervención sobre las herramientas empleadas durante las sesiones grupales. Al respecto, es importante recalcar que cada paso fue supervisado y aprobado por las psicólogas del departamento quienes dieron su visto bueno para cada fase realizada.

Adicionalmente, respecto a las intervenciones realizadas de manera virtual, se considera que resultan beneficiosas cuando las personas no pueden asistir de manera presencial y además, la eficacia puede ser incrementada gracias a una adecuada elección de herramientas por parte de los terapeutas (Vásquez, 2012; Soto-

Pérez et al., 2010; López, 2008). Sin embargo, los autores mencionados también recalcan que la virtualización de las terapias acarrea dificultades o limitaciones como: disminución de la comunicación no-verbal entre los pacientes y los terapeutas, pérdida de interés de los pacientes, dificultades de comunicación verbal, aburrimiento, etc. Por ello, se considera fundamental actuar sobre dichos componentes para disminuir su incidencia y evitar la probabilidad de abandono de las terapias (Vásquez, 2012; Soto-Pérez et al., 2010; López, 2008). En ese sentido, se refuerza la necesidad de intervenir sobre las sesiones, especialmente debido al cambio a la modalidad virtual durante la época de pandemia. Por lo expuesto previamente, se entiende entonces la importancia de: intervenir sobre las terapias de rehabilitación cognitiva y en habilidades sociales y la importancia de contribuir a la eficacia de la aplicación de las herramientas utilizadas para incrementar la participación de los pacientes, especialmente en el entorno virtual.

Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia

Respecto a los resultados de esta competencia, se considera que se cumplieron los objetivos específicos propuestos para lograr ejecutar las intervenciones. En primer lugar, luego de la revisión bibliográfica realizada, se encontró que la evidencia empírica y teórica sugería qué componentes pueden trabajarse para lograr mejores resultados en las intervenciones realizadas en pacientes con esquizofrenia. Ello permitió establecer las áreas en las que se iban a realizar las intervenciones siendo en este caso las terapias de rehabilitación cognitiva y habilidades sociales.

Así mismo, respecto al objetivo de realizar observaciones clínicas que permitan establecer propuestas de intervención para cada paciente dentro de las sesiones de terapia grupal, se considera que el contacto presencial durante los primeros dos meses permitió mayor acercamiento a las individualidades de cada uno. Así mismo, la revisión de historias clínicas permitió tener claridad respecto a los diagnósticos específicos de cada paciente y la presencia de comorbilidades en cada uno de ellos. De esa manera, se pudo identificar las actividades que podían suponer mayor dificultad, así como también aquellas que podían incrementar el interés de

cada uno.

Lo anterior fue sistematizado a través de reportes individuales en los que se realizaban descripciones del comportamiento observado en cada paciente, sus preferencias y aquellas actividades o conductas que les generaban malestar y disminuían su participación. Dichos reportes facilitaron que la información pueda ser compartida con las supervisoras y además permitieron conocer los sustentos para las propuestas de mejora que se realizaban en cada caso. Así, se logró la aprobación para las modificaciones propuestas y la aplicación de cada una.

Como resultado de lo previamente descrito, se logró el objetivo general debido a que los pacientes mantenían encendidas sus cámaras durante las sesiones y se incrementó su participación durante las actividades realizadas. Especialmente en contexto de pandemia y sesiones virtuales, las modificaciones ejecutadas permitieron disminuir la incomodidad y las brechas de comunicación generando en los pacientes mayor interés por involucrarse al considerar las sesiones como entretenidas. Al respecto, las nuevas condiciones generadas por la virtualidad resultaron un reto en tanto se volvió imperante la necesidad de buscar continuamente actividades lúdicas que despierten el interés de los participantes. Como se ha mencionado previamente, la mayoría de ellos se conectaba a las sesiones con la cámara apagada por lo que era difícil saber si se encontraban atentos o realizaban otras actividades. En ese sentido, modificar la mencionada situación se considera una respuesta favorable a la intervención.

En resumen, se considera haber cumplido con los requerimientos propuestos en el Plan de Aprendizaje y con aquellos propuestos por las supervisoras del área. Para ello, fue imprescindible la investigación constante respecto a los tratamientos propuestos por la literatura en concordancia con el trabajo realizado en el departamento.

Adicionalmente, como se ha mencionado con anterioridad, al inicio de las actividades no contaba con la experiencia necesaria en poblaciones con patologías severas como la esquizofrenia por lo que, aun con la capacitación teórica, resulta imperante aprender a ejecutar los tratamientos estudiados. Por tanto, considero que

la competencia Interviene resulta fundamental debido a que permite afianzar los conocimientos y proporciona la práctica necesaria para realizar un adecuado trabajo con los pacientes. Por otro lado, además de haber cumplido con las metas solicitadas, considero que la respuesta favorable de los pacientes es también un criterio importante por considerar. En ese sentido, fue gratificante recibir comentarios positivos y percibir su motivación por participar activamente. Debido a todo lo expuesto, considero que mi periodo de internado en la institución fue enriquecedor, desafiante e imprescindible para el desempeño futuro en la práctica clínica.

Competencia Evalúa

Descripción de las actividades realizadas que dan cuenta del dominio de la competencia

Respecto a esta competencia, es importante mencionar que en la mencionada sección se presentará la descripción solo de una de las propuestas ejecutadas en el Departamento de Rehabilitación. La intención de ello es profundizar en una actividad específica para lograr una mejor comprensión del ejercicio de la competencia.

Recordando el contexto, el Departamento había reestructurado sus actividades en función del trabajo virtual por lo que se habían modificado las sesiones psicológicas grupales incluyendo nuevas dinámicas y herramientas, pero no se tenía conocimiento respecto a la eficacia de dichas modificaciones. Adicionalmente, se ha establecido en apartados previos la necesidad de las terapias de rehabilitación cognitiva y de habilidades sociales en los pacientes con esquizofrenia.

