

**Sistematización de la Experiencia Practica en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, durante
el periodo académico 2022-60**

Juan Manuel Barreto Benavides

Carol Viviana Ruiz Herrera

(Tutora)

Ana Cecilia Salamanca Limas

(Lectora)

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Bogotá, D.C.

2023

Tabla de contenido

1. Objetivo General.	2
2. Objetivos Específicos.	2
3. Justificación.	2
4. Descripción de contexto y estado inicial.	7
5. Descripción de la experiencia y soporte teórico-metodológico.	13
5.1. Experiencia durante la práctica y sustento teórico-metodológico.	13
5.2. Metodología de la sistematización.	19
6. Análisis crítico de la experiencia.	24
7. Análisis reflexivo de la experiencia.	35
8. Devolución creativa.	37
9. Bibliografía consultada.	41
10. Anexos.	44
10.1. Anexo #1 Guion de la grabación del podcast “Prepárate para iniciar tus prácticas en clínica, ¡estás a tiempo!”	44
10.2. Evidencia fotográfica de la grabación del podcast.	48

Objetivo General.

Analizar la praxeología, la experiencia como practicante de psicología en la Clínica Nuestra Señora de la Paz; además de realizar una herramienta digital auditiva (podcast) con estrategias para que los futuros practicantes tengan una mejor preparación previa al ingreso en Psicología Clínica.

Objetivos Específicos.

Determinar las experiencias a sistematizar, según la práctica escogida.

Detallar cada una de las experiencias con base en el modelo praxeológico

Grabar una herramienta digital auditiva (podcast) con estrategias les permita a los futuros practicantes, prepararse previamente al ingreso a su práctica en el área de psicología clínica; además de brindar recursos bibliográficos y la experiencia práctica sistematizada.

Justificación.

La pertinencia de sistematizar la experiencia desarrollada en el ámbito de práctica surgió a partir del interés de realizar una reflexión respecto a las vivencias realizadas en La Clínica Nuestra Señora de la Paz; mediante el ordenamiento y reconstrucción de los procesos y funciones realizadas; además de los resultados obtenidos, con el fin de producir conocimiento en psicología clínica. Respecto a esto Jara (2012) afirma que

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes

significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias vividas (sus saberes y sentires), comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (p.61)

El análisis realizado fue a la luz de la praxeología, que pretende avanzar más adelante y mirar las experiencias como procesos históricos y complejos de los que hacen parte diferentes actores de un contexto determinado y que cursan por un periodo académico, en este caso las prácticas profesionales (Carvajal, 2005). A partir de lo anterior, se puede agregar que, las técnicas praxeológicas hacen parte de un modelo pedagógico y la acción es su base central; se caracteriza por ser un desarrollo de tipo reflexivo y en este caso, dicha reflexión fue en torno a la práctica académica y más específicamente las experiencias desarrolladas en la Clínica Nuestra Señora de la Paz (en el período académico 2022-20). Para hablar de la sistematización, podremos decir que “se entiende como una reflexión rigurosa donde se plasma la experiencia profesional desarrollada por el estudiante y se explicita la evidencia por medio de las lecciones aprendidas” (Acuerdo 04 de 2014, p. 5).

Por otro lado, para realizar un proceso praxeológico idóneo, el análisis de experiencias se realizó guiado por los cuatro instantes que propone el autor Carlos Juliao (2011) en su libro “El Enfoque Praxeológico” en el cual incluye los siguientes momentos: Ver, juzgar, actuar y por último la devolución creativa; cada uno de estos se irán desarrollando a lo largo del documento y se retoman en otro capítulo para mayor claridad.

Adicionalmente, este documento cobra relevancia disciplinar dado que permitió preguntarse por el quehacer de los profesionales de psicología en los escenarios de práctica y cómo poder producir conocimiento mediante el relato de experiencias. El quehacer habla de las

tareas, labores y funciones que cumplen o deberían cumplir los psicólogos en los escenarios laborales o de práctica, esto con el fin de adquirir y perfeccionar competencias; según indica José Simeón Cañas (2006) inspirado en Ignacio Martín-Baró y su obra “Hacia una Psicología de la Liberación”, para adquirir un nuevo conocimiento psicológico no es suficiente con ubicarse en la perspectiva del pueblo, es necesario involucrarse en una nueva práctica a manera de actividad transformadora de la realidad para que esto nos permite conocerla no sólo en lo que es, sino en lo que no es, para así intentar orientarla hacia lo que debe ser.

Además,

Qué hacer, implica reconocer qué psicología se pretende 'aplicar', según la aproximación teórica y metodológica que se abordará la problemática de salud que aqueja a la población y las circunstancias en que se presenta (Piña y Rivera, 2006, p. 44).

Teniendo esto en cuenta, se comprende que es necesario un pensamiento argumentativo frente a las experiencias para lograr una reflexión significativa y que aporte a la construcción de conocimiento; para pensar de manera crítica, lo esencial es la transformación constante de la realidad humana (Torres, 1977) en “La Praxis Educativa” de Paulo Freire; por ello se percibe necesario realizar cuestionamientos y una debida retroalimentación frente a los escenarios de práctica para lograr llenar posibles vacíos de conocimiento.

No únicamente basta con pensar críticamente, si no se comparten las reflexiones, no habrá posibilidad de generar nuevos saberes; respecto a ello, Bernardes (2019) afirma “a liberdade de expressão nas experiências de vida a fim de transformá-las num conhecimento científico”

Adicional a lo anterior, por parte de Uniminuto y su modelo praxeológico centrado en la formación integral, el cual propone un impacto de proyección social en donde busca propiciar espacios y mecanismos para generar conocimiento pertinente a partir de procesos que dinamicen los contextos y las comunidades, así como las organizaciones; aprovechando cada escenario que permita establecer relación entre docencia e investigación para ampliar las posibilidades formativas de los estudiantes.

En este caso, fue sistematizarse, pues pretende identificar experiencias de proyección social en los territorios para generar lecciones aprendidas y seguir construyendo buenas prácticas mediante el relato de experiencias y el análisis determinando mejoras en la práctica. Referente a la política de Uniminuto y su compromiso social el cual pretende

Dinamizar, mediante estrategias e instrumentos, la interacción entre la comunidad educativa y el sector externo, para reconocer realidades específicas en los diferentes contextos, se pretenden mejorar con aliados estratégicos para incidir en las realidades sociales (económica, educativa, cultural y ambiental). Lo anterior, mediante procesos articulados de formación e investigación, además de iniciativas como programas y proyectos que buscan la transformación social (Consejo de Fundadores. Acuerdo No. 342 del 13 de agosto de 2021).

Se puede señalar entonces que, al realizar una reconstrucción de experiencias prácticas, cobra sentido el sello diferencial de Uniminuto con relación a otras instituciones de educación superior ya que como lo menciona dentro de su misión, busca “formar excelentes seres humanos, profesionales competentes, éticamente orientados y comprometidos con la transformación social” (Corporación Universitaria Minuto de Dios) se pretende generar competencias que

promuevan el desarrollo social mediante un proceso praxeológico y así contribuir con la política de acción social de la institución.

Finalmente, fue pertinente escoger esta modalidad de opción de grado para optar por el título de Psicólogo que permite identificar, detallar, analizar, reconstruir y discurrir sobre el proceso de práctica y esto genera mayor aprehensión dado que cuando se piensa sobre la experiencia, se produce un conocimiento desde la reflexión y relevante para el proceso profesional experimentado.

Descripción de contexto y estado inicial.

Con el fin de comprender a profundidad el contexto de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, se abordó la vida de su fundador Joao Cidade Duarte (San Juan de Dios), nacido en 1495 en Portugal; vivió hasta los 8 años con su familia y posteriormente fue llevado a España donde lo crió un hombre y se dedicó al pastoreo de ganado. A los 22 años, decide ir a la guerra y al finalizar, regresa a España donde se desenvuelve como pastor por 4 años; en medio de esta experiencia, comienza a reflexionar sobre su vocación de “curar y apacentar a los pobres de Jesucristo” las acciones de San Juan lo llevaron al Hospital Real, lugar en donde eran tratados los enfermos mentales; y descubrió en este lugar los pésimos cuidados que reciben los pacientes, además de que él mismo sufrió maltratos en el hospital y siempre de cuestionaba por los malos tratos que recibían en este lugar, también pensaba en tener él mismo un hospital para brindar una mejor atención (Castro, 2004).

La fe y determinación de San Juan de Dios era tan visionaria que incluso en sus momentos de lucha, él pretendía poder ayudar a los enfermos y que este fuera su llamado.

