

# **PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU**

## **Facultad de Psicología**



Informe de experiencia en el área de hospitalización de  
salud mental de una institución oncológica

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

***Juan Fernando Condori Morán***

Asesor:

***José Amilcar Mogrovejo Sánchez***

Lima, 2023

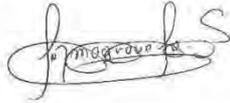
## INFORME DE SIMILITUD

Yo, **José Mogrovejo Sánchez** docente de la Facultad de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado **“INFORME DE EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL DE UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA”**

del autor: **Juan Fernando Condori Morán**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **8%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el **26/10/23**.
- 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: San Miguel 26 de octubre del 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <b>Mogrovejo Sánchez, José Amilcar</b>	
DNI: 08111396	Firma: 
ORCID: 0000-0002-7645-9868	

## **Dedicatorio y Agradecimientos**

Dedico todo este trabajo a la memoria de mi padre Florentino, fue su mayor deseo poder culminar mis estudios y demostrar siempre las cualidades de excelencia en cada uno de mis trabajos. Desde el cielo guía y celebra todos mis logros.

Agradezco a mi madre Alicia y mi hermana Daniela por ser el motor para seguir haciendo bien las cosas, su fuerza y admiración fueron mi luz en momentos tan dolorosos. Asimismo, a mi amigo oso que fue compañero en esas madrugadas mientras redactaba este trabajo.

Finalmente, a mis Asesor José Mogrovejo por sus conversaciones que ayudaron a aterrizar este trabajo. A mis amigas y amigos que hice en toda la facultad, los recuerdo con mucho aprecio.



## Resumen

El presente documento Contiene el reporte de las actividades desarrolladas durante el proceso de prácticas preprofesionales realizadas en una institución de Salud. Este documento se divide en cinco secciones: una presentación general, la descripción de cómo se abordaron la competencia diagnóstica, interviene y evalúa; y finalmente se presenta la sección de reflexiones finales y consideraciones éticas.

En la competencia Diagnóstica, se presenta de manera detallada un proceso de diagnóstico psicológico a un paciente oncológico. Esta sección muestra el uso de herramientas psicológicas como la entrevista, pruebas, modelo cognitivo conductual, observación de conducta y diagnóstico según CIE-10. Usados para dar el diagnóstico presuntivo para este paciente.

En lo que respecta a la competencia Interviene, se expone un caso de intervención aplicado a un personal de salud de la institución sobreviviente de COVID-19. Del mismo modo se explica el diseño de intervención psicológica breve aplicado desde un marco teórico y metodológico de una terapia conductista: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Para la competencia evalúa, se detalla un plan de evaluación de programa aplicado en el centro de prácticas denominado “En con tacto”. Pese a que el programa no se llega a ejecutar en su totalidad, resulta importante detallar una evaluación que mida el correcto logro de sus objetivos en cada etapa correspondiente. Es por ello que en esta sección se expone el plan de una evaluación de proceso y se detallan los criterios de evaluación de pertinencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad.

## Abstract

This document contains the report of the activities developed during the process of pre professional practices carried out in a health institution. This document is divided into five sections: a general presentation, the description of how diagnostic competence, intervention and evaluation were addressed; and finally the section of final reflections and ethical considerations is presented.

In the Diagnostic competence, a psychological diagnosis process for a cancer patient is presented in detail. This section shows the use of psychological tools such as the interview, tests, cognitive behavioral model, behavioral observation and diagnosis according to ICD-10. Used to give the presumptive diagnosis for this patient.

Regarding the Intervenes competence, a case of intervention applied to a health personnel of the COVID-19 surviving institution is exposed. In the same way, the design of a brief psychological intervention applied from a theoretical and methodological framework of a behavioral therapy is explained: Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

For the evaluated competition, a program evaluation plan applied in the practice center is detailed called "In Touch". Although the program has not been fully executed, it is important to detail an evaluation that measures the correct achievement of its objectives in each corresponding stage. That is why in this section the plan of a process evaluation is presented and the evaluation criteria of relevance, effectiveness, efficiency and sustainability are detailed.

## **Presentación General:**

El presente informe da cuenta de las actividades realizadas en el transcurso de la modalidad formativa de las prácticas preprofesionales; y pone en evidencia el nivel de logro de estas competencias respectivas para la Licenciatura en Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

Antes de dar a conocer los productos que responden a las competencias solicitadas, es importante conocer el tipo de población que se atiende el centro de práctica, las áreas donde se brindó el internado; y finalmente las principales funciones realizadas presencial y virtualmente. De esta forma se podrá tener un mayor panorama del presente trabajo.

Las prácticas preprofesionales se realizaron en la unidad de salud mental de una institución oncológica, la cual brinda servicios de salud para la población con diagnóstico oncológico. Dicha institución cumple con la misión y visión de proteger, prevenir, garantizar la atención integral del paciente oncológico con el fin de un Perú libre de cáncer avanzado (INEN, 2020).

Respecto al servicio de psicología de la unidad de salud mental, este se encarga de brindar una atención psicológica primaria y/o secundaria a los pacientes, sus familiares y personal de salud respectivamente. Dicho servicio brinda atención a más de 10 áreas del hospital. Las áreas en las que me desempeñé en el periodo 2019-2020 fueron emergencias pediátricas, cuidados paliativos, emergencias ambulatorias y unidad de tratamiento multidisciplinario (UTM).

Es importante mencionar que el periodo de prácticas se dio en el lapso de un año de los cuales 7 meses fueron de manera presencial y 5 de manera virtual dado la pandemia del COVID-19. Entre las principales funciones realizadas de manera presencial destacan las consultas ambulatorias, las evaluaciones psicológicas, la psicoeducación por medio de materiales didácticos (trípticos, flyers, etc), diseño e implementación de talleres y programas psicoeducativos para los familiares de los pacientes y personal de salud, acompañamiento paliativo, elaboración de informes psicológicos, plan de tratamiento del paciente y seguimiento post intervención.

Respecto a las funciones realizadas de manera virtual, se puede mencionar la atención por tele acompañamiento virtual para los pacientes y el personal de salud; asimismo el diseño e implementación de talleres virtuales, el diseño de una guía de promoción de la salud mental en tiempos de COVID-19; y finalmente las exposiciones teóricas que se realizaban en los círculos de lectura de los internos.

He de especificar que todas las actividades mencionadas anteriormente, han sido productos de capacitaciones constantes, asesorías, supervisiones y talleres. Liderados por un profesional en psicología

del hospital y/o por el acompañamiento del asesor de prácticas de la institución educativa universitaria. Es por ello que, en las siguientes secciones correspondiente a cada una de las competencias, se pondrán a detalle las actividades mencionadas. Cada sección presenta una breve descripción de las actividades, los fundamentos teóricos de las mismas y el aprendizaje obtenido. Finalmente se culmina con las consideraciones éticas involucradas en el proceso.



## Tabla de Contenido

Actividades realizadas que dan cuenta de las competencias del perfil de egreso.....	1
Competencia Diagnostica.....	1
Descripción de la(s) actividad(es) realizada(s) que dan cuenta del dominio de la competencia.....	1
Reseña teórica.....	3
Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia.....	5
Competencia Interviene.....	8
Descripción de la(s) actividad(es) realizada(s) que dan cuenta del dominio de la competencia.....	8
Reseña teórica.....	10
Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes Asociados a la competencia.....	13
Competencia Evalúa.....	16
Descripción de la(s) actividad(es) realizada(s) que dan cuenta del dominio de la competencia.....	16
Reseña teórica.....	18
Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia.....	19
Conclusiones.....	22
Referencias.....	26
Apéndices.....	29
Apéndice 1. Datos de Centro de Práctica Pre-profesional.....	29
Apéndice 2. Certificado de Finalización de Prácticas Pre-profesionales.....	30
Apéndice 3. Enlace del Portafolio de Suficiencia Profesional.....	31

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

## **Competencia Diagnostica**

### **Descripción de la(s) actividad(es) realizada(s) dan cuenta del dominio de la competencia**

El diagnóstico es una de las competencias más importantes para conocer el estado biológico y mental de un paciente. El proceso de diagnóstico en el centro de prácticas se dio por medio de las consultas intrahospitalarias psicológicas de entrada, también conocido como profilaxis emocional, las cuales tienen como objetivo conocer el estado emocional del paciente, y tiene la finalidad de identificar potenciales riesgos que puedan dificultar un adecuado proceso de adherencia al tratamiento o un temprano abandono hospitalario. El proceso de diagnóstico consistía en una exploración completa de las áreas: biológica, psicológica, emocional, social y espiritual del evaluado. Como internos empleamos técnicas de diagnóstico tales como la entrevista al paciente y sus familiares, observaciones de conducta, aplicación de pruebas. Todo ello con la finalidad de generar un diagnóstico psicológico lo más acertado posible; para posteriormente elaborar un plan de tratamiento acorde a las necesidades del paciente.

Para fines de este trabajo, se expondrá un caso diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda (LLA) del internamiento hospitalario en el área de UTM. Por motivos de lineamientos éticos se pondrá el seudónimo de Matias (27 años) al paciente, con la finalidad de proteger la información personal del mismo. Se selecciona este caso debido a que es uno en los que se realizó mayor seguimiento del estado psicológico y emocional del paciente.

El caso Matias ocurre durante mis primeros meses de rotación en el área de UTM, donde se encuentran en su mayoría pacientes adultos con diagnósticos de leucemias, linfomas o cáncer de tipo no especificado. Esta área es considerada como “área base”, dado que por la condición estable o semi estable del paciente, resulta mucho más accesible y viable su participación en varios servicios del hospital (medicina, psicología, nutrición, trabajo social y enfermería).

Para el proceso diagnóstico psicológico, el área de UTM cuenta con una evaluación de entrada denominado fichas RNAO (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario), el cual es asignado al servicio de psicología, y supervisado por el servicio de enfermería. Estas fichas son un conjunto de cuestionarios, entre ellos psicológicos, que se aplican a los pacientes para hacer un correcto registro del estado de la salud mental y su percepción sobre el proceso de internamiento (RNAO, 2015). En cuanto a las pruebas psicológicas de las fichas; se aplica el termómetro de distrés (TD), Inventario de estrés percibido (PSS-14), Inventario de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) e Inventario de ansiedad de estado y de rasgo (IDARE). Si bien la aplicación de las fichas RNAO, es un procedimiento estándar para los pacientes, el interno (bajo supervisión) es libre de poder aplicar algún otro instrumento para complementar la información obtenida inicialmente.

En lo que respecta al Caso Matias, inicialmente se procedió a desarrollar una búsqueda de literatura previa sobre el diagnóstico médico del paciente. En efecto, se investigó sobre la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) con células B, sus síntomas, tratamiento, incidencia en población joven e índice de supervivencia.

Desde el abordaje del caso, se le realizan dos consultas ambulatorias y una consulta por derivación médica. Las dos primeras son para establecer un tentativo diagnóstico psicológico, y una tercera para validar el estado emocional y el diagnóstico previo. Cabe mencionar que en las tres consultas se realizan entrevistas de rutina, se practica la técnica de observación de conducta y se aplica el TD.

