



**Humanizando el Cuidado: Prácticas de Atención Empática en Trabajo Social
Clínico- Clínica Las Américas, Grupo Auna**

Maria Paula Rendón Vásquez

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajadora Social

Asesora

Cristina Maria Giraldo Hurtado Magíster (MSc) en Terapia Familiar

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Trabajo Social
Medellín, Antioquia, Colombia
2025

Cita

(Rendón Vásquez, 2025)

Referencia

Rendón Vásquez, M.P. (2025). *Humanizando el Cuidado: prácticas de Atención Empática en Trabajo Social Clínico – Clínica las Américas, grupo Auna*. [Informe de práctica]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A Ozzy y Athenea porque su presencia y amor iluminan los momentos más oscuros, porque su compañía es un refugio y su bondad es un bálsamo para el alma, porque fortalecen mi corazón y me hacen sentir invencible. Gracias por ser mis ángeles guardianes y mis compañeros.

A mi mamá, Byron y Pablo por acompañarme, por amarme y siempre estar para mí.

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
1 Contextualización.....	11
1.1 Contexto institucional	11
1.2 Contexto sociodemográfico.....	13
1.3 Estructura organizacional de la Clínica las Américas Auna	15
1.4 Proceso de Experiencia del Usuario	17
1.5 Contexto normativo.....	20
1.6 Rol de Trabajo Social en la Clínica las Américas Auna	22
2 Diagnóstico.....	27
2.1 Objetivos	27
2.1.1 Objetivo general.....	27
2.1.2 Objetivos específicos	27
2.2 Población beneficiaria	27
2.2.1 Beneficiarios directos.....	27
2.2.2 Beneficiarios indirectos	28
2.3 Diseño metodológico.....	28
2.3.1 Diagnóstico organizacional.....	28
2.3.2 Enfoque: Interaccionismo Simbólico.....	29
2.3.3 Técnicas de recolección de información.....	30
2.4 Consideraciones éticas	32
2.5 Resultados del diagnóstico	33
3 Configuración del objeto de intervención	38
4 Propuesta de intervención	40

4.1.1 Objetivos específicos	40
4.2 Fundamentación metodológica.	40
4.2.1 Técnicas	42
4.3 Niveles de la intervención	43
4.4 Selección de los participantes	44
4.5 Fundamentación Teórica	45
4.6 Áreas de intervención.....	46
4.7 Plan de acción.....	47
5 Sistema de evaluación y seguimiento.....	50
5.1 Construcción de indicadores de proceso	50
5.2 Resultados Cuantitativos	50
5.3 Resultados generales	51
5.3.1 Talleres.....	51
5.3.2 Círculos de la Palabra	51
5.4 Resultados cualitativos	51
6 Reflexiones Finales	53
7 Conclusiones	55
8 Recomendaciones.....	56
Referencias	57
Anexos.....	59

Lista de tablas

Tabla 1 Archivos internos TS, Clínica las Américas Auna, 2024.....	22
Tabla 2 Problemáticas - Necesidades.....	35
Tabla 3 Taller	47
Tabla 4 Círculos de la palabra.....	48
Tabla 5 Indicadores de proceso.....	50
Tabla 6 Indicadores Talleres	50
Tabla 7 Indicadores Círculos de la palabra	51

Lista de figuras

Figura 1 Página web Clínica las Américas Auna, 2021	12
Figura 2 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	19
Figura 3 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	19
Figura 4 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	19
Figura 5 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	20
Figura 6 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	20
Figura 7 Archivos internos TS, Clínica las Américas Auna, 2024	23
Figura 8 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	24
Figura 9 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	24
Figura 10 Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024	25

Siglas, acrónimos y abreviaturas

DX	Diagnóstico
EPS	Entidad promotora de salud
IPS	Institución prestadora de servicios
Párr.	Párrafo
TS	Trabajo Social
UdeA	Universidad de Antioquia
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UCE	Unidad de cuidados especiales
PQRSF	Preguntas, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Felicitaciones
NPS	Net Promoter Score

Resumen

El presente informe presenta el proceso de contextualización, diagnóstico, propuesta de intervención, ejecución y evaluación de la práctica profesional de Trabajo Social realizada en La Clínica Las Américas del Grupo Auna, en la cual se llevaron a cabo acciones de promoción, sensibilización y humanización de la atención brindada a las y los pacientes y sus cuidadores/as. Para lo anterior se tuvo presente el método de grupos de Trabajo Social, el cual permitió contextualizar, planear, ejecutar y evaluar actividades con relación a la humanización del cuidado en la clínica Las Américas con el fin de proponer estrategias para la mejora de un servicio integral que ponga en el centro a los pacientes, cuidadores y personal médico.

Palabras clave: humanización del cuidado, Trabajo Social Clínico, experiencia al usuario

Abstract

This report presents the process of contextualization, diagnosis, intervention proposal, execution and evaluation of the professional practice of Social Work carried out at La Clínica Las Américas of the Auna Group, in which promotion, awareness and humanization actions were carried out. the care provided to patients and their caregivers. For the above, the Social Work group method was taken into account, which allowed contextualizing, planning, executing and evaluating activities in relation to the humanization of care in the Las Américas clinic in order to propose strategies for the improvement of a comprehensive service. that puts patients, caregivers and medical staff at the center.

Keywords: care of humanization, clinic social work, experience of the user.

1 Contextualización

La práctica profesional de Trabajo Social (TS) a las que compete este informe tuvo lugar en la Clínica las Américas Auna, ubicada en el municipio de Medellín, Antioquia. Este apartado expone elementos contextuales para conocer su funcionamiento como Institución Prestadora de Salud de carácter privado y el marco legal que le cobija y orienta dentro del Sistema de Salud colombiano. Asimismo, se abordan asuntos acerca del área de Experiencia al Usuario, siendo este el espacio específico de desarrollo de la Práctica. Finalmente, se ubican aspectos relevantes del rol que cumplen las y los trabajadores sociales en esta institución, ubicando de igual forma, la población objetivo de la Institución y de la intervención profesional de TS.

1.1 Contexto institucional

La historia de la Clínica las Américas, llamada en un principio así, se remonta a 1989, cuando un grupo visionario de 500 médicos se unieron con el propósito de crear una institución de salud de renombre. Juntos, adquirieron un terreno y se inició lo que se conocería como Promotora Médica Las Américas. Esta iniciativa culminó con la apertura de la clínica el 28 de octubre de 1993, ofreciendo servicios ambulatorios, quirúrgicos y diagnósticos básicos. (Promotora Médica Las Américas S.A., 2021).

En 1991 amplió su oferta al inaugurar el Instituto de Cancerología, consolidándose como centro líder en el tratamiento y prevención del cáncer. Este valioso recurso se incorporó posteriormente a la clínica, fortaleciendo su capacidad para brindar atención especializada. Asimismo, en un hito significativo en su historia, en 2017-2018, Clínica Las Américas fue adquirida por el Grupo Auna, grupo que tiene como bandera la intención de unir/aunar y que toma de allí su nombre, una empresa líder en el campo de la salud y el bienestar en Latinoamérica, fundada en 2008 con una visión centrada en las personas, reuniendo a destacadas organizaciones de salud como Oncosalud y Enfoca Inversiones (Comunicación personal, 6 de febrero 2024).

En el marco de la inducción de prácticas, Luz Adriana Patiño, enfermera profesional y encargada del área de Desarrollo y Formación Auna, expuso el alcance de la Clínica y el grupo Auna, que actualmente tiene más de 14.500 colaboradores en las diferentes ciudades de los 3 países donde está presente, en Colombia cuenta con sedes en Medellín, Envigado, Barranquilla y

Montería; en México tiene sedes en Ciudad de México y Monterrey; finalmente en Perú cuenta con sedes en las ciudades de Arequipa, Chiclayo, Callao, Lima, Piura y Trujillo, es decir once ciudades y un municipio que suman un total de veintisiete sedes, con más de cuatro millones de pacientes afiliados (Comunicación personal, 6 de febrero del 2024).

Las diapositivas utilizadas en dicha inducción, provenientes de documentos internos de la Clínica, aclaran que en el departamento de Antioquia la institución tiene sede en Medellín y Envigado, en donde presta atención de mediana y alta complejidad; en Medellín, la sede 80 es una IPS de tercer nivel de complejidad, cuenta con 340 camas de hospitalización, unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de cuidados especiales (UCE), unidad de cuidados neonatales y de protección microbiológica y el instituto de cancerología. También se cuenta con tres centros médicos ubicados en los centros comerciales San Fernando Plaza en el barrio el Poblado, donde se encuentra el centro de mastología, en City Plaza Envigado y Arkadia en Belén, se prestan servicios de consulta médica general y especializada, procedimientos de baja complejidad, manejo de heridas y terapia enterostomal, core y movimiento, ayudas diagnósticas como radiología, toma de muestras, tratamientos de obesidad, dismetabolismo y deportivo, servicios odontológicos, medicina de la aviación y quimioterapias (Comunicación personal, 6 de febrero del 2024). Sumado a estos servicios y ampliando la información al respecto, encontramos que ahí se ofrece también:

Figura 1

Página web Clínica las Américas Auna, 2021

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| - Cirugía | - Chequeo médico | - Hospitalización |
| - Instituto de la mujer | - Instituto del sueño | - Instituto de enfermedades cardiovasculares |
| - Laboratorio médico | - Laboratorio de patología | - Medicina de la aviación |
| - Medicina física y rehabilitación | - Medicina Nuclear: imagen molecular, PET-CT y terapias metabólicas | - Neurodiagnóstico y terapia respiratoria |
| - Odontología | - Programa cardiovascular PAF | - Radiología e Imágenes diagnósticas |
| - Telemedicina | - Servicios farmacéuticos | - Servicio de ortopedia |
| - Unidad de cuidados especiales | - Unidad de cuidados intensivos | - Unidad de progenitores hematopoyéticos |
| - Unidad de neonatos | - Unidad de enfermedades infecciosas | - Unidad de videoendoscopia |
| - Urgencias y emergencias | - UCI/UCE Pediátrica | |

Como puede verse, a lo largo de los años la Clínica las Américas Auna se convirtió en un punto de referencia a nivel local y nacional. Su compromiso con la excelencia y la atención integral la catapultó como una institución de alta complejidad, reconocida también a nivel internacional. Estas características le ubican como hospital de tercer nivel según la ley 10 de 1990, “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud”, ya que cumple con los siguientes requisitos:

- a) Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes;
- b) Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;
- c) Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;
- d) Tecnología requerida de la más alta complejidad;
- e) Atención por personal especializado y subespecializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país. (Colombia. Congreso de la República, 1990).

Es importante aclarar que la Clínica atiende a toda población que lo requiera, sea afiliada o no a una Entidad Promotora de Salud (EPS), igualmente a individuos que estén afiliados a una EPS, aunque esta no tenga convenio con la clínica; en estos casos es usual que tengan que asumir el costo particular de su valoración y tratamiento. Puntualmente, las Américas Auna presta sus servicios en su mayoría en el régimen contributivo que según la Ley 100 de 1993 cobija a “las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.” (Colombia. Congreso de la República de Colombia, 1993). Además, se le brinda atención a todo usuario que cuente con un servicio de seguro médico o póliza, que es un contrato entre una persona natural y una compañía de seguros, con el fin de complementar los servicios médicos. Las EPS que cuentan con convenio directo con esta IPS son SURA, SURA complementario y EPS Salud Total.

1.2 Contexto sociodemográfico

La Clínica las Américas Auna está ubicada en la Comuna 16, Belén, en Medellín, Antioquia. Esta se encuentra en la zona suroccidental de la ciudad, contando geográficamente con pendientes suaves a moderadas a excepción de su parte alta. Colinda con la Comuna 11 Laureles, con la Comuna 15 Guayabal y con el corregimiento Altavista. Siendo la Comuna más poblada de Medellín, comprende 21 barrios legalizados: Fátima, La Mota, Las Violetas, Rosales, El Rincón, Las Mercedes, Belén Parque, Loma de los Bernal, Nueva Villa del Aburrá, Granada, La Gloria, Miravalle, San Bernardo, Altavista, Nogal – Los Almendros, Las Playas, La Palma, Nutibara, Diego Echavarría, Los Alpes, La Hondonada y un área institucional constituida por el Cerro Nutibara. (Alcaldía de Medellín, 2019, p. 23). Estos barrios y su población representaron, para

2018, el 7,8% de la población de Medellín, de la siguiente manera: “Para el año 2018, Medellín tenía un total de población de 2.529.403 habitantes, donde la Comuna 16, Belén participa aportando el 7,8%, con un total de 197.493 habitantes, de los cuales 90.410 son hombres (45.7%) y las 107.083 mujeres (54,3%).” (Alcaldía de Medellín, 2019. p. 27)

Según el Plan de Desarrollo Local de la Comuna 16, Belén, para el año 2020, último año en que se levantó una proyección poblacional, la Comuna alcanzaría un total de 197.625 habitantes (2019, p. 28); Además, se caracteriza por ser hoy una zona de clase media emergente y de clase media alta que coexiste con sectores más populares, lo que lleva a analizar que en dicho territorio confluyen todos los estratos socioeconómicos y que dicha heterogeneidad puede ocasionar que se oculten problemáticas de los estratos uno y dos en las cifras globales de la comuna[...]. (p. 33). Ello se traduce en brechas y obstáculos para el desarrollo de ciertos segmentos de la población.

Según información de la Encuesta de Calidad de Vida 2017, en la Comuna 16, Belén hay alrededor de 75.892 hogares, con un ingreso promedio de \$776.462, es decir, un poco más de un Salario Mínimo Legal Vigente estipulado para el año de referencia; el 36,6% de las viviendas son de estrato Medio Bajo y 24,7% son estrato Medio. Con relación a la estructura poblacional de la Comuna 16, Belén del año 2018, se identifica una población adulta y en transición a la vejez que representa el 44,2 % entre los 30 y los 59 años; la población más joven entre los 0 y los 29 años, representa el 34,5%, estando la presión poblacional de este rango en las personas mayores de 14 años. Esto significa mayores demandas poblacionales en temas educativos en todos los niveles formativos, de salud, salud sexual, nutricionales, además de un peso importante en la población económicamente activa, es decir aquella que hace presión en el mercado laboral o aspiran por primera vez ingresar a él, que representa aproximadamente el 66,1% de la población mayores de 18 años y hasta los 64 años (Alcaldía de Medellín, 2019, p.29).

Con dichos datos se denota que la composición demográfica de la Comuna 16, Belén, está experimentando cambios generacionales enfrentando un proceso de envejecimiento. Esta comunidad, que está envejeciendo, es una de las que más necesita atención en términos de programas sociales y de salud, ya que es la que tiene menos respaldo en cuanto a pensiones y protección social. Se prevé que en el futuro estas necesidades sociales aumenten, especialmente en

lo que respecta a la salud y las transferencias intergeneracionales, lo que plantea desafíos tanto en la cobertura como en la calidad de los servicios sociales. (Alcaldía de Medellín, 2019).