“Jesucristo me traiga a tiempo y me dé gracia para que yo tenga un hospital, donde pueda recoger a los pobres desamparados y faltos de juicio, y servirles como yo deseo”

-San Juan de Dios

En el momento en que él regresa a Granada, alquila una casa en donde lleva enfermos para cuidarlos y ellos quedaban muy agradecidos ya que Joao hacía todos estos sacrificios sin tener dinero suficiente para comida o medicamentos. Un accidente ocasionó el incendio del Hospital Real, pero personas importantes de la ciudad deciden hacer un reconocimiento a las obras de San Juan y le financian un espacio más grande y mejor organizado para el nuevo hospital. Así continuó con la obra hasta sus últimos días en donde la salud ya le pesaba y acarreaba con enfermedades, finalmente en marzo 8 de 1550 murió tras 12 años de trabajo en el hospital de Granada, y dejando un legado en la atención a la salud mental con la conformación de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios en 1537, la cual se encuentra presente en 50 países.

Para Colombia, fue aprobada la inclusión de la Orden Hospitalaria el primero de enero de 1572 por el Papa San Pío V, Se conoce como Clínica Nuestra Señora de la Paz y se destaca por el servicio a los enfermos de salud mental, mediante obras sociales sanitarias contando con hospital general y psiquiátrico; es una institución especializada en atención de salud mental y cuenta con un grupo de trabajo interdisciplinar en el que intervienen: Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros y médicos generales. Junto con lo anterior, se presenta la misión de la clínica para reconocer su razón de ser: “Somos una Institución Católica que presta servicios de atención en Salud Mental, reconocida en asistencia y docencia; competente y comprometida con la Seguridad del paciente, el carisma y la filosofía de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios” está integra los elementos más importantes de la

organización como orden hospitalaria; por otra parte, se incluyen los valores corporativos los cuales apuntan a: La hospitalidad, la calidad, responsabilidad, el respeto y la espiritualidad

Por otro lado, la conformación de la clínica en la ciudad de Bogotá, se dio el 26 de Agosto de 1956 y desde entonces ha sido una Institución prestadora de servicios de salud, actualmente cuenta con dos sedes dentro de la ciudad de Bogotá; la principal está ubicada en la Carrera 69 #12-57 en la localidad de Kennedy y allí los índices de estratificación socioeconómica brindados por el DANE, indican que se cuenta con una zona poblacional estrato número 3 según el decreto 511 del 12 de septiembre de 2019. Cerca de la clínica hay diferentes conjuntos residenciales, grandes empresas transportadoras que permiten el paso de trabajadores y habitantes de urbanizaciones; de igual manera, hay puntos de comercio y algunos paraderos del sistema integrado de transporte para quienes necesiten utilizarlo.

En sus instalaciones, la clínica se presta el servicio de hospitalización en donde se atiende a los pacientes de manera integral e interdisciplinar, como se mencionó antes respecto al grupo de trabajo de diferentes ciencias de la salud; se interviene y evalúa a los usuarios en todas sus áreas para determinar la evolución o involución del tratamiento aplicado por los profesionales que hacen parte de cada proceso. En clínica día se brinda un servicio en donde los pacientes permanecen durante una parte de la jornada, puede ser de la mañana o de la tarde en la clínica, recibiendo el tratamiento psicoterapéutico que requieran y posteriormente se retiran a cumplir sus funciones laborales o académicas; es fundamental en este caso el trabajo grupal, individual, virtual y el refuerzo de las redes de apoyo en la familia; por último, la clínica brinda el servicio denominado “Redes” en donde son atendidos de manera ambulatoria las personas que requieren

realizar una rehabilitación en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, ellos asisten los días asignados por el personal de la clínica y realizan el trabajo correspondiente con los profesionales de esta área para al finalizar regresar a sus hogares.

En la sede de Chapinero, en la carrera 13 #55-28, según el decreto 511 de estratificación socioeconómica, el sector tiene estratos 3 y 4 y es una zona transitada, ya que permite tener comercio de gran variedad, con parqueaderos y edificios como la defensoría del pueblo, una sede del SENA y la alcaldía de la localidad. Una gran ventaja de esta ubicación es que queda a 5 minutos de la estación de Transmilenio de nombre “Calle 57” para facilitar la llegada a los usuarios, médicos, psicólogos y los practicantes. Por parte del servicio de consulta externa, la clínica brinda seguimiento ambulatorio a los usuarios con patologías que necesitan tratarse para mejorar la vida cotidiana de ellos y de sus familias; pueden ser trastornos tratados de manera que no se requiere internar a las personas, sino que se brindan pautas y medicamentos (de ser necesario), para generar hábitos saludables para garantizar una mejor calidad de vida.

Hay actores involucrados que posibilitaron el desarrollo de la experiencia, desde los pacientes como foco central de la práctica y eran hombres y mujeres de 7 años hasta adultos mayores de 65-70; cada usuario y su familia, la principal red de apoyo, ya que se pretendía que también hicieran parte de cada proceso, las personas tomaban los tratamientos indicados por los especialistas de psiquiatría y psicología.

Además, se incluyen los practicantes de las diferentes áreas de salud que hicieron parte de cada proceso realizado. Algunas universidades cuentan con el beneficio de desarrollar el

componente práctico con la clínica y esto permite una mejor preparación para los profesionales en formación; para este caso, habían estudiantes de octavo semestre de psicología de la sede central de Uniminuto y otros alumnos de trabajo social de otra institución diferente, cada grupo de estudiantes contaba con un docente debidamente preparado con formación en el área clínica dispuesto por la universidad y un representante (interlocutor) de la clínica, con el fin de acompañar y guiar el proceso de cada uno y asesorar el proyecto de práctica entregable que se requería desarrollar.

Cada profesional en formación era orientado por medio de una delegación progresiva de funciones reglamentada por el decreto 2376 de 2010 en el cual se estipula que cada plan de prácticas formativas debe incluir un programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades de los estudiantes, de acuerdo con sus avances teóricos y prácticos en cada período académico, bajo la supervisión del docente y el personal asistencial responsable del servicio. Algunas de las funciones establecidas por parte de la institución fueron entonces:

Aproximación a procesos de recepción y evaluación de pacientes, de acuerdo con el servicio.

Asistencia a procesos de entrevistas como procesos de evaluación psicológica.

Diligenciamiento y actualización de Historia Clínica de acuerdo con los requerimientos del contexto de práctica.

Asistencia a procesos de examen mental como proceso de evaluación psicológica.

Participación en procesos de intervención e implementación de técnicas y métodos para el abordaje de casos asignados.

Asistencia a procesos de intervención y reconocimiento de técnicas y métodos de intervención psicológica, según casos asignados.

Diseño y/o desarrollo de actividades y/o programas de Promoción y Prevención en salud mental, según las necesidades del contexto.

A continuación, se presenta el organigrama de la orden hospitalaria San Juan de Dios con el fin reconocer sus principales líneas de mando y sus relaciones entre sí. Para este caso, se tendrán en cuenta los datos brindados por la página Orden Hospitalaria de San Juan de Dios provincia América Latina y Caribe (2019).

Most company organizational charts are usually tree-structure diagrams with CEO at the root, Executive Vice Presidents (EVPs) at the second level and so forth. Company organizational chart shows the company internal management structure as well as the relationships and relative ranks of employees with different positions/jobs, which is a common visual depiction of how a company is organized (Zhang, 2015, p. 1435)

Figura 1.

Organigrama Provincial San Juan de Dios América Latina y Caribe.



Como se puede observar dentro del organigrama, existen tres principales líneas de mando y estas están establecidas para la orden hospitalaria de Latinoamérica y el Caribe ya que el organigrama para las sedes ubicadas en la ciudad de Bogotá no es público. Existe un consejero y un gestor zonal los cuales se encargan de la administración de los territorios asignados; además se incluyen los subdirectores económicos encargados de las finanzas, subdirección de calidad asistencial, la subdirección de pastoral y salud social quienes se orientan a las acciones del pueblo de Dios comprometidos en promover, cuidar, defender y celebrar la vida haciendo presente en la sociedad la misión salvadora de Cristo en el mundo de la salud; la subdirección de

talento humano en donde pretenden influir positivamente en el rendimiento y productividad de la organización (Orden Hospitalaria San Juan de Dios Provincia América Latina y el Caribe, s.f).

Por último, es posible observar la subdirección de tecnología de la información y de comunicación, quienes por medio de herramientas digitales impulsan las estrategias y el reconocimiento de la institución.

Descripción de la experiencia y soporte teórico - metodológico

La experiencia práctica a sistematizar fue concretamente la rotación por los servicios de hospitalización y consulta externa. Se realizará una descripción de las funciones y de la experiencia desarrollada en ambos servicios/asistencias que brinda la clínica en sus dos sedes en la ciudad de Bogotá.

Experiencia durante la práctica y sustento teórico-metodológico.

En un primer momento y según la asignación de horarios; fui ubicado en el grupo de los días martes y jueves en el horario de la mañana (7-11) y para este caso en el personal de hospitalización junto con dos compañeras de la universidad y una profesional en psicología de la clínica quien nos orientaba. Nos asignaron labores y pacientes que fundamentan la praxis desarrollada en este lugar y permiten generar conocimiento y adquisición de técnicas y metodologías para aplicar según las indicaciones de los especialistas que guiaban cada intervención.

Según las funciones, se desarrollaba un rol de observador durante las primeras semanas, pero esta metodología se retomará después para describir el servicio de consulta externa, ya que la observación sistemática fue la metodología más implementada en este lugar.