En lo que respecta al proceso de las sesiones, en la primera consulta se aplicó el protocolo completo de fichas RNAO, en la segunda y tercera consulta se aplicaron pruebas complementarias para descartar o validar el diagnóstico tentativo, como por ejemplo el uso de la prueba de KARFNOSKY.

Todas estas pruebas tenían como objetivo particular el conocer el diagnóstico psicológico del paciente. Su aplicación sirvió para evaluar la aparición e intensidad de sus respuestas emocionales (TD), la sintomatología ansiosa como la depresiva en un ambiente hospitalario (HADS), la intensidad del evento estresante del paciente (PSS 14), conocer si estas respuestas emocionales son producto del evento oncológico o son un repertorio constante del paciente (IDARE) y finalmente conocer la sensación de vulnerabilidad del paciente (KARFNOSKY).

Posterior a la aplicación de las escalas mencionadas y con la finalidad de conocer la esfera social-familiar del paciente, se entrevistó a la cuidadora primaria (hermana) (ver apéndice 1 de la sección diagnóstica en el portafolio digital). Sumado a ello se intercambia información con el médico tratante del paciente.

Finalizada la aplicación de las escalas psicológicas y a los espacios de entrevista, se identificó que a Matias le costaba poder afrontar su enfermedad debido a las responsabilidades que dejó pendientes antes de internarse; esto generaba una frustración por no obtener los resultados deseados en el tiempo estimado, y como consecuencia se le dificultaba el poder adaptarse al tratamiento.

Es por lo mencionado anteriormente, que se decide realizar una mayor exploración a las conductas problemáticas identificadas, por lo cual se decide aplicar el registro de análisis funcional del conductismo paradigmático (Staats, 1981), de esta forma tener un registro más amplio ante las conductas problemáticas de un paciente con un malestar emocional y un déficit para tolerar la frustración.

Pese a que no toda la información recibida puede brindar un análisis de esa complejidad; aun así, sirve como una guía que se irá complementando con las entrevistas y con el desarrollo de los síntomas del paciente (ver apéndice 2 de la sección diagnóstica en el portafolio digital).

Culminado el análisis funcional y teniendo los resultados de las escalas se obtuvo un primer panorama de la historia de déficit de tolerancia a la frustración del paciente. Sumado a ello, se identificó que las emociones más presentes del paciente eran: la ira, fastidio, frustración, tristeza, culpa, etc. Por todo

ello y desde la CIE-10, se decidió por el diagnóstico de: trastorno adaptativo con predominio de alteración de otras emociones (F43.23).

Finalmente, con todo lo anterior expuesto se dialogó sobre la impresión diagnóstica con la supervisora del área de UTM, quien estuvo de acuerdo con la conclusión obtenida. Asimismo, se expuso el caso como supervisión frente a los internos y supervisora del área para recibir el feedback sobre el diagnóstico; corroborando la impresión diagnóstica brindada.

## **Reseña teórica**

En este apartado se iniciará con una revisión teórica de las impresiones diagnósticas de Matias, de esta forma se espera conocer los aspectos relevantes de la enfermedad y cómo ello impacta en su salud emocional. Posterior a ello, se explicará el abordaje diagnóstico de salud mental desde los parámetros institucionales mediante las fichas RNAO, se detallará el diagnóstico desde el modelo psicológico conductista utilizado, la importancia teórica de las herramientas aplicadas (observación de conducta, fichas registro, informes de consulta, entrevistas a terceros, etc) y finalmente se procederá a brindar el diagnóstico final desde el modelo institucional médico vigente: CIE-10.

Respecto a la impresión diagnóstica médica, esta es una Leucemia nueva, la cual fue especificada como Leucemia Linfoblástica Aguda de células B (LLA de Cel B). Esta enfermedad afecta de manera progresiva la médula ósea, e decir que impide la producción de células maduras para el cuerpo (Atienza, 2016). En condiciones normales, una médula ósea elabora células madre sanguíneas (células inmaduras) que, con el tiempo, se vuelven células sanguíneas maduras (American Cancer Society, 2019). En una población con LLA, este ciclo nunca llega a completarse, pues ocurre una producción de células que no llegan a madurar, y por ende no cumplen con sus funciones vitales.

Mientras exista mayor producción de células leucémicas, estas ocupan el espacio de células sanas (Atienza, 2016). Dejando un déficit del sistema inmunitario el cual es manifestado en la rápida relación que se tiene con la aparición de agentes infecciosos o virales que tienden a agravar la condición de salud del paciente (American Cancer Society, 2019).

La LLA es una enfermedad que en su mayoría (85% de los casos) suele ser diagnosticada en edad pediátrica. Es poco común verlo en un adulto joven, como es el caso de Matias. Dado ello, el riesgo de ser diagnosticado con esta enfermedad se cataloga de la siguiente manera, según su tratamiento: niños de entre 1-10 (muy favorable), 10-20 (favorable), 20-35 (grupo de riesgo), de entre los 35 a más o lactantes (grupo de muy alto riesgo) (Who, 2015). Dado el grupo etario de Matias, se habla de un paciente que se encuentra en un grupo de riesgo, en el cual el tratamiento puede no generar un avance prolongado y sostenible en el tiempo; asimismo existe la probabilidad de la aparición de complicaciones durante el tratamiento (Sanchez, Ortega y Barrientos, 2007).

En cuanto a la literatura psicológica sobre este caso, es poca la información que se tiene sobre el impacto emocional de un paciente adulto con esta enfermedad. No obstante, se identifica que el malestar emocional en pacientes oncológicos surge mayormente por un “duelo oncológico” no resuelto (Corcoles Villas, 2021; Roberts, Álvarez y Valdivieso, 2015). Es decir que cuando la enfermedad llega de manera imprevista, deja al paciente en un estado de “shock prolongado”, en el cual no puede procesar lo que está ocurriendo. Como consecuencia, este duelo impide que el paciente pueda organizar su vida personal y siga manejando o atendiendo sus responsabilidades y/o pendientes (estudios académicos, proyectos, rutinas, tareas, etc), lo cual genera mayor malestar en el paciente (Corcoles Villas, 2021).

Tras este diagnóstico inicial sobre el estado biológico y psicológico del paciente. Se tiene mayor conocimiento de cómo la LLA afecta a Matias desde lo biológico (por el tratamiento en un grupo de riesgo). Además, desde lo psicológico, dada su edad y responsabilidades, puede existir un duelo oncológico inconcluso, lo cual estaría perjudicando su adherencia al tratamiento oncológico.

Frente a la presunción de duelo oncológico, junto a la supervisora se decidió aplicar, bajo el conductismo de la TCC, un análisis funcional pragmático para poder esquematizar mejor la información obtenida. Este modelo psicológico conductista entiende a la conducta como todo evento visible (conducta pública) o no visible (conducta privada), como una respuesta que se origina a raíz de un suceso en un momento determinado (Suarez y Suarez, 2019), siendo el análisis funcional su máxima herramienta de registro de conductas.

El modelo de intervención cognitiva conductual es el que mejor resulta para este caso, dado que, tanto por el ambiente hospitalario como el deterioro de salud del paciente, implican un abordaje rápido y preciso. Ello lo brinda la TCC puesto que se centra en una o dos conductas problemas en tiempo presente; dándole mayor peso al “cómo” y “para qué” sobre el “porqué” (Suarez y Suarez, 2019).

En esta línea, el análisis funcional paradigmático es un registro que, a diferencia de un análisis funcional convencional, reúne una historia completa del paciente en sus esferas biológica, psicológica, social y emocional. Generando así, un diagrama sobre la conducta en el tiempo presente; pero, no restándole importancia de factores anteriores como personalidad, auto sistemas, estilos de afrontamiento, definición operacional conductual, proceso de regulación, etc. (O’Brien & Carhart, 2011).

Continuando con el proceso diagnóstico, como ya se mencionó anteriormente, se planteó una tentativa de diagnóstico acorde al CIE 10; el cual es el modelo institucional que se usa para las historias médicas. La clasificación internacional de enfermedades-CIE 10, es un manual que reúne criterios que se aproximan a un diagnóstico lo más acertado a los síntomas psicológicos de un paciente (Vasquez, Sanchez y Romero, 2014). Los resultados propios del diagnóstico bajo el CIE-10 podrán ser mayor explicados en la sección posterior de resultados obtenidos.

## **Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia**

Respecto a los resultados obtenidos en el diagnóstico Matias, en las consultas se evidenciaron un malestar emocional asociado a su baja tolerancia para poder hacer frente a los distintos acontecimientos por los que estaba atravesando desde su enfermedad. Entre ellos, una mayor intensidad de estrés, que él menciona no era habitual en su persona. En cuanto a la exploración de emociones se identifica el predominio de tristeza y culpa, se descarta la ira como reacción nueva dado que gracias a la entrevista con su hermana (ver apéndice 1 de la sección diagnóstica en el portafolio digital) y por la transcripción de la entrevista 1 de Matias (ver apéndice 3 y 4 de la sección diagnóstica en el portafolio digital), se puede observar que era una respuesta habitual para él ante eventos frustrantes.

En cuanto a las pruebas psicométricas, el paciente presentó un puntaje moderado para ansiedad en la prueba de IDARE (puntaje moderado), las dos pruebas de HADS (puntaje alto) y las tres de TD (puntaje moderado) (ver apéndice 5 de la sección diagnóstica en el portafolio digital). En lo que respecta la sintomatología depresiva, esta no resultó elevada en su prueba de HADS (puntaje bajo).

De igual manera, se muestra un malestar en cuanto a la calidad de vida del paciente. La cual le genera vulnerabilidad, debido a su poca movilidad para realizar actividades rutinarias como bañarse, caminar, cambiarse, etc. Esto es apreciado desde la entrevista en donde siente que “Su cuerpo no está respondiendo” y que teme “no poder hacer las cosas que hacía antes”. Lo anterior también se muestra en la prueba de KARFNOSKY, dicha prueba ha sido validada y es usada por el departamento de salud mental del hospital para medir el grado de calidad de vida que percibe el paciente, en donde obtiene un puntaje del 50 (ver apéndice 5 de la sección diagnóstica en el portafolio digital) el cual se interpreta en que necesita apoyo para realizar ciertas actividades diarias.

Respecto al análisis funcional paradigmático, este se aplica en el momento en que se recibe una consulta del servicio de salud en la que menciona que el paciente está resultando poco colaborador con su tratamiento. Se realiza el análisis funcional con el objetivo de conocer la conducta problema que facilitan la aparición de los principales síntomas.