Por ello luego de identificar la incertidumbre respecto a la efectividad de las nuevas sesiones virtuales del Departamento de Rehabilitación, propuse a mis supervisoras realizar la evaluación de dichas sesiones para obtener información sobre la situación, con el objetivo de profundizar en la experiencia de los pacientes respecto a la nueva modalidad virtual, su apreciación respecto de la eficacia de las actividades realizadas durante las sesiones (dinámicas, presentación teórica, tareas, etc.), su opinión respecto al progreso individual y sus sugerencias.

Luego de haber recibido la aprobación de mis asesoras respecto a la

propuesta, realicé investigaciones en la bibliografía sobre los procesos de evaluación en contextos grupales con población clínica. De esa manera pude corroborar que, dentro de la ya identificada efectividad de la rehabilitación cognitiva y social, es imprescindible que las herramientas utilizadas en las mismas se encuentren “personalizadas” de acuerdo con la población con la que se trabaja. En ese sentido, la literatura señala que, dentro de la rehabilitación cognitiva, los juegos de memoria permiten trabajar dicha capacidad de forma lúdica y, como ejemplo, los pacientes del departamento prefieren como actividad que se les presente dos imágenes similares para que ellos puedan encontrar las diferencias entre ambas. Se entiende entonces que, además de aplicar las herramientas identificadas como eficaces, es necesario también conocer las preferencias que tienen los pacientes sobre estas. En la misma línea, en la competencia anterior se ha descrito la importancia de mantener el interés de los pacientes en las terapias con el fin de disminuir el riesgo de abandono del tratamiento por lo que identificar qué actividades les genera mayor bienestar contribuye al mencionado objetivo.

Por lo expuesto, propuse realizar la mencionada evaluación usando como herramienta la aplicación de cuestionarios a los pacientes durante las sesiones grupales para conocer su percepción respecto de las nuevas herramientas utilizadas y la nueva modalidad de las terapias grupales. Teniendo en cuenta que la evidencia teórica y empírica sobre rehabilitación en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia comparte elementos como el juego de roles, ejercicios prácticos y dinámicas, además de la teoría; se consideró necesario incluir preguntas dirigidas a evaluar cada una de las herramientas utilizadas en las sesiones de terapia. Así también, el cuestionario debía incluir preguntas destinadas a conocer la opinión de cada paciente respecto a su progreso, a la nueva modalidad virtual y al grado de satisfacción que poseían. Por último, debía incluir preguntas relacionadas a los temas trabajados para identificar si se habían consolidado los aprendizajes de la manera esperada. Sobre los cuestionarios, es importante resaltar que fueron supervisados y aprobados por las psicólogas del área luego de haber incorporado sus comentarios. Además, es necesario hacer énfasis en que debían contener lenguaje sencillo y claro debido a que la mayoría de los pacientes presentaba déficits cognitivos como comorbilidad al diagnóstico de esquizofrenia. Lo mencionado también supone un esfuerzo por cuidar de ellos evitando frustraciones por sentir que no pueden responder a las preguntas

que se les formula.

Respecto a la aplicación de los cuestionarios, el proceso se llevó a cabo durante las sesiones de terapia grupal recogiendo información de cada paciente. Específicamente, se leía la pregunta y al mismo tiempo se proyectaba en las pantallas para que puedan leerla. Esto último debido a que, mientras los primeros pacientes habían respondido la pregunta, algunos podrían haber olvidado la consigna y experimentar sentimientos como tristeza o frustración. En ese sentido, se buscó salvaguardar en todo momento su bienestar.

Luego de realizar la pregunta, cada paciente tenía la oportunidad de responder y toda la información recogida era consignada anotando quién había contestado. Dicha información proporcionaba dos tipos de insumo para analizar. Por un lado, las valoraciones de los pacientes respecto a cada actividad, por ejemplo: a todos los pacientes, con excepción de Ricky y Pepe, les gusta los videos explicativos para comprender mejor la teoría. Por otro lado, luego de agrupar las respuestas de cada paciente, se podía conocer sus apreciaciones generales respecto a qué herramientas consideraba que lo ayudaban más, cómo percibía su progreso y las dificultades que había experimentado con la nueva modalidad.

Toda la información recogida permitió la elaboración de reportes individuales que fueron compartidos a las supervisoras y también, permitió obtener conclusiones generales respecto a las herramientas utilizadas durante cada sesión de terapia grupal. A manera de síntesis, dentro de las conclusiones se encontró: dificultades respecto al componente teórico de las terapias, incremento del uso de videos explicativos para reforzar conocimientos, necesidad de activación de cámaras durante las sesiones grupales, entre otros aspectos que han sido detallados en la sección Resultados de la competencia Evalúa. En general, las conclusiones fueron sistematizadas en un reporte grupal para ser socializado a través de la presentación de diapositivas y generó un espacio de reflexión en el que las psicólogas del grupo discutieron las posibles modificaciones en base a los hallazgos. Adicionalmente, es importante mencionar que en la presentación también se formularon propuestas de mejora sobre las dificultades identificadas.

Para finalizar el apartado, respecto a las dificultades experimentadas durante el desarrollo de esta competencia, durante el recojo de información se presentaron dificultades para consignar rápidamente la información y separarla de acuerdo con cada paciente. Por ejemplo, Pepe respondía a la pregunta realizada con mayor rapidez de la que yo podía tomar nota de todo lo que decía. En esos casos, se optó por pedirle a los pacientes que puedan esperar antes de responder para asegurar que había podido redactar todo lo que el compañero había descrito. Así también, al hacer una pregunta y recibir respuestas de todos los pacientes, fue complejo “separar” cada respuesta mientras se realizaba la aplicación. Con relación a dicha dificultad, en el futuro se propone incluir en el diseño una herramienta que permita el recojo sistematizado de la información para evitar retrasos o problemas durante la aplicación.