Cabe también mencionar que, en cuanto a la violencia intrafamiliar, especialmente la de género y la sexual, se registraron 999 casos en 2018, reportados tanto por el sistema de salud como por las comisarías de familia. El 73% de estos casos afectaron a mujeres, con otro 47,75% de los casos que involucraron a personas menores de 18 años, un 13% a personas de entre 18 y 28 años, y un 10% a personas mayores de 60 años. (Alcaldía de Medellín, 2019).

Esta lectura contextual, entre otros datos que reposan en el Plan de Desarrollo Local, alertan que los problemas de salud en la comunidad están vinculados a diversos factores, como el entorno ambiental, la nutrición, la convivencia y el acceso a la atención médica, con un enfoque especial en determinados grupos de población. No obstante, se menciona que la población ha manifestado avances en materia de acceso a servicios de salud.

Según los datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2017, el 82,14% de la población de la comuna cuenta con afiliación al régimen contributivo en salud, mientras que el 11,9% está afiliado al régimen subsidiado. Sin embargo, un 5,96% de la población no tiene afiliación al sistema de seguridad social en salud (Alcaldía de Medellín, 2019).

De igual forma, se reconoce que el equipamiento en salud de la comuna es amplio, contando no sólo con la Clínica las Américas Auna, sino también con una sede de Metrosalud – Unidad Hospitalaria Belén, la Clínica Medellín sede Occidente, entre otros.

1.3 Estructura organizacional de la Clínica las Américas Auna

El código de Ética y Buen Gobierno del Grupo Empresarial Las Américas Auna, explica que este se refiere al Grupo Empresarial Promotora Médica Las Américas S.A. y comprende las siguientes entidades:

- Auna Colombia S.A.S.
- Promotora Médica Las Américas S.A.
- Clínica Las Américas (Sucursal de Promotora Médica Las Américas)
- Instituto de Cancerología S.A.
- Laboratorio Médico Las Américas S.A.S.
- Clínica del Sur S.A.S.

- Las Américas Farma Store S.A.S.
- Fundación Ideas Auna
- Fondo Mutuo de Inversión Fonamericas
- Fondo de Empleados Las Américas (Direccionamiento estratégico Auna, 2020, pp 3-4)

Ahora bien, en su administración se encuentran los Ejecutivos o Miembros de la Alta Gerencia y la Junta Directiva; con respecto a estos primeros:

Es el grupo de personas que componen la alta gerencia, que comprende: el Gerente General de la Sociedad, Gerente Financiero y Administrativo y Financiero, Contralor, Gerente de TI, Director de Planeación Costos y Presupuestos, Gerente de Comunicaciones Corporativas y Posicionamiento, Gerente de Talento Humano, Gerente Operaciones, Gerente Legal, Gerente de Proyectos, Director Médico, Gerente de la Clínica Las Américas, así como las personas que cumplan funciones de dirección en la Sociedad (Direccionamiento estratégico Auna, 2020, p. 3).

Se cuenta igualmente con una asamblea general de accionistas, como órgano supremo de la Sociedad que decide sobre los asuntos propios de su competencia. Además, se tiene la presencia de una junta directiva de la Sociedad, la cual estará integrada por siete miembros principales, de los cargos nombrados anteriormente.

En la junta directiva se entiende delegado el más amplio mandato para administrar la Sociedad y, por consiguiente, tendrá atribuciones suficientes para ordenar que se ejecute o celebre cualquier acto o contrato comprendido dentro del objeto social y que no esté reservado como una facultad exclusiva de la asamblea general de accionistas, y para tomar las determinaciones necesarias para que la Sociedad cumpla sus fines. (Direccionamiento estratégico Auna, 2020, p. 23).

A su vez, en el establecimiento de la Ética y el Buen Gobierno empresarial de las Américas Auna, se considera primordial tener en cuenta a los Grupos de Interés, es decir, “todos aquellos grupos que se ven afectados directa o indirectamente por el desarrollo de la actividad empresarial,

y por lo tanto también tienen la capacidad de afectar directa o indirectamente el desarrollo de estas.” (Direccionamiento estratégico Auna, 2020). A saber, aquí se encuentra el público en general, miembros de la Asamblea de Accionistas y Junta Directiva, empleados, proveedores de bienes y servicios, clientes, usuarios, autoridades económicas y tributarias, autoridades de regulación, inspección, vigilancia y control.

En resumen, el orden jerárquico ubicaría los órganos mencionados así: Asamblea General de Accionistas > Junta Directiva > Gerente General > Directores corporativos > Coordinadores.

1.4 Proceso de Experiencia del Usuario

La práctica profesional, desarrollada en el proceso de Experiencia del Usuario, se enmarca en la Clínica las Américas y tuvo estrecha conexión con la Fundación Ideas Auna para su correcto funcionamiento. El área de Experiencia al Usuario, además de velar por la satisfacción del cliente externo, permite el contacto de la comunidad con Clínicas Auna, a través de la Asociación de Usuarios. Igualmente, sus objetivos son:

- Identificar y gestionar las necesidades de nuestros usuarios [mediante el formato de Preguntas, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Felicitaciones] (PQRSF) y definir planes de acción que contribuyan al mejoramiento continuo y superar los niveles de satisfacción.
- Realizar acompañamiento permanente a nuestros usuarios y velar por la prestación de un servicio de calidad, de manera eficiente, humanizada y oportuna.
- Lidera una de las estrategias Corporativas, llamada AFINIDAD, la cual busca fortalecer la relación entre el grupo de clientes Afines y Clínicas Auna, a través del desarrollo de estrategias que generen experiencias memorables (que dejen recuerdo) en las personas que conforman la comunidad, identificándolas cuando nos visitan, prestando un servicio diferenciador e interactuando con ellos cuando no nos visitan (Promotora Médica Las Américas S.A, Experiencia del Usuario, 2021).

Para cumplir la misión de transformar el cuidado de la salud, la Subdirección cuenta con un equipo de trabajo interdisciplinario, encargado de liderar y desarrollar estrategias que buscan anticipar y gestionar las necesidades de los usuarios, apuntando a crear experiencias memorables. (Promotora Médica Las Américas S.A, 2021).

El equipo se engloba bajo la Subdirección de Gestión y Experiencia, en cabeza de Lucero Buriticá, quien cuenta con un equipo de tres analistas para el proceso, brindando acompañamiento a los equipos de Centro de Servicio y de Contacto (Call Center) para la orientación y agendamiento de citas y servicios, en el que encontramos nueve orientadoras. Adicional, en esta subdirección existe el proceso de Experiencia del Usuario coordinado por Martha Montoya, movilizand subprocesos tales como: Atención de PQRSF, que cuenta con dos auxiliares; el área de TS y Experiencias enfocadas en la satisfacción del Usuario y mejora del NPS (Net Promoter Score, medidor de éxito y satisfacción de los clientes de una empresa), del cual las mediadoras son dos trabajadoras sociales, una practicante de TS, dos músicos y dos practicantes de Música, sumado a dos practicantes de Pedagogía Infantil.

En esta experiencia se trabaja con un equipo de voluntariado proveniente de la Asociación de Usuarios, siendo estos una contadora, un representante legal y 20 personas de la comunidad quienes brindan su tiempo para el apoyo de los procesos de la Subdirección a la vez que ejercen veeduría en estos. Están divididos en nueve personas en la sede sur y diez personas en la Sede la 80. También, se cuenta con la presencia de un equipo de Clown (payasos) dos veces al mes, una vez por sede; un sacerdote católico voluntario que agenda visitas de manera para dar el sacramento de la confesión y la unción a los enfermos a quien lo desee y, por último, las Ministras de la Comunión provenientes de la Fundación Santa Clara de Asís para brindar servicios espirituales específicamente repartiendo la comunión los días jueves.

Además, en conjuntamente con la Fundación Ideas, se despliega una oferta de servicios en cuanto a rutas y redes de apoyo.

Figura 2
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024

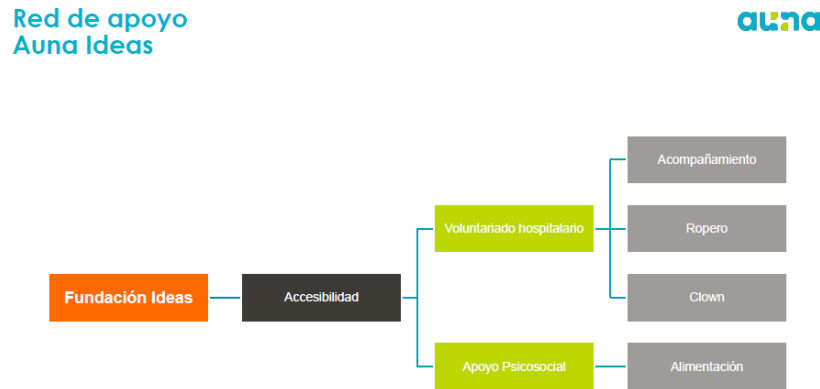


Figura 3
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024

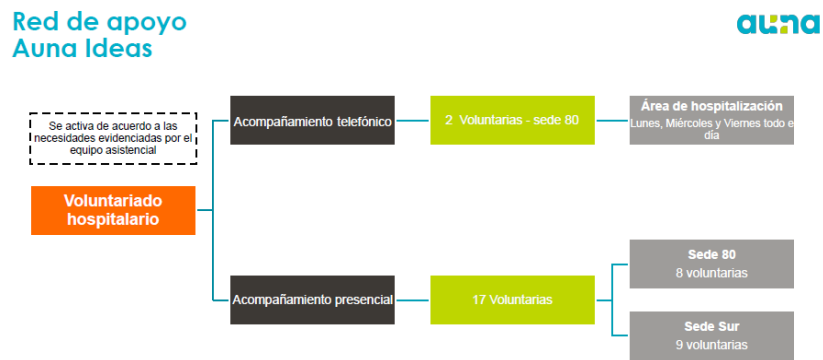


Figura 4
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024

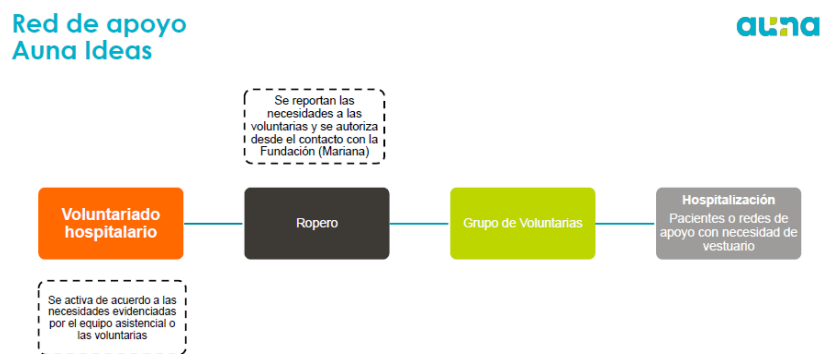


Figura 5
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024

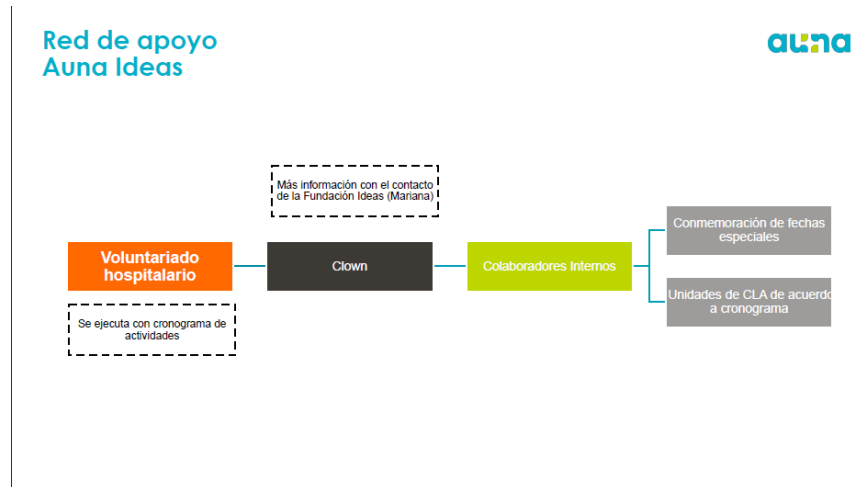
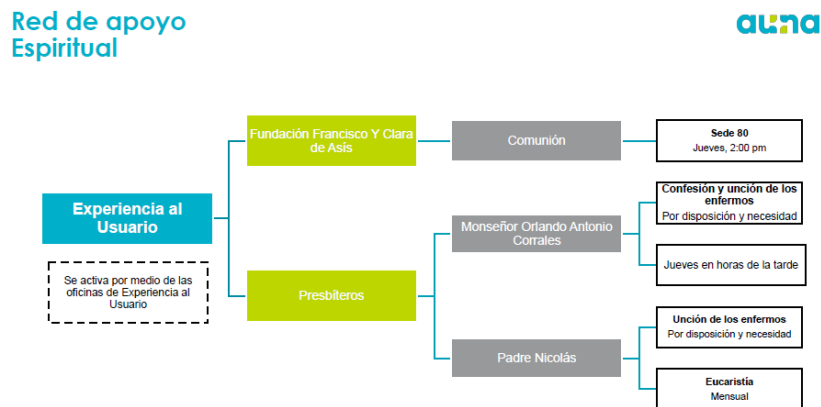


Figura 6
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024



1.5 Contexto normativo

En Colombia, la Constitución Política de 1991 en sus artículos 44, 48 y 49 concibe la salud y la seguridad social como un derecho fundamental del cual el Estado debe ser garante (Colombia. Presidencia de la República, 1991); en disposición, la ley 100 de 1993 da creación al Sistema de Seguridad Social Integral, que estipula que, para obtener calidad de vida acorde a la dignidad humana, debe protegerse a la persona de las contingencias que le afecten, especificando con su artículo no.4 que

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Colombia. Congreso de la República, 1993, p. 3).

Dentro de esta Ley, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) aparece como una figura con el objetivo de “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (Colombia. Congreso de la República, 1993). Cuenta en su artículo 153 con principios como la Equidad, planteando que todos los colombianos puedan gozar de una atención de calidad sin discriminación por sus capacidades de pago; principios de Obligatoriedad, Protección Integral y Libertad de Escogencia, hacen también parte de ella. Con respecto a esta última, se establece que

El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. (Congreso de la República de Colombia, 1993, p. 63).

De este modo, el SGSSS está integrado por: el Estado en representación del Ministerio de Salud y Protección Social, organismo encargado de la coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación de usuarios y el recaudo de las cotizaciones, como también de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son clínicas, hospitales, laboratorios y demás, que se ocupan de prestar la atención al usuario. También conforman el SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud. (Colombia. Ministerio de Salud, 2014). Es allí, bajo la figura de IPS, que se ubica la Clínica las Américas Auna, siendo esta una institución prestadora de servicio de carácter privado.