Si bien Matias se muestra con una inadecuada gestión de sus emociones, con apoyo de la supervisora, se identifica que la conducta problema principal es su baja tolerancia a la frustración. Acorde a las estrategias de afrontamiento desarrollada por Carver y colaboradores (1989) se puede apreciar que las emociones en este caso son un mecanismo de afrontamiento en el cual él puede descargar esa frustración cuando alza su voz, se niega a hacer actividades que le solicita el servicio de enfermería, se culpa por dejar sus responsabilidades a causa de la enfermedad (con su familia y la comunidad), muestra poca paciencia con las personas que lo están ayudando, etc. (ver apéndice 3 y 4 de la sección diagnóstica en el portafolio digital)

Como se mencionó párrafos arriba, no se tuvo suficiente información para realizar un análisis funcional paradigmático completo, por lo cual la parte de personalidad no se trabajó a causa de la ausencia

de registro de antecedentes en la edad temprana. Es por esto que este análisis funcional solo es usado como una herramienta de registro que ayuda a organizar la información y con ello poder hacer un posterior análisis diagnóstico. Gracias a este análisis funcional se recolectó información sobre la conducta problema, habilidades y déficits del paciente, proceso de autorregulación, estrategias de afrontamiento, etc.

Es así que se identifica en Matias como conductas problema de una inadecuada gestión emocional y el déficit de tolerancia a la frustración. En cuanto a sus habilidades y déficits, se identifica que posee una capacidad cognitiva promedio, capacidad de hacer introspección, habilidades sociales, capacidad de autocuidado personal y un déficit en regulación emocional. Respecto a su proceso de autorregulación, Matias muestra una habilidad de auto observación, no obstante, presenta criterios de autoevaluación desadaptativas y dañinas para él. En cuanto a sus estrategias de afrontamiento, presenta estilo emocional y evitativo; siendo lo primero como un mecanismo de desahogo, en el que descarga su frustración e ira con su hermana y el personal de salud; y evitativo puesto que tiene a evitar hablar sobre su tratamiento y no colaboro con el mismo por el malestar que le producen las quimioterapias. Se recomienda revisar el apéndice 2 de la sección diagnostica en el portafolio digital para una mayor profundización de lo expuesto líneas arriba.

Antes de pasar a la etapa del diagnóstico por CIE-10, es importante evidenciar que en la entrevista se utilizó un registro de observación de conducta en la que solo se resalta la molestia que en ocasiones Matias presentaba con el personal de salud, dado que comenta “no sentirse totalmente respaldado en su tratamiento” (ver apéndice 3 de la sección diagnostica en el portafolio digital).

Finalmente, tras toda la información brindada y en apoyo con la supervisión respectiva, se elabora la clasificación de síntomas según la CIE-10. Este modelo sumado a la información ya obtenida brinda un resultado que acorde a lo visto en la entrevista, pruebas y análisis funcional, otorgan solidez al diagnóstico de “reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación” (F43 en el CIE 10). Específicamente un criterio de trastorno adaptativo, debido al factor cronicidad y síntomas obtenido en el respectivo análisis del mismo (ver apéndice 6 de la sección diagnostica en el portafolio digital). Dado a que son los síntomas emocionales los de mayor predominio en Matias, se procede a generar un diagnóstico tentativo, y que solo será usado para fines del presente trabajo. Este es el trastorno adaptativo con predominio de alteración de otras emociones (F43.23 en el CIE-10). Para no hacer extensa esta sección se recomienda revisar a detalle el apéndice 6 de la sección diagnostica.

Tras la exposición de los principales resultados, es necesario detallar una reflexión de lo obtenido. Como se observa, en todos los casos psico oncológicos se requiere una preparación previa para conocer la enfermedad y el impacto psicológico. Es por ello que es responsabilidad del interno conocer a grandes rasgos qué es lo que significa una leucemia y cuál es el tratamiento del mismo, asimismo cuáles son las principales respuestas psicológicas que podemos encontrar en un paciente de esa edad y con un diagnóstico de leucemia.

En cuanto a las herramientas utilizadas, es clave mencionar que en todas las consultas se brindaron los lineamientos éticos como el encuadre, el cual consiste en informar los tiempos y horarios, objetivo, rol de cada participante (psicólogo y paciente) y la importancia del trabajo colaborativo. También se explicó sobre el consentimiento del paciente para poder llevar a cabo la entrevista y la aplicación de instrumentos psicológicos. Asimismo, el permiso para poder grabar la primera entrevista. Respondiendo siempre al motivo de consulta institucional el cual era realizar una profilaxis o tamizaje inicial para conocer el impacto psicológico de la enfermedad en el paciente.

Cabe mencionar que se aplicaron los mismos lineamientos con la hermana del paciente, respetando la confidencialidad y dando la seguridad de que los resultados obtenidos tanto en la entrevista como en las pruebas psicológicas sólo serían usados para fines académicos.

Por otro lado, también se menciona que las pruebas psicológicas RNAO no son un material que el interno pueda conservar, dado que, al ser supervisado por el área de enfermería, por ello este material es entregado a dicha área tras su correcta aplicación. Es por esto que en esta sección se exponen los puntajes obtenidos más no las copias originales de las pruebas. Dichos materiales originales al igual que el audio de la entrevista, fueron destruidos o eliminados en presencia del supervisor directo del hospital.

Es importante también mencionar que la institución de salud brindó los espacios ideales para llevar a cabo el presente caso. Siempre respetando los lineamientos éticos y vestimenta de bioseguridad necesarios para poder visitar al paciente. De igual manera, se me brindó la supervisión respectiva por medio del psicólogo a cargo del área de UTM, con el cual se consultó en todo momento ante alguna duda.

De igual manera, durante todo el proceso del internado se contó con el apoyo del supervisor de prácticas de la universidad, el cual, dada su experiencia en intervenciones psicológicas, brindó un soporte ante dudas evocadas. El supervisor de la institución educativa siempre estuvo informado de esta intervención e incluso se le expuso el presente caso para conocer su opinión del mismo.

Finalmente, en cuanto a mi reflexión final, abordar un paciente oncológico como es el caso Matias resulta un aprendizaje constante para el interno; debido a que el estado emocional del paciente, sumado a su baja tolerancia a la frustración y el avance del tratamiento, pueden cambiar significativamente el rumbo de la intervención.

Para un interno esta suele ser una primera experiencia de diagnóstico real, lo cual genera sensaciones de inseguridad, desgaste emocional, preocupación por hacerlo bien, estrés, etc. El cual requiere de ciertos momentos de gestionar las emociones con el supervisor (a) muy necesarios para continuar con el proceso. Asimismo, me implicó una exhaustiva preparación, la cual fue gracias a las competencias adquiridas en la etapa formativa en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Como son la aplicación de pruebas aprendidas en el curso de evaluación psicológica 2; el curso de inclusión y exclusión

social que brindo las bases para un abordaje en casos de personas migrantes, el cual fue muy necesario para entender que en ciertas zonas del país los lazos con tu comunidad son bien fuertes e influyen en la toma de decisiones individuales, la cual en sí afectaba al paciente por sentirse que estaba en deuda o era ineficiente para su comunidad por su enfermedad. Al igual que el identificar una impresión diagnóstica por medio de la CIE 10 (Curso de psicología de la normalidad) y finalmente el poder hacer seguimiento a un paciente que posee una enfermedad crónica (curso de Enfermedades crónicas).

Este diagnóstico sirvió como puente con el área de medicina, que consistió básicamente en conversar con el médico tratante para que pueda darle una explicación más detallada sobre el tratamiento y reducir sus mayores inquietudes. Asimismo, desde psicología enfocarse en reforzar en el paciente recursos de protección como el apoyo de la comunidad y de su familia, brindar una validación emocional y trabajar un repertorio básico de respuestas en momentos de frustración. Esto acompañado de técnicas de relajación que el supervisor estaba dispuesto a aplicar.

## **Competencia Interviene**

### **Descripción de la(s) actividad(es) realizada(s) que dan cuenta del dominio de la competencia.**

Con respecto a esta segunda competencia, durante el periodo de internado se diseñaron y realizaron dos tipos de intervención: con los pacientes y/o familiares.

Por un lado, las intervenciones grupales, las cuales principalmente eran talleres psicoeducativos. Entre los temas más recurrentes se encontraban la gestión y psicoeducación emocional, el manejo del estrés hospitalario, el autocuidado e higiene emocional, técnicas de relajación mediante mindfulness, etc. Por otro lado, también estaban las intervenciones individuales, las cuales se realizaban mediante las consultas para el paciente como para los familiares. En esta intervención los principales temas a trabajar eran: la exploración, validación, psicoeducación y/o gestión emocional; reforzamiento de recursos internos, reinterpretación de la enfermedad del cáncer, manejo de sintomatología ansiosa o depresiva, autocuidado del cuidador primario, técnicas de relajación e imaginación guiada, diseño y preparación de duelo, acompañamiento en los procesos finales de vida, etc.

Cabe mencionar que al igual que la competencia anterior, estas actividades se desarrollaron en los tiempos pre y durante la pandemia. Es decir que existieron intervenciones individuales y grupales virtuales mediante video consulta.

Para el presente trabajo se expondrá un caso de intervención individual por video consulta denominado caso Carla. Esta fue una intervención realizada a una enfermera del centro de prácticas, la cual estaba teniendo fuertes síntomas de ansiedad y algunos de depresión relacionados al COVID-19. Cabe

mencionar que este caso se realizó en conjunto con otra interna de psicología y con supervisión de la psicóloga del área de Emergencias y Cuidados Paliativos.

### ***Intervención Individual***

En este apartado se presentará el diseño e intervención individual bajo la modalidad virtual que se realizó a una enfermera del establecimiento de salud (Caso Carla). Es relevante mencionar que fue la primera vez en la historia de la institución que se intervino a un personal de salud de manera virtual. Asimismo, fue de las primeras intervenciones que se realizaron durante el periodo de pandemia por COVID-19.

Esta intervención constó de 5 sesiones, de las cuales en las dos primeras fue principalmente para el diagnóstico y reducir la intensidad emocional; y las tres sesiones siguientes para la intervención en tratamiento. Este proceso transcurrió entre los meses de junio a agosto. Cabe detallar que el motivo de consulta inicial manifiesto de la paciente fue el “No puedo continuar mi vida con este estado y temor al COVID19”. Conforme avanzan las sesiones se evidencia un motivo de consulta latente de solicitud para reducir el poder sobre ella que sus pensamientos relacionados a su salud (volver a contagiarse, sentir que tiene secuelas permanentes, etc.) la agobiaban en su rutina diaria.

Los puntos más importantes del diagnóstico son que Carla es una enfermera del área de Emergencias de 33 años, que convive con sus padres y cuenta con una hija de 8 años. Ella dio positivo al COVID-19 en el mes de abril del 2020, lo que generó su aislamiento total de su familia y amigos (as).

Ella es una paciente que muestra síntomas altos de ansiedad y moderados para depresión, presenta temores relacionados al COVID-19, específicamente el recibir información relacionada a su diagnóstico de COVID-19, el cual (ya recuperada) se convierte en temores ante un posible re-contagio o secuelas físicas del mismo (ver apéndice 7 y 8 de la sección interviene en el portafolio digital). Esto la lleva a evitar exponerse en el trabajo o salir de casa, por miedo a tener un nuevo contagio o que los síntomas que presenta se intensifiquen. Asimismo, tiene síntomas ansiosos a nivel físico como dolor de cabeza, latir fuerte del corazón, tensión muscular, problemas gástricos, falta de aire, etc. De igual manera se identifica un historial de afrontamiento relacionado a la evitación tanto por el desentendimiento mental (divagar, hacer el esfuerzo para pensar otras cosas, etc) y conductual (no exponerse a situaciones que le den ansiedad).