Otra dificultad se presentó debido a la conectividad de los pacientes durante la aplicación por lo que en algunos momentos no se podía recoger la información completa o debía repetirse la pregunta para quienes no pudieron escucharla. Desafortunadamente el problema de la conectividad ha sido una constante durante las sesiones virtuales por lo que se considera en realidad dentro de las limitaciones del trabajo al no poder ser modificado.

Reseña teórica

La evaluación psicológica permite identificar conductas, problemas, limitaciones u anomalías con la finalidad de comprender o modificar dichas variables a través de la aplicación de un proceso dirigido a un individuo o grupo específico (Fernández-Ballesteros, 2013; López, 2008). Podrá evaluarse también la efectividad de una técnica o intervención aplicada a una población específica (Asociación Americana de Psicología [APA], 2023). Para realizar el proceso de forma adecuada, los insumos para la evaluación deben provenir de más de una fuente siendo algunos ejemplos los procesos diagnósticos, la investigación bibliográfica y la aplicación de herramientas de acuerdo con lo que desea evaluarse (Fernández-Ballesteros, 2013). Así, el primer paso del proceso, considerado por la teoría y realizado en este caso, es identificar la problemática o necesidad sobre la que se desea incidir (Fernández-Ballesteros, 2013). En ese sentido, debido al cambio de modalidad de las terapias de rehabilitación y la falta de información respecto a la efectividad de las

modificaciones realizadas, se ha establecido como problemática evaluar la eficacia de las sesiones de terapias grupales de rehabilitación cognitiva y de habilidades sociales.

La razón de evaluar las terapias de habilidades sociales radica en que la literatura considera que es uno de los componentes más afectados en los pacientes con el mencionado diagnóstico (Salazar & Pereira, 2022; Pablos et al., 2023; Moriana, et al., 2015; Inchausti et al., 2017). Por tanto, el entrenamiento de estas resulta fundamental como parte del proceso de rehabilitación debido a que permitirá mejorar su calidad de vida y disminuir los factores de riesgo asociados como el estigma, la exclusión, la discriminación y el atropello de sus derechos humanos (Cano, 2022; Castillo-Martel, 2014; Carpio, 2018). En consecuencia, los programas de intervención que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales han reportado mayor efectividad en la rehabilitación de los pacientes (Salazar & Pereira, 2022; Pablos et al., 2023; Crespo-Facorro et al., 2016; Almerie, 2011).

Por otro lado, el deterioro del componente cognitivo es una de las particularidades que caracterizan al diagnóstico de esquizofrenia (Asociación Americana de Psicología, 2023) lo que repercute en dificultades para el desarrollo en la vida cotidiana de los pacientes (Luna, 2022; Fernández, 2020) generalmente como resultado de los síntomas, las recaídas o la ausencia de tratamiento (Asociación Americana de Psicología, 2023; Abuzneid, 2022). Por ello, su tratamiento resulta ser un eje fundamental en la rehabilitación de dichos pacientes por lo que se considera necesaria su inclusión en los programas que se lleven a cabo (Sanjuan, 2023; Abuzneid, 2022, Crespo-Facorro et al., 2016). Sin embargo, para trabajar dicho componente cognitivo es imperante que el paciente se encuentre clínicamente estable y cuente con la predisposición para realizar el tratamiento (Pérez, 2017; Valencia et al., 2014). Los mencionados factores son considerados dentro del Departamento de Rehabilitación para lo cual se realizan evaluaciones psicológicas a los pacientes y sus familiares como requisito para su ingreso al programa de rehabilitación.

Entendiendo entonces la necesidad de incidir sobre ambos aspectos afectados, se revisó la literatura correspondiente a diferentes programas de tratamiento realizados, con el objetivo de analizar la eficacia y efectividad así como los

indicadores de logro que permiten la autoevaluación de cada uno de ellos (Pablos, 2022; Cano, 2022; Salazar & Pereira, 2022; Jansen et al., 2020; Gumley et al., 2016; Moriana, et al., 2015; Inchausti et al., 2017). Como resultado de las investigaciones realizadas, el proceso de observación sobre los pacientes y el reconocimiento de la problemática, se diseñó un plan de evaluación para pacientes con esquizofrenia para ser aplicado en modalidad virtual.

Respecto a las herramientas utilizadas, la evidencia señala que constituyen una de las variables que propician la adherencia al tratamiento (Sanjuan, 2023; Crespo-Facorro et al., 2016) por lo que evaluar las preferencias respecto a dichas herramientas se vuelve una necesidad para mantener y/o promover la participación de los pacientes (De La Espriella, 2022). Por ello, la propuesta de evaluación incluyó la valoración de las herramientas aplicadas de forma virtual en las sesiones siendo estas generalmente: información teórica de los temas, aplicación de dinámicas para activar la participación de los pacientes, videos explicativos sobre los temas trabajados, utilización de ejemplos sencillos de los temas y tareas para resolver en casa.

Sobre la elaboración de los cuestionarios, Fernández-Ballesteros (2013) explica que estos deben realizarse en función de: el objetivo que desea conseguirse para la evaluación, el contexto en el que se van a aplicar, identificar las variables que se desean explorar y la evaluación de cada ítem elaborado. En ese sentido, para la elaboración se tuvo en consideración la necesidad de evaluar las herramientas y la percepción de los pacientes sobre su aplicación en contexto virtual. Dentro de ello, teniendo en cuenta que la aplicación sería también virtual, se propuso que sea realizada a través de la proyección de cada pregunta en pantalla y la lectura de estas con el objetivo de que, tanto pacientes con problemas para visualizarlas como para escuchar claramente las sesiones, puedan tener acceso a cada una de ellas. Así mismo, cada pregunta fue elaborada considerando que debía tener un lenguaje sencillo que pueda ser comprendido por los pacientes con deterioro cognitivo lo que implica también una extensión breve de las mismas. Por último, cada ítem fue revisado por las psicólogas del área con el objetivo de ser validados y aprobados.