1.6 Rol de Trabajo Social en la Clínica las Américas Auna

El TS hace parte directa del equipo de Experiencia del Usuario, encargándose de desplegar acciones para entender los efectos que provoca la enfermedad en los pacientes, tanto a nivel personal, familiar, como social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales y así, a partir de allí, dotar de los medios necesarios para prevenir y/o minimizar los impactos de la enfermedad. Así, la intervención de TS en la Clínica las Américas Auna tiene como objetivos:

- Identificar las problemáticas socio familiares producidas o asociadas a la enfermedad.
- Determinar su procedencia y las consecuencias que se deriva de ella.
- Poner en marcha sistema de ayuda que permita a las personas afrontar la situación en la que se encuentran.
- Promover y evaluar con los responsables de los recursos de forma actualizada, es decir, adaptados a los posibles cambios sociales (Valentina Moncada, comunicación personal, 6 de febrero de 2024).

Dicha intervención comienza cuando el paciente es remitido e ingresa a consulta por TS y termina cuando el paciente ha sido abordado por todos los criterios de atención y/o tiene las herramientas para manejar la situación y es dado de alta por TS. El mecanismo empleado para la recolección de información sobre la situación socioeconómica del paciente son las Interconsultas, siendo estas visitas agendadas a pacientes con casos específicos, remitidos a partir de un manejo interdisciplinario con apoyo de los profesionales del ala médica y los de salud mental. La interconsulta consta de:

Tabla 1

Archivos internos TS, Clínica las Américas Auna, 2024

Actividad	Descripción	Responsable
Atención	Consulta inicia con una explicación de por qué ingresan al área de TS.	Trabajadora Social en formación
Caracterización familiar	Se indaga sobre los miembros de la familia y a partir de allí se define la tipología familiar.	Trabajadora Social en formación


Caracterización económica	Se identifican principales proveedores económicos, recursos con los que cuenta la familia.	Trabajadora Social en formación
Caracterización de la vivienda	Se evalúa las condiciones de la vivienda con el fin de determinar que sean aptas y no generen riesgo para el paciente	Trabajadora Social en formación
Identificación de las personas a cargo o responsables del paciente	Se identifican al menos dos personas que estén a cargo del paciente como cuidadores primarios.	Trabajadora Social en formación
Evaluación por TS	Identificación de la situación, plan de acción y seguimiento.	Trabajadora Social en formación
Seguimiento	La asignación de nueva cita depende de la necesidad del paciente y su familia, las condiciones y lo evidenciado en la consulta.	Trabajadora Social en formación
Registro de atención	Se hace registro en el menú herramientas en la opción 25 atenciones en consulta/registro de evaluación TS.	Trabajadora Social en formación

Archivos internos TS, Clínica las Américas Auna, 2024

Estas interconsultas también responden al NPS (Net Promoter Score), sistema medidor de éxito y satisfacción de los pacientes, en la medida en que recoge sus recomendaciones sobre la Clínica. Para la prevención y/o disminución de afectaciones, se orienta y prioriza la atención especialmente alrededor de los siguientes elementos:

Figura 7

Archivos internos TS, Clínica las Américas Auna, 2024



SITUACIONES DE RIESGO

- **Falta de ayuda o respuesta del entorno:** cuando las atenciones básicas del paciente o de la familia no están cubiertas.
- **Carencias económicas:** cuando la presencia de la enfermedad impide poder hacer frente al sostenimiento familiar.
- **Sobrecarga de los cuidadores:** cuando las circunstancias, bien por las características físicas o psicológicas del enfermo o por la necesidad de responder a sus compromisos sociales, laborales, familiares colocan a los cuidadores en situación de mucha fragilidad.
- **Roles y relaciones alteradas en el entorno familiar:** cuando la redistribución de roles o falta de los mismo, así como las relaciones alteradas fruto de la enfermedad independiente del estadio de la misma puede poner en peligro la salud, tanto física como psíquica, del paciente o de sus cuidadores.
- **Experiencias familiares o situaciones traumáticas:** cuando las experiencias traumáticas vividas anteriormente interfieren en el proceso de la enfermedad.
- **Falta de recursos:** cuando el paciente o su familia no disponen de los recursos necesarios adecuados para hacer frente a las circunstancias del momento.

El área de TS cuenta con una Trabajadora Social de planta con un enfoque del 20% asistencial y 80% con el acompañamiento en sitio en el servicio de Urgencias y una practicante de TS con un enfoque del 100% en acompañamiento en sitio en las unidades de hospitalización. El momento asistencial hace referencia a la activación de rutas de atención normativas exigidas por Superintendencia de Salud y Secretaría de Salud, quienes vigilan y exige activación de protocolos

sobre los casos que ingresan a la clínica y que requieren de un manejo por TS en conjunto con entes internos y externos; además, en lo administrativo, se refiere a enfocar el quehacer profesional en la escucha activa a los pacientes, acompañantes y usuarios en general con el fin de generar una experiencia favorable en la atención. (Comunicación personal, 6 de febrero, 2024).

Para la activación de protocolos, en casos de violencia intrafamiliar, negligencia, abandono, habitantes de calle, NN, etc., se realiza un trabajo en red interna con la Fundación Ideas y se lleva a cabo el manejo con entes externos como 123 (Agencia Mujer y Policía de Infancia y Adolescencia), Fiscalía, Personerías, Comisarias de Familia, Centro Día, Registraduría Nacional, entre otros. A saber, se gestiona el apoyo de la siguiente manera, según sea el caso:

Figura 8
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024

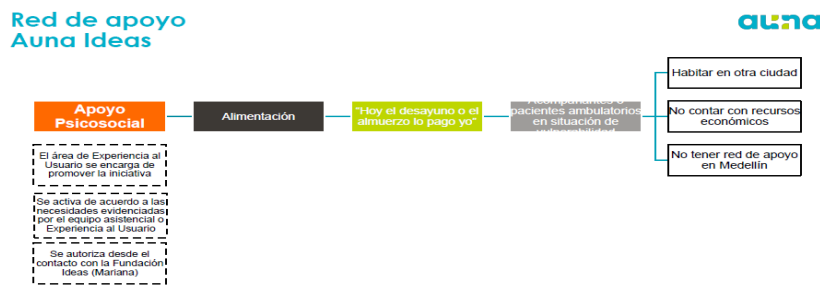


Figura 9
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024

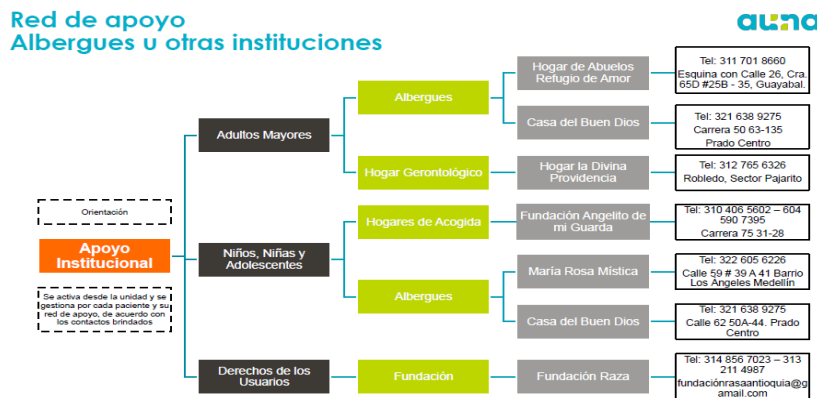
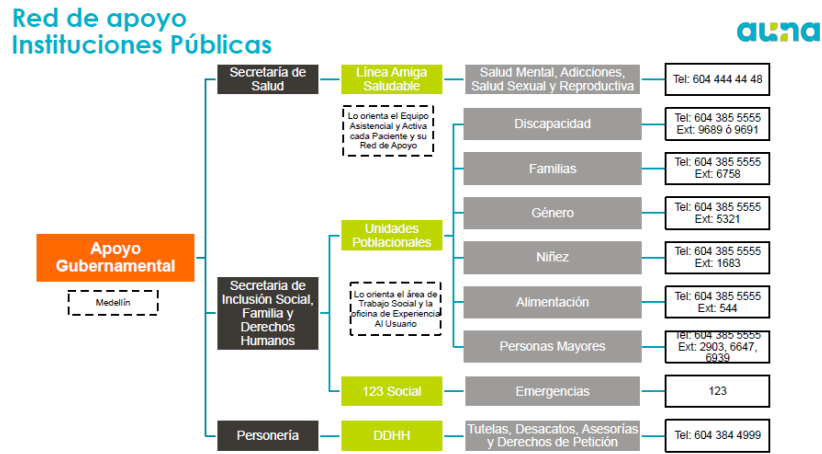


Figura 10
Documentos internos Fundación Ideas, mayo 2024



TS también se provee de información con respecto a la clasificación de los pacientes en relación con el régimen de salud al que pertenecen y los convenios pactados entre cada entidad y la Clínica. Sean pacientes de EPS (Sura, Sura Complementario o Salud Total), régimen subsidiado, régimen contributivo, pacientes particulares, pacientes de pólizas o SOAT; esto también permite revisar el tema socioeconómico del paciente para la intervención desde TS.

Sumado a ello, el área de TS lleva a cabo actividades como:

- Conectados Auna: Para el acompañamiento a los pacientes en el tiempo de contingencia por COVID-19, a través de videollamadas con los familiares, para una experiencia integral en el proceso, esta actividad realizada solo en pandemia.
- Bingo: Como espacio de libre esparcimiento e integración con los pacientes de las sedes, con el fin de brindar entretenimiento a los pacientes y acompañantes durante la estancia en hospitalización.
- Actividades Pediátricas: Apoyado por las practicantes en Licenciatura Infantil.
- Preparación actividades y fechas especiales. (Valentina Moncada, comunicación personal, 8 de mayo de 2024) de modo que las TS en la Clínica las Américas Auna, se movilizan en diferentes niveles de intervención, sea individual, familiar, o desde grupos de apoyo y permanentemente con un equipo interdisciplinario, encargado de obtener los datos, analizar de las problemáticas, crear un plan de trabajo, evaluar los recursos

disponibles y hacer registro de actividades y seguimiento continuo a estas. (Valentina Moncada, comunicación personal, 6 de febrero de 2024).

2 Diagnóstico

El proceso de diagnóstico (dx) juega un papel fundamental en la comprensión de los campos de práctica, ya que facilita la identificación de situaciones problemáticas dentro de ellos, así como de los diversos elementos del entorno involucrados en su configuración. Para las profesionales del TS, en particular, el diagnóstico es de vital importancia, ya que los análisis resultantes orientan la atención hacia áreas específicas que requieren intervención y de esta manera, este ejercicio permite la conexión entre teoría y práctica. Precisamente, permite el desarrollo de propuestas y proyectos pertinentes, con el objetivo de optimizar procesos existentes o mantener su funcionamiento de manera efectiva. Por lo tanto, el dx realizado en este contexto específico de TS en Salud dentro de la Clínica las Américas Auna, es crucial para definir el objeto de intervención de la práctica.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Reconocer las potencialidades, recursos, necesidades y problemáticas presentes en los procesos de acompañamiento realizados desde el área de Trabajo Social hacia los pacientes y sus acompañantes, en su estancia en la Clínica las Américas Auna.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar las perspectivas de los profesionales, pacientes y acompañantes con respecto a la atención brindada en la Clínica.
- Reconocer las necesidades emocionales y sociales de los pacientes durante su experiencia en hospitalización.
- Priorizar las problemáticas halladas para elaborar una propuesta de intervención al proceso.

2.2 Población beneficiaria

2.2.1 Beneficiarios directos

La población focalizada para el diagnóstico serán personas entre profesionales del personal médico y profesionales psico-sociales, pacientes, acompañantes y familiares de los pacientes de

ser posible; los pacientes priorizados para el dx serán aquellos que han pasado más de 15 días de hospitalización en la Clínica las Américas Auna.

2.2.2 Beneficiarios indirectos

El área de Experiencia del Usuario se verá beneficiada con los datos recopilados en la investigación diagnóstica, para la optimización de procesos y el levantamiento de alertas con respecto a los desafíos presentes en los procesos. En esa medida, los profesionales que realizan los acompañamientos y los pacientes que son priorizados para las visitas de cortesía podrán verse beneficiados por las posibles mejoras que surjan del dx, en particular por el proyecto de intervención que se concrete a partir de la presente práctica.

2.3 Diseño metodológico

2.3.1 Diagnóstico organizacional

Para esta práctica, se consideró realizar un Diagnóstico de tipo Organizacional, el cual es definido por Herrera (2017) como:

Un estudio sistemático, integral y periódico que tiene como propósito fundamental conocer la organización administrativa y el funcionamiento del área objeto de estudio, con la finalidad de detectar las causas y efectos de los problemas administrativos de la empresa, para analizar y proponer alternativas viables de solución que ayuden a la erradicación de estos (Herrera, 2017, en Ávila, 2021, p. 6).

A propósito, Darío Rodríguez (2016) apunta que el dx organizacional propende por explicar las formas de operar de una organización determinada, la cual debe concebirse como un sistema social, en el que es posible destacar sus miembros, subgrupos internos y subsistemas o departamentos, al igual que su relación con el entorno que le rodea. Allí, la persona investigadora/observadora puede preguntarse por los diferentes procesos que tienen lugar en la

organización, con el fin de que el diagnóstico sirva como instrumento para implementar procesos de cambio organizacional.

En este sentido el diagnóstico organizacional constituye un caso de investigación en que se produce la doble hermenéutica de la que habla Giddens. Esto quiere decir, que las explicaciones que los propios involucrados dan acerca de la organización y de su estar y actuar en ella, forman parte importante del objeto de estudio. (Rodríguez, 2016, p.30).

2.3.2 Enfoque: Interaccionismo Simbólico

Con su carácter cualitativo, el Interaccionismo Simbólico se alinea bien con el Dx Organizacional en la medida en que puede ayudar a obtener una comprensión detallada de las situaciones, a su vez que de las relaciones entre los diversos actores que hacen parte de la cotidianidad de la Clínica y de los procesos de trabajo que allí se desarrollan y en los que TS hace presencia, recordando que:

Su principal objeto de estudio son los procesos de interacción — acción social que se caracteriza por una orientación inmediatamente recíproca—, y las investigaciones de estos procesos se basan en un particular concepto de interacción que subraya el carácter simbólico de la acción social (Giddens et al., 2001, p.p. 114-115).