Sumado a lo anterior, se realizó un diagnóstico desde el modelo de intervención de terapia de aceptación y compromiso (ACT), en el cual se identificó a una paciente con presencia de inflexibilidad psicológica asociada a que no puede procesar sus emociones y pensamientos, ni manejar la intensidad de sus respuestas ante estos. Estos términos serán expuestos a mayor detalle en el marco teórico.

Con la información obtenida previamente, se brindó un diagnóstico presuntivo de trastorno adaptativo con predominio de alteración de otras emociones. Siendo la enfermedad por COVID-19 el

agente estresor y causante de los principales síntomas. Frente a ello se propuso una intervención, cuyo objetivo principal fue reducir el malestar emocional de la paciente en relación con la enfermedad del COVID-19. Asimismo, el objetivo específico fue el brindar herramientas para que la paciente pueda volver a su rutina cotidiana sin el temor a que los síntomas cognitivos, emocionales o físicos la sobrepasen.

Pese a que la intervención en sí comienza en la sesión tres, es notable mencionar que, desde las sesiones previas de diagnóstico, se empezó a abordar el tema de intervención en sí. El cual, junto a la asesoría de la supervisora y la búsqueda bibliográfica, se procede a dar una intervención desde las terapias contextuales: Terapia de aceptación y compromiso (ACT).

## **Reseña teórica**

El caso Carla transcurre en uno de los puntos más críticos de la Pandemia: el aumento considerable de casos y en el que las medidas sanitarias para hacerle frente eran incipientes y sobre todo inciertas. A ello se le sumaron medidas de restricciones iniciales que generaron que en cierto tipo de población surja un distanciamiento afectivo y emocional hacia la familia, amigos y pareja. Este alejamiento venía acompañado muchas veces de sentimientos de soledad, frustración, tristeza, ansiedad, etc. (Hernandez, 2020).

Estos síntomas tienden a expresarse en mayor medida, en los casos de contagiados por el COVID-19. En este tipo de población la incertidumbre y el miedo son sentimientos muy presentes y tienden a afectar considerablemente su salud mental (Ferrer, 2020). Esto puede ser explicado, debido a que, al inicio de la pandemia, el conocimiento médico y político para hacer frente a la enfermedad era muy escaso; por ende, muchos profesionales de la salud fueron afectados por algunas normas sociales, procedimiento de intervenciones médicas, etc.

Ante los aspectos contextuales ya mencionados, se le suma el factor de que Carla es personal de salud, el cual ha sido uno de los grupos más afectados psicológicamente por la pandemia. Estudios han evidenciado que en el personal de salud ha surgido síntomas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, estrés, *burnout*, agotamiento físico, mental, trastornos alimenticios, fobias, etc (Danet, 2021; Lozano, 2020; Peñafiel-León, Ramirez, Meza y martinez; 2021).

Con lo mencionado anteriormente, que sirve para conocer la teoría desde el contexto y profesión de Carla, resulta igual de relevante conocer la teoría desde el modelo de intervención utilizado. Este caso comprende una aproximación de intervención desde la ACT; la cual forma parte de las terapias contextuales. Para hacer un breve resumen, las terapias contextuales surgen a raíz de que se busca retomar el conductismo radical skinneriano en el cual la conducta (pública y privada) es entendida desde el contextualismo funcional. En breves palabras, los síntomas son producto de una disonancia en la relación con cómo respondemos al contexto (Hayes, 2015). Es por ello que estas terapias surgen desde el esquema de transdiagnóstico e ideográfico. Siendo el primero explicado, en que uno es más que un diagnóstico; y el

segundo en que cada caso es un suceso aislado y único que no puede ser replicado (Harris, 2009) (ver apéndice 7 de la sección interviene en el portafolio digital).

La ACT es una terapia creada por Steven Hayes cuyo objetivo principal es orientar al paciente hacia la aceptación de síntomas no agradables y hacer que pueda ser consciente de sus valores, logrando un compromiso que lo mueve en dirección a ellos. Este modelo a diferencia de otras terapias conductistas, no se enfoca en “atacar” los síntomas de la conducta pública o privada del paciente. Ya que se considera que es una lucha constante en donde el paciente siempre perderá (al no poder manejar a voluntad la aparición o cese de estos), es por ello que se enfoca en la aceptación de los mismos para que de esta forma pese a que los síntomas siguen presentes, se encontrarán bajo una intensidad que no llega a causar angustia en la rutina diaria del paciente. (Hayes, 2015).

Se decide por este modelo, gracias a lo obtenido en el diagnóstico inicial. Para el caso Carla se tomó en cuenta el historial de estrategias de afrontamiento que el paciente ha usado para lidiar con sus síntomas, las cuales han sido de tipo evitativo en algunos casos e hiper vigilantes en otros, los cuales no le han traído ningún resultado. La paciente experimenta pensamientos y actitudes de las que no se puede distanciar, como es el trabajo y su cuerpo. Es así que ella se encontraba constantemente expuesta ante los eventos estresores. Es por esto que se trabaja la aceptación de los síntomas, dado que no puede cambiar el contexto ni la evocación de sus síntomas; de esta forma se busca que la intensidad de los mismos vaya reduciéndose gradualmente conforme pasen las sesiones.

La ACT es un tipo de intervención que es recomendado para pacientes con síntomas de ansiedad o incertidumbre constante en contextos en los que existe mayormente un locus de control externo (eventos que escapan del control de la persona) como enfermedades con dolor crónico, sucesos contextuales como guerra o pandemias, etc. (Ruiz, 2010). A ello se le suma a la eficacia que ha mostrado por su flexibilidad, siendo igual de eficaz en entornos virtuales. (Guacanez y Forero, 2021; Rojas Devia, 2021).

Ante la intervención, la ACT resulta compleja, debido a los supuestos teóricos y prácticos que todo terapeuta debe conocer. Incluso se indica que una persona debe estar formada o conocer la teoría básica del modelo para poder abordar ínfimamente una intervención relacionada con el modelo (Hayes, 2015).

Para este caso, sí se conocía la teoría del modelo, no obstante, por motivos de que es una intervención breve, se opta por no aplicar los seis componentes completos del modelo, sino sólo responder al motivo de consulta y objetivos de la intervención.

La ACT se mide bajo el enfoque trans diagnóstico de inflexibilidad psicológica, la cual se divide en seis componentes denominados pilares del hexaflex, los cuales entran en conflicto y se debe priorizar los que mejor ayuden al paciente en su cotidianeidad (Ribero & Agudelo, 2016). (ver apéndice 7 de la sección interviene en el portafolio digital). Para este caso se detalla que los componentes trabajados con Carla fueron cuatro. En primer lugar, la atención al momento presente versus la atención en el pasado o futuro. En este pilar resulta recomendable que el paciente viva enfocado en su presente de manera amable, abierta y sin juicios de este. Estar constantemente inmerso en el pasado o futuro tiende a generar mucha

culpa o incertidumbre asociados a sucesos que no podemos cambiar o que no tenemos certeza que ocurrirán (Kohlenberg et al., 2005).

Continuando, el componente de aceptación vs evitación experiencial. La evitación experiencial surge ante la supresión de la expresión emocional producto de experiencias desagradables para la persona. Se recomienda el reconocimiento y aceptación de los mismos con la finalidad de brindar una flexibilidad activa ante distintas situaciones (Kohlenberg et al., 2005).

El tercer componente fue el de defusión cognitiva vs fusión cognitiva. Este refiere a fusión cognitiva cuando una persona no es más que sus pensamientos y emociones. Se aprecia una persona que toma cada pensamiento como cierto e inalterable, como una verdad o regla absoluta. Lo mismo con las emociones en las que se ve como alguien incapaz de poder ejercer un cambio sobre ellas. (Kohlenberg et al., 2005).

El cuarto componente, e enfocado en valores o pérdida de ellos. Los valores van más allá de plantearse metas u objetivos concretos. En muchas ocasiones un valor es algo inalcanzable, pero que sirve como guía para poder vivir o dirigirse. Es importante tener en cuenta los mismos y poder alcanzar una dirección valiosa y comprometida con ellos. (Kohlenberg et al., 2005).

Finalmente, es importante mencionar que la ACT recurre al uso de conceptos claves e insumos necesarios para poder abordar las sesiones terapéuticas. De entre ellas destaca el empleo de la “desesperanza creativa”. Este concepto hace conocer al paciente que necesita recurrir a nuevas estrategias para poder abordar sus síntomas, dado que las mencionadas anteriormente (evitar o intentar eliminar el síntoma) no han sido útiles o han resultado más dañinas (Hayes, 2015).

De igual forma, otro insumo recurrente es el uso de metáforas. Las cuales son entendidas como situaciones hipotéticas que tiene relación con lo que está experimentando el paciente, estas situaciones se caracterizan por su grado de capacidad para que el paciente pueda hacer un *insight* con las situaciones paradójicas de las que se les expone. (Soriano y Salas, 2006). Para este caso se presentan algunas de las metáforas utilizadas en el portafolio digital. Esto incluye ejemplos como la metáfora del conductor de autobús, que promueve la reflexión sobre la rumiación de pensamientos, o la metáfora de las olas, que enseña la resiliencia ante la adversidad, por mencionar solo algunas de ellas (ver apéndice 9 de la sección interviene).

La ACT además también se nutre de otras técnicas ya usadas en otras terapias como lo son las técnicas de relajación e imaginación guiada, el empleo del análisis funcional de la terapia conductista, el arte como expresión emocional. etc. (Harris, 2009).

## **Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes Asociados a la competencia**

En esta sección se expondrá los principales resultados obtenidos sesión tras sesión. Para obtener mayor detalle de estas, se recomiendo revisar el diseño de sesiones, así como el material utilizado en cada

sesión, con la finalidad de tener un mayor panorama de la intervención y sus resultados (ver apéndice 11 de la sección interviene en el portafolio digital).

Pese a que la primera y segunda sesión tuvieron como objetivo realizar el diagnóstico correspondiente. Resulta importante brindar los lineamientos de intervención que se ejecutaron también en ellos. La primera sesión denominada “Un nuevo comienzo”, presentó como objetivo brindar los lineamientos éticos y conseguir el consentimiento informado de Carla. Asimismo, conocer el estado emocional actual, su relación con los síntomas y su apertura a la intervención psicológica. En esta sesión se identifica que Carla presentaba una inflexibilidad psicológica para permitirse no experimentar ciertos síntomas propios de lo que le estaba ocurriendo (relacionados al COVID-19). Asimismo, se conoce que se encuentra con síntomas propios de ansiedad y depresión (HADS: 15 para ansiedad y 8 para depresión). Pese a esto, se muestra receptiva y colaboradora frente a las intervenciones psicológicas.

El reto de esta sesión fue crear espacios de contención para poder evocar de manera segura el malestar emocional del paciente. Asimismo, dado el elevado grado de ansiedad en el momento, fue necesario aplicar una técnica de relajación.