Como podrá observarse, la construcción del instrumento se ha realizado

teniendo en consideración las particularidades de los pacientes a los que se iba evaluar y el contexto en el que iban a realizarse por lo que se procuró en todo momento garantizar que los pacientes no presenten dificultades para responder al cuestionario evitando así generar frustración y/o malestar en ellos.

Por último, respecto a la elaboración de los reportes, este se considera como último paso imprescindible dentro del proceso evaluativo mediante el cual se cumple el objetivo de integrar los resultados obtenidos durante la evaluación y comunicar dicha información a quienes corresponda según el caso (Fernández-Ballesteros, 2013). En ese sentido, luego de haber recogido la información requerida, se analizaron los hallazgos y se realizaron reportes para cada paciente. También, se realizaron conclusiones generales respecto de los instrumentos y la evidencia fue socializada a través de una presentación en diapositivas a las supervisoras. Así mismo, se plantearon propuestas de mejora en función de los hallazgos y se generó un espacio de diálogo respecto a la evidencia recogida por la evaluación.

Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia

Como se ha establecido previamente, la investigación respecto al tratamiento de pacientes con esquizofrenia permitió conocer que las terapias realizadas en el departamento respondían a las intervenciones consideradas más eficaces en la rehabilitación de dicho diagnóstico. Sin embargo, la evidencia respecto a la aplicación de estas en contextos completamente virtuales era escasa generando incertidumbre en las supervisoras respecto a las modificaciones realizadas. Ante aquella necesidad identificada, se diseñó y ejecutó una propuesta de evaluación que permita conocer la efectividad de las nuevas herramientas y la percepción de los pacientes en relación con los nuevos métodos aplicados.

En general, los resultados obtenidos de las evaluaciones permitieron mejorar la realización de las sesiones grupales y las propuestas fueron bien recibidas por las psicólogas. Ello debido a que las modificaciones para la modalidad virtual eran algo nuevo para ellas y no habían tenido oportunidad de comprobar si todas las herramientas estaban resultando efectivas para el cumplimiento de sus objetivos.

De manera específica, dentro de los resultados obtenidos se encontró que el componente teórico generaba dificultades en los pacientes dado que la gran mayoría ingresaba a las sesiones desde sus celulares y seguir la lectura de la teoría les era complicado por el tamaño de sus pantallas y porque las letras aparecían muy pequeñas. Por ello, al tener complicaciones para leer, optaban por escuchar la teoría. Sin embargo, recordando que una de las principales características de los pacientes debido al uso de medicación es la somnolencia, en muchas ocasiones mientras se les leía la teoría perdían el interés en escuchar o se quedaban dormidos. Como resultado de lo previo, los pacientes no lograban aprender los nuevos conceptos o tenían problemas para recordar lo tratado en sesiones previas. Por esas razones, se planteó la necesidad de modificar la actividad siendo una alternativa el uso de videos explicativos, así como la proyección de conceptos y la explicación oral con el objetivo de facilitar la comprensión de los pacientes.

Otra dificultad identificada consistía en el uso de las cámaras durante las sesiones. Como se ha mencionado en apartados anteriores, la mayoría de los pacientes se mostraban reacios a ser vistos por lo que mantenían sus cámaras apagadas. Por otro lado, algunos pacientes reportaban sentirse incómodos cuando la mayoría de sus compañeros tenía la cámara apagada durante las participaciones. Manifestaban “sentir que hablaban solos” o que no se les prestaba atención. También se identificó una disminución en la participación de los usuarios, lo que originó que se establezca como norma mantener las cámaras encendidas durante las actividades, ya que, en varias oportunidades cuando se les llamaba por su nombre para participar no se encontraban presentes o no podían responder a lo que se les preguntaba por haber estado distraídos. A su vez, dichos comportamientos habían empezado a ser imitados por otros compañeros lo que tuvo como resultado que algunas sesiones no puedan desarrollarse con normalidad.

Esta dificultad ya había sido identificada previamente por la interna y las supervisoras; sin embargo, luego de que la evaluación identificara que se encontraba asociado a inconvenientes en el aprendizaje de los temas, se tomó la decisión de establecer como norma que los pacientes debían mantener las cámaras encendidas durante las actividades a excepción de alguna justificación que amerite no encenderla durante algún periodo específico. Para ello, se conversó con los pacientes con la

intención de que dicha modificación sea entendida por ellos y no tomada como una imposición que los incomodara.

Respecto a los ejercicios realizados durante las sesiones, se logró identificar aquellos que los pacientes reportaban como más eficaces, respecto a las nuevas herramientas empleadas durante las sesiones (dinámicas virtuales, proyección de imágenes para encontrar diferencias, videos explicativos, etc), se encontró que su elección había sido acertada en tanto resultaban actividades placenteras para los pacientes y les ayudaba a mejorar la comprensión de los temas. Así también, se recogió la información respecto a qué actividades los pacientes consideraban más efectivas de acuerdo con cada grupo. Por ejemplo, durante las sesiones grupales de rehabilitación cognitiva, los pacientes reportaban que los ejemplos que se proponían les ayudaban a entender con mayor claridad mientras que, durante la terapia de habilidades sociales, reportaban que les ayudaba más cuando debían realizar los juegos de roles de la habilidad que se había enseñado teóricamente, porque les ayudaban a comprender mejor los temas, especialmente cuando les parecía complicado. La mayoría de los pacientes reportó que las dinámicas utilizadas les permitían dejar de lado las preocupaciones personales o los sentimientos de tristeza que estuvieran experimentando, lo que tenía como resultado que luego de ello puedan involucrarse activamente en las sesiones.