Asimismo, este enfoque busca comprender los fenómenos sociales en su contexto y profundizar en las experiencias y significados de las personas, por lo que considera primordial la comunicación, esto es, tener en cuenta la perspectiva de los participantes en la investigación, puesto que, como Rodríguez (1998) plantea:

La posición básica de esta orientación es que, para poder comprender los fenómenos sociales, el investigador necesita descubrir la definición de la situación del actor, o sea su percepción e interpretación de la realidad y la forma en que estas se relacionan con su comportamiento (Rodríguez, 1998, p. 53).

Lo que implica que, para recolectar la información necesaria en esta pesquisa diagnóstica, es menester involucrar al equipo de trabajo y los pacientes, escuchar sus opiniones y experiencias, y tener en cuenta cómo perciben y experimentan la vida organizacional, su rol en los procesos y la eficacia de estos.

2.3.3 Técnicas de recolección de información

Para el desarrollo del presente diagnóstico se emplearon diversas fuentes para la recolección y generación de información que se encuentran pertinentes en correspondencia al tipo de diagnóstico y el enfoque elegido.

Revisión documental. que hace referencia a la información que pueda recolectarse desde algún tipo de “documentos escritos (impresos, electrónicos, etc.), material audiovisual (imágenes, videos, grabaciones, etc.) que estén disponibles y de donde se puedan extraer datos relevantes sobre el contexto” (Programa del Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea, 2011, p.12). Cuenta como un proceso sistemático de análisis y evaluación de información previamente recopilada, con el fin de obtener conocimientos, identificar patrones, contrastar información y fundamentar los análisis. La revisión documental resulta ideal en el ejercicio diagnóstico con la Clínica, ya que permitió acceder a información histórica y actualizada sobre la institución y los pacientes. Esta técnica posibilitó comprender su evolución, identificar patrones de comportamiento, necesidades y desafíos recurrentes; además proporcionó una base sólida de datos para comparar y validar la información recopilada durante el proceso, facilitando así la elaboración de estrategias y la toma de decisiones informadas para abordar las problemáticas identificadas. El instrumento de recolección de información utilizado en esta técnica es la Ficha Bibliográfica, la cual podrá encontrarse en el apartado de anexos.

Observación participante. técnica cualitativa para la recolección de datos. En cuanto a la observación, se propone que:

La vida social es actuada y narrada y es necesario reconocer tanto las cualidades actuadas que se pueden observar, como las cualidades habladas de la vida social que se obtienen a través de un relato. [Así] la observación permite al investigador conocer directamente el contexto en el cual tienen lugar las actuaciones de los individuos y, por lo tanto, le facilita

acceder al conocimiento cultural de los grupos a partir de registrar las acciones de las personas en su ambiente cotidiano (Atkinson, Coffey y Delamont, 2003, en Bonilla y Rodríguez, 2013, p. 227).

Además, su carácter participante, implica que “el investigador se involucra dentro de los procesos de quienes observa, y éste es plenamente aceptado, por lo tanto, se estima que lo observado no se ve afectado por la acción del observador. (Padua, 1987, en Campos y Lule, 2012). Es una técnica que implica la agudeza de los sentidos, sensibilidad, acercamiento, implica poner el cuerpo en el conocimiento, la escritura de notas de campo detalladas y la descripción constante de lo observado, así, para la recolección de información es esencial la descripción de los eventos y sucesos en un contexto específico.

La observación participante se da al entrar en contacto con los pacientes y cuidadores a través de las visitas de cortesía, entender sus necesidades y darles solución en sitio o por medio de la toma de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, felicitaciones (PQRSF.). Por su parte la observación no participante se da a través del contacto constante con el personal profesional de las distintas especialidades y áreas de la clínica, como médicos, personal de enfermería, personal de limpieza, entre otros, pero sobre todo con el equipo del área de experiencias en las denominadas ‘dailys’ que son reuniones matutinas donde se habla de los hallazgos y oportunidades de mejora que identifica el equipo de experiencias en las diferentes áreas de la clínica, mayormente en la sede la 80. Para el desarrollo de esta técnica se tuvo presente el desarrollo de los diarios de campo orientados por una guía previamente estipulada; esta habrá de hallarse en los anexos.

Entrevista semiestructurada. Esta técnica se aplicó a un paciente, una acompañante, la trabajadora social de la sede 80, la trabajadora social de fundación ideas, la psicóloga clínica, un médico especialista en dolor y cuidados paliativos, una jefe de enfermería y una jefe del área de salud y seguridad del paciente.

Esta estrategia facilitó el establecimiento de conexiones y la obtención de información a través de la interacción con los individuos seleccionados para las entrevistas. Aunque mantiene un carácter flexible, es fundamental contar con preguntas predefinidas (preparadas con anticipación y adaptadas a las situaciones que se desean comprender) utilizando cuestionarios ya preparados. Esto permitió profundizar en la información relevante para la investigación de manera abierta y sin

presiones. Por lo tanto, es crucial que el investigador tenga habilidades para formular preguntas y desempeñe un papel de vital importancia en este proceso. (López y Deslauriers, 2011).

Además, la entrevista semiestructurada permite generar en la o el sujeto procesos reflexivos frente a su propio contexto y posibilita que quien investiga pueda reconocer lenguajes corporales, gestos y demás expresiones no-orales que pueden ser de importancia para captar información precisa. En cuanto al desarrollo de esta técnica para el presente diagnóstico, se llevó a cabo inicialmente con un consentimiento informado y una guía de preguntas previamente estructuradas, reiterando su carácter flexible, para así poder adaptarse a la información que se recopiló en el momento, y poder realizar preguntas que no se habían contemplado desde antes.

2.4 Consideraciones éticas

Es importante mencionar que la realización del dx se encuentra de manera holística atravesada por el quehacer y los principios ético-políticos del TS, en este caso, se consideró la importancia de lo fundamentado en el código de ética profesional, propiciando e interponiendo posturas enmarcadas en la horizontalidad, el respeto, la participación, el reconocimiento de las y los pacientes de la clínica como sujetos/as portadoras de conocimiento y actores/as generadoras de cambio desde su propio nivel de conciencia. Puntualmente, se tuvo en cuenta la decisión informada de la comunidad de hacer parte del proceso diagnóstico.

Por ende, la confidencialidad se erigió como un pilar fundamental. Mantener la privacidad y la seguridad de la información de las y los pacientes fue esencial para fomentar la confianza en el proceso de intervención. Esta confidencialidad se tradujo en la protección de datos sensibles, asegurando que la información compartida en las sesiones o registros se manejara de manera ética y profesional, evitando su divulgación no autorizada y salvaguardando la identidad y la historia personal de cada paciente, pues surgían asuntos que, como reposa en el Código de Ética, merecen de parte de la profesional “Otorgar a la información obtenida el carácter de secreto profesional, respetando la privacidad de los sujetos” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2019, p.24).

El respeto se convirtió en una directriz inquebrantable en las interacciones con los pacientes y profesionales. Entendido como una “consideración debida a los otros por su condición de seres humanos. En el ejercicio profesional los trabajadores sociales deben actuar reconociendo los derechos de los sujetos, sus opiniones, las diferencias culturales y las diversas miradas de la

realidad social” (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2019, p.24). Reconocer y valorar la dignidad, la autonomía y los derechos de cada individuo fue esencial para construir relaciones empáticas y de colaboración. Puntualmente, se promovió un entorno en el que cada paciente se sintiera escuchado y comprendido, sin juicios ni discriminaciones, permitiendo que sus voces fueran el eje central en la planificación y ejecución de las estrategias de intervención.

La empatía, otro pilar ético, fue crucial para comprender las experiencias y situaciones personales de los pacientes. Esta habilidad permitió conectar emocionalmente con sus realidades, desarrollando una visión más profunda y comprensiva de sus necesidades y desafíos. La capacidad de ponerse en los zapatos de estos generó una conexión genuina y facilitó la identificación de soluciones adecuadas a sus circunstancias específicas.

El despojo de prejuicios y estereotipos se convirtió en un principio clave para un ejercicio práctico ético y efectivo. Reconocer y desafiar los preconceptos y estigmas sociales fue fundamental para ofrecer un servicio imparcial y justo, garantizando un trato equitativo y libre de discriminación a cada paciente, independientemente de su origen, género, edad o situación laboral. Este enfoque permitió la construcción de intervenciones más inclusivas y sensibles a la diversidad de las y los pacientes, considerando sus contextos únicos y complejos.

2.5 Resultados del diagnóstico

Este diagnóstico fue tras la pregunta por las potencialidades, recursos, necesidades y problemáticas presentes en los procesos de acompañamiento realizados desde el área de TS, hacia los pacientes y sus acompañantes en su estancia en la Clínica las Américas Auna (CLAA), involucrando en el análisis el desempeño del personal médico y psico-social. A través de la observación participante, con 4 diarios de campo que dejaron registros de los meses de febrero, marzo, abril y mayo del 2024, y de las 8 entrevistas realizadas a actores entre pacientes, acompañantes, trabajadoras sociales, psicólogas, enfermeras y jefas de la Clínica y cercanas al área de Experiencia del Usuario, pudieron reconocerse algunas situaciones de interés para la intervención desde TS. Con la triangulación de la información y la evaluación de los alcances de la práctica profesional, se priorizó el objeto de intervención.

Cabe resaltar que se enfrentaron dificultades en cuanto al acceso a la información específicamente mediante las entrevistas, pues para agendar el espacio de conversación fue

necesario solicitar permisos escritos por correo para hablar con los profesionales, que implicaban enviar las preguntas estipuladas para su aprobación y esperar el agendamiento de entrevista, lo cual tuvo el carácter de trámite burocrático y tuvo como consecuencia la demora del proceso, dilatando la posibilidad de consolidar el dx con celeridad; la espera fue de un poco más de un mes para la aprobación de las entrevistas. También para obtener la información escrita sobre la Clínica, su funcionamiento, estructuras organizacionales, entre otra información contextual, sucedió lo mismo incluso hubo información a la cual no se le dio VB (visto bueno), en ser compartida. Los conductos regulares de la Clínica sobre su información tuvieron afecciones directas en el proceso académico.

La revisión documental tuvo un papel esencial en la contextualización y comprensión del campo de práctica, más en el desarrollo de la investigación dx las técnicas que lideraron la recolección de información fueron la observación participante, los diarios de campo y las entrevistas semiestructuradas, por ser formas directas de llegar a las fuentes y de conocer sus consideraciones sobre los procesos, pues permiten comunicarse con las y los actores implicados a partir de conversaciones y de la posibilidad de compartir espacios de la cotidianidad en la Clínica.

Para las entrevistas con pacientes y cuidadores, el acercamiento pudo darse en medio visitas de cortesía previamente agendadas desde el área de Experiencia del Usuario, también contando con el previo permiso de las superiores de la subdirección. En todos los casos, se contó con un consentimiento informado que se explicó a cada persona participante de la investigación y, además se preguntó por la posibilidad de grabar el audio de dichos espacios, para facilitar su sistematización. Todas y todos dieron una respuesta positiva a ello.

En cuanto a las potencialidades y recursos, se retoma la presencia de contar con personal interdisciplinar para la atención a pacientes y cuidadores, proporcionando un abordaje integral en la estancia en sitio, desde la medicina, la enfermería, la pedagogía, el TS, la psicología. También la existencia de estrategias para la escucha activa de PQRSF, dándole voz a pacientes y sus redes de apoyo en sus experiencias dentro de las instalaciones de la CLAA; otras estrategias como Cuidándome te cuido, que son espacios colectivos para hablar de temas de interés que buscan brindar herramientas de autocuidado y cuidado del otro en contextos donde debe enfrentarse la enfermedad de seres cercanos y su hospitalización. Igualmente, las visitas de cortesía y las conversaciones que estas propician son oportunidades para la mejora de la experiencia de los usuarios, al conocer cada caso y las percepciones personales de los individuos en su estadía en la

CLAA, permitiendo activar rutas de apoyo o modificaciones en la atención de manera casi inmediata para proveer escenarios de bienestar, según la necesidad identificada por parte de TS.

Por su parte, la Trabajadora Social V, considera que se presta una atención adecuada cuando se cumple con los siguientes requisitos:

Considero que una buena experiencia en la clínica consiste en una atención integral, tanto para el paciente como para las personas que lo están acompañando en el proceso y con un trabajo interdisciplinario, no solamente desde la parte médica y desde la parte asistencial con enfermería, sino también desde un acompañamiento psicosocial para el paciente, para el cuidador, para que se sientan escuchados, acompañados, apoyados y que se puedan identificar las necesidades orgánicas y otro tipo de necesidades que salen dentro de este proceso (Comunicación personal, Entrevista Trabajadora Social V, 15 de mayo 2024).

No obstante, dentro de las condiciones que la clínica provee, se hallaron problemáticas y necesidades a abordar en distintos niveles y mencionados tanto por profesionales de las diversas áreas, como por los pacientes y cuidadores. Se expondrán en la siguiente tabla:

Tabla 2
Problemáticas - Necesidades

Problemáticas necesidades	Acciones	Origen de las problemáticas	Actores implicados	Recursos y medios de solución	Oportunidades de mejoramiento	Priorización
Baja asistencia a las actividades de Cuidándose te Cuido	Amplia difusión, respuesta negativa.	Vulnerabilidad de pacientes al dejarlos solos.	Área de Experiencia al Usuario; cuidadores.	Visitas de cortesía, información voz a voz.	Replanteamiento de la estrategia, ir a los pacientes y cuidadores en sus espacios. Visitas de cortesía fortalecidas Apoyo emocional y catarsis para pacientes y cuidadores	Ya se han desplegado estrategias de difusión de información. Es posible intervenir si los temas van hacia cuidadores mientras están con los pacientes, es decir, en las visitas de cortesía. Abordando esta problemática se podría mitigar el impacto negativo de otras.