En cuanto a la sesión dos, tuvo como objetivo conocer el pilar hexaflex a trabajar, dar inicio a la desesperanza creativa y conocer la respuesta emocional del paciente ante las metáforas empleadas. En esta sesión se emplea la metáfora del campo de hoyos y la metáfora del tigre, ambas metáforas que busca retratar en sus historias lo inútil de la lucha contra los pensamientos dado que por más intento (“cavar en un hoyo”), solo te hundes más. De igual manera, mientras más intentes no ver un tigre, esto no hará que desaparezca y mágicamente ya no quiera atacarte. (ver apéndice 9 de la sección interviene). Estas metáforas tienen el objetivo de que Carla pueda identificar que la evitación es una herramienta que no le está ayudando a poder solucionar sus problemas, asimismo que la lucha contra sus pensamientos siempre le han sido inútiles.

En esta sesión Carla muestra labilidad asociada a su frustración por no poder salir adelante. No obstante, también se muestra receptiva a explorar la aceptación de conductas (pensamientos, emociones y reacciones) como un insumo que la pueda ayudar más que solo atormentar.

Al concluir esta sesión, se identificó que en donde Carla experimenta el mayor conflicto interno, según el modelo hexaflex, es el de la aceptación. Carla encuentra dificultades para aceptar la situación en la que se encuentra, y que los síntomas que experimenta son una especie de llamado de ayuda de su cuerpo y mente. Además, se observó una fusión cognitiva significativa, ya que le resulta complicado ver a los pensamientos por lo que son, simples pensamientos. Por último, otro pilar hexaflex encontrado fue la falta de claridad en la identificación de valores que guíen su vida. Siendo el de ser una buena madre el único que reconocía.

La tercera sesión, titulada 'El control como problema y no como solución', se enfocó en crear un espacio para la reflexión y la aceptación de los pensamientos negativos que surgieron a raíz de la experiencia de Carla con el COVID-19. Durante la sesión, se exploraron los pensamientos y sentimientos

a través de una técnica de relajación y una imaginación guiada. En este proceso, Carla pudo identificar pensamientos desagradables que estaban interfiriendo con sus planes y objetivos, como pasar más tiempo con su familia y volver al trabajo. Además, se proporcionó psicoeducación sobre la naturaleza de los pensamientos, destacando que son guías en lugar de verdades absolutas o hechos, y se utilizó la metáfora de las olas para ilustrar este concepto.

Dicha metáfora relaciona a los pensamientos con las olas. Como en ocasiones al ver una ola amenazante intentamos salir del mar, sin embargo, igual nos golpea; intentamos hacerle frente, pero el daño puede ser letal en ese caso; y como la única solución es saber cuándo zambullirnos y que la ola pase por encima. Con esto se explica que luchar con un pensamiento o hacerlo un hecho que no puede cambiar solo nos genera malestar y que a veces encontrar un recurso para usar en ese momento, como zambullirnos puede ser de mucha ayuda. Carla con esto llegó a comprender que tenía temor de enfrentar sus propios pensamientos y los síntomas físicos que experimentaba, asimismo que no puede controlar la aparición de los mismos y que todo lo que piensa no se hará realidad siempre. Con esto se le enseña a Carla, que poco a poco pueda explorar sin restricción sus pensamientos, y si resultan ser muy agresivos se le enseña la técnica de relajación 4-7-8 como una herramienta que puede utilizar cuando sea necesario.

En la sesión cuatro denominada “desliteralización y valores” se muestra que Carla se encuentra desmotivada por no haber obtenido resultados con lo aprendido en la última semana. Para ello se planteó como objetivo buscar la aceptación por medio de la desliteralización de pensamientos, la cual se usa cuando resulta complicado aceptar y contemplar un pensamiento.

La desliteralización consiste en el uso de juegos verbales, por ejemplo, el uso del “y” en lugar del “pero” para que un pensamiento pierda protagonismo. No es lo mismo decir me gusta atender pacientes, pero tengo ansiedad a decir, me gusta atender pacientes y tengo ansiedad. Estos juegos se usan cada vez que surge un pensamiento intrusivo que resulta difícil aceptar y contemplar y corre el riesgo de generar malestar emocional en la persona. En sesión con Carla, se le enseña estos juegos verbales con la finalidad de que los pensamientos tengan menos protagonismo en ella. Es así que, mediante el ensayo y error de algunos ejemplos de juegos verbales, Carla va aprendiendo herramientas de desliteralización para poder cuestionar los pensamientos intrusivos. Estas herramientas son en primera instancia usadas en compañía de los internos y posteriormente se le indica que las realice solas. Con la práctica, Carla aprende correctamente a aplicar estas técnicas en situaciones imaginarias.

Finalmente, acorde a la sesión se aplica la metáfora de buen huerto de plantas. El cual tiene como objetivo enseñar cuales son aquellas “plantas” que más quieres cuidar en tu vida, haciendo relación a los valores que guían la vida de uno. En esta sesión Carla por primera vez identifica presuntos valores por lo que ella debe superar sus temores y ansiedad. Aquí se obtiene como resultado a la familia, ser buena en su trabajo y sobre todo su deseo de ser buena madre como los principales valores para ella.

En la sesión cinco el objetivo inicial era promover la identificación de valores y compromisos hacia ellos; no obstante, nos informaron que sería la última sesión por temas administrativos por lo cual la sesión se enfocó en implementar también un cierre de intervención.

Carla en este momento ya estaba trabajando presencialmente en el hospital, por lo que resultó importante reforzar el tema de valores que surgió la última sesión. Para ello se decide aplicar la metáfora del ataúd, la cual consiste en explorar cómo le gustaría ser recordado. El tema del legado ayuda a que el participante pueda conocer cómo se analiza al final de su vida con sus valores y qué estrategias utilizó para cumplirlos y verlos escritos en su lapida. Con esta metáfora Carla manifiesta que le gustaría ser recordada como una buena madre, una persona que se superó y siempre fue buena en su trabajo. Carla identifica que pese a la situación en la que estuvo, ahora esta está haciendo todo lo posible poder seguir sus valores.

Finalmente se aplica el ejercicio de la montaña, el cual consiste en crear un panel imaginario y colocar los valores que te gustaría alcanzar en vida; siendo los más importantes aquellos colocados en la cima. En este proceso Carla percibe como principal valor el ser una buena madre para su hija y estar siempre para ella. Asimismo, que, si su deseo es pasar más tiempo con su hija y poder disfrutar de manera plena los momentos agradables con ella, debe primero poder reducir la intensidad elevada de su miedo al contagio y de experimentar sus temores y preocupaciones como ideas que guían, más no son verdades absolutas.

Tras ello Carla reconoce que el temor al contagio no desaparecerá, pero no debe pensar todo el rato en ello, sino disfrutar de las salidas con su hija o familia cuando los visita o enfocarse en su trabajo cuando está de turno. Asimismo, Carla dice que sabe las técnicas que puede usar, como por ejemplo las de respiración. Carla concluye diciendo que del 1-10 en cuanto al estrés se encuentra en un 4, pero puede manejarlo y bajarlo con las respiraciones (HADS: 6 para ansiedad y 2 para depresión) (ver apéndice 7 de la sección interviene en el portafolio digital).

Tras todo esto, se muestra que se cumple con el objetivo inicial, dado que se redujo el malestar emocional que Carla presentaba. Pese a que los síntomas no desaparecieron, cambió su relación que tenía con ellos, en el sentido de comprendía que no podía manejar la aparición de ciertos pensamientos, sin embargo, podía reducir su intensidad aceptándolos y no siguiéndolos. Pese a que en ocasiones surgen algunos pensamientos relacionados al contagio o un malestar físico por una secuela del COVID-19, Carla aplica las técnicas de desliteralización y se enfoca siempre en sus valores iniciales, los cuales le ayudan a reducir la intensidad y a prestar atención en actividades que le ayude a seguir sus valores principales de ser buena madre y buena trabajadora.

Si bien es cierto que en ocasiones la paciente mostraba recaídas en cuanto a sus síntomas (en especial los físicos) se encontró una solución mediante las técnicas de respiración para que cuando surja el malestar, pueda relajarse y estar más tranquila. En la misma línea, el malestar por el COVID-19 es algo con lo que Carla entiende debe sobrellevar a su ritmo, reduciendo poco a poco su malestar frente al tema con estrategias. Una de estas estrategias es la de no consumir en exceso noticias relacionadas al COVID-19 y no buscar en internet cualquier síntoma poco usual que comience a percibir en sí. Ante esto, igual se

le informa que es importante no minimizar sus síntomas y en caso de que surjan de una intensidad fuerte, se le recomienda acudir al médico para una revisión de rutina.

Finalmente se cumplen con los objetivos del modelo de intervención dado que se respeta el modelo hexaflex, se abordan los principales pilares en donde Carla presentaba problema y se brindaron estrategias coherentes a sus síntomas.

Durante todas las intervenciones uno de los mayores retos la modalidad virtual. Lo que dificultó la elaboración de un *rapport* o percepción de empatía. Asimismo, este distanciamiento restringe el uso de la técnica de observación de conducta que es muy útil para medir ciertas reacciones de un paciente en sesión. En las mismas líneas, esta modalidad genera dificultades para realizar mediciones, ya que se cambia la evaluación individual escrita por una evaluación individual oral, que genera mayor inversión de tiempo en las sesiones. De igual forma, al ser un problema de malestar emocional, resulta complicado aplicar un protocolo de contención virtual durante la sesión. Finalmente, la intervención online trabaja bajo supuestos tecnológicos que tanto un paciente como un terapeuta deben conocer previamente (plataformas virtuales, conexiones inalámbricas, tener un espacio adecuado en casa, manejo de la conectividad, etc).

Pese a las limitaciones escritas anteriormente, se plantean soluciones. Para mejorar la dinámica de las sesiones, se implementaron estrategias destinadas a abordar ciertos momentos de la sesión: Conectividad, aplicación de pruebas y *rapport*. Respecto a la conectividad, audio, vídeo, entre otros. Treinta minutos antes de cada sesión, se proporcionaron directrices tecnológicas que los pacientes debían revisar en sus dispositivos móviles, con el fin de prevenir cualquier inconveniente durante la sesión y minimizar los posibles errores de conectividad, así como las fallas en el audio y el video.

Respecto al *rapport*, se implementó dinámicas rompe hielo mediante recursos audiovisuales que se encontraban en internet, de esta forma se creaba mayor afinidad con el paciente antes de poder iniciar la sesión. De igual manera, al ser un tema de malestar emocional se crea un protocolo de contención virtual, el cual resulta útil en momentos de labilidad de la paciente, de esta forma no se quiebra el *rapport* en momentos críticos para el paciente (ver apéndice 10 de la sección interviene en el portafolio digital).

Finalmente, para conservar la fluidez, se redujo la cantidad de pruebas de evaluación psicológica psicométrica, favoreciendo en su lugar el uso de autoinformes como indicadores del progreso en las sesiones.

Como resultado de estas estrategias, se logró alcanzar el objetivo propuesto en un total de sólo cinco sesiones, una cifra notablemente baja en comparación con otros casos similares que suelen requerir un mayor número de sesiones. Gracias a estas estrategias usadas, la presente intervención se considera eficiente, pues se pudo lograr el objetivo de todas las sesiones y también aplicar las técnicas de la ACT.