Después de acompañar las intervenciones dirigidas a los pacientes correspondientes al día, la psicóloga retroalimentaba lo que trabajaba y nos preguntaba frente a los casos atendidos por ella para comprobar la comprensión o no de la problemática de los internos. Es necesario para este caso, tener reforzados los conocimientos en semiología psiquiátrica porque de lo contrario sería complejo comprender y actuar frente a las indicaciones de los interlocutores. La semiología psiquiátrica “es una rama médica que nos permite un lenguaje técnico para llegar a un diagnóstico dinámico de los trastornos mentales y no solamente a una descripción fría y detallada de signos y síntomas” (Tabora, 1985, p. 13). Con el fin de que como practicantes estemos más preparados, por parte de nuestra jefe dentro de la clínica, recibimos material de literatura para un mayor acercamiento a la terminología psiquiátrica, entre otros materiales se encuentran los siguientes textos: Aspectos básicos del examen mental (Universidad Finis Terrae, 2018), principios de semiología psiquiátrica (Taborda, 1985) y semiología psiquiátrica para psicólogos y profesionales de disciplinas afines (Morales, 2006).

Una vez los conceptos semiológicos se hayan repasado, se abordaba la entrevista como técnica metodológica para la recolección de información y el análisis de la evolución de los pacientes, una definición de entrevista según Tavares (2000):

Em psicologia, a entrevista clínica é um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas (p. 45).

A cada practicante se le asignaba un usuario para desarrollar la entrevista y compartir información sobre el o los problemas de salud que lo aquejan, para determinar un diagnóstico o confirmarlo; e idear una posible intervención. Una vez haya finalizado el acompañamiento, debíamos registrar en la historia clínica y el examen mental los datos relevantes y toda la información recolectada.

La historia clínica es privado y obligatorio, debe someterse a reserva; allí se incluyen de forma cronológica los registros del estado de salud de los pacientes y los procedimientos del equipo de salud durante la atención. El documento solo puede conocerlo por terceras personas bajo estrictas condiciones legales o si el paciente lo permite. Lo anterior tomado del artículo 1º de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Por su parte, el examen mental es un instrumento semiológico usado en psicología y psiquiatría que nos permite identificar signos y síntomas patológicos para un adecuado diagnóstico y reconocimiento del aparato psíquico de los pacientes (Nachar, R et al., 2018).

Los grupos focales y la implementación de metodologías participativas eran llevadas a cabo en el pabellón de hospitalización infantil, lugar donde nos asignaron; dicha intervención se desarrollaba con el fin de que los menores por medio de sus relatos y los de sus compañeros, pudieran contribuir mutuamente en cada uno de sus procesos. Esta metodología es vista como una variante del diseño de investigación propuesto por Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016), la cual indica que la intervención es realizada con el fin de resolver una problemática o generar cambios positivos, en este caso, se requiere una interacción y participación más activa por parte de la población asignada ya que el término “participación” le proporciona la característica a este diseño. Para este caso las voces de la comunidad son el factor clave en la identificación de la problemática y esto resulta ideal en el planteamiento de las soluciones, para que sea viable, la población debe tener apertura y motivación Abarca-Alpízar, F. (2016).

Se observó que los pacientes se interesaban más en las intervenciones cuando eran grupales, ya que podían compartir sus experiencias sin sentirse intimidados o juzgados y en ellas se lograban avances en sus procesos en la medida en que identificaban posibles raíces de las problemáticas que tenían, se interesaban en mejorar el tratamiento trazando metas; se evidenciaron evoluciones en las historias clínicas porque al realizar el registro, se anotaban aspectos positivos como: solicitar el apoyo en la institución sin seguir teniendo conductas agresivas con los demás compañeros.

La implementación del grupo focal para conocer la realidad de los pacientes fue de gran ayuda al determinar resultados positivos en los procesos como se mencionó anteriormente. Para Calvente y Rodríguez (2000) este tipo de intervención constituye una técnica especial dentro de las entrevistas grupales y su característica es la interacción con el fin de producir datos los cuales

serían de menor accesibilidad sin la comunicación intergrupar; se trata de una conversación diseñada para obtener información de un área definida de interés. Respecto de lo anterior, afirma Buss Thofehrn et al. (2013)

Esta técnica ha sido una tendencia en el área de la salud, en especial, en la enfermería por la característica de su proceso de trabajo, el cual consiste en ejecutar acciones de salud en grupos, tanto de profesionales, como de clientes, familiares y comunidad (Párr. 25).

Por otra parte, en el servicio de consulta externa, los practicantes ejercíamos un rol mayormente pasivo en la interacción con los pacientes y más activo en la observación; cada día llegaban aproximadamente 5 personas que tenían cita y las atendían en los consultorios por la psicóloga con dos practicantes. Para este caso, al finalizar los 15-20 minutos de sesión, se nos preguntaba nuestras percepciones con respecto a la atención y se nos cuestionaba sobre ¿Qué haríamos nosotros según lo observado? Posterior a la discusión, se realizaba una retroalimentación de las consultas y antes de hacer seguir al próximo usuario, se realizaba la revisión de su historia clínica.

Durante este servicio, se evidencio que la observación fue la herramienta mayormente implementada; respecto de la observación, Hernández Sampieri et al (2016) indican que, para la investigación cualitativa, hay que entrenar para observar lo diferente de ver (lo que hacemos cotidianamente). La observación investigativa no se limita al sentido de la vista, sino a todos los sentidos; esto implica adentrarse profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo. Se debe estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

En las rotaciones, cuando se hacían los grupos focales, debíamos ser solo observadores y las intervenciones ayudaban a que fueran una base de recolección de datos, los observadores debían anotar la información según indicase respecto de algún síntoma manifiesto en el grupo o algún paciente en específico.

Adicionalmente, y para brindar una mejor asistencia, el enfoque cualitativo fue usado durante las intervenciones dado que en la investigación cualitativa las principales estrategias de generación de datos son las interactivas, dentro de las cuales encontramos la observación participante, las entrevistas y las historias de vida (Bolívar, de la Cruz y Domingo, 2001).

Lo mencionado en este capítulo se enmarca en la rama disciplinar de la psicología clínica, que tiene diferentes técnicas dependiendo del enfoque epistemológico que enmarca también las intervenciones, para brindar servicios de salud mental a quien lo requiera. Se trata de una serie de pasos y procesos ordenados que cada especialista en salud debe aplicar para la solución de problemas clínicos y la búsqueda de un diagnóstico de los pacientes; es la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en los individuos (Favier Torres et al 2014).

Respecto a esto, plantea García Núñez (2010):

Las metodologías clínicas son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consisten en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros

datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final (p. 145)

Metodología de la sistematización.

Podemos decir que no existe una única manera de sistematizar metodológicamente las experiencias, a lo largo de los años han surgido métodos planteados por diferentes escuelas para realizar una sistematización: CELATS (1985), Taller Permanente CEAAL-Perú (1998), Escuela para el desarrollo (1991) y la metodología propuesta por Oscar Jara “La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles” (2018); se halla que esta última, tiene puntos de semejanza con el modelo praxeológico del autor Carlos Juliao y los 4 momentos que plantea, los cuales se retoman a continuación para resaltar el proceso de sistematización y tener una base teórica de referencia.

Tabla 1

Cuatro momentos propuestos por Calos Juliao para realizar una sistematización praxeológica.

Momentos/Pasos	Paso 1	Paso 2	Paso 3
El ver, análisis crítico.	Autoobservación: observación espontánea, observación guiada por los polos	Problematización: identificar la problemática, elaboración y confrontación de la	Planeación de la investigación: elección de las metodologías e instrumentos a

	estructurales de una práctica, revisión de la literatura y presentación de los resultados de la observación.	problemática, presentación de la problemática.	utilizar; recolección, análisis e interpretación de los datos y por último la redacción del informe final.
Juzgar: la interpretación.	Consideración de las causas: causas históricas, estructurales o coyunturales.	Lectura de la actividad: elaboración del sentido de la realidad, elaboración del devenir personal, elaboración del devenir colectivo, elaboración de la relación con la trascendencia y elaboración ética.	Correlación con la problemática: lectura praxeológica de escritos concernientes o alusivos a la práctica Lectura praxeológica de prácticas socio-profesionales anteriores (de la tradición) Correlaciones hermenéuticas y proposición de una hipótesis de sentido

			Presentación de la interpretación socio-profesional.
Actuar: elaboración operativa.	Puesta en operación de un proyecto de intervención.	Elaborar plan de acción.	
Devolución creativa.	Evaluación de la práctica.	Elaboración de producto devolutivo.	