<p>Falta de comunicación interna entre los profesionales de medicina y enfermería</p>	<p>Falencias en comunicación interna</p> <p>Medicamentos incorrectos</p> <p>Contradicciones en procedimientos y diagnósticos</p> <p>Confusión y afectación a pacientes</p>	<p>Cambios de turnos</p> <p>Atenciones en serie</p> <p>Falta de contextualización detallada</p>	<p>Personal asistencial</p>	<p>Comunicación médica interna.</p>	<p>Reuniones entre los médicos y enfermeras. Resúmenes diarios para empalme.</p>	<p>Situación problemática que compete directamente al personal médico.</p>
<p>Diagnósticos confusos e información contradictoria de parte del personal médico a los pacientes y cuidadores</p>	<p>Diagnósticos poco claros</p> <p>Falta de precisión y comunicación asertiva</p>	<p>Poco tiempo invertido en explicaciones</p> <p>Diferentes procedimientos por diversos profesionales</p>	<p>Personal asistencial.</p>	<p>Tiempo de visita apropiado por paciente.</p>	<p>Mejora en el lenguaje, brindar herramientas a los pacientes para que hagan las preguntas adecuadas en su proceso.</p>	<p>Es posible intervenir desde TS brindar herramientas a los pacientes para hacer las preguntas adecuadas.</p>
<p>Trato poco diligente del personal hacia los pacientes y cuidadores</p>	<p>Comportamientos irrespetuosos y déspotas</p> <p>Falta de acompañamiento empático</p>	<p>Agotamiento del personal</p> <p>Alta cantidad de pacientes</p> <p>Falta de herramientas de comunicación asertiva</p> <p>Manejo insuficiente del estrés</p>	<p>Personal médico, personal psico-social, pacientes y cuidadores.</p>	<p>Estrategias desplegadas desde talento humano, oficinas de cliente interno.</p>	<p>Acompañamiento o talleres, charlas en torno al respeto, la atención diferencial, empatía.</p>	<p>El trabajo directo de abordaje de situaciones que tienen como población principal a los médicos y enfermeras, es de competencia de Talento Humano y las oficinas de Cliente Interno.</p>
<p>Agotamiento físico y desgaste del personal de la CLAA</p>	<p>Apoyo y atención al personal médico</p> <p>Acompañamiento emocional</p> <p>Grupos de apoyo</p>	<p>Los pacientes consideran que es posible que el trato no sea el más adecuado por el agotamiento del personal médico al tener que atender a tantos pacientes.</p>	<p>Personal asistencial.</p>	<p>Comunicación con talento humano y oficinas de cliente interno.</p>	<p>Pausas activas, herramientas de apoyo para personal interno de la clínica.</p>	<p>El trabajo directo de abordaje de situaciones que tienen como población principal a los médicos y enfermeras, es de competencia de Talento Humano y las oficinas de Cliente Interno.</p>
<p>Actitudes hostiles de los pacientes y cuidadores hacia los profesionales</p>	<p>Riesgo de ambiente hostil</p> <p>Impacto negativo en la experiencia del paciente</p> <p>Posibilidad de comportamientos violentos</p>	<p>Apatía</p> <p>Impaciencia</p> <p>Irritabilidad por largas jornadas</p>	<p>Personal asistencial, pacientes, cuidadores.</p>	<p>Personal interdisciplinario, presencia de TS y psicología, visitas de cortesía.</p>	<p>Posibilitar diálogos y espacios de aprendizaje sobre comunicación asertiva para desarticular los conflictos.</p> <p>Generar cambios de personal para mejorar la</p>	<p>Experiencia al Usuario y el equipo de TS interviene usualmente y puede generar estrategias directamente con pacientes y cuidadores en medio de las visitas de cortesía. Es posible priorizar esta problemática.</p>

					estancia de los pacientes.	
Ansiedad y angustia - Necesidades emocionales de pacientes y cuidadores	Angustia y complejidad hospitalaria	Impaciencia, incertidumbre y angustia Dolor y duelo Falta de herramientas de comunicación asertiva Necesidades emocionales desatendidas	Pacientes y cuidadores. Personal profesional.	Escucha mediada por Psicología y TS Manejo asistencial y apoyo en salud mental	Comunicación asertiva y resolución de conflictos Visitas de cortesía fortalecidas Apoyo emocional y catarsis para pacientes y cuidadores	Esta problemática se trata primordialmente desde el área de psicología.

Para la columna de priorización, las casillas en amarillo indican que la problemática a la que corresponde puede ser abordada desde la presente práctica y el área de Experiencia al Usuario, por lo tanto, son las situaciones finalmente priorizadas para la construcción del objeto de intervención.

3 Configuración del objeto de intervención

En un primer momento, para hablar de ‘cuidados’ se hace necesario enmarcar los significados que devienen de esta categoría, entendiéndose como concepto complejo e histórico. De esta manera, según Santillán (2009) los seres humanos somos seres psico-sociales, es decir, necesitamos de la relación con otros y otras, por esto, el cuidado es una condición inherentemente humana, necesaria para sobrevivir y reproducirse.

Los debates y discusiones sobre el cuidado en América Latina se han venido dando a lo largo de los años, empero, para el presente texto se retoman las conceptualizaciones y discusiones propuestas por Muletaber y Danel (2020), en este texto las autoras resaltan que el cuidado de pacientes y vejez en los países de Sur América se dan mayoritariamente en espacios domésticos, tendiendo a la familiarización del cuidado. A su vez, hablar de cuidados también implica resaltar la feminización de este y la forma en que la necesidad de cuidados se vincula con los proyectos vitales de las mujeres, quienes han sido históricamente naturalizadas como cuidadoras principales.

Los cuidados implican una serie de acciones que imbrican la cotidianidad de quien cuida y de quien requiere cuidados, esto requiere un proceso de atención ante el sueño, la alimentación, las emociones, los vínculos, atenciones propias que se ven enmarcadas en la vida cotidiana. Lo mencionado anteriormente implica: “la necesaria comprensión del cuidado como un derecho social, en el que se conjugan el derecho a recibir y a dar cuidado (o no darlos), según las circunstancias” (Muletaber y Danel, 2020, p. 237).

En concordancia, se hace necesario mencionar que los cuidados en torno a pacientes impactan de manera directa la cotidianidad, las experiencias, las trayectorias y los proyectos de vida de las y los cuidadores. Por lo anterior, visibilizar el cuidado como el sostenimiento de la vida misma a partir de actividades y vínculos requiere de un enraizamiento híbrido entre lo doméstico y lo privado, de allí deviene la importancia de espacios como el proyecto *cuidándome te cuido*.

Con la información recopilada mediante el diagnóstico y en concordancia con el objeto del TS y los alcances de la práctica profesional en la CLAA, se consideró adecuado que la intervención se dirija a las y los pacientes hospitalizados de larga estancia y sus cuidadores, aprovechando como medio principal las visitas de cortesía. La intención con ello, en primera instancia, fue reajustar la estrategia “*Cuidándome te cuido*” para llevar sus temarios a las habitaciones directamente, respondiendo a la baja participación que tuvo la estrategia, pero reconociendo su importancia; así,

se planeó seguir propiciando espacios en los que se socializaron tópicos de interés que apunten a mejorar la experiencia en la Clínica, en especial, para optimizar la comunicación y mitigar el impacto negativo de otras problemáticas identificadas.

La mayoría de las entrevistas, observaciones e incluso quejas, reclamos y felicitaciones de pacientes y acompañantes apuntaron a la necesidad de mantener un buen trato en los servicios prestados, manteniendo un carácter respetuoso, cálido, cordial, atento e incluso empático, pues esto brinda sensación de seguridad y bienestar en su estancia en la Clínica; aligera malestares emocionales asociados a la enfermedad y las situaciones críticas que trae consigo, y ayuda a disipar la angustia y ansiedad de los usuarios al sentirse cuidados de manera holística; algunos profesionales de la clínica aseguraban que el buen trato de parte del personal asistencial es fundamental en el proceso de recuperación.

Por ende, el proyecto que desde TS en salud mejor respondió a la problemática captada, en el contexto de la CLAA, fue dirigido a proporcionar insumos para el relacionamiento interpersonal, la comunicación asertiva, información para el manejo del duelo y gestión de emociones, encausada a una mejor interlocución entre actores. De esta forma, se abordaron las problemáticas reconocidas, vinculadas al relacionamiento y su necesidad de transformarlo en todas las direcciones: entre paciente-acompañante, paciente-familia, acompañante-empleados asistenciales (tanto doctores como auxiliares) y paciente-empleados asistenciales.

Las herramientas nombradas se proporcionaron de manera clara, breve, concisa pero efectiva, dentro de los minutos de visita de cortesía ofrecida por el área de Experiencia al Usuario, todos los días a los diversos pacientes, por lo que, en su mayoría se buscó dejar insumos sobre el tema en material físico; a su vez, para fines de orden en el despliegue de este proyecto, se concibió adecuada la planeación de temas a abordar por semana. Así, la visita de cortesía buscó robustecerse en cuanto se consolidaría como un espacio de abordaje integral y posibilidades abiertas, más allá de limitarle a la realización de encuestas de satisfacción. Es este espacio potencial de escucha activa, el lugar para identificar las necesidades inmediatas y diferenciales de los pacientes y sus cuidadores, como también para el establecimiento de conversaciones con sentido crítico, de transformación de procesos hacia un trato humanizado y de alcance de objetivos claros de intervención desde el TS.

4 Propuesta de intervención

4.1 Objetivo general

Fortalecer las visitas de cortesía, mejorando la experiencia de los pacientes en la Clínica las Américas mediante un servicio empático y resolutivo que promueva el bienestar y la satisfacción de cada individuo.

4.1.1 *Objetivos específicos*

1. Promover la importancia de las visitas de cortesía, destacando su relevancia como un componente esencial para mejorar la experiencia del paciente y subrayando su impacto en el bienestar y la satisfacción general.

2. Propiciar encuentros de escucha activa, creando espacios donde tanto el personal asistencial como pacientes se sientan valorados, comprendidos y apoyados en sus necesidades emocionales, facilitando una comunicación efectiva y empática.

3. Facilitar la expresión de vivencias, proporcionando un ambiente en el que pacientes y cuidadores puedan compartir y reflexionar sus experiencias en la clínica, fomentando un diálogo abierto que contribuya a una atención más oportuna.

4.2 Fundamentación metodológica.

La propuesta actual se basó en el **enfoque cualitativo**, el cual permite explorar, describir y comprender diversas realidades sociales; desde esta postura se buscó generar información que recogiera emociones, experiencias, significados y subjetividades; la realidad, en este caso, se define a través de las diferentes interpretaciones que los individuos tienen sobre ella, por ello, es importante señalar que el análisis integra múltiples realidades que influyen las experiencias de los participantes en los ejercicios de intervención, y abarcando también las realidades expresadas a través del diálogo de saberes, sentimientos y pensamientos de los sujetos involucrados en los procesos (Fernández et al, 2010).

Asimismo, Galeano (2004) sostiene que las y los profesionales en Ciencias Sociales que trabajan desde un enfoque cualitativo deben emplear técnicas flexibles y adaptadas a la situación de investigación para comprender las realidades subjetivas, que son el principal objeto de estudio. Este enfoque valora la subjetividad como una fuente clave de conocimiento, permitiendo que las realidades emergentes sean capturadas y analizadas dinámicamente.

La investigación cualitativa, al integrar diversas perspectivas y adaptar sus métodos, ofrece una comprensión profunda y matizada de los fenómenos sociales, lo que la convierte en una herramienta esencial para intervenciones más informadas y empáticas.

Por otra parte, la propuesta de intervención se fundamentó en el **paradigma histórico-hermenéutico**, el cual, según Caudillo (2009) la sociedad está en constante construcción y mantenimiento de realidades distintas pero paralelas.

El paradigma histórico-hermenéutico es especialmente útil en el contexto clínico ya que permite comprender las experiencias de los pacientes dentro de su contexto histórico y cultural, además, se centra en interpretar los significados que los pacientes atribuyen a sus vivencias, lo cual es crucial para abordar sus necesidades de manera integral, lo anterior ayuda a promover un diálogo profundo entre el profesional y el paciente, sus cuidadores y/o familiares.

El TS con grupos se implementó para pacientes, acompañantes y personal asistencial dentro de la Clínica Las Américas, creando un espacio de escucha activa y respetuosa. Este enfoque permite abordar las necesidades y dinámicas específicas de los distintos colectivos de la institución; en este contexto, los diferentes grupos incluyendo limpieza, transporte de pacientes, y alimentación no sólo desempeñan roles esenciales en el funcionamiento diario, sino que enfrentan desafíos particulares que pueden impactar la experiencia de las y los usuarios.

A través del TS con grupos es posible ofrecer apoyo emocional, fomentar la cohesión, y mejorar la comunicación entre personal-paciente-familiares y/o acompañantes, lo que se traduce en un ambiente clínico más saludable y eficiente para una recuperación óptima.

En concordancia, Teubal (2006), como se citó en Jiménez (2020), afirma que “el TS con Grupos (TSG) fortalece la autoestima, reconoce los derechos ciudadanos, fomenta los lazos sociales, sensibiliza sobre la aceptación de las diferencias, proporciona conocimientos específicos y contribuye a la integración social” (p. 59). Por otro lado, esta misma autora también retoma a Oliva (2014) indicando que los objetivos del método incluyen: “prevenir el aislamiento, promover el aprendizaje y la madurez social, preparar a los miembros para enfrentar crisis o cambios

importantes, resolver o aclarar problemas a nivel personal, familiar o del entorno del grupo, e influir en el ámbito social” (Oliva 2014, como se citó en Jiménez, 2020, p. 279).

Atendiendo a lo anterior, dicha metodología permite que cada grupo desarrolle estrategias colectivas para enfrentar sus desafíos específicos, lo que fortalece la capacidad de la clínica para ofrecer una atención de calidad.

4.2.1 Técnicas

4.2.1.1 Taller

Los talleres emergen como una técnica grupal fundamental que facilita el intercambio de perspectivas, pensamientos, emociones y vivencias. Esta metodología no solo fomenta una comunicación enriquecedora entre los participantes, sino que también ofrece una pedagogía interactiva que opera en ambas direcciones; de este modo, los talleres permiten un flujo constante de aprendizaje y reflexión compartida, beneficiando tanto a quienes facilitan como a quienes participan en las actividades.

[...] los objetivos del taller reflexivo incluyen promover la participación del grupo en la discusión y análisis de las diferentes temáticas y problemáticas; desarrollar mecanismos que ayuden a la libre expresión de ideas y opiniones, elevar los niveles de conciencia frente a la realidad y a la problemática vivida; y despertar el interés por la solución de problemas cotidianos, familiares y/o comunitarios (Zacarías, X; Uribe, I y Gómez, R, 2018, párr. 21).

A partir de esta técnica que es valiosa para la experiencia de las y los pacientes y sus familiares y cuidadores, ya que brindan al personal asistencial la oportunidad de desarrollar habilidades cruciales en comunicación, resolución de conflictos y trabajo en equipo, lo que incrementa una mejoría en los niveles de atención.

4.2.1.2 Círculos de la palabra

En el entorno clínico, escuchar al otro es crucial para crear espacios seguros y de apoyo. La escucha activa facilitó una comunicación abierta y respetuosa, permitiendo que pacientes, personal asistencial y acompañantes compartan experiencias y perspectivas libremente.

El 'Círculo de la Palabra' es una técnica eficaz para promover el intercambio de conocimientos y experiencias. Permite que cada participante exprese sus ideas y sentimientos, favoreciendo una comprensión compartida y la colaboración para enfrentar desafíos. Basado en tradiciones de comunidades indígenas, este método facilita conversaciones de confianza sobre temas comunes, creando un espacio para que las personas intercambien experiencias, ideas y emociones, y fomenten el aprendizaje y la enseñanza mutua (Aristizabal, M; Castaño, G, 2018, p. 22).