Así como en el ejemplo descrito, se consultó por cada herramienta utilizada en las sesiones y en qué momentos eran mejor aprovechadas. Dicha información fue compartida con las psicólogas y se propuso incrementar el uso de herramientas de acuerdo con lo reportado por los pacientes. Siguiendo con el ejemplo, si bien las sesiones contaban con diferentes momentos en los que se aplicaban varias herramientas, se propuso que en habilidades sociales predomine el uso de rol-playing cuando se estaba enseñando alguna nueva habilidad y así respectivamente en cada terapia de acuerdo con los resultados obtenidos.

Adicionalmente, recordando el contexto del COVID-19 y las consecuencias emocionales asociadas, los pacientes reportaron que en muchas ocasiones se encontraban preocupados o tristes por lo que tenían dificultades para involucrarse completamente en las actividades. Sobre ello, también reportaron que las dinámicas

que se realizaban les permitían desconectarse de aquellos pensamientos y les brindaban un espacio de diversión. En ese sentido, al momento del diseño de las sesiones grupales, las dinámicas tenían como objetivo romper el hielo entre los pacientes para iniciar las actividades por lo que en ocasiones podían ser omitidas si es que la sesión había iniciado tarde por problemas técnicos; sin embargo, en la evaluación se identificó que algunos participantes valoraban como importante las actividades desarrolladas en el taller por lo que cuando la información fue compartida con las psicólogas, se enfatizó la importancia de realizarlas, así como la necesidad de diversificarlas. Para este caso, la propuesta incluyó un listado de diferentes dinámicas que podían realizarse, así como la descripción detallada de cada una para poder ser aplicada por las diferentes psicólogas.

Sumado a lo ya expuesto, los pacientes comentaron que la incorporación de videos explicativos permitía reforzar los conceptos por lo que solicitaron incrementar el uso de esta herramienta; sin embargo, manifestaron la necesidad de que los videos contengan un lenguaje sencillo y sean lúdicos para evitar las dificultades de comprender palabras que desconocían. Respecto a la duración de los videos, se identificó la oportunidad de mejora relacionada en cómo su reducción generaría menor consumo de datos. Sobre ello, la evaluación también permitió identificar que la mayoría de los pacientes no contaba con internet en sus casas por lo que optaban por “comprar datos” para poder participar de las terapias. En ese sentido, se propuso que durante la exposición de información teórica los pacientes tengan permitido apagar sus cámaras para disminuir el consumo de internet. Por último, comentaron que las tareas dejadas para luego de las sesiones les permitían repasar el tema por lo que les parecía importante realizarlas como parte de las terapias.

Los resultados previamente descritos permiten reconocer las dificultades y fortalezas identificadas gracias a la evaluación realizada sobre el ejercicio de las sesiones de terapias grupales. Como se ha podido identificar, cada resultado se encontró acompañado de una propuesta de mejora para reforzar o modificar la aplicación de las herramientas. Así también, aquellas actividades que no despertaban el interés de los pacientes, como es el caso del componente teórico o las preferencias individuales de cada actividad por parte de los pacientes, fueron modificadas para evitar que su participación en las sesiones disminuya. Luego de que las supervisoras

aprobaran las sugerencias realizadas, las sesiones fueron modificadas y se reportó incremento en la participación de los pacientes.

A manera de reflexión, el paso a la virtualidad significó un reto, pero también una oportunidad para evaluar las herramientas que se utilizaban al interior de cada terapia grupal. Así mismo, generó un espacio de diálogo con los pacientes que permitió identificar variables que impactaban en las terapias como el uso de internet y celulares. También, permitió conocer que los pacientes experimentaban sentimientos como tristeza, angustia, entre otros, producto de la pandemia y que ello estaba afectando su desempeño en terapia. Sobre ello, a pesar de no ser un objetivo de la evaluación, se pudo identificar a los pacientes que estaban experimentando dificultades personales. Dicha información se reportó a las supervisoras quienes contemplaron realizar intervenciones psicológicas individuales con aquellos pacientes, así como trasladar la información a los otros profesionales del departamento con el objetivo de realizar seguimiento a los casos.

Finalmente, como se ha evidenciado a lo largo de la descripción de esta competencia, la evaluación de una intervención psicológica fue un eje fundamental durante el periodo de prácticas. Así mismo, es importante enfatizar la importancia del cuidado a los pacientes durante el ejercicio profesional. Por ello, cada actividad se efectuó luego de realizar las investigaciones, coordinaciones y supervisiones necesarias para salvaguardar el bienestar y evitar el perjuicio de los pacientes.

Conclusiones

Para este apartado, se realizará el análisis del cumplimiento del perfil de egreso propuesto por la Facultad, la síntesis de las adversidades experimentadas durante el proceso de prácticas así como de las fortalezas identificadas.

De manera general, es importante recalcar que cada actividad realizada con los pacientes se encontraba fundamentada en una investigación previa acerca de los diagnósticos a trabajar, los tratamientos más efectivos, las dificultades que suelen presentarse, etc. Adicionalmente, como se refleja en la descripción de actividades, mi incorporación siempre fue paulatina teniendo como objetivo evitar cambios bruscos que puedan generar incomodidad en los pacientes. Por último, todas mis intervenciones fueron siempre supervisadas y se realizaron capacitaciones constantes con el objetivo de contar con las herramientas necesarias para realizar un trabajo idóneo.