Juliao Vargas, C. G. (2011). El enfoque praxeológico. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Para sistematizar la práctica, como punto de partida, se determinó la experiencia que fue la rotación como practicante de psicología en la clínica Nuestra Señora de la Paz; se realizó la observación y revisión de la literatura como propone el autor para analizar y explorar lo que sucede en la práctica, de igual manera se debe analizar y comprender la problemática y sensibilizarse ante ella. En la siguiente fase, para juzgar, se cuestionó frente a ¿qué puede hacerse? en este caso se examinaron otras maneras de ver la problemática, según indica el autor, se visualizan y se juzgan teorías para una mayor comprensión y así lograr conformar un punto de vista propio (Juliao, 2011) en este sentido, se realizó la respectiva lectura de técnicas y teorías afines a la práctica psicológica en clínica y psiquiatría; después se desarrolló la descripción de la experiencia para posteriormente realizar los análisis crítico y reflexivo de la misma, esto permitió construir interpretaciones sobre la experiencia vivida; consistió en realizar un proceso de

abstracción que nos lleve a preguntarnos por el sentido de la experiencia mediante el análisis de las funciones descritas.

Para actuar, como indica el autor, se debían iniciar las intervenciones en etapas que determinaban la elaboración de un plan de acción; las etapas son: orientación, organización, participación, formación, gestión, información, animación concertación y evaluación. Finalmente, el momento de devolución creativa es importante ya que hace parte de lo esencial de la sistematización de las experiencias con el fin de que no se quede únicamente en las personas que hicieron parte de la práctica psicológica en este caso, sino que otras personas se puedan enterar mediante una estrategia comunicativa para dar a conocer los descubrimientos, las habilidades y los nuevos conocimientos adquiridos.

Por otro lado, para determinar la metodología implementada dentro de esta sistematización, se retomará a Hernández Sampieri en “Metodología de la investigación” (2014).

“La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales”

Roberto Hernández-Sampieri

Para desarrollar esta sistematización se consideró la metodología mixta, ya que algunos componentes cualitativos y cuantitativos se retomaron para su construcción, principalmente, la esencia del enfoque cualitativo, cuyo propósito es examinar cómo los individuos perciben y

experimentan los problemas o necesidades que los rodean; como característica de esta perspectiva, se resalta que permite desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante e incluso al finalizar el proceso de sistematización; para esto, fueron preguntas reflexivas sobre cómo hacer profesionales y cuestionamientos críticos sobre ¿qué podría mejorar la experiencia?

Principalmente, como indica el enfoque cualitativo, se realizó una recolección y análisis de datos para desarrollar el ordenamiento y reconstrucción de la experiencia práctica Hernández Sampieri (2014). Se tuvo en cuenta la justificación planteada desde lo cualitativo ya que esta se debía estructurar teniendo en cuenta los criterios postulados por el autor: conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica.

Finalmente, por parte del enfoque cuantitativo, se retomó la investigación no experimental, ya que no es necesario establecer la influencia entre variables para esto, ya que las consecuencias ya sucedieron y se pretende informar sobre estas; se determinó una observación sin intervención y luego se realizó el debido análisis, necesarios para sistematizar la experiencia práctica. Siguiendo esta línea, se presenta la investigación transversal, donde se debían recolectar datos para describir las variables y analizar su incidencia; todo esto se plasmó a modo de descripción en la presente sistematización. Los diseños transversales consisten en ubicar en una o en diferentes variables a un grupo mediante la observación, recolección, análisis de datos y su posterior comunicación, pero con la particularidad de no ofrecer tratamiento o intervención.

Análisis crítico de la experiencia.

En este capítulo, se realizará un análisis exhaustivo del proceso de práctica, mediante una matriz DOFA con el fin de destacar los aspectos positivos y negativos que se presentaron en los escenarios de práctica y que fueron la base de la sistematización; se revisarán los detalles frente al uso de las diferentes teorías, técnicas y metodologías, con el fin de reflexionar frente a si estas fueron pertinentes para atender las necesidades identificadas.

Figura 2.

Esquema DOFA de la experiencia.

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<p>Escasez de espacios físicos que fueran óptimos para el personal de psicología junto con los practicantes.</p> <p>Limitación en equipos de computación y el uso de estos mismos.</p> <p>Alta rotación de personal.</p> <p>Dificultad de acceso entre pasillos y pabellones.</p> <p>Retazo en el inicio de la practica según el calendario académico de la universidad.</p> <p>Dificultad en la comunicación entre practicantes, interlocutores y tutores.</p> <p>Desconocimiento o poca claridad de los acuerdos por parte de los interlocutores.</p> <p>Número reducido de comités de servicio docencia durante el semestre.</p> <p>Rotación limitada en cada servicio.</p>	<p>Ampliar el área dispuesta para el personal de psicología.</p> <p>Adquirir equipos de computación para el personal de psicología.</p> <p>Brindar mejores garantías al personal con el fin de evitar la renuncia por parte de los mismos.</p> <p>Implementar capacitaciones de comunicación asertiva para los trabajadores y practicantes.</p> <p>Tener mayor claridad en los acuerdos para no transmitir información errónea o ambigua.</p> <p>Mejorar el plan de rotaciones de practicantes junto con sus horarios.</p> <p>Programar y realizar los 3 comités de servicio docencia indicados por semestre.</p> <p>Permitir la rotación por cada uno de los servicios de la clínica, ampliando a su vez los días de practica.</p>

FORTALEZAS	AMENAZAS
<p>Reconocimiento a la clínica en 6 ocasiones por el sello EFQM.</p> <p>Amplia variedad de servicios según la necesidad de los usuarios.</p> <p>Existencia de convenios con universidades para desarrollar la experiencia práctica.</p> <p>Existencia de talento humano en salud mental, quienes cuentan con actitud favorable hacia las dudas que surgían en los practicantes.</p> <p>Condiciones óptimas y de cobertura de servicios del sitio de práctica.</p> <p>Realizar la práctica en un lugar especializado en psicología clínica y psiquiatría.</p> <p>La disposición de profesionales en calidad de interlocutores que guían el proceso de práctica.</p>	<p>Incremento de gastos en T.I.C.</p> <p>Posible afectación tras el proyecto de reforma de la salud del actual gobierno</p> <p>Indiferencia por parte de la población en temas de salud mental.</p> <p>Estigmatización de las enfermedades mentales.</p> <p>Autoestigma generado en los pacientes con enfermedades de salud mental.</p>

Según lo observado en el apartado de debilidades, en la práctica había pocas herramientas tecnológicas, como computadores para realizar los avances de evolución clínica y registrarlos en el sistema, desarrollar el examen mental o para investigar lo necesario y para intervenir grupos o pacientes; además, solo había un salón dispuesto para el personal de psicología y no tenía los escritorios ni las sillas suficientes para interlocutores y practicantes. Además, tampoco había un lugar donde dejar objetos personales como bolsos, maletas o artículos personales mientras se hacían las rotaciones. Por momentos, se requería un esfuerzo mayor porque algunos

colaboradores se retiraron de la clínica, renunciaron y otros cambiaron de sede; esto ocasionaba que había pocos psicoterapeutas y enfermeros disponibles para la atención y se debía usar menos tiempo en intervenciones o aplazar algunos encuentros, así algunos procesos se vieron retrasados por esta problemática.

Otro retraso percibido fue en cuanto al acceso y desplazamiento entre pasillos y pabellones, esto se dificultaba dado que era necesario el uso de una llave tradicional o electrónica, para el paso de un lugar a otro y por temas de seguridad y protocolo, no era posible que cada practicante contara con su propia llave, esto generaba contratiempos en la atención dado que se debía esperar incluso hasta 10 minutos para que el personal de la clínica que estuviera cerca pudiera ayudar a abrir las puertas. Por otra parte, para llegar a la sede principal, algunas personas debían contar con al menos 2-3 horas de anticipación aproximadamente, incluso practicantes que vivían dentro de la ciudad. Según los acuerdos contemplados en el único comité docencia servicio realizado en noviembre, debían realizarse 2 o 3 reuniones para revisar los componentes académicos y administrativos del proceso de práctica, que se realizó semanas antes de culminar el semestre académico; esto desfavoreció el proceso al no poder aplicar las posibles soluciones brindadas.

Se observa para este caso, que las dificultades administrativas permitieron el retraso de alguna intervenciones; no es suficiente con ocuparse únicamente de los percances médicos ya que como lo menciona la constitución de la OMS (1985) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” con esto, se comprende la importancia de que los hospitales y clínicas establezcan planes de acción y

mejora hacia el componente administrativo; la misión fundamental de los centros sanitarios está encaminada a la recuperación de la salud, en la cual se ven comprometidos los esfuerzos administrativos, técnicos, científicos y de investigación (Malagón-Londoño, et al 2000).