Esta técnica promueve la participación equitativa y la empatía, y ofrece un espacio para reflexionar sobre prácticas y experiencias, contribuyendo al desarrollo de habilidades como la comunicación, la resolución de conflictos y la gestión del estrés. Integrar el 'Círculo de la Palabra' en el entorno clínico fortalece la colaboración y establece bases sólidas para una atención de calidad centrada en el respeto y la comprensión mutua.

4.3 Niveles de la intervención

La **intervención promocional** es importante porque empodera a las personas, permitiéndoles tomar un rol activo en la mejora de su calidad de vida. Al enfocarse en la motivación, la participación y la autonomía, esta intervención no solo aborda las necesidades inmediatas, sino que también fortalece la capacidad de los individuos y grupos para enfrentar desafíos futuros de manera sostenible y proactiva.

Está orientada a potenciar capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades- afectadas por diversas situaciones- despliegan para asumir cambios y dificultades (Vélez Restrepo, 2003, p.70).

En el contexto de la Clínica las Américas, se busca promover hábitos y valores fundamentales tanto en el personal asistencial como en los pacientes y sus familiares. La promoción de una escucha activa, un servicio respetuoso y humanizado, y el fomentar un ambiente seguro fueron clave para que los pacientes y sus acompañantes se sintieran cómodos y bien atendidos. Este enfoque contribuyó a mejorar la experiencia en la clínica, desarrollando un entorno de apoyo y respeto que beneficia tanto al bienestar físico como emocional de quienes reciben atención.

Por otra parte, la intervención también se enfoca en un nivel preventivo en pacientes de larga estancia, anticipándose a problemas que puedan surgir durante su internación. A través de la identificación de factores de riesgo y la intervención temprana, el TS busca fortalecer el bienestar de los pacientes y minimizar el impacto de situaciones adversas.

Mediante la educación y la sensibilización, se promueve un entorno seguro y saludable, asegurando que los pacientes reciban el apoyo necesario para evitar que las dificultades de salud se agraven. Este enfoque se fundamenta en la “estimulación de actitudes proactivas que permiten a las personas, grupos y comunidades prepararse para disminuir o contrarrestar la vulnerabilidad social frente a ciertos eventos” (Vélez Restrepo, 2003, p. 72).

Por último, el TS en la Clínica Las Américas no solo se centra en atender las necesidades inmediatas de los pacientes, sino que también apuesta por una intervención preventiva que fortalezca su capacidad para enfrentar posibles complicaciones. Al crear un entorno que promueve la seguridad y el bienestar integral, se contribuye a una experiencia de atención más satisfactoria.

4.4 Selección de los participantes

La selección del grupo poblacional se realizó en dos vías, primero un grupo compuesto por pacientes que han estado hospitalizados por más de 15 días, la mayoría de los cuales padecen distintos tipos de cáncer, además de sus familiares o acompañantes. Este grupo es diverso en términos de edades, estados de enfermedad y necesidades médicas, lo que proporciona una rica variedad de experiencias y perspectivas sobre el proceso de tratamiento y estancia hospitalaria.

Cabe destacar que desde el momento que inició la práctica hasta que se dio fin logré realizar un total de 1.010 visitas de cortesía, entre los meses de febrero a Agosto; desde el mes de mayo que se dio inició a la propuesta de intervención, hasta Agosto se realizaron un total de 563 visitas

de cortesía, y para el momento de la proyección del alcance de las visitas de cortesías renovadas con el componente de círculo de la palabra se pretendía tener un alcance de 150 personas.

Por otro lado, se implementaron talleres dirigidos al personal asistencial, de 15 unidades de hospitalización que hay actualmente en la clínica, se descartaron 6 unidades incluyendo la unidad de aislamiento, las 2 unidades de cuidados intensivos, la unidad de cuidados especiales general, el área de maternidad y la unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos, esto debido a la alta demanda de atención que hay en estos pisos, quedando un total de 8 servicios donde se podría realizar la intervención.

Teniendo en cuenta lo anterior la proyección se realizó hacía 8 unidades que cuentan con 2 enfermeras jefes y 3 auxiliares por cada una de ellas, 2 auxiliares en el ala norte del piso, 2 en el ala sur y 2 en el botiquín. para un total de 64 enfermeras con las que se podría realizar la intervención. En estos grupos, también participaron hombres y mujeres de diversas edades, lo que enriqueció el intercambio de experiencias y perspectivas.

Para garantizar la continuidad de la atención a los pacientes durante la actividad, el taller se dividió en 2 mitades, permitiendo que el personal participara sin desatender sus responsabilidades, cabe resaltar que todos los talleres con el personal se brindaron en un mismo horario estratégico, conciliado con las jefes de enfermería en momentos donde ellas consideraron que no había mucha demanda de servicio en el piso ya que de dos a cuatro pm habían terminado sus rondas de monitoreo y de asistencia con la alimentación a pacientes.

Finalmente, la estructura del taller fue clave para abordar temas como la comunicación efectiva, la resolución de conflictos y el manejo del estrés, promoviendo un entorno de trabajo más colaborativo y eficiente.

4.5 Fundamentación Teórica

Para la propuesta de intervención como base teórica se planteó el **construccionismo social**, López (2013) retoma a Gergen, considerado el padre del construccionismo social, quien a su vez se basa en postulados de Berger y Luckmann, indicando que la realidad social de los seres humanos es construida por medio de patrones sociales y culturales que son formados, negociados y reformados en la base de las prácticas sociales diarias; además de lo anterior, se hace necesario

mencionar que el medio principal en el que se construyen los patrones sociales y culturales es el lenguaje y los procesos comunicativos cotidianos que se dan en la sociedad.

Estos autores plantean que la realidad social es constantemente construida, de-construida y re-construida como un proceso por medio de las interacciones sociales, establecidas a través del lenguaje, siendo este el recurso de acumulación y comunicación de los conocimientos.

De esta manera al reconocer que la realidad es construida por los individuos, el construccionismo social permite entender que la experiencia del paciente no se limita únicamente a su diagnóstico médico diferenciado. sino que también, implica una variedad de aspectos interrelacionados, como sus emociones, valores, creencias y relaciones sociales, por ende, al abordar estas múltiples dimensiones de la experiencia del paciente, se pueden diseñar intervenciones más efectivas y centradas en el paciente que atiendan sus necesidades de manera integral.

4.6 Áreas de intervención

Intervención socio familiar y salud

En la presente propuesta de intervención tomó relevancia la intervención socio familiar, reconociendo que esta se hace necesaria en el momento de ejecución. En un primer momento, en el ejercicio diagnóstico se realizó un acercamiento con algunas de las familias (pacientes y cuidadores/as), específicamente con el fin de reconocer e identificar sus reflexiones frente al programa cuidándome te cuido y a su experiencia en la clínica, a través de las visitas de cortesía.

En consecuencia, se hace necesario mencionar que la intervención sociofamiliar representa en sí diversos niveles de intervención según los diferentes grupos poblacionales con los cuales se interviene, puede ser a través de procesos con niños y niñas, jóvenes, mujeres y adulto mayor. En el accionar de la presente práctica esta estrategia de intervención ha sido transversal permitiendo el acompañamiento con el fin de aportar reflexiones alrededor del cuidado, promover la participación de las y los pacientes y sus familias en el proyecto cuidándome te cuido y entrelazar redes de apoyo entre pacientes-familias-Auna. Para TS, la familia es una de las principales áreas de intervención, reconociéndola desde sus diversas configuraciones, demandas, presiones y situaciones (Donoso y Saldias, 1998).

Por otra parte, el TS en salud aborda la salud y la enfermedad desde una perspectiva que va más allá de lo médico, considerando el impacto en la vida social del individuo, es así que los trabajadores sociales se centran en mantener la salud mediante la intervención en problemas sociales que afectan al paciente a nivel individual, familiar y comunitario; su labor facilita la identificación de factores de riesgo derivados de las condiciones socioeconómicas, demográficas y culturales del paciente, lo que contribuye a diagnósticos más completos y planes de tratamiento más eficaces por parte del equipo de salud; como se menciona en la ley 53 de 1997, documento que rige el TS en el sistema de salud colombiano: .

Los trabajadores sociales están en capacidad de identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud, desarrollando su labor al interior de las instituciones de salud y en los diferentes espacios y escenarios sociales (hogar, trabajo, estudio). Así, la profesión, enmarcada desde el enfoque de derechos, promueve acciones de participación social y comunitaria para el fomento de la salud, buscando la participación y la veeduría ciudadana en los procesos de atención y aseguramiento en salud (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014, pp.15-16).

El TS en salud se enfoca en la promoción, prevención y atención, garantizando que la atención sea accesible e integral, de esta manera la participación social es un componente esencial en este proceso, ya que permite que las comunidades se involucren activamente en la mejora y vigilancia de los servicios de salud.

En conclusión, desde un enfoque de derechos, los trabajadores sociales promueven la participación comunitaria y sociofamiliar para fortalecer los sistemas de salud, procurando que las intervenciones estén alineadas con las necesidades de la población y que se garanticen los derechos de todos los pacientes, ofreciendo un servicio psicosocial adecuado y humanizado.

4.7 Plan de acción.

Tabla 3

Taller

Actividad N.1 Taller	Fecha:
Nombre de la Actividad	Cuidarte para Cuidar: Empatía, Bienestar y Gestión Emocional en el Trabajo.
Objetivos	Fomentar encuentros de escucha activa, promoviendo la comunicación asertiva y empática en el personal asistencial para mejorar la experiencia de los usuarios.
Indicador de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de personal asistencial a la que se le brinda el taller de Cuidarte para Cuidar. ● Porcentaje de actividades realizadas satisfactoriamente. ● Porcentaje de satisfacción.

Descripción metodológica de la actividad			
1. Bienvenida: presentación: Nombre de forma general se hablará del proyecto y las intenciones de este.			
2. Actividad rompe hielo: Meditación guiada y compartir de alimentos.			
3. Actividad central:			
En un primer momento se realizan preguntas sobre la empatía, manejo del estrés y resolución de conflictos abriendo espacio para hablar sobre las propias experiencias y utilizándolas de ejemplo para destacar la importancia de la empatía hacia las situaciones y necesidades específicas de cada paciente, que deben ser atendidas con respeto, sin necesidad de experimentar la enfermedad para comprenderlo. También sobre la mediación de conflictos, recordando los derechos y deberes de los pacientes, y se les alienta a apoyarse en el área de experiencia del usuario y TS para evitar que situaciones se agraven. Además, se aborda la gestión del estrés, enfatizando que, aunque es crucial no reprimir nuestras emociones, estas no deben proyectarse en los pacientes o sus acompañantes.			
4. Cierre: A partir de los comentarios, se genera la reflexión sobre la importancia del manejo adecuado de las emociones y la empatía en la atención a los pacientes, subrayando cómo estas habilidades impactan positivamente en el bienestar y la experiencia del usuario. Se hace hincapié en las rutas que ofrece la clínica para el personal, como el servicio de psicología desde talento humano, que brinda apoyo emocional, y el espacio Oasis, un lugar de esparcimiento donde el personal puede relajarse y utilizar sus instalaciones. Además, se recuerda que cada jefe de piso puede autorizar a los auxiliares a tomar hasta 15 minutos de pausa activa para un momento de reflexión y descanso en sus actividades.			
Lugar	Duración	Frecuencia	Horario
Diferentes servicios	1 hora	Única vez	2-3 Pm o 3-4pm
Recursos destinados a la actividad			
Recursos humanos. La responsabilidad de planificar y llevar a cabo la presente actividad está a cargo de la practicante María Paula Rendón Vásquez.			
Recursos materiales			
<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura de los diferentes servicios para llevar a cabo la actividad • Manual derechos y deberes de los usuarios • Refrigerio 			
Responsable: María Paula Rendón			

Tabla 4

Círculos de la palabra

Actividad N. 2 Círculos de la palabra	Fecha:
Nombre de la Actividad	Visitas de Cortesía renovadas: Cuidando con empatía y cercanía
Objetivos	Promover las visitas de cortesía como herramientas fundamentales que apoyan y respaldan la experiencia de las y los pacientes, mejorando la satisfacción a través de encuentros de escucha activa que facilitan la identificación y gestión de sus necesidades.
Indicador de evaluación	Cantidad de pacientes a las que se les brinda Visita de cortesía renovada Porcentaje de visitas de cortesía renovadas y porcentaje de visitas de cortesía clásicas.
Descripción metodológica de la actividad	
1. Presentación	
Nombre, área encargada y consentimiento de la visita.	
2. Actividad Inicial.	
Encuesta elaborada por la clínica y aplicada en la visita de Cortesía.	
3. Central:	
Se abrió un espacio de conversación con los pacientes y/o sus familiares o acompañantes, donde compartían sus experiencias. Según las necesidades identificadas, se abordaban temas como:	
Comunicación Asertiva, brindando herramientas que ayuden a los pacientes y sus acompañantes a expresar de manera clara y respetuosa sus necesidades y preocupaciones durante su estancia en la clínica.	
Resolución de Conflictos, facilitando el acceso a mecanismos formales de quejas a través del equipo de experiencia y TS, asegurando que las inquietudes sean abordadas sin confrontaciones, mejorando así la calidad del servicio y evitando la prolongación de situaciones incómodas.	