Con relación al análisis del cumplimiento del perfil de egreso, a lo largo del presente documento se han detallado las actividades realizadas durante el periodo de prácticas profesionales en una institución de salud mental de Lima. Dichas actividades fueron clasificadas de acuerdo con los criterios requeridos para el trabajo de suficiencia profesional y en base a las competencias consolidadas a lo largo del proceso de internado. De manera específica, la competencia **Diagnostica** fue la que presentó mayor dificultad debido a la modalidad virtual y al cese intempestivo de actividades; sin embargo, como se ha detallado previamente, dichos obstáculos lograron subsanarse gracias a las nuevas propuestas que permitieron cumplir con el mencionado objetivo. Respecto a la competencia **Interviene**, aunque también presentó adversidades, las modificaciones debieron realizarse con celeridad debido a que dichas actividades son la base del tratamiento realizado en la institución. Por tanto, las nuevas aproximaciones permitieron incrementar mis conocimientos respecto al trabajo con los pacientes a través de la virtualidad. Por último, respecto a la competencia **Evalúa**, la pandemia generó la necesidad de adecuar las terapias realizadas en la institución a la modalidad virtual, sin embargo; al no tener conocimiento de la efectividad de los cambios realizados, surgió la necesidad de evaluar las nuevas intervenciones terapéuticas grupales. Para ello, se diseñó y aplicó

una propuesta de evaluación que permitió reconocer los puntos fuertes y las oportunidades de mejora de las sesiones virtuales. Posteriormente se elaboró un reporte con las conclusiones y sugerencias para mejorar las dificultades identificadas. Finalmente, se aplicaron las propuestas en coordinación y bajo acompañamiento de las supervisoras del área.

Por otra parte, en relación con las fortalezas experimentadas durante las prácticas, considero que mi formación universitaria fue lo suficientemente sólida y tuve la capacidad de afrontar los retos de las prácticas profesionales. Gracias a ello, aun en los casos en los que no contaba con amplio conocimiento sobre los diagnósticos a trabajar, el arduo entrenamiento en la investigación permitió que pueda prepararme constantemente para cada nueva experiencia. Así mismo, debido al énfasis en la formación ética como profesionales, dichos principios fueron aplicados de manera transversal a las diferentes actividades que realicé, lo que permitía tener claridad respecto a los límites y las posibilidades del ejercicio clínico. De esa manera, pude afrontar los diversos dilemas éticos que se presentaban y me sentí guiada en la dirección correcta.

Adicionalmente, el interés personal en la población con diagnóstico de esquizofrenia generó que cuente con los conocimientos requeridos para el trabajo en las áreas en las que me desempeñé. Las supervisoras y los pacientes percibieron una preocupación genuina en realizar el mejor trabajo posible. Por tanto, se considera como una de las fortalezas más resaltantes ya que motivó la creación de un estrecho rapport con todas las personas involucradas.

En la misma línea, considero que una de las fortalezas de la institución, es el Departamento de Docencia el cual genera un ambiente favorable para la formación profesional. Así, no sólo éramos observadores dentro de la práctica clínica, sino que seguíamos un plan de aprendizaje propuesto para garantizar la adquisición de las competencias fundamentales para nuestro futuro desempeño autónomo. Al ser los conocimientos co-construidos entre practicantes, supervisores y el área de docencia, cada asignación fue guiada con el objetivo de ser adecuadamente ejecutada. Además de ello, la institución considera a la investigación dentro de sus pilares fundamentales por lo que dicha actividad fue promovida a lo largo de todo el proceso de internado.

En ese sentido, se propició que los internos diseñen investigaciones individuales, considerando las nuevas evidencias teóricas o empíricas, y compartan con la comunidad científica de la institución a través de reuniones destinadas a la capacitación continua.

Respecto a las dificultades experimentadas, lo más resaltante fueron las consecuencias producidas por la pandemia del COVID-19, tales como: el cese intempestivo de actividades, la modificación de los servicios para la modalidad virtual, el aprendizaje de nuevas herramientas tecnológicas y la falta de recursos institucionales o de los pacientes para asegurar la conectividad. Además, no se disponían de los recursos para garantizar que todos los pacientes sean atendidos, especialmente durante un periodo que generó tristeza, incertidumbre, desconcierto, entre otros sentimientos negativos. Dada esta situación, junto a mis supervisoras nos esforzamos por capacitar a los pacientes en el uso de la tecnología para que puedan acceder a las terapias virtuales. Ofrecimos asesorías individuales e ideas para subsanar las dificultades que pudieran presentarse. Si bien no todos los pacientes pudieron participar en la totalidad de las sesiones, el esfuerzo para propiciar su participación fue constante y se procuró menguar los sentimientos de culpa que experimentaron como resultado de no poder acceder a las actividades. No obstante, esa limitación permitió que pueda incrementar mis habilidades tecnológicas para el trabajo con pacientes e implicó el ejercicio continuo de la resiliencia para afrontar las diversas dificultades que se presentaban constantemente. Además, esta limitación en los recursos permitió experimentar drásticamente lo que nos fue advertido durante toda la carrera: sentimientos como tristeza, frustración o impotencia frente a no siempre poder ayudar a los pacientes. A la vez, nos recuerda que es necesario respetar los límites de nuestro quehacer y ejercer el autocuidado, para que determinadas situaciones no nos afecten impidiendo realizar nuestro rol de la mejor manera posible. En ese sentido, uno de los mayores retos fue comprender que hay realidades que no podemos modificar y que nuestro mayor aporte es, y siempre deberá ser, esforzarnos para que nuestros pacientes reciban lo mejor de nosotros.

Para el cumplimiento de las actividades relacionadas con cada competencia se presentaron algunos inconvenientes. En el caso de las competencias Diagnóstica y Evalúa, el mayor problema fue el cese de las atenciones a pacientes nuevos durante

los primeros meses de pandemia; sin embargo, como ya se ha descrito, se adoptaron medidas alternativas que se aplicaron para no descuidar el trabajo con los pacientes y cumplir con los aprendizajes requeridos.

Respecto a la competencia Interviene, se considera que requirió mayor esfuerzo en tanto debieron modificarse las aproximaciones con los pacientes, los métodos aprendidos y las herramientas aplicadas. Así mismo, en el Departamento de Rehabilitación el trabajo expandió su campo de acción debido a que el trato con los pacientes no se limitaba a la ejecución de sesiones grupales, sino que debían atenderse sus sentires individuales y las problemáticas que surgían al interior de sus hogares. A pesar de ello, se presentaron casos en que los pacientes abandonaron parcial o totalmente su tratamiento por lo que se realizaron derivaciones con las áreas correspondientes como psiquiatría, enfermería y/o asistencia social.