Adicional a esto, según el análisis de las debilidades percibidas, se resalta que el proceso de prácticas no inició conforme a lo establecido por el calendario académico para el periodo 2022-60, en el cual se contemplaba el inicio las clases y prácticas en la segunda semana del mes de agosto; para intentar mitigar las consecuencias de este retraso, la dirección del programa estableció una primera reunión a fin de resolver las inquietudes y brindar mayor información sobre el proceso. Para el día jueves 25 de agosto, dos semanas después de haber iniciado el semestre académico; se informó a los practicantes la razón por la cual se dificultaba el inicio de las rotaciones por los servicios, a pesar de que la practica ya hubiera empezado, también se informó que la causa de los inconvenientes presentados se debía al retraso en la firma del convenio. Por eso, el ingreso formal a la clínica se dio el lunes 5 de septiembre, después se pudo observar de qué manera la comunicación se veía desfavorecida en algunos momentos y con esto el proceso también, ya que los interlocutores daban indicaciones ambivalentes a las emitidas por el programa y los docentes, por ejemplo, en cuanto a la calificación, algunos la hacían mientras otros argumentaban que no tenían autorización, lo que se traducía en un total desconocimiento de los acuerdos por ambas partes; es posible evidenciar en este caso una comunicación de doble vínculo.

En segundo lugar, se han encontrado oportunidades y, para esto, es necesaria adquirir equipos de computación para el personal de psicología, para optimizar los tiempos de atención,

también permitiría que los practicantes y los interlocutores logren revisar las historias clínicas previa a las intervenciones; de igual modo, se podría aprovechar mejor el espacio para el personal de psicología, ampliar el área y/o dotarla con equipo mobiliario suficiente para investigación y reportar los casos, se presenta como una oportunidad de mejora. La implementación de capacitaciones para la comunicación asertiva en colaboradores y practicantes se estableció como oportunidad de mejora, dado que al impartir estas, se esperaría generar una comunicación y trabajo en equipo más funcional. De igual manera, ayudaría a reducir la tergiversación de la información y la comunicación doble vincular que referían todos los actores de este proceso en cuanto a los términos, acuerdos y condiciones estipuladas por las instituciones antes, durante e incluso después de haber realizado el período de práctica.

El proceso podría ser más provechoso si se realizan los comités establecidos, para que los temas tratados mejoren y se apliquen las ideas compartidas en estas reuniones para establecer cambios en la práctica; se percibe pertinente, en este caso, ampliar el número de rotaciones, además de que se permita hacer parte de cada servicio de la clínica.

Como referencia las fortalezas, se resalta el reconocimiento de la clínica en 6 oportunidades por el sello EFQM, la única entidad internacional con capacidad para reconocer y certificar la gestión excelente, innovadora y sostenible de las organizaciones; permite medir y acelerar la transformación de una organización, descubriendo puntos fuertes y aprovechando las oportunidades de mejora (Cabo Salvador y Guerra López 2014). Como se mencionó anteriormente, la clínica cuenta con cuatro servicios especializados para las necesidades de los pacientes, esto permite la cobertura de gran cantidad de usuarios que requieran atención en salud

mental; además de contar con tres sedes en la ciudad de Bogotá. Se resalta también, el convenio que tiene la institución de salud con algunas universidades, entre ellas la Corporación Universitaria Minuto de Dios, el cual permite vincular un número de practicantes a las sedes de la clínica para que, con el acompañamiento de interlocutores desarrollen el período de práctica profesional favoreciendo el proceso de formación. Las instituciones de educación superior y sus programas de pregrado del área de salud suscriben estos convenios de docencia-servicio con instituciones prestadoras de servicio, de acuerdo con la normatividad vigente y se destacan las responsabilidades compartidas de concertar planes de trabajo; esto se convierte en un factor integrador de la formación del talento humano en salud para el cumplimiento de políticas y planes de salud pública (Álvarez, Ángel y Osorio, 2018).

Por otro lado, en cuanto a la actitud de todo el personal que hace parte de la clínica, se puede decir que se percibe favorable dado que son personas dispuestas a dirigir, guiar y colaborar en cualquier dificultad que se pueda presentar, desde la amabilidad de las personas de la recepción, hasta la asertividad con la que se comunicaban la mayoría de los interlocutores, lo que favoreció la aclaración de dudas que hubieran podido surgir en los practicantes. El haber realizado la práctica en un lugar especializado en psicología clínica y psiquiatría, favoreció bastante la formación como profesionales permitiendo el acercamiento a población con necesidades psicológicas.

Por último pero no menos importante, están las amenazas y se perciben dos componentes principales allí: Por un lado, el elemento económico/político respecto a la posibilidad de que llegara a entrar en vigencia el proyecto de reforma a la salud y que este no brinde garantías al

bienestar mental ya que el sistema se fundamenta en el aseguramiento social que brinda el estado, ordenando fuentes de financiamiento con criterios de equidad; el sistema médico constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud pública, privada y mixta. La función de un proyecto en salud es establecer un marco de atención en la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control de la salud (Ministerio de la salud y protección social, 2023).

El segundo componente de amenazas fue el factor social, ya que persiste la estigmatización hacia pacientes con trastornos psicológicos, lo que tiene consecuencias negativas para el acceso a los servicios de salud, dada la percepción negativa de esta población. En este caso, es necesario explorar el comportamiento de los demás al estar frente a una persona portadora de un trastorno, en ese sentido y de acuerdo con Sarason y Sarason (1993) la estigmatización puede ser externa (discriminación y prejuicio) o interna (autoestigmatización), en respuesta a la estigmatización social, las personas con trastornos mentales pueden internalizar actitudes y sentirse apenados hasta el punto de ocultar síntomas y evitan buscar tratamiento al saber que han sido etiquetados como enfermos o incapaces y esto les limita el acceso a recursos y oportunidades. Este tipo de discriminación revela actitudes de parte de la comunidad y tiene que ver con la desvalorización del portador de un problema de salud mental, existen también mitos asociados a la violencia y al comportamiento imprevisible, genera en la mente del colectivo la idea de que los aportes de la persona con enfermedad mental al crecimiento económico y social resultan reducidos o nulos (Acuña y Bolis, 2005). Es un reto para los profesionales de la salud, buscar estrategias que minimicen el estigma dirigido a esta población.

De la misma forma, es posible observar que las actividades realizadas las cuales tuvieron fundamento teórico y metodológico, fueron pertinentes para atender a las necesidades identificadas en la población; dado que la aceptación del grupo de pacientes fue evidente y como se mencionó dentro de la descripción de experiencias, se apreciaba que los beneficiarios, mostraban mayor interés por trabajar en su proceso y participaban activamente en cada sesión, lo que permitía la evolución de los tratamientos. Es así como se ve la importancia del uso de las técnicas basadas en la evidencia empírica dentro de la disciplina psicológica; este tipo de investigación se refiere a los datos de la realidad que apoyan una o varias hipótesis, se dice que una teoría ha recibido apoyo empírico cuando hay investigaciones científicas que han demostrado que sus postulados son ciertos, observables y medibles (Hernández Sampieri 2016). A continuación, se presentará una tabla con diferentes tratamientos para las patologías mayormente evidenciadas dentro de la clínica, estos están determinados por evidencia empírica.

Tabla 2

Evidencia empírica para el tratamiento de patologías.

<i>PATOLOGÍA</i>	<i>TRATAMIENTO</i>	<i>EVIDENCIA EMPÍRICA</i>
<i>Ansiedad</i>	Terapia cognitivo-conductual.	Barlow et al. (1989)
	Terapia de exposición con prevención de respuesta.	Ost et al. (1991)

	Tratamiento para ansiedad generalizada.	Butler et al. (1991)
Depresión	Terapia cognitiva de Beck	Beck (1976)
	Terapia conductual.	Jacobson et al. (1996)
	Dinámica breve.	Gallagher et al. (1997)
Trastorno adictivo	Terapia multicomponente para dejar de fumar.	Hill et al. (1993)
	Terapia multicomponente para dejar el alcohol.	Azrin (1976)
Trastornos psicóticos	Entrenamiento en habilidades sociales para la adaptación social en esquizofrenia.	Marder et al. (1996)
Trastornos infantiles	Técnicas de control de hábitos inadaptativos.	Azrin et al. (1980)
	Terapia combinada (cognitivo-conductual-fármacos).	Pelham et al. (1998)

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIX (3), 247-256.

Se puede observar en este caso, la preferencia por el uso de técnicas y terapias cognitivo-conductuales como tratamiento de elección en el contexto hospitalario.

Para finalizar este capítulo, es pertinente incluir los aprendizajes adquiridos durante la experiencia, ya que compartir o comunicar hace parte esencial del proceso de sistematización.

Para construir saberes, es necesario participar activamente en los procesos, tal como lo señala Paulo Freire (1999):

“El mundo no es. El mundo está siendo. Como subjetividad curiosa, inteligente, interviniente en la objetividad con la que me relaciono dialécticamente, mi papel en el mundo no es solo de quien constata lo que ocurre, sino de quien interviene como sujeto de lo que ocurrirá. No soy un mero objeto de la historia sino, igualmente, su sujeto” (P. 40).

Entendiendo así, las experiencias prácticas como gran fuente de información para el desarrollo de saberes y el logro de intervenciones que propicien el bienestar de los pacientes y permitan la comprensión de que las historias no están determinadas, sino que permanecen en construcción y podemos ser parte de ellas asumiendo que somos sujetos creadores y transformadores y no objetos pasivos; las experiencias siempre serán vitales y estarán cargadas de enorme riqueza por explorar, en la medida en que constituyen procesos irrepetibles (Jara, 2022).