<p>Manejo del Duelo, ofreciendo apoyo emocional y recursos que permitan a los pacientes y sus familias enfrentar el proceso de duelo de manera saludable, facilitando la expresión de sus sentimientos.</p> <p>Manejo del Estrés y la Ansiedad. Proporcionar técnicas prácticas, como ejercicios de respiración, relajación guiada y estrategias de afrontamiento, para ayudar a los pacientes y sus acompañantes a reducir el estrés y la ansiedad durante la hospitalización, promoviendo un ambiente más tranquilo.</p> <p>4. Cierre: Entrega de un obsequio o un cuadernillo de mándalas para colorear, diseñado como recurso para gestionar el estrés y la ansiedad asociados con la estancia prolongada en la clínica. Este se acompaña de una reflexión personalizada, creada en base a las necesidades y observaciones de cada paciente</p>			
Lugar		Duración	
Diferentes servicios		A necesidad.	
Recursos destinados a la actividad			
Recursos humanos La responsabilidad de planificar y llevar a cabo la presente actividad está a cargo de la practicante María Paula Rendón Vásquez.			
Recursos materiales			
<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura de las habitaciones ubicadas en los diferentes servicios. • Equipo móvil para la aplicación de encuestas • Manual derechos y deberes del paciente • Libro de Mándalas, obsequios varios. 			
Responsable: María Paula Rendón			

5 Sistema de evaluación y seguimiento

5.1 Construcción de indicadores de proceso

Tabla 5

Indicadores de proceso

OBJETIVO	INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Propiciar encuentros de escucha activa, creando espacios donde tanto el personal asistencial como pacientes se sientan valorados, comprendidos y apoyados en sus necesidades emocionales, facilitando una comunicación efectiva y empática.	<p>Porcentaje de personal asistencial a la que se le brinda el taller de Cuidarte para Cuidar.</p> <p>Porcentaje de actividades realizadas satisfactoriamente.</p> <p>Porcentaje de satisfacción.</p>	<p>Personas que se les realizó x100/meta de personas propuestas.</p> <p>Actividades realizadas x100/meta actividades propuestas.</p> <p>Personas que manifestaron satisfacción por el encuentro x100/ personas que asistieron.</p>
<p>Promover la importancia de las visitas de cortesía, destacando su relevancia como un componente esencial para mejorar la experiencia del paciente y subrayando su impacto en el bienestar y la satisfacción general.</p> <p>Facilitar la expresión de vivencias, proporcionando un ambiente en el que pacientes y cuidadores puedan compartir y reflexionar sus experiencias en la clínica, fomentando un diálogo abierto que contribuya a una atención más oportuna.</p>	<p>Cantidad de pacientes a las que se les brinda Visita de cortesía renovada</p> <p>Porcentaje de visitas de cortesía renovadas y porcentaje de visitas de cortesía clásicas.</p>	<p>No. de visitas renovadas X 100/ No. de visitas Proyectadas= población alcanzada en porcentaje</p> <p>No. de visitas renovadas X 100/ No. de visitas clásicas= Equivalentes a porcentaje de visitas renovadas</p>

5.2 Resultados Cuantitativos

Indicadores actividad 1 Talleres

Tabla 6

Indicadores Talleres

De actividades ejecutadas	$3 \times 100 / 10 = 30\%$
De alcance	$\frac{36 \times 100}{64} = 56,25\%$
De satisfacción	$\frac{36 \times 100}{36} = 100\%$

Indicadores actividad 2 Círculos de la palabra

Tabla 7*Indicadores Círculos de la palabra*

De alcance	$\frac{97 \times 100}{150} = 64,66\%$
De actividades ejecutadas	$\frac{97 \times 100}{563} = 17,22\%$

5.3 Resultados generales

5.3.1 Talleres

Porcentaje de actividades realizadas satisfactoriamente. Se logró un 30% de las actividades propuestas, lo que indica un nivel de cumplimiento moderado.

Porcentaje de alcance. El alcance fue de un 56,25%, reflejando un nivel de participación aceptable, aunque con oportunidad de mejora.

Porcentaje de satisfacción. La satisfacción de los participantes fue del 100%, un indicador altamente positivo. A pesar del cumplimiento moderado en las actividades y la asistencia, las actividades realizadas cumplieron ampliamente con las expectativas y necesidades del personal.

5.3.2 Círculos de la Palabra

Porcentaje de población alcanzada. Se alcanzó un 64,66% de la meta propuesta, reflejando un buen nivel de cobertura, los Círculos de la Palabra lograron llegar a una parte significativa de la población objetivo.

Porcentaje de visitas de cortesía renovadas y ejecutadas. De 563 visitas de cortesía desde el mes de mayo hasta agosto, el equivalente de las visitas renovadas fue de 17,22% renovadas lo que se traduce a 97 visitas de cortesía; y el otro 82,77% corresponde a 466 visitas clásicas.

5.4 Resultados cualitativos

Durante los talleres de enfermería, se destacó la participación de cinco personas del área de experiencia al usuario, quienes, aunque no pertenecían al grupo originalmente destinado, mostraron un notable interés en los temas abordados; su inclusión fue vista como beneficiosa, ya que los

conocimientos impartidos en estas sesiones fortalecen el trabajo diario, mejorando la interacción con los pacientes.

Además, este interés reflejó la relevancia del trabajo multidisciplinario, evidenciando cómo diferentes áreas dentro de la clínica pueden beneficiarse de compartir experiencias y conocimientos, lo que, a su vez, mejora la calidad de atención y la experiencia de las y los pacientes.

Por otra parte, las visitas de cortesía renovadas con el componente de Círculos de la Palabra se llevaron a cabo según las necesidades específicas identificadas en cada paciente, durante estas visitas, se abordaban temas tan variados como el duelo, la resolución de conflictos y la comunicación asertiva, adaptándose a las preocupaciones y emociones de cada individuo.

Como practicante, es especialmente gratificante poder compartir conocimientos con personas en situación vulnerable, ya que esto contribuye de manera significativa a su bienestar emocional y este tipo de intervención compete al ámbito del TS, y es lo que permite poner en práctica habilidades esenciales para el desarrollo profesional y personal, fortaleciendo la capacidad para enfrentar desafíos en el futuro.

Sin embargo, es importante mencionar que este componente no se aplicaba en todas las visitas de cortesía, ya que la mayoría de los pacientes reportaban una experiencia muy satisfactoria en la clínica y no identificaban áreas claras de mejora; esto destaca que, si bien es esencial brindar apoyo a quienes lo necesitan, también es crucial reconocer cuando los pacientes se encuentran satisfechos y no requieren intervenciones adicionales.

Es importante señalar que la duración del periodo de prácticas, de seis meses, presenta un desafío significativo para desarrollar las actividades en su totalidad; el tiempo limitado dificulta la implementación completa de proyectos en una institución tan grande, donde la alta rotación de personal y pacientes añade una capa adicional de complejidad.

Finalmente, este factor subraya la importancia de una planificación cuidadosa y eficiente, así como la necesidad de priorizar las intervenciones más críticas dentro del tiempo disponible. A pesar de estas limitaciones, cada actividad realizada aporta al crecimiento integral del estudiante de TS, preparando a futuros profesionales para desempeñarse con competencia en entornos dinámicos y exigentes.

6 Reflexiones Finales

En la Clínica Las Américas, la empatía, la escucha activa, la comunicación asertiva y la resolución de conflictos juegan un papel fundamental en la calidad de la atención y en la experiencia tanto de pacientes y sus acompañantes como del personal asistencial. Estos elementos son bidireccionales, significando que la empatía y la comunicación efectiva deben fluir en ambos sentidos: del personal hacia los pacientes y viceversa.

La comunicación asertiva permite a los pacientes y sus familiares expresar claramente sus necesidades y preocupaciones, mientras que el personal puede explicar y ajustar los procesos y tratamientos de manera comprensible. Este intercambio abierto no solo facilita una mejor comprensión mutua, sino que también promueve conciliaciones efectivas y resuelve conflictos de manera constructiva.

Además, el trabajo en equipo es esencial para una atención de calidad. Un personal que se siente apoyado y valorado tiende a estar más comprometido y satisfecho, lo que contribuye a un ambiente de trabajo positivo. Este bienestar del personal se traduce en una atención más eficaz y una experiencia más positiva para los pacientes, mostrando cómo el cuidado del equipo impacta directamente en la calidad del servicio brindado.

Aunado a esto el poder implementar los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria y compartirlos en un entorno profesional no solo refuerza lo aprendido, sino que también contribuye al crecimiento personal. El intercambio de saberes en estos contextos permite afianzar conceptos clave, ya que, al explicar y expandir ideas a otros, se consolidan las competencias necesarias para el ejercicio profesional.

Del mismo modo, la práctica de la resolución de conflictos y la aplicación de técnicas de comunicación durante las sesiones subrayan la importancia de llevar las teorías aprendidas en la universidad a situaciones reales. Este proceso no solo enriquece a los profesionales involucrados, sino que también tiene un impacto directo en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

Por otra parte, desde el TS se pudo proporcionar un acompañamiento crucial en el entorno multidisciplinario, orientando mejor los servicios y apoyando al equipo asistencial, como trabajador social se pudieron identificar las necesidades específicas de pacientes y familias, coordinando con otros profesionales para ofrecer una atención integral. También gestionan quejas, solicitudes y oportunidades de mejora, utilizando la retroalimentación para implementar ajustes en

el servicio. Este enfoque optimizó la atención y fortaleció la colaboración entre equipos, asegurando un ambiente más eficiente y centrado en el bienestar del paciente.

Finalmente, cuando se manejan adecuadamente estas habilidades, se reduce el malestar y la inconformidad, lo que mejora la experiencia del paciente y apoya una recuperación óptima. La implementación de estas técnicas ayudó a crear un entorno donde el bienestar general se maximiza, reflejando la importancia de una interacción empática y bien gestionada en el entorno clínico.

7 Conclusiones

La experiencia práctica evidenció que el desarrollo profesional en contextos clínicos requiere un enfoque multidisciplinario y un manejo adecuado de habilidades sociales y emocionales. La comunicación asertiva y la empatía resultaron esenciales para fortalecer las relaciones entre pacientes, familias y personal asistencial, generando un impacto positivo en la calidad de la atención. Además, el intercambio de saberes entre distintas áreas dentro de la clínica destacó la importancia de la colaboración para optimizar los resultados en la atención integral.

Se reconoció la necesidad de una atención diferenciada, entendiendo que cada paciente presenta demandas psicosociales únicas. Las visitas de cortesía abordaron temas como el duelo y la resolución de conflictos según las necesidades específicas de cada individuo; sin embargo, también se evidenció que no todos los pacientes requerían intervenciones adicionales, lo que permitió priorizar recursos y respetar la experiencia satisfactoria de quienes no demandaban cambios en el servicio recibido.

El tiempo limitado de la práctica, de seis meses, representó un desafío importante para implementar proyectos en su totalidad, especialmente en una institución de gran magnitud con alta rotación de pacientes y personal. Este contexto resaltó la necesidad de planificar de forma eficiente, priorizando intervenciones críticas y fortaleciendo la coordinación entre equipos multidisciplinarios, lo que a su vez permite maximizar el impacto en el bienestar de los pacientes y en la calidad de los servicios prestados.

Finalmente, para optimizar los procesos y resultados, es esencial promover una mayor integración entre equipos multidisciplinarios, así como fortalecer la formación en habilidades de comunicación y resolución de conflictos. Estos elementos no solo mejoran la experiencia de los pacientes, sino que también contribuyen al bienestar del personal asistencial, evidenciando que el apoyo y la coordinación efectiva impactan directamente en la calidad de los servicios brindados.

8 Recomendaciones

En un principio cabe destacar que las recomendaciones están basadas en la propia experiencia de práctica como el primer acercamiento al ejercicio profesional, en este sentido para mejorar la práctica del TS en la clínica, se sugiere que el área de experiencia del usuario brinde un apoyo más sólido, proporcionando herramientas y recursos que faciliten el desarrollo profesional de los practicantes; este apoyo debe centrarse en ofrecer orientación guiada que fomente la confianza, en lugar de imponer limitaciones, lo que permitirá mejorar y desarrollar las habilidades profesionales.

Además, es crucial establecer guías claras para la recopilación de información de los usuarios. Estas directrices ayudarán a estandarizar el proceso de recolección, asegurando que la información sea consistente y completa. De esta manera, las interconsultas, aunque no sean directamente un ejercicio del practicante, podrán generar un impacto significativo en el perfilamiento del paciente y en el apoyo para la restitución de sus derechos a través de la promoción y prevención, y si es necesario la buena conexión a las redes de apoyo que tiene la clínica como Fundación Auna Ideas.

Por otra parte, es importante ofrecer formación continua no solo a los practicantes sino a todo el equipo de experiencia al usuario, en técnicas de comunicación efectiva, empatía, escucha activa, la resolución de conflictos, las redes de apoyo, el manejo del duelo, entre otras, ya que estas habilidades son esenciales para mejorar la interacción con pacientes y sus familias, garantizando que sus necesidades sean comprendidas y atendidas de manera adecuada.

Finalmente, se debe promover una mayor integración y colaboración entre el TS y otros equipos multidisciplinarios, facilitando reuniones regulares y espacios de intercambio entre profesionales permitirá una mejor coordinación y un enfoque más holístico en la atención al paciente, optimizando los resultados de las intervenciones.

Referencias

- Alcaldía de Medellín. (2019). *Plan de Desarrollo Local Comuna 16, Belén*. Medellín, Colombia
- Aristizabal, M. & Castaño, A. (2018). *Asemillar. Reflexiones pedagógicas para la formación desde la perspectiva crítica del Trabajo Social Intercultural y Decolonial*. Pp 19-35 Pulso & Letra Editores
- Ávila, G. (2021). Diagnóstico social en trabajo social: conceptos clave y metodología para su elaboración. *Margen* (100),1-28
- Bonilla, E. & Rodríguez, P. (2005), *Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales*, Bogotá D. C, Colombia, Editorial Norma.
- Campos, G. y Lule, N. (2012) La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai VII* (13), 45-60.
- Caudillo, A. Z. (2009). La hermenéutica desde el trabajo social. *Savia* (8), 62-67.
- Congreso de la República. (1990). *Ley 10 de 1990 (enero 10): por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993 (diciembre 23): por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Consejo Nacional de Trabajo Social (2018). *Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No 2833 de 1981. Trabajo Social en el sistema de salud colombiano. Perfiles y competencias básicas del Trabajador Social*. Bogotá
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2019). *Código de ética de los trabajadores sociales en Antioquia y reglamento interno del Comité de Ética*. Consejo Nacional de Trabajo Social.
- Direccionamiento estratégico Auna. (2020). *Código de ética y buen gobierno*. <https://www.lasamericas.com.co/Portals/2/pdf/Codigo-version-noviembre-2020.pdf?ver=2020-12-18-140012-450>
- Donoso, M.P; & Saldías, P. (1998). *Modelo de Intervención para el Trabajo Social familiar*. Universidad Católica de Chile, p. 249. Chile
- Fernández, C; Baptista, L. P; & Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill. España
- Galeano Marín, E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo editorial. Universidad EAFIT: Medellín. <https://n9.cl/r7n13>
- Jiménez, D. (2020). Trabajo social con grupos y sus dimensiones de intervención. Revisión documental en América Latina. *Rev. De la Facultad De Trabajo Social*, 34(34), 84–124.
- López, P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta de moebio* (46) pp. 9-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000100002>
- López, R. y Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen* (61), 1-19. <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cartillas de Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial.
- Muletaber, S. S., & Danel, P. M. (2020). Cuidados feminizados en las experiencias rioplatenses de Alzheimer. *Revista Kairós-Gerontología*, 23(4), 231-249. ISSNprint1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP
- Presidencia de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Presidencia de la República.
- Programa del Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea. (2011). *Guía metodológica para la sistematización de herramientas para la gestión de riesgo*. DIPECHO. <https://bit.ly/33KOofb>
- Promotora Médica las Américas Auna S.A. (2021). *Reseña histórica. Clínica las Américas Auna*. <https://clinicalasamericas.lasamericas.com.co/quienes-somos/resena-historica>
- Promotora Médica las Américas Auna S.A. (2021). *Experiencia del usuario. Clínica las Américas Auna*. <https://clinicalasamericas.lasamericas.com.co/servicio-al-usuario/servicio-magenta>
- Rodríguez, D. (2016) *Diagnóstico Organizacional*. Colombia: Alfaomega Colombiana S.A.
- Santillán, L. (2009). Antropología de la crianza: la producción social de “un padre responsable” en barrios populares del Gran Buenos Aires. *Etnográfica*, vol. 13 (2) pp. 265-289. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/etnografica.1320>
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires, Espacio Editorial
- Zacarías Salinas, X; Uribe Alvarado, I; Gómez Aro, R (2018). Talleres reflexivos con mujeres: una estrategia participativa de investigación y diálogo en contextos comunitarios. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XXIV (47), 115-134. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=316/31655797006>

Anexos

Anexo 1. Ficha bibliográfica

Localización	Fecha:
Descripción	No:
Contenido	Palabras Clave:
Observaciones:	Elaborado por:

Anexo 2. Guía de observación participante

Identificación de la observadora: Practicante de Trabajo Social en la Clínica de las Américas María Paula Rendón Vásquez.