En términos generales, durante el periodo de prácticas se considera que logró cumplirse con cada uno de los ejes necesarios de acuerdo con el plan de aprendizaje propuesto por la Facultad. Dicha afirmación se encuentra respaldada por los comentarios de las supervisoras de cada área, las calificaciones obtenidas en la institución y la retroalimentación recibida por parte de la asesora de la Facultad. Así mismo, respecto al componente personal y profesional, considero que tanto las prácticas como el contexto en el que fueron realizadas supuso una serie de retos y aprendizajes que permitieron afianzar los conocimientos, pero también permitió el ejercicio de los valores que deben acompañar a nuestra profesión. Además de haber aplicado lo aprendido durante la etapa universitaria, considero sumamente valioso haber tenido la oportunidad de aportar a la vida de cada paciente en un contexto en el que, entre otros factores, el soporte emocional era necesario.

Referencias

- Abramowitz J., Taylor S., McKay D. (2009) Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*;374:491-499.
- Abuzneid Talahma, D. (2022). Adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Factores protectores y riesgo.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - AAIDD (2010). Intellectual Disability. Definition, classification and systems of support. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- American Association on Mental Retardation - AAMR (2002). Mental Retardation. Definition, classification and systems of support. Washington, D.C. American Association on Mental Retardation.
- Alcázar, A. I. R., Rodríguez, J. O., Olivares, P. J. O., & Antón, D. M. (2014). *Intervención psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Almerie, M., Okba, M., Alsabbagh, M., Jawoosh, M., Matar. H. & Maayan, N. (2011). Socialskills programmes for schizophrenia. The Cochrane Collaboration.
- Asociación Americana de Psicología [APA]. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org>
- Azcona, M., Manzini, F., Dorati, J. (2013). Precisiones metodológicas sobre la unidad de análisis y la unidad de observación: Aplicación a la investigación en psicología. IV Congreso Internacional de Investigación. En Memorias Académicas. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12219/ev.12219.pdf
- Ballesteros, M. (2018). Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo mayor. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Barak, A., Klein, B. y Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 38, 4–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160>
- Beck, A. & Steer, R. (1993). Inventario de Depresión de Beck [BDI]. The Psychological Corporation.
- Blázquez, L, Izquierdo, Y. & Shamdasani, A. (2019). Una revisión sistemática: eficacia de la terapia conductual dialéctica en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

- Bloch, M. & Storch, E. (2015). Assessment and Management of Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 54(4).
https://www.researchgate.net/publication/272197991_Assessment_and_Management_of_Treatment-Refractory_Obsessive-Compulsive_Disorder_in_Children.
- Cano, S. L. (2022). *Salud mental y mejoras en la prevención e intervención del trastorno mental grave* (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).
- Carpio, Y. (2018). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6521/MDcarayb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castillo-Martell, H. (2014). Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental* 2014 Volumen XXX (2).
<http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/viewFile/1/1>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2006). Developmental Psychopathology and Preventive Intervention. In K. A. Renninger, I. E. Sigel, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Child psychology in practice* (pp. 497–547). John Wiley & Sons, Inc.
- Crespo-Facorro B., et al., (2016). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: Proyecto Rethinking.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>
- Cuadro, E., & Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- De La Espriella Guerrero, R. A. (2022). Toma de decisiones en psiquiatría.
- Duarte, A. & Bohorquez, L. (2020). Trastorno Obsesivo Compulsivo y Terapia Cognitivo Conductual: una revisión. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Encinas, F. J. L. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Fernández, L. (2020). Revisión de la eficacia de ACT en personas con diagnóstico de

esquizofrenía y otras patologías del espectro de psicosis.

- Foa E., Liebowitz M., Kozak M., Davies S, Campeas R., Franklin M., et al. (2005) Randomized, placebo controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, 162, pp. 151-161.
- Garaigordobil, M., & Peña, A. (2014). Intervención en las habilidades sociales: efectos en la inteligencia emocional y la conducta social. *Psicología Conductual*, 22(3), 551–567.
- García, J. (2013). Tratamientos del trastorno obsesivo compulsivo. *Psicoterapeutas*. https://psicoterapeutas.com/trastornos/obsesivo_compulsivo/tratamientos-del-trastorno-obsesivo-compulsivo-2
- Guerrero, G. & García, A. (2015). Plataformas de rehabilitación neuropsicológica: estado actual y líneas de trabajo. *Neurología*, 30(6), pp. 359-366.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.
- Gumley, A., White, R. G., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S. A., McTaggart, J., Clarke, C., Macleod, R., Lidstone, E., Riveros, B. S., Young, R., & McLeod, H. J. (2016). A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 183, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.026>
- Gutiérrez García, A. V., & Riveros Rosas, A. (2019). Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de un adolescente con trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4).
- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S. M., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 215, 25-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>
- Kaufman, A. & Kaufman, N. (1990). K-BIT - Kaufman Brief Intelligence (Test Breve de Inteligencia de Kaufman). American Guidance Service, Inc. Circle Pines.