Análisis reflexivo de la experiencia.

Para este apartado, se consideró el análisis de las competencias que se habían desarrollado antes de iniciar la práctica, en cada semestre cursado también se distinguieron las competencias necesarias por adquirir y, posteriormente, las adquiridas o consolidadas al finalizar la experiencia.

Los conocimientos teóricos adquiridos durante cada semestre fueron la base del desarrollo de habilidades comunicativas y metodológicas e incluso, permitió tener claros

componentes necesarios en el ámbito laboral como la resolución de conflictos, el trabajo en equipo y los aspectos éticos y morales. Para esto, según la ley 1090 de 2006 que regula el ejercicio de la profesión de psicología en el país, con relación a la conducta personal, los psicólogos deberán regirse con los parámetros y estándares de la comunidad y en el impacto negativo de la desviación de dichos estándares sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

Además de los saberes teóricos, previo al inicio de la práctica se adquirieron competencias propias de la profesión, como elaborar historias clínicas, realizar el examen mental, reconocer la estructura típica de una entrevista clínica y valorarlas para lograrlas. En algunas clases, se nos enseñó a practicar técnicas de relajación y respiración, se conocieron el manejo de grupo y los canales de comunicación verbal y no verbal, en materias de componente clínico; identificamos cómo se realiza una hipótesis diagnóstica y un diagnóstico diferencial y cómo funcionan las comorbilidades para entender las diferencias entre las patologías y determinar un tratamiento. Se podría decir que lo que faltaba por adquirir era el conocimiento práctico y poner en función cada competencia aprendida durante los semestres, ya que las bases teóricas impartidas por los docentes de la universidad habían sido comprendidas y se requería de un escenario para realizar el componente de práctica profesional.

Durante la práctica, cada saber teórico y metodológico se reforzó e iban mejorando con las sugerencias y correcciones que recibíamos en la clínica; se hacían historias clínicas más acordes con la problemática presentada y, de igual manera, enmarcadas en el lenguaje semiológico, y se elaboraban exámenes mentales, según indicaban los interlocutores. La

consolidación de estas habilidades permitió que se aprendieran nuevas metodologías, técnicas y diferentes ópticas para desempeñar la función de psicólogo clínico; la aptitud fue el componente mayormente favorecido al estar inmerso en un contexto puramente clínico y poder intervenir directamente con pacientes con patologías mentales. En la práctica es vital contemplar los conocimientos previos, para enlazarlos con ideas nuevas y conseguir un aprendizaje más estructurado y duradero, que contenga aprendizaje significativo (Ballester 1999).

Las nuevas habilidades adquiridas, giran en torno a la atención de pacientes, logrando integrar entrevistas psicológicas según la necesidad de las sesiones, se establecen objetivos claros para las intervenciones y se proyecta un posible tratamiento acorde a los resultados de las mismas. Teniendo en cuenta la entrevista psicológica, gracias a las funciones, la delegación de roles y la rotación por hospitalización y consulta externa; la habilidad de establecimiento de rapport, se vio favorecida permitiendo identificar entre género y edad, diferentes estrategias para lograr una comunicación, relación y conexión pronta durante las intervenciones; teniendo en cuenta a Morrison, J. (2015).

El rapport es un sentimiento de armonía y confianza que debe existir entre el clínico y el paciente, esto como meta de una buena entrevista; además cobra relevancia si el entrevistador se encargara del tratamiento o seguimiento del paciente.

Finalmente, la experiencia permitió la adquisición de habilidades blandas las cuales son necesarias para el desempeño laboral; en este caso, las habilidades reforzadas y adquiridas giran en torno a: La escucha activa y comunicación asertiva, capacidad de analizar, juzgar y automotivar; de igual modo el trabajo en equipo junto con la adaptación al cambio, fueron

integradas para mejorar la atención en psicología. Según lo anterior, “estas habilidades son destrezas transversales que distinguen a un profesional, permitiendo tener capacidad crítica, emitir pensamientos coherentes basados en valores y principios” (Moreira, 2017, p. 6).

Devolución creativa.

Según el modelo praxeológico de esta sistematización, el último paso corresponde a la devolución creativa y en esta etapa el profesional debe recoger la información y reflexionar frente a los aprendizajes adquiridos en el proceso; para llevarlos más allá de la experiencia, ya que se toma conciencia de la complejidad del actuar y la proyección futura (Vargas 2011). Para este caso, se realizó la grabación de una herramienta digital auditiva (podcast) denominada “Prepárate para tu práctica clínica, ¡estás a tiempo!”. En educación, se define un podcast como un medio didáctico que supone la existencia de un archivo de audio con contenidos educativos creado a partir de un proceso de planificación didáctica (Vera y Fernández, 2010).

El archivo de audio fue grabado en compañía de la profesora Carol Viviana Ruiz quien fue la tutora del presente trabajo, la grabación se dio el martes 16 de mayo del presente año, en las instalaciones de la universidad Uniminuto, en la cabina de grabación de la universidad ubicado en el salón (B-601); este es un espacio permitido para los estudiantes de todos los programas que hacen parte de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, el cual a su vez hace parte del centro de medios audiovisuales. El podcast se sustentó con un guion diseñado previamente en los anexos y la evidencia fotográfica.

El podcast permite evidenciar una entrevista con preguntas dirigidas al análisis de la experiencia en el sitio de practica; inicialmente, se presentaron Carol Viviana (entrevistadora) y Juan Manuel Barreto (entrevistado) mencionando estudios cursados y especializaciones de la tutora, además de indicar preferencias académicas, para que los oyentes conozcan un poco sobre quienes les hablan; posteriormente, se hizo la introducción del tema, haciendo referencia a la sistematización y sentido de que la mayoría de los participantes no tenían nada que ver.

La siguiente pregunta, fue orientada a conocer el contexto de la clínica, el espacio físico e institucional, saber ¿qué se pueden encontrar los aspirantes a psicología en este lugar?; la respuesta por su parte brindó información sobre el fundador de la orden hospitalaria (San Juan de Dios), la ubicación de las sedes dispuestas por la clínica para el desarrollo de la práctica, y una breve descripción de los servicios que esta ofrece (hospitalización, consulta externa, clínica día y redes). La tercera pregunta fue sobre el análisis del lugar, de la experiencia y de los aprendizajes; esta respuesta se fundamentó según el apartado de Análisis Crítico de la Experiencia y el esquema DOFA donde se evidencia un lugar óptimo para desarrollar las practicas porque se hallaron más fortalezas que de amenazas y debilidades que pueden mejorar. La pregunta número cuatro, tenía la intención de brindar conceptos teóricos claves y necesarios para un practicante en psicología clínica; las recomendaciones giraron en torno a tener muy presentes las materias vistas desde el primer semestre dado que todas aportan al proceso como profesionales y no únicamente las de componente clínico, de igual manera, se sugirió estudiar permanentemente la semiología en psiquiátrica debido al claro contexto de la clínica; por otro lado, se encuentran las competencias de lectura y realización de examen menta, valoración e historias clínicas lo cual es

sumamente solicitado por los interlocutores, otra habilidad mencionada fue tener clara la estructura de la entrevista clínica y saber establecer rapport adecuado.

La quinta pregunta, apuntó específicamente a una serie de tips personales que puedan permitir a los futuros practicantes llevar una experiencia de gran aprendizaje, que logren establecer ética y profesionalmente el desarrollo de la experiencia y que puedan brindar atención psicológica de calidad; estas recomendaciones se encuentran especificadas en los anexos donde el lector puede remitirse para conocerlas y se fundamentaron en las vivencias que permitían las rotaciones por la clínica en cada servicio. La última pregunta fue una opinión frente a la exigencia de los docentes de la institución, debido a la mala intención de algunos alumnos de pensar que hay profesores con los que se pasa más fácil que con otros por el nivel de exigencia de estos; se sugirió desarrollar un nivel personal de exigencia para que no se vea el proceso académico afectado por la asignación docente. Se aclara que toda la información del podcast salió directamente de este trabajo de sistematización, que la grabación dura aproximadamente 30 minutos y que va dirigido a personas interesadas en titularse como psicólogo.

Con todo esto, se hace la finalización del proceso praxeológico y sistemático, logrando pasar por cada uno de los 4 momentos que han fundamentado la sistematización (ver, juzgar, actuar y devolución creativa) estas etapas fueron desarrollándose una a una desde el periodo académico 2022-60, el cual permitió la instancia de “*ver*”; lo cual implicaba realizar la práctica rigiéndose por los acuerdos establecidos; la reflexión crítica respalda esta fase. Según Juliao Vargas (2011) se trata de una etapa cognitiva en donde el investigador analiza y sintetiza la

mayor información posible sobre la práctica, de manera que permita tratar de comprender las necesidades y problemáticas.

Posteriormente, según el “*juzgar*”, debe responder al cuestionamiento sobre ¿qué puede hacerse? Y allí se plantearon diferentes respuestas a la interrogante, las oportunidades mencionadas en el esquema DOFA, las estrategias metodológicas y teóricas que permitirían la ejecución de prácticas acordes al perfil del profesional en psicología clínica y las sugerencias de tipo personal que se brindan en la devolución creativa.