## **Competencia Evalúa**

**Descripción de la(s) actividad(es) realizada(s) dan cuenta del dominio de la competencia.**

En el internado, la evaluación de las actividades realizadas no era una competencia rigurosa por desarrollar. En efecto, la mayor parte del tiempo invertido del interno se enfocaba en la aplicación de sesiones psicológicas más no en la evaluación de estas; lo mismo sucedía al aplicar talleres o programas de promoción de la salud mental.

Para dar cuenta del cumplimiento de la presente competencia, se expondrá el plan de evaluación de un programa desarrollado y aplicado (solo la primera sesión) en una institución de salud. Este programa tiene el nombre de “En con tacto” (ver apéndice 12 y 13 de la sección evalúa en el portafolio digital). Este programa inició su intervención en el mes de noviembre del 2019. Si bien se tenía planeado realizar 3 sesiones como mínimo, por tema de permisos con la institución, el ritmo laboral y los horarios rotativos de los participantes, etc. Solo se pudo aplicar una sesión de este. Cabe mencionar que la evaluación de proceso no se llevó a cabo en totalidad; sin embargo, sí se consideró igual de importante diseñarlo para la intervención.

Es clave detallar los lineamientos del programa “En contacto”. Los objetivos fueron los siguientes:  
Objetivo general: Reforzar el desarrollo de la comunicación asertiva del personal de salud del centro de prácticas hacia los pacientes oncológicos.

Objetivos específicos:

- a) Promover la autoidentificación de creencias, actitudes y prácticas de la comunicación asertiva en el personal de salud hacia los pacientes oncológicos.
- b) Brindar estrategias de comunicación asertiva al personal de salud.
- c) Promover una respuesta asertiva ante una situación de conflicto en el ámbito hospitalario.

Las actividades del programa se encontraban divididas en tres sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora cada una. Se propuso desarrollar actividades como una mesa de diálogo con el personal sanitario, exposición psicoeducativa con formas de mejorar la comunicación asertiva, diseño de infografías con temática sobre la comunicación asertiva, role playings y presentación de casos en el contexto hospitalario. En cada sesión se tenía como indicador de logro el cumplir con cada objetivo específico de la sesión; de esta forma garantizar el cumplimiento del objetivo general. Es así que la sesión 1 que tenía como objetivo que puedan identificar elementos asertivos y no asertivos en la comunicación mediante el uso de imágenes, la sesión 2 cuyo objetivo es que conozcan las técnicas de comunicación asertiva y la sesión 3 con el objetivo que los participantes apliquen formas asertivas de comunicación con los pacientes.

### **Reseña teórica**

En cuanto a la reseña teórica de una evaluación, medición y los criterios de pertinencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad. La evaluación de un programa se entiende como los procesos de recolección de

información con el fin de generar una valoración sobre la relevancia de una intervención (Parra & Ruíz, 2020). Asimismo, una evaluación se ejecuta para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos de una intervención y si es que este ha respondido adecuadamente a las necesidades de la población objetivo (Parra & Ruíz, 2020).

En esta línea, un tipo de evaluación es la de procesos. Se distingue de la evaluación de resultados e impacto porque no busca conocer los efectos que tiene el programa, sino que se ejecute correctamente. Entonces la evaluación de procesos es la medición sistemática, continua y documentada de los aspectos claves del desarrollo del programa, para conocer si este está con coherencia en cada paso a paso mediante el cumplimiento de sus indicadores u objetivos específicos (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004).

La evaluación de procesos verifica los componentes de un programa y si está o no entregando los productos necesarios que fueron ofrecidos a los participantes que los necesitan (población objetivo). Evalúa junto a otras herramientas externas (supervisores externos, colegas de consultas, etc) al programa comparando lo que se diseñó con lo que se está aplicando en sesiones del proyecto; junto a la utilización que los participantes hacen de los servicios. (Angera, 2008).

Existen dos tipos de evaluación de proceso. La evaluación de proceso alterna, la cual no esta integrada en la rutina diaria de las sesiones y son administradas por especialistas externos al proyecto. Esta suele realizarse una sola vez y genera cambios en miras un proximo proyecto a aplicar (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004). Por otro lado, se encuentra la evaluación de procesos continuo, el cual se realiza por los facilitadores del proyecto, se realiza culminada cada sesión y puede utilizar algún agente externo para complementar las sesiones. Se denomina continuo dado que se pueden hacer cambios sustanciales de una sesión a otra. (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004). En miras a este trabajo, se opta por utilizar este tipo de evaluación.

Una evaluación puede concretarse utilizando una metodología cuantitativa como cualitativa. En cuanto a este trabajo, se opta por una de tipo cualitativo, dado que este método pone el foco en el Mundo subjetivo de los participantes; así como también, de sus actos diarios y situaciones cotidianas (Romero & Díaz, 2002). Así, se podría abordar la evaluación con la toma de un caso en específico. Esta metodología de evaluación facilita la medición de conceptos teóricos expuestos en la fase de intervención. Sumado a esto, es una herramienta para evaluar la teoría puesta en práctica ya que la valoración se da desde situaciones cotidianas de la población que ha participado del proyecto (Llanes & Massot, 2014).

Continuando con los indicadores de evaluación, es clave en este apartado mencionar los criterios de evaluación. En cuanto al criterio de pertinencia, se debe analizar la justificación del desarrollo del programa en la población específica. Es decir, si es que los objetivos responden a la necesidad identificada en el proceso diagnóstico (Ballesteros et al., 2013). En lo relativo al criterio de eficacia, este se enfoca en la concretización de los objetivos planteados en relación con el tiempo previsto (Rossi, Lipsey, & Henry,

2018). Sumado a esto, el criterio de eficiencia se entiende como el cumplimiento de los objetivos con la inversión de costos señalados y planeados al inicio de la intervención (Parra & Ruíz, 2020). Por último, el criterio de sostenibilidad se centra en si el proyecto ha contribuido a desarrollar un impacto positivo que permanezca en el tiempo, luego de la finalización de la intervención (Rossi, Lipsey, & Henry, 2018).

Por otro lado, este trabajo analiza la reseña teórica desde los principales actores y constructo de comunicación asertiva. Ante esto se apreció que según Pipas y Jaradat (2010), la comunicación de al menos dos individuos puede ser de dos tipos: verbal y no verbal. A través de las palabras (comunicación verbal) y del lenguaje corporal, tono de la voz, gestos faciales, y acciones (comunicación no verbal), se transmiten pensamientos, sentimientos y/o ideas. Dentro de estos dos tipos de comunicación, existen tres estilos que se relacionan: el pasivo, el agresivo y el asertivo. Por lo general, las personas utilizan estos tres estilos en una conversación, pero adaptan su elección dependiendo de la situación.

En particular, los estilos de comunicación asertiva permiten a las personas expresar sus sentimientos, derechos, ideas u opiniones de manera respetuosa hacia los demás. Al practicar la comunicación asertiva, se fomenta un ambiente en el que todos pueden expresarse libremente. El objetivo principal de una persona asertiva no es imponer sus ideas u opiniones, sino expresarse de manera adecuada sin agredir o herir a los demás. Esto convierte la conversación en una negociación en lugar de una discusión (Hofstadt y Quiles, 2006).

En el contexto hospitalario, el personal sanitario que se expresa de manera asertiva contribuye a la resolución inmediata de problemas y al respeto en las interacciones. Además, reduce el riesgo de conflictos futuros en las comunicaciones. El uso de este estilo de comunicación también ayuda a resolver los desacuerdos comunes en las relaciones sociales, lo que aumenta la satisfacción personal y fomenta el desarrollo de la autoestima (Cepeda, 2017 y Hofstadt y Quiles, 2006). Acorde al grupo sanitario peruano, se expresa que la percepción de los pacientes cataloga a esta población como una que no puede comunicarse con empatía, no brindan conductas de apoyo social o emocional y no siempre otorgan contención para el paciente y sus familiares (Luna, 2021).

Por todo lo descrito anteriormente se considera la importancia de tener presente ciertos factores para poder llevar a cabo una correcta elaboración y evaluación del programa “En con tacto”. De igual forma la relevancia del constructo trabajo en una población que es sometida a distintos estresores, que en ocasiones les dificulta poder cultivar un estilo de comunicación asertivo para con los pacientes y familiares que pasan por un evento tan complicado y en algunos casos traumatizante, como es una enfermedad neoplásica.

## **Resultados obtenidos y reflexión sobre los aprendizajes asociados a la competencia**

Pese a que no se pudo aplicar la evaluación de procesos en cada sesión, se diseñó una evaluación completa para este programa. Se recordó y priorizó lo aprendido en los cursos de evaluación de programas.

La idea principal que nos expusieron en esos cursos fue que el ciclo de vida de un programa no se termina hasta que se desarrolle una evaluación. En este sentido, se reflexiona que en el Perú y en específico en el contexto de salud pública se valora más la fase de intervención que la de evaluación. Lamentablemente, esto también ocurría en el centro de prácticas. No obstante, como parte de nuestra educación integral y lineamientos éticos, se decidió junto a mi compañera del internado evaluar nuestra intervención.

En cuanto a la evaluación de procesos, en primer lugar y desde una posición crítica constructiva, se manifiesta la pertinencia de tener un control tanto interno como externo para un proyecto nuevo como lo es “En con tacto”. En efecto, es un nuevo programa que va a pasar del diseño a la fase de intervención. Una evaluación de proceso sería beneficiosa puesto que permitiría identificar si se están ejecutando de forma adecuada todas las actividades propuestas en relación con los recursos planteados en primera instancia; así como también, si se están cumpliendo los objetivos de cada una de las actividades (Arenas, 2021).

Para ello cada sesión presentaba un indicador de logro que respondía a los objetivos específicos descritos al inicio de esta sección de evalúa. Siguiendo esta línea, en la sesión el indicador fue que al menos el 50% identifica los elementos asertivos y no asertivos de las muestras. En la sesión 2 el indicador se encuentra en que al menos el 50% pueda brindar críticas constructivas a los equipos que han expuesto. Finalmente, en la sesión 3 el indicador es que al menos el 50% pueda responder usando una comunicación asertiva.

Con lo mencionado anteriormente, se evidencia que sesión a sesión se buscaba que el objetivo de cada evento sea medido con una herramienta cuantitativa (%) de un trabajo individual o grupal que cada participante entregaba antes de culminar la sesión.

Adicionalmente se presentaban los indicadores de medición de apoyo para garantizar el espacio propicio para desarrollar a cabo las sesiones, Por ejemplo, la asistencia, participación, atención durante la sesión. Y uno creado en ayuda del supervisor de psicología denominado “signos de agresividad”, el cual consistía en ver la aparición de signos de alarma como lo era alzar el tono de voz, interrumpir al otro, no escuchar activamente al otro, no responder al otro, etc. Durante las sesiones.

Respecto a la evaluación bajo criterios del facilitador, se creó el espacio de diálogo y autoevaluación en el cual ambos facilitadores podían revisar y comentar lo realizado al culminar cada sesión, tanto los resultados obtenidos como la dinámica realizada. De esta manera se pudieron corregir inconvenientes para una futura sesión.