- Keawe, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynesa, S., Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180628054007>
- Kincannon, J. (1968). Prediction of the Standard MMPI scale scores from 71 items: the MiniMult. *Journal of consulting and Clinical Psychology*.
- Krishnamurthy, R., & Meyer, G. (2016). Psychopathology assessment. In *APA handbook of clinical psychology: Applications and methods*, Vol. 3 (pp. 103-137). American Psychological Association.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). Principles and practice of behavioral assessment. Kluwer Academic Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-0-306-47469-9>
- Inchausti, F., García, N., Prado, J., Ortuño, J. & Gaínza, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*, 38(3), pp. 204-215.
- Iñarritu, M., Cruz, V. & Morán, I. (2016). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 5(2), pp. 1-9
- Keawe, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynesa, S., Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180628054007>
- Lacunza, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Revista: Psicodebate*. Universidad de Palermo. ISSN: 1515-2251
- López, A. B. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Universidad de Barcelona, 1-48.
- Luna, J. A. (2022). Efectos de un programa de remediación cognitiva en pacientes mexicanos con espectro de la esquizofrenia. En *XVI CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA. UNAM*.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Meyer, R. & Weaver, C. (2006). *The clinician's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychopathology*. Waveland Press.

- Mielgo, S. & Luengo, T. (2014). Adherencia y cumplimiento terapéutico en pacientes con patologías que afectan al lenguaje y la comunicación. Una propuesta de modelo de intervención psicosocial. I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería.
- Ministerio de Salud (2007). Guía para personal de salud: Habilidades para la vida. Codigraf.
- Moriana, J., Liberman, R., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. & Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 23(1), pp. 5-24
- Vásquez, J. G. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 346-365.
- Navarro, S. (2009). Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos. Universidad de Valencia. <https://lc.cx/OAuSwy>
- Navarro, M. (2018). La Terapia Dialéctica Comportamental como una intervención transdiagnóstica: Adaptaciones para trastornos de desregulación emocional y otras poblaciones afectadas. Universidad Internacional de Valencia.
- Oficina de Estadística e Informática [OEI] (2019). Compendio Estadístico 2019. Instituto Nacional de Salud Mental. <http://www.insm.gob.pe/oficinas/estadistica/compendio.html>
- Orgaz, Z., Lago, M., Gonzáles, L., et al. (2016). Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano: Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Pablos, E. G., Lanchares, A. A., Botillo, C., & Lorenzo, C. M. (2023). Relación entre discurso desorganizado, funciones cognitivas y funcionamiento social en personas con esquizofrenia. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 31(1), 165-178.
- Palomo, M. (2020). Desarrollo, implantación y evaluación de un programa de autoayuda guiada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada a través de internet: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología Iztacala*, 23(3), pp. 1211-1228
- Pelechano V. (2009). El retraso mental. En Belloch A., Sandín B., Ramos F. (dirs.), *Manual de psicopatología*, Edición revisada, Volumen II (pp. 533-547). Editorial

McGraw-Hill.

- Pérez Ayala, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con Esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho*, (41), 171-186.
- Ramos, G. (2015). Terapia dialéctica conductual y trastornos alimentarios: Revisión sistemática de literatura. *Revista De Psicología GEPU*, 6(2), 103-111.
<https://search-proquest-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/docview/1950390222?accountid=28391>
- Toledo, A., Trujillo, M., Del Pino, T., Peñate, W. & Perestelo, L. (2019). Experiencias, valores y preferencias de las personas con trastorno de ansiedad generalizada sobre el cuidado de su salud: investigación cualitativa. *Investigación cualitativa en salud: Avances y desafíos*. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.331-346>
- Salazar, A. M., & Pereira, Á. J. (2022). Esquizofrenia: más allá del etiquetamiento sintomático. Universidad del Bosque.
- Sanjuan, M. P. L. (2023). *Eficacia de la entrevista motivacional para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con trastorno mental grave* (Doctoral dissertation, Universidad de Cádiz).
- Schulenberg, S. E., Kaster, J. T., Nassif, C., & Johnson-Jimenez, E. K. (2008). Assessment of psychopathology. In M. Hersen & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology: Vol. 2. Children and adolescents* (pp. 520-550). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 15(1), 19–37. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082>
- Telch, C., Agras, W. & Linehan, M. (2000). Group Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating Disorder: A Preliminary, Uncontrolled Trial. *Behavior Therapy*, 31, pp. 569-582
- Valencia, M., Caraveo, J., Colin, R., Verduzco, W., & Corona, F. (2014). Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Salud mental*, 37(1), 59-74.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.

Apéndice A. Preguntas de evaluación

1. ¿Qué aprendiste del tema (colocar nombre del tema a evaluar)?
2. ¿Cómo te ayudó lo que aprendiste en tu día a día?
3. ¿Qué tal te ha parecido la información recibida como para ponerla en práctica en tu día a día?
 - a. Muy mala
 - b. Mala
 - c. Regular
 - d. Buena
 - e. Muy buena
4. Antes de las sesiones, ¿cuánto sabías del tema?
 - a. Nada
 - b. Poco
 - c. Regular
 - d. Mucho
 - e. Demasiado
5. En estas últimas semanas ¿aplicaste lo aprendido?
 - a. No lo he aplicado
 - b. Lo he aplicado de 1 a 3 veces a la semana
 - c. Lo he aplicado de 4 a 6 veces a la semana
 - d. Lo he aplicado de 7 a 9 veces la semana
 - e. Lo he aplicado de 10 a más veces a la semana
6. ¿Qué ejercicio consideras que te ayudó a aprender mejor? (puedes marcar más de una opción)
 - a. Dinámicas

- b. Teoría
 - c. Ejemplos
 - d. Ejercicios prácticos
 - e. Videos
 - f. Actividades para casa
 - g. Ninguno me ayudó
7. ¿Qué ejercicio consideras que te ayudó menos para aprender el tema? (puedes marcar más de una opción)
- a. Dinámicas
 - b. Teoría
 - c. Ejemplos
 - d. Ejercicios prácticos
 - e. Videos
 - f. Actividades para casa
 - g. Todos me ayudaron
8. ¿Qué cambiarías de la sesión? (puedes marcar más de una opción)
- a. Dinámicas
 - b. Teoría
 - c. Ejemplos
 - d. Ejercicios prácticos
 - e. Videos
 - f. Actividad
 - g. Nada
9. ¿Por qué?