Hasta llegar a las fases de “*actuar*” y “*devolución creativa*” en donde se construye las técnicas de producción de nuevos conocimientos y como se ha mencionado, se realizó una herramienta digital auditiva. Cabe resaltar que, este último paso, aun requiere de ese componente de devolución y para este caso se determina realizar dicha entrega del podcast el día que se realice la sustentación del presente trabajo, para poder concluir así con un proyecto fundamentado en el enfoque de la praxeología que busca impartir enseñanza mediante los análisis críticos y reflexivos; “la finalidad básica de este enfoque praxeológico será la transformación del acto de enseñar, mediante la implementación de un proceso permanente de acción y reflexión” (Juliao Vargas, 2014, p. 38).

Bibliografía consultada.

Abarca-Alpizar, F. (2016). La metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 11(1), 87-109.

Acuña, C., & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. *París, Francia: 29º Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud*, 4(8).

Álvarez, C. V., Ángel, C. P. J., & Osorio, A. G. (2018). Docencia-servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. *Educación Médica*, 19, 179-186.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1993). Hacia una teoría de la esquizofrenia. In *Más allá del doble vínculo: Comunicación y sistemas familiares: teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos* (pp. 21-45).

Ballester, Antoni (1999) Hacer realidad el aprendizaje significativo. Cuadernos de Pedagogía. núm. 277 29-33.

Bermudes de Oliveira, S, S R, Filipak, ST, Paulo Freire, P: Educação como transformação social. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 12, Vol. 06, pp. 131-141. Dezembro de 2019. ISSN: 2448-0959

Biógrafo Castro, F. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2004). *San Juan de Dios Primera Biografía, Cartas y otros Documentos*. México. Colección SELARE 57.

Bolívar, A., de la Cruz, J.M. y Domingo, J. (2001). La investigación biográfico-narrativa en educación: enfoque y metodología. Madrid: La Muralla.

Buss Thofehrn, M., López Montesinos, M. J., Rutz Porto, A., Coelho Amestoy, S., Oliveira Arrieira, I. C. D., & Mikla, M. (2013). Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de enfermería*, 22(1-2), 75-78.

Cabo Salvador, J., & Guerra Lopez, A. (2014). *Criterios del modelo europeo de calidad total y excelencia de la EFQM*. Ediciones Díaz de Santos.

Calvente, M. G., & Rodríguez, I. M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*, 25, 181-186.

Carlos, C. J. (2005). Sistematización de Experiencias Comunitarias. En Carvajal. Juan Carlos.

Carrillo, A. T. (1999). La sistematización de experiencias educativas: reflexiones sobre una práctica reciente. *Pedagogía y saberes*, 13(13), 5-15. Popayán: Asoproyectos Org.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (3), 247-256.

Favier Torres, D., Samón Leyva, D., Chi Ceballos, D., Calderin Lores, D., & Rodríguez Llanes, D. (2014). Método clínico. Algunos aspectos esenciales de sus etapas. *Revista Información Científica*, 83(1), 181-191.

Freire, P. (1999) Pedagogía da autonomia- saberes necesarios a prática educativa, Paz e Terra, Sao Paulo.
<https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>

García Núñez, R. (2010). El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones. *Medisur*, 8(5), 144-155.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta Edición Sampieri.

Jara, O. H. (2022). La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano—una aproximación histórica.

Jara, O. (2012). Orientaciones Teórico-Prácticas para Sistematización de Experiencias. En O. Jara, *Orientaciones Teórico-Prácticas para Sistematización de Experiencias*. San José de Costa Rica: CEPAL.

Juliao Vargas, C. G. (2011). *El enfoque praxeológico*. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Facultad de Educación.

Juliao Vargas, C. G. (2014). Una pedagogía praxeológica.

Malagón-Londoño G, Galán-Morera R, Pontón-Laverde G. *Administración Hospitalaria*. 2a Ed. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2000

Martín de Bernardo, A y Gutiérrez. *Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. (1990). Yo, Juan de Dios, “Hermano de Todos”. Colombia. Bogotá D.C. Colección SELARE 33.

Ministerio de protección social. (2010). Decreto número 2376 del primero de julio del 2010.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202376%20DE%202010.pdf

Ministerio de salud. (1999). Resolución número 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Nachar, R., Castañeda, P. C. P., Mena, C., & González, A. (2018). Aspectos básicos del examen mental. *Universidad finis terrae, 1*.

Organización Mundial de la Salud. (1985). *Constitución*. Organización Mundial de la Salud.

Piña, J., y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-680.

Sarason, I. G., y Sarason, B. R. (1993). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación.

Simeón Cañas, J. (2006). Martín Baró hacia una Psicología de la Liberación. Departamento de Psicología-UCA.
https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=320-hacia-una-psicologia-de-la-liberacion&category_slug=psicologia-y-violencia-politica&Itemid=100225

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. *Psicodiagnóstico*, 5, 45-56.

Torres, C. A. (1977). La praxis educativa de Paulo Freire.

Uniminuto: Compendio de Investigación. (2014). Vicerrectoría General Académica. Dirección de Investigaciones.

Vera, MMS y Fernández, IMS (2010). Aprendiendo en cualquier lugar: el podcast educativo. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (36), 125-139.

Zhang, J., Yu, P. S., & Lv, Y. (2015, August). Organizational chart inference. In *Proceedings of the 21st ACM SIGKDD International Conference on Knowledge Discovery and Data Mining* (pp. 1435-1444).

Anexos.

Anexo #1.

Guion de la grabación del podcast “Prepárate para iniciar tus prácticas en clínica, ¡estas a tiempo!”

-Entrevistador: Realiza la introducción del tema. La sistematización es la interpretación crítica de una experiencia que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, explicita la lógica del proceso para producir nuevos conocimientos y aprendizajes significativos; dentro del proceso de sistematización propuesto por Carlos Juliaio, se contemplan 4 momentos, el ver juzgar, el juzgar, el actuar y, por último, la devolución creativa en la cual nos centraremos mediante la grabación de este podcast.

Presenta a los integrantes en la grabación.

Indica el objetivo de la sistematización cual es, analizar a la luz de la praxeología, la experiencia como practicante de psicología en la Clínica Nuestra Señora de la Paz; además de diseñar una serie de herramientas que permitan a los futuros practicantes tener una mejor preparación previa al ingreso a su práctica en el área de Psicología Clínica, las herramientas es cuestión serán:

Recursos bibliográficos, podcast y experiencia práctica sistematizada

Perfil del entrevistado: Juan Manuel Barreto, estudiante de último semestre de psicología interesado por temas clínicos y educativos quien opto por la sistematización de experiencias con el fin de realizar su opción de grado y finalizar así el proceso académico.

Perfil de la entrevistadora: Carol Viviana Ruiz, psicóloga de profesión. Especialista en psicología clínica y desarrollo infantil, magister en terapias psicológicas de tercera generación. Docente universitaria y tutora de procesos de práctica clínica y de trabajos de grado de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Pregunta #1: Juan, cuéntale a los oyentes interesados en titularse como psicólogos ¿Cuál es la razón o sentido de hacer práctica obligatoria en clínica?

Entrevistado: Principalmente es importante aclarar que el proceso de práctica es obligatorio según lo estipulado por el ministerio de educación en donde mencionan que la rotación o práctica profesional por el área de la psicología clínica y de la salud por escenarios clínicos es obligatoria, independientemente de si la universidad tiene convenios o no con escenarios clínicos institucionales en todas las modalidades (presencial, a distancia o virtual).

De igual modo, debido a la acreditación de alta calidad que recibió el programa de psicología en el año 2022; la acreditación es el reconocimiento por parte del estado frente a la calidad de las instituciones de educación superior. Es un mecanismo para la búsqueda permanente de los más altos niveles académicos y administrativos. En este sentido, las universidades acreditadas en el programa de psicología deberán realizar su primer semestre de prácticas en el campo clínico necesariamente.

Por otro lado, está la preparación que como practicantes recibimos directamente de un centro de salud lo cual permite una experiencia de mucho aprendizaje y el reconocimiento de que la atención psicológica es primordial y necesaria como cualquier otra afectación médica.

Es importante llamar a la sociedad para que le presten atención y actúe ante posibles patologías mentales, y nos preocupa una migraña, un resfriado, una diabetes, infecciones, o cualquier otro tipo de afectaciones médicas, también debemos solicitar atención a psicopatologías.

Entrevistador pregunta #2: Cuéntale un poco a las personas que están escuchando ¿Cómo es el contexto de la práctica en clínica en la institución Nuestra Señora de la Paz de la Orden San Juan de Dios? Contextualiza un poco a los estudiantes que quieren saber sobre este tema, ¿Cuál es el espacio físico y el espacio institucional, ¿dónde es la práctica y qué se van a encontrar al llegar allí?