Objetivo: Se observa de manera directa e indirecta las experiencias de las y los pacientes con más de 15 días de hospitalización en la clínica de las Américas sede 80.

Indicación general: La presente observación es de carácter participante

Fecha:

Lugar:

Autora:

Actividad:

Aspectos	Observación
En lo económico	
En lo emocional	
En lo social	
En lo espiritual	
En lo relacional	
Otras problemáticas	

Anexo 3. Consentimiento informado Universidad de Antioquia

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, antes de firmar este consentimiento informado, lea cuidadosamente y solicite explicación en caso de requerir más información o aclarar dudas, a la responsable de la Investigación del presente diagnóstico social.

Objetivo: El objetivo del presente instrumento es conocer desde la voz de las y los pacientes, sus cuidadores, en calidad de acompañantes, familiares amigos y de los distintos profesionales prestadores del servicio en la clínica que viven en el contexto de la Clínica las Américas.

Su participación en el presente proyecto consiste en responder una entrevista semiestructurada a partir de sus conocimientos, vivencias, sentires y experiencias relacionadas con la hospitalización

en la Clínica las Américas. En tal sentido se solicita hacer un registro de audio de la entrevista. Si decide participar, debe brindar información correcta para garantizar la veracidad en los resultados de la investigación, con la salvedad de que no está obligado a responder una pregunta si no lo desea. Mi firma manifiesta mi participación voluntaria en el proyecto de investigación diagnóstica, tal participación voluntaria establece una responsabilidad ética de las personas encargadas de la investigación conmigo. Entiendo que la información que yo brinde sólo será utilizada en el proyecto y que será confidencial.

Fecha:

Responsable:

Entrevistada


**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____, identificada con cédula de ciudadanía número _____ de _____, en condición de entrevistada, autorizo a María Paula Rendón Vásquez a utilizar mi entrevista para la investigación diagnóstica realizada en calidad de practicante de Trabajo Social.

La presente entrevista será únicamente utilizada para fines académicos de la universidad de Antioquia y puede incluir un soporte de audio o imágenes. La ya mencionada grabación de la entrevista cuenta con mi previa autorización.

Por medio de este documento y como entrevistada, me declaro propietaria integral de los derechos sobre la información establecida en la entrevista; por consiguiente, garantizo la autorización del uso del contenido para la investigación sin limitaciones, exonerando de cualquier responsabilidad a la persona a cargo de dicha entrevista.

Firma y cc.

	AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y MEDIOS AUDIOVISUALES	F-CR-3
	Comunicaciones y Relaciones Pública	V.02

Dirigido a: Empleados, médicos y pacientes

Yo, _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, mayor de edad, por medio del presente documento autorizo en forma previa, expresa, libre y voluntaria el uso de mi imagen a Auna Colombia, Promotora Médica Las Américas, Clínica Las Américas Auna sus sedes alternas, y demás filiales: Instituto de Cancerología Las Américas Auna y sus sedes, Laboratorios Las Américas Auna y sus sedes y Fundación Ideas.

Esta autorización comprende el uso y tratamiento de mis derechos de imagen, en fotografías, procedimientos análogos a la fotografía, producciones audiovisuales (videos) y en general todo lo relacionado con medios audiovisuales, en sus formas originales o derivadas, con la finalidad de comunicar, promocionar los servicios o con carácter informativo, educativo de todas las empresas de Auna y Promotora Médica Las Américas.

La autorización aquí otorgada comprende el uso en formato o material de ediciones impresas y se extiende a las diferentes publicaciones y medios de comunicación de la empresa, tales como, sin limitarse a ellas, página web, piezas publicitarias, medios digitales e impresos, redes (intranet, internet, app y todas aquellas conocidas y por conocer), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio de publicación, las cuales podrán ser de conocimiento público, con divulgación tanto interna como externa y sin limitación geográfica o territorial alguna.

Conozco que las publicaciones no revelarán mis datos registrados en las bases de datos de Auna en Colombia y de Promotora Médica Las Américas y sus filiales; tales como nombres y apellidos, identificación, dirección, teléfonos, correos electrónicos, y que en caso de revocar la autorización y desee ser retirado de dichas publicaciones, lo haré conocer por escrito, enviando un comunicado a la Carrera 70 No. 1 - 141 Local 480 de Medellín o un mensaje de correo electrónico a protecciondatospersonales@lasamericas.com.co

Se firma en (ciudad) _____, el (día) _____ de (mes) _____ del (año) _____

Nombre completo: _____

Identificación: _____

Dirección: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono celular: _____

e-mail: _____

Autorizo: Si No

Firma: _____

Anexo 5. Entrevista semiestructurada

Entrevista como requisito de la Universidad de Antioquia para diagnóstico social, estudiante María Paula Rendón Vásquez documento 1214738574.

Objetivo: La siguiente entrevista realizada por la practicante de Trabajo Social María Paula Rendón Vásquez, tiene como propósito recopilar información para llevar a cabo el diagnóstico social solicitado por la Universidad de Antioquia como parte de las prácticas en Clínica Las Américas. El objetivo principal es comprender los efectos psicosociales de la estancia prolongada de pacientes hospitalizados a largo plazo. Se tiene previsto entrevistar a una muestra poblacional que consta aproximadamente de 10 a 15 personas, incluyendo pacientes, profesionales de la clínica, acompañantes y/o familiares a excepción de aquellos que estén aislados y de pacientes pediátricos. Es importante aclarar que cada entrevista contará con el consentimiento informado de la Clínica y de la Universidad. Éstas son todas las preguntas:

1. ¿Cuál es su nombre? (Todos)

2. ¿Cuántos años tiene? (Todos)
3. ¿A qué se dedica? (Todos)
4. ¿Cuál es su lugar de residencia? Es decir, barrio o municipio donde vive, no es necesaria la dirección. (pacientes y/o familiares-acompañantes)
5. ¿Qué servicios ha utilizado en la clínica? (pacientes y/o familiares-acompañantes)
6. ¿Cómo considera la experiencia en dicho servicio? (pacientes y/o familiares-acompañantes)
7. ¿Quiénes son los familiares, acompañantes o amigos encargados del cuidado y acompañamiento del paciente en la clínica? (únicamente familiares/acompañantes)
8. ¿Qué criterio tuvieron en cuenta para elegir a estas personas? (únicamente familiares/acompañantes)
9. ¿En su opinión, en qué consistiría una buena experiencia en la clínica? (Todos)
10. ¿Qué aspectos considera que pueden afectar negativamente su experiencia en la clínica? (Todos)
11. Durante su estancia prolongada en la clínica ¿qué sensaciones ha experimentado? (únicamente pacientes)
12. ¿Qué transformaciones han identificado de tipo económico, afectivo y relacional en el paciente y en la familia a partir de la estancia en la clínica? (únicamente familiares/acompañantes)
13. ¿Qué medio de transporte utilizan para desplazarse a la clínica? (únicamente familiares/acompañantes)
14. ¿Cómo se alimentan en la clínica? (únicamente familiares/acompañantes)
15. Desde su lugar profesional ¿cómo percibe a los pacientes y a sus familias durante su estancia en la clínica? (Profesionales de Clínica)
16. En su opinión, ¿Cuáles son las principales necesidades de los pacientes y sus familias durante su estancia en la clínica? (Profesionales de Clínica)
17. ¿Qué aspectos en la atención al paciente considera que podrían contribuir para mejorar la experiencia de los pacientes y sus familiares durante el tiempo de hospitalización? (Profesionales de Clínica)

Anexo 6. Meditación Guiada implementada en los talleres.

Bienvenidos a este espacio de meditación. Hoy, vamos a enfocarnos en el arte de dejar ir y en la importancia de no aferrarnos a las cargas emocionales que encontramos en nuestra labor diaria.

Comencemos encontrando una posición cómoda. Cierra los ojos suavemente y toma una profunda respiración, inhalando calma y exhalando cualquier tensión.

A medida que respiramos, quiero que imagines un río tranquilo. Este río simboliza el flujo de la vida, siempre en movimiento, siempre cambiante. Las personas que encontramos, las palabras que escuchamos son como hojas que flotan en este río. Observa cómo se mueven, sin aferrarse a ellas. Simplemente permitirles fluir.

Recuerda que, en nuestra profesión, encontramos muchas emociones fuertes. Los pacientes y sus familias pueden proyectar su dolor, miedo y frustración. Pero estas emociones les pertenecen a ellos, no a nosotros. Somos un canal de apoyo, no un recipiente de sus cargas.

Cada vez que sientas que te cargas con la energía de los demás, recuerda este río. Deja que esas emociones fluyan y se disuelvan en el agua, sin retenerlas. Tu papel es estar presente, no absorber.

Ahora, reflexionemos sobre el concepto de impermanencia. La vida es un viaje, y cada encuentro es una parada temporal. Las personas que pasan por nuestras vidas nos dejan enseñanzas, pero no debemos quedarnos anclados en su dolor. Honremos nuestro papel con compasión, pero mantengamos nuestra paz interior intacta.

Mientras continuamos respirando, siente cómo cualquier peso emocional que hayas cargado comienza a desvanecerse. Imagina que tu mente y tu corazón son ligeros, llenos de claridad y tranquilidad.

Vamos a recordar cuando anhelamos con pasión esta profesión, este momento y como nos debemos enorgullecer de que nos estamos cumpliendo y cada día alcanzando una meta y siendo nuestra mejor versión

Anexo 7. Evidencias Fotográficas-Tablas de asistencia Talleres

Actividad: Taller - Cuidarte Para Cuidar: empatía, bienestar y gestión emocional en el trabajo		Ubicación: Clínica las Américas-Sede 80
Causa: Prácticas-Trabajo Social		Servicio: Hospitalización
Responsable: Maria Paula Rendón Vásquez		Fecha: 28/05/2024
		Hora: 2:00pm
Nombre	Cargo	Área
1. Sara Maria Sossa	Enfermera	UCE Coronarios
2. Oveida fernanda	Aux. Enfermería.	UCE Coronarios
3. J ^a Glens Marin A	Aux enfermería	UCE Coronario
4. Paulo A Sanchez	enfermera	UCE Cordio
5. Alacarla Salazar Lopez	Medica	UCE Cordio
6. Iolva Fernando Tobos	Aux enfermería	UCE Cordio
7. Juliana Holguin B.	Aux Enfermería	P3T3
8. Marcela Calle R	Aux enfermería	P3T3
9. Van Dany Gallardo J.	Aux enfermería	P3T3
10. Gloria Rios	Aux Enfermería	P3T3
11. Daniela Sanchez S.	aux enfermería	T3 P7
12. Daniela Rendón	Aux Enfermería	T3 P7
13. BIBIANA ABOYNE	Aux Enfermería	U T3 P7


Actividad: Taller - Cuidarte Para Cuidar: empatía, bienestar y gestión emocional en el trabajo		Ubicación: Clínica las Américas - 80
Causa: Prácticas-Trabajo Social		Servicio: Hospitalización
Responsable: Maria Paula Rendón Vásquez		Fecha: 17/06/2024
		Hora: 2:00 pm
Nombre	Cargo	Área
1. Juan Tascas J	Capatzen	gno 63
2. Leidy Giraldo Ruiz	Enfermero	T3 P7
3. Kelly Jánchez	Aux. Enfermería	T3 P7
4. Yocelyn Cans	Secretaria	T3 P7
5. Sandra Patiño	Información	T3 P7
6. Verónica Vega Guerra	Información	T3 P7
7. Beatriz Elena Armas	Analista Experiencias	Experiencia del Usuario
8. J ^a AOC	Area Ac Esm	T4 P1
9. CRISTINA MARY P.	Aux enfermería	T4 P1
10. YOLANDA JIMENEZ	Aux de Esm	T4 P1
11. Sebastian Escobar S	Aux de Esm	T4 P1
12. Diomari Trujillo C	Aux enfermería	T4 P7
13. KATINE VIKAS	Aux enfermería	T4 P1

Actividad:		Ubicación: Clínica las Américas - Sección 80	
Taller: Cuidante Para Cuidar <small>empatía, bienestar y gestión emocional en el trabajo</small>		Servicio: Hospitalización	
Causa:		Fecha: Julio 24 - 2024	
Prácticas - Trabajo social		Hora: 3:00 pm	
Responsable: María Paula Rendón Vásquez			
	Nombre	Cargo	Área
1	Judith M. de V.	Enfermera	9PTD
2	María Camilatu Pardo	AUX ENFERMERIA	4PT3
3	Edith Cabero	AUX ENFERMERIA	UTD3
4	María José Ruiz Anzures	Músico	Experiencia al usuario
5	Anderson Malina Pico	Músico	Experiencia al usuario
6	Gandina Centeno	Enfermera	UCE
7	Shirley Jannet Barahona	Enfermera	H4T0
8	Roxanael Ojalvo	Aux. enfermería	Hospitalización
9	Keymark Flores A.	Aux. enfermería	Hospitalización
10	Claudia P. Anoyave	Aux. Enfermería	Hospitalización
11			
12			
13			

Intervención con pacientes




Anexo 8. Formato encuestas visitas de cortesía



¿Nos darías tu autorización? Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente sobre protección de datos personales, te informamos que esta información será utilizada con fines estadísticos y para conocer tu satisfacción con nuestros servicios y su uso estará acorde a nuestra política de protección de datos personales que encuentras en el siguiente enlace <https://n9.cl/g33qc>

Sí
 No

Powered by Qualtrics



1. Al momento de ingresar a la hospitalización:

Has encontrado limpia la habitación

Sí
 No

La cama es cómoda

Se tenían todos los implementos necesarios en el baño

2. ¿Qué tan satisfecho estás con nuestro Personal de Enfermería?

Enfermeros Profesionales

Nada Satisfecho
 Poco Satisfecho
 Satisfecho
 Muy Satisfecho
 Totalmente Satisfecho

Auxiliares de Enfermería

Auxiliares de Enfermería

3. El