Finalmente, como se mencionó párrafos más arriba, también disponemos de un criterio de evaluación de proceso externo, el cual era la retroalimentación y observaciones que nos daría el supervisor culminado la sesión. Así poder hacer las correcciones entre sesiones.

Todo lo mencionado anteriormente va en relación con los criterios usados para una evaluación de procesos, como es el correcto seguimiento y evaluación de que cada objetivo específico sea coherente y se aplique previo al objetivo final de intervención. De igual forma brindar un espacio de autoevaluación interno o externo de la evaluación y brindar la aplicación de instrumentos que midan con coherencia y

exactitud (Tejada, 2004). En la misma línea, el realizar observaciones de campo y revisar documentos de las actividades como listas de asistencia y uso de materiales (Arenas, 2021).

Con respecto a los criterios de evaluación del programa, se explicaron en el apartado de reseña teórica los principios de pertinencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad. En efecto, el diseño del programa de intervención sería pertinente ya que contesta a la necesidad de promover la comunicación asertiva. Esta necesidad fue observada durante las horas de trabajo del internado; así como también se basó en los comentarios de los pacientes sobre la ausencia de comunicación asertiva para exponer el diagnóstico oncológico o indicaciones de los tratamientos. En cuanto al criterio de eficacia, se hipotetiza cumplir con los resultados planteados puesto que las actividades se fundamentan en el criterio de un trabajo colaborativo y en la revisión científica sobre la comunicación asertiva y la empatía. Continuando, el programa sería eficiente ya que se organizaron las actividades evaluando los recursos humanos y de materiales que posee la institución sanitaria. Cabe mencionar que fue una ventaja el haber realizado talleres con anterioridad, ya que permitió conocer con qué materiales se podía contar, como, por ejemplo: salón de exposiciones, mesas, sillas, equipo multimedia, útiles, etc. Para finalizar, el principio de sostenibilidad se cumpliría pues el trabajo directo con los propios actores como el personal de salud de un área específica podría conllevar la difusión de las técnicas de comunicación asertiva a otros trabajadores cuando realicen sus rotaciones de área.

Finalmente, pese a no llegar a aplicarse, se creó una encuesta final sobre satisfacción del personal de salud luego de participar de las actividades. (ver apéndice 14 de la sección evalúa en el portafolio digital). Con el objetivo de conocer sus opiniones y sugerencias para una futura nueva intervención del proyecto.

Para concluir, se reflexiona que como interno y parte del departamento de psicología, no solo se interviene con los pacientes con cáncer sino también con el personal de salud. Así, se promovió un trabajo interdisciplinario entre todo el personal de la institución. En efecto, se aprendió que se debe trabajar entre todos los profesionales para ofrecer un mejor servicio al paciente.

## Conclusiones

Las actividades presentadas en este documento de suficiencia profesional dan cuenta del desarrollo del perfil de egreso logrado a partir de la experiencia de prácticas preprofesionales. Estas actividades desarrolladas se encuentran alineadas con el objetivo de cada competencia de diagnóstica, interviene y evalúa. En cada una de ellas se toma en cuenta la correcta selección de aquella actividad que mejor represente el cumplimiento de la competencia, la búsqueda de respaldo teórico, y la exposición de sus resultados y reflexiones finales. Asimismo, se han expuesto los principios éticos y profesionales que se cumplieron en el desarrollo de las actividades en cada competencia.

Con respecto a la competencia diagnóstica, se desarrolló el proceso de diagnóstico de un paciente oncológico llamado “Matias”. Este caso me permitió hacer una reflexión sobre la importancia de la adecuada selección, aplicación y análisis de las herramientas e insumos psicológicos. Asimismo, se profundizó sobre la importancia del conocimiento teórico (médico y psicológico), la importancia de respetar el proceso diagnóstico del hospital y seguir las recomendaciones del supervisor del caso.

El caso Matias tuvo como objetivo mostrar un adecuado diseño y aplicación de un diagnóstico psicológico presuntivo acorde al malestar emocional que el paciente estaba presentando. Para ello, se utilizaron técnicas como la entrevista psicológica, la observación de conducta y registro de datos relevantes del paciente. Esta información fue complementada con el empleo de las fichas RNAO para identificar el estado emocional de entrada del paciente. Cabe mencionar que, con estas herramientas iniciales, se logra identificar el duelo oncológico como uno de los estresores más relevante junto a la enfermedad. En adición, se utilizó un análisis funcional paradigmático para complementar la información obtenida en las entrevistas (tanto al paciente como a su familiar), las observaciones de conductas y las pruebas psicológicas. Con ello se concluye que las conductas de mayor problema eran la baja tolerancia a la frustración y la inadecuada gestión emocional.

Como mencione al inicio, existe un proceso de diagnóstico en la institución; siendo el sistema de diagnóstico oficial del centro de prácticas el denominado CIE-10. En donde se toma en cuenta la información obtenida previamente, los criterios de cronicidad, aparición, intensidad, etc. Concluyendo el diagnóstico presuntivo de un F43.23 denominado trastorno adaptativo con predominio de alteración de otras emociones. Este diagnóstico ha servido como línea base para elaborar un adecuado plan de tratamiento para el paciente.

Respecto a esta intervención, destaco la resiliencia y buenas predisposición del paciente, en las sesiones psicológicas. En ocasiones, resulta muy complicado poder aplicar una intervención de tal complejidad; sin embargo, el apoyo constante del supervisor de turno, la predisposición del paciente, el auto entrenamiento en las herramientas a utilizar y el conocimiento del modelo de terapia conductista, fueron los insumos necesarios para poder realizar una adecuada y correcta intervención.

Con ello se da por aprendida la importancia de realizar un riguroso proceso y corroborar la información mediante otras herramientas de diagnóstico. De esta forma generar un resultado cohesionado.

En cuanto a la competencia interviene. Se presentó el caso de Carla, una joven que trabaja como personal de salud en la institución hospitalaria. Si bien este caso tuvo como objetivo exponer un adecuado diseño e intervención de un caso clínico. Se destaca también el aprendizaje obtenido al ser el primer caso de intervención virtual a un personal de salud realizado en la institución.

Esta intervención tenía como objetivo reducir el malestar emocional del paciente asociado al COVID-19. Para ello resultó necesario aplicar un correcto proceso de intervención y tener un diagnóstico presuntivo del caso. Es por esto que, en las 5 sesiones, se designan 2 de ellas a conocer el diagnóstico y las 3 posteriores a la atención de intervención breve para este caso. Cabe mencionar que este caso a diferencia del anterior, se emplea un abordaje terapéutico también conductista; pero, bajo un enfoque de las terapias contextuales: Terapia de Aceptación y Compromiso. Tanto el diagnóstico como la intervención se realizan con este marco, el cual fue supervisado constantemente por la psicóloga a cargo del caso.

Este caso muestra la importancia del entrenamiento en el modelo a aplicar en una intervención, por su complejidad y el manejo de conceptos teóricos. Por ello fue útil aplicar un modelo que ya era de mi conocimiento previo y de la supervisora. Con ello, junto a la interna compañera de este caso, se procedió a identificar correctamente los síntomas de malestar y enfocarnos en el diagnóstico previo de evitación experiencial. Diagnóstico realizado durante las dos primeras sesiones.

La teoría y las herramientas que usaba el modelo, resultaron ser la mejor herramienta durante la intervención. Desde el modelo hexaflex, se emplearon los componentes de la aceptación, la defusión cognitiva y el enfoque en valores. Los cuales fueron importantes para que la paciente pueda identificar y reconocer sus síntomas físicos sin generar un malestar emocional mayor o que le resulte difícil de procesar. Además, se empleó el uso de metáforas y técnicas de relajación como la respiración diafragmática.

Este caso pone en evidencia la importancia de estar en constante entrenamiento y de poder manejar situaciones adversas durante la sesión. El entrenamiento realizado con la supervisora y la interna fueron de suma ayuda para poder aplicar correctamente las metáforas y herramientas. Asimismo, el poder encontrar soluciones inmediatas a los temas de conectividad, *rappport*, aplicación de pruebas, etc. Los cuales en un inicio resultaron ser una desventaja de una intervención virtual; no obstante, se pudieron solucionar y adecuar a la intervención. De igual forma cuando se tenía programado un trabajo de 6 sesiones y se tuvo que reducir a solo 5 dado a temas administrativos del establecimiento de salud. Pese a esto, se obtuvo una intervención adecuada y que cumpliera con reducir el malestar emocional de la participante.

En lo que respecta la competencia evalúa, la actividad desarrollada fue la evaluación de proceso del programa “En con tacto” aplicado de forma parcial en la institución. Cabe destacar que inicialmente se tenía planeado una evaluación de resultados; no obstante, por temas de horarios de los participantes y temas

administrativos, el proyecto solo tuvo una sesión. Es por ello que resultó pertinente aplicar una evaluación de proceso sobre las sesiones diseñadas.

Como parte de la evaluación de procesos se realiza una revisión teórica sobre si las herramientas utilizadas, están cumpliendo correctamente con medir el logro del objetivo. Es así que luego de una auto validación y validación por parte del supervisor se procedió al diseño y medición de las sesiones.

Es por ello que cada sesión contaba con su respectivo indicador cuantitativo de logro de sesión, el cual garantiza que la sesión esté cumpliendo el objetivo general. A ello se le sumaban indicadores de control como lo eran el registro de asistencia, espacios de diálogo entre internos post sesión, participación activa, los “signos de agresividad”, etc. Los cuales fueron sumados a un evaluador externo que era el supervisor, el cual nos brindaría el *feedback* de la sesión y puntos de mejora de los facilitadores. Con ello se garantiza que la sesión respondía coherentemente al objetivo general y que los instrumentos mostraron validez en medir los objetivos de cada sesión. Todo ello muestra que existe un control y evaluación de proceso constante y continuo; lo cual será útil para conocer el resultado parcial y previo de cada objetivo con la finalidad de modificar o mejorar en el proceso del programa, puntos que podrían imposibilitar lograr el objetivo general.

Pese a que este programa nunca se completó, dado que solo se aplicó una sesión. Resulta igual de relevante el poder diseñar una evaluación de proceso que pueda ser un indicador confiable de que las sesiones se están aplicando de manera correcta para cumplir el objetivo general. Como se mencionó en la sección de evalúa, en nuestro país son muy pocos los programas que monitorean y evalúan el proceso de sus proyectos, dado que el peso siempre recae en el resultado. La relevancia de este trabajo radica en validar a la evaluación de proceso como un actor clave para un programa como lo es una evaluación de resultados; dado que, en la práctica, el proceso complementa al éxito del resultado.

Siguiendo en las mismas líneas de las conclusiones, es relevante mencionar que este trabajo ha respetado los lineamientos éticos que presentan la institución de prácticas, la universidad y los entes reguladores en la rama de la psicología. Cabe detallar que se responde de manera adecuada a los principios éticos de profesionalismo, beneficencia sobre maleficencia, estándares de protección del paciente y código ético de internos. Respecto al profesionalismo, este está presente transversalmente desde la elaboración de las sesiones o programas, como la aplicación de estas. Antes de realizar una actividad, se requiere una preparación teórica de la técnica o herramientas a aplicar. Esto viene acompañado de su correcto

ensayo (*rol playing*) previo a la aplicación del evento. De igual forma, se realiza una preparación tomando en cuenta el contexto, el público y se prevé contratiempos. Por ejemplo, desde familiarizarse con una intervención bajo la modalidad virtual, hasta probar los insumos necesarios para cada taller del programa (laptop, hojas, internet, etc).