Entrevistado: Al respecto te cuento que su fundador fue San Juan de Dios quien nació en Portugal en 1495 y murió el 8 de marzo de 1550 en Granada, España. Y es en este lugar precisamente en donde se da la conformación de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios en el año 1537 y se encuentra presente en 50 países a nivel mundial.

Para Colombia, fue aprobada la inclusión de la Orden Hospitalaria el primero de enero de 1572 por el Papa San Pío V, se conoce como Clínica Nuestra Señora de la Paz la cual grosso modo, es una institución especializada en atención de salud mental y cuenta con un grupo de trabajo

interdisciplinar en el que intervienen: Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros y médicos generales.

Por otro lado, la clínica en Bogotá se dio el 26 de agosto de 1956, ahora tiene dos sedes en Bogotá; la principal está en la Carrera 69 #12-57 en Kennedy y la segunda está en la localidad Chapinero, en la carrera 13 #55-28.

Los servicios que se prestan son: Hospitalización en donde se atiende integral e interdisciplinariamente a los pacientes internos, se interviene y evalúa diariamente en todas sus áreas para determinar la evolución o involución del tratamiento aplicado por los profesionales. En clínica día, los pacientes permanecen durante una parte de la jornada, puede ser de la mañana o de la tarde en la clínica, y reciben el tratamiento psicoterapéutico que requieran para posteriormente retirarse a cumplir sus funciones laborales o académicas; en este caso, se realiza trabajo grupal, individual, virtual y presencial. El refuerzo de las redes de apoyo en la familia es bastante necesario para cada paciente.

La clínica brinda también el servicio denominado “Redes” en donde son atendidos de manera ambulatoria las personas que requieren realizar una rehabilitación en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, ellos asisten los días asignados por el personal de la clínica y realizan el trabajo correspondiente con los profesionales de esta área para al finalizar regresar a sus hogares.

Finalmente, en consulta externa, la clínica brinda seguimiento ambulatorio a los usuarios con patologías que necesitan tratarse para mejorar la vida cotidiana de ellos y de sus familias; pueden ser trastornos tratados de manera que no se requiere internar a las personas, sino que se brindan pautas y medicamentos (de ser necesario), para generar hábitos saludables para garantizar una mejor calidad de vida.

Entrevistador Pregunta #3: ¿De acuerdo a lo que viviste en la práctica, nárranos un poco qué análisis podrías hacer de tu experiencia allí?

Entrevistado: Se encontraron varios puntos positivos y negativos, sin embargo, se hallan más aspectos positivos por resaltar y principalmente esta la gran oportunidad de realizar la práctica en un lugar especializado en psicología clínica y psiquiatría lo que favorece el proceso de formación como profesional, en segundo lugar, se encuentra el reconocimiento que ha recibido la clínica en 6 oportunidades por el sello EFQM esta es la única entidad internacional con capacidad para reconocer y certificar la gestión excelente, innovadora y sostenible de las organizaciones; existe una amplia variedad de servicios según las necesidades y esto resalta la cobertura que tiene la clínica dentro de la ciudad con sus sedes. Es importante resaltar que la clínica tiene talento humano óptimo, ya que su personal tiene actitud favorable a pacientes y practicantes.

Por otro lado, en cuanto a lo negativo se puede mencionar que existe unos escasos de espacios físicos que fueran óptimos para el personal de psicología, había o hay dispuesto un salón no tan grande para 15 personas aproximadamente; además de que no hay un equipo mobiliario suficiente para desarrollar los informes (pocos computadores, escritorios y lokers para guardar objetos personales). El desplazamiento entre pasillos y pabellones se ve dificultado por momentos dado que al ser un lugar que tiene personas internas, se corre el riesgo de evasión, así que se debe contar con llaves de acceso las cuales las tenían únicamente los trabajadores y esto ocasionaba retrasos en la atención porque había que esperar que alguien con llaves pudiera ayudarte y abrir para ir al pabellón que correspondía realizar la atención.

A veces, la comunicación se percibió frágil porque por momentos los interlocutores recibían mensajes contradictorios frente a las funciones y roles que cumplir, lo que permite observar que no había un conocimiento suficientemente claro de los acuerdos. Todo esto se pudo ver mejorado

de haberse realizado al menos 2-3 comités de docencia-servicio los cuales estaban enfocados para solucionar o darles manejo a las dificultades académicas y administrativas que se fueran encontrando en el proceso, para este caso se realizó una única reunión y fue una semana antes de terminar el semestre académico.

Entrevistador Pregunta #4: Según tu experiencia, ¿Qué conceptos teóricos tiene que saber un aspirante a esta práctica psicológica?

Entrevistado: Es necesario tener claras las bases de los docentes de la universidad, cobran importancia las materias del componente clínico y se requiere aclarar por ejemplo los términos claves en la atención psiquiátrica, la semiología es de los conceptos teóricos más importantes para comprender la lectura de historia clínica y examen mental, y la debida realización de estos, si no tenemos claros los términos, no se podrá conocer el trabajo durante las intervenciones y se dificultaría la intervención. Continuamente, para realizar historias clínicas, examen mental y las evoluciones, es necesario tener habilidades de redacción y conocer y manejar el lenguaje técnico correspondiente a la disciplina psicológica.

Un mito constante entre los estudiantes consiste en que lo que necesitan saber es únicamente el componente de las materias aplicadas y resulta que no, los componentes del núcleo básico también los necesitamos para aplicar.

De igual manera, las habilidades en entrevista como establecer rapport, diferenciar contextos, tener comunicación asertiva y la realización de preguntas clave son importantes. Por otro lado, poder establecer los diferentes tipos de hipótesis es importante saberlo hacer ya que en la clínica siempre te estarán preguntando tu opinión profesional frente a cada caso.

Entrevistador Pregunta #5. ¿Qué recomendaciones o sugerencias que le apunten a la dimensión personal puedes hacerles a los futuros aspirantes a la práctica clínica?

Entrevistado: Me gustaría hacerle algunas sugerencias a los que están escuchando, por ejemplo:

*No esperar hasta la inducción a la clínica para repasar la semiología porque es un componente pesado que en una o dos semanas no es suficiente para poderlo estudiar, es importante reforzar desde el semestre que se ve la materia de personalidad porque desde allí se inicia con el campo clínico, sin embargo, es importante recordar que todos los contenidos desde el primer semestre son necesarios.

*Repasar los tratamientos con evidencia empírica de tipo cognitivo-conductual, ya que son los tratamientos usados mayormente en la clínica y adicional a esto, estar abierto y receptivo a lo que se pueda aprender, aunque el campo clínico no sea el de mayor predilección.

*Con relación a la entrevista clínica, es importante tener clara la estructura y el objetivo de esta, ya que no siempre se cuenta con el mismo tiempo de atención y puede ser que en 15 minutos debas hacerlo todo, incluso en ocasiones no se cuenta con los 15 minutos y se necesita recoger la mayor cantidad de información posible en el tiempo disponible.

*Adiestrarse en la elaboración de historias clínicas de casos ficticios y/o reales. Varios compañeros tenían problemas con la realización de la historia clínica, debido a la confusión con la valoración. Esta aclaración de diferencias la determina justamente la semiología.

*Hace ejercicios de comunicación asertiva, relajación y respiración, para manejar la posible ansiedad que genera el hablar con los pacientes las primeras veces, pero es importante porque, si no hay comunicación, sencillamente no hay manera de atender.

*Si no entienden las cosas, es mejor cuestionar, ya que es muy delicado cometer errores mínimos en este lugar, así que, si quedan con alguna duda por más mínima que sea, vuelvan a preguntar (no atender al paciente de la camilla incorrecta, por ejemplo).

Se debe estar muy pendiente de todo, nombres, habitaciones, camillas, etcétera, incluso informar si algún paciente tiene comportamientos de posible evasión.

Se debe minimizar el número de errores porque un error puede inducir a una falla ética de tipo legal.

*Se recomienda comer, dormir y descansar bastante, porque por momentos puede sentirse bastante agotado de manera física, emocional y mental por el contexto del lugar y las personas y realizar un proceso de autoconocimiento para reducir la posibilidad de identificarse con problemáticas ajenas.

Entrevistador pregunta #6: Juan, háblale un poco a las personas que te escuchan sobre ¿Cuál es tu opinión frente a la exigencia en las clases que reciben los estudiantes antes de llegar a prácticas?

Entrevistado: Considero que el nivel de exigencia debería ser similar en cada docente, no es posible que se haga hoy en día la distinción entre “el profe cuchilla como lo llamamos coloquialmente y el profe más flexible” en lo personal, tuve en la gran mayoría de las materias, profesores exigentes, pero al tiempo comprensivos. No podemos esperar a que nos asignen a este tipo de profesores para estar más atentos académicamente, creo que lo que realmente es importante es crear en uno mismo el nivel de exigencia deseado para cumplir los propósitos planteados.

Finalmente, el entrevistador realiza el cierre, realizando una recapitulación de lo que se dijo y planteando nuevos interrogantes, quizá para una posible segunda parte.

Anexo #2

Evidencia fotográfica de la grabación del podcast