Asimismo, se siguieron los lineamientos propuestos por entes reguladores, los cuales manifiestan que en cada sesión debe tener un espacio libre de prejuicios, sin manipulaciones, con los objetivos claros, en un lapso y horario negociado previamente con el participante, etc (APA, 2010).

Respecto al criterio de beneficencia sobre maleficencia, este es analizado desde el enfoque de las intervenciones psicológicas realizadas, las cuales buscan el desarrollo del autocuidado de la salud mental del paciente. Para ello en cada sesión se buscó responder ante el motivo de consulta original y las demandas que el paciente tenga, en favor de mejorar el estado psicológico del mismo. Ante este cuidado del paciente, se implementó un protocolo de contención, el cual, para el caso de un evento realizado en las instalaciones de la institución, consistía en comunicarse inmediatamente con el supervisor a cargo. En el caso de la intervención virtual, era tener un protocolo de contención de llamadas ante un evento que pueda desbordar emocionalmente al paciente (ver apéndice 10 de la sección interviene en el portafolio digital).

En cuanto a los estándares de protección del paciente o participante. Se brindó un consentimiento oral en donde se garantizó la protección de datos personales o información que pueda revelar su identidad. Del mismo modo se presentó un criterio de participación voluntaria para cada sesión; asimismo, se le mencionaba que es libre de reprogramar las sesiones según les convenga y de retirarse de las mismas cuando lo deseen. De igual forma se le menciona que es libre de no contestar preguntas o participar en alguna actividad, si considera que vulneran su persona.

Por último, se respetó el Código de Internos de la institución. En este se manifiesta que, ante una intervención de tipo individual, siempre debe estar presente un supervisor. Ello para brindar una figura de guía y protección tanto para el paciente como para el interno ante algún evento inesperado.

Mi experiencia de prácticas preprofesionales ha sido un aprendizaje continuo desde el día uno. He podido corroborar conocimientos previos aprendidos en la teoría y trasladarlos a un ambiente práctico. Ha sido un desarrollo profesional necesario para conocer la aplicación de cada una de las técnicas, el diseño de sesiones de intervención individuales y grupales. Asimismo, se aprendió que toda intervención debe tener siempre un sustento teórico y debe estar supervisado por algún compañero o superior. Dado que atendemos vidas, resulta importante siempre tener el lado teórico y humano al abordar un caso, puesto que en muchas ocasiones el complemento de estos dos conceptos brinda una aproximación óptima que ayuda al paciente que se encuentra en una situación de vulnerabilidad física y emocional como es el ser paciente oncológico.

## Referencias

- American Cancer Society (2019). ¿Qué es la leucemia linfoblástica aguda? Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/acerca/que-es-leucemialinfocitica-aguda.html>
- American Psychological Association (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association (3era ed.). México D.F., Mexico: Manual Moderno.
- Angera, M. T. (2008). Evaluación de programas desde la metodología cualitativa. *Acción Psicológica*, 5 (2), 87-101.
- Arenas Caruti, D. (2021). Evaluación de programas públicos. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46795/1/S2100039\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46795/1/S2100039_es.pdf)
- Atienza, A. L. (2016). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatría integral*, Madrid, 20(6), 380-389.
- Ballesteros Pena, A., Calero Martínez, J., Fontcuberta Estrada, X., García Martínez, Á., & De Wispelaere, J. (2013). *Guía para la evaluación de programas y políticas públicas de discapacidad*. CERMI.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Corcoles, V. C. (2021). El Duelo Oncológico: Las pérdidas del cáncer. Repositorio Comillas.
- Danet, A. D. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458.
- Ferrer, L. P. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 4(7), 188-199.
- Francia L. Comunicación asertiva y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico, Hospital Sergio bernaes. [Tesis de Pregrado]. Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2020.
- Guacané, M. A. A., & Forero, I. A. U. (2021). Terapia de Aceptación y Compromiso y uso de metáforas para promover flexibilidad psicológica. *Indagare*, (9).
- Harris, R. (2009). *ACT with love: Stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitm*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- INEN (2020). Portal inicial. Recuperado de: <https://portal.inen.sld.pe/mision-vision/>
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., García, R. F., Aguayo, L. V., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). *Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y*

- continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Llanes, J., & Massot Lafon, M. I. M. I. (2014). Evaluar a través de los estudios de casos. *Capítol 5 del llibre: Perez-Escoda, N. (Coord.) (2014). Metodología del caso en orientación. Barcelona, Universitat de Barcelona (Institut de Ciències de l'Educació). 116 p., ISBN: 978-84-616-8577-6. p. 52-65.*
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 83(1), 51-56.
- O'Brien, W. H., & Carhart, V. (2011). Functional analysis in behavioral medicine. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(1), 4.
- Parra Robledo, R., & Ruiz Bueno, C. (2020). Evaluación de impacto de los programas formativos: aspectos fundamentales, modelos y perspectivas actuales. *Revista Educación*, 44(2), 512-524.
- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-coronel, A. A., Mesa-Cano, I. C., & Martínez-Suárez, P. C. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 40(3), 202-211.
- Quispe Solíz, A. (2015). *La comunicación empática que establece el personal de enfermería con pacientes y familiares del Servicio de Recuperación y Cirugía Cardiovascular del Hospital Dr. Humberto Notti* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.).
- Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46.
- Rincón Cepeda, C. M. (2017). La comunicación terapéutica entre la enfermera y el paciente como habilidad de cuidado humanizado en la UCI. [Trabajo de Pregrado]. Colombia: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A; 2017.
- RNAO (2015). Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor. *International affairs and best practice guidelines. [Internet]*, 1-109. recuperado de [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015\\_-\\_BPG\\_Pain\\_16\\_01\\_2015\\_-\\_3rd\\_Edition.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf)
- Robert M. Verónica, Álvarez O. Catalina, and Valdivieso (2015) Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.
- Rojas Devia, L. P. (2021). *Efecto de un protocolo de intervención grupal en modalidad virtual basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la inflexibilidad psicológica y la sintomatología emocional en adultos jóvenes* (Doctoral dissertation, Bogotá DC: Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2021).
- Romero, M. & Díaz, I. (2002). Lo cuantitativo y lo cualitativo en la implementación de programas públicos sociales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 7(19), 442-461.

- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Rossi, P., Lipsey, M., & Henry, G. (2018). *Evaluation: A systematic approach*. Sage publications.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Sánchez, M. A. O., Ortega, M. L. O., & Barrientos, J. V. R. (2007). Leucemia linfoblástica aguda. *Medicina interna de Mexico*, 23(1).
- Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Staats, A. W. (1981). Paradigmatic behaviorism, unified theory, unified theory construction methods, and the Zeitgeist of separatism. *American Psychologist*, 36(3), 239.
- Suárez, N. P. C., & Suárez, C. L. C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Editorial El Manual Moderno.
- Tejada, J. (2004). La evaluación del impacto de la formación como estrategia de mejora en las organizaciones. *Revista electrónica de investigación educativa*, 9(2), 1-15.
- Vázquez, C., Sánchez, Á., & Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, 93-124.
- WHO (2015). *World cancer report 2014*. (pp. 482-494). C. P. Wild, & B. W. Stewart (Eds.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

# Apéndices

## Apéndice 1

### Datos del Centro de Práctica Pre-Profesional

a. Ubicación: Av. Angamos 2520. Surquillo - Lima

b. Rubro del centro de práctica: Departamento de Salud Mental

c. Nombre y cargo/puesto del/la supervisor/a de práctica: Flor de María Arrunategui Reyes de Mondragon-Coordinadora General del Servicio de Psicología en el periodo 2019- 2021

d. Período de la práctica: 26 de agosto del 2019 al 26 de agosto del 2020 e.

Competencias desarrolladas: Diagnostica, Interviene y Evalúa

f. Características del Centro de Práctica:

- Población que atiende/ Público objetivo: Pacientes oncológicos y sus familiares. ▪ Actividades que desarrolla: El instituto se encarga de brindar servicios de salud personalizados en materia de atención oncológica, en su diagnóstico, prevención, atención y promoción de las personas afectadas por enfermedades neoplásicas tanto directa (paciente) como indirecta (familiares).
- Misión: "Proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto".
- Visión: "Perú libre de cáncer avanzado a través de nuestro liderazgo en políticas y acciones de excelencia que promuevan el acceso universal y equitativo a la prevención y control del cáncer".

## Apéndice 2

FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA



### Constancia de Finalización de Práctica Pre profesional

Nombre completo del/la alumno/a	Juan Fernando Condori Morán	Fecha de emisión:	21 de agosto de 2020
		Fecha de inicio:	26 de agosto de 2019
Número de horas acumuladas	1128 horas	Fecha de fin:	21 de agosto de 2020
Calificación (0-20)	20 (VEINTE)		

#### Funciones realizadas:

- Encargado de brindar atención psicológica (presencial y remoto) de tipo interconsulta, consulta externa y visita intrahospitalaria
- Elaborador de informes psicológicos bajo un enfoque terapéutico y plan de tratamiento.
- Planificador y facilitador de talleres y charlas con temática de salud mental para grupos de amplio público (presencial y remoto).
- Promotor de salud mental en fechas conmemorativas para la institución.
- Encargado de diseñar y elaborar material psicoeducativo para los pacientes y sus familiares.
- Staff de apoyo en eventos importantes para el departamento de salud mental.

#### Apresiasión cualitativa del desempeño:

“Tiene todas las cualidades para desempeñar su labor de manera satisfactoria, responsable, clara y eficiente. Se destaca la empatía brindada a los pacientes y con el personal de Salud Mental. Fernando es un interno que sabe escuchar y se comunica de manera asertiva, presenta capacidad de entender indicaciones de manera clara, muestra un interés notorio por el bienestar del paciente, dedicación con su trabajo y en otras funciones solicitado. Se observa capacidad para desarrollar una planificación previa antes de entrar a un taller o con un paciente; resalta seguridad al trabajar con los pacientes. Finalmente muestra adaptabilidad al trabajo remoto realizado en los últimos meses”.

#### Firma del/la supervisor/a del Centro de Prácticas

  
.....  
Mg. FLOR DE MARÍA ABUNÁTEGUI REYES  
Psicóloga Clínica  
C. Ps. P. 2474  
Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ  
Av. Universitaria 1801, San Miguel  
Telf.: (51-1) 626 2000 anexo 4586  
psicologia@pucp.edu.pe  
[www.pucp.edu.pe](http://www.pucp.edu.pe) <http://facultad.pucp.edu.pe/psicologia/>

### Apéndice 3

#### Enlace del portafolio de suficiencia profesional

<https://sites.google.com/pucp.edu.pe/psg224-fernando-condori-201525/p%C3%A1gina-principal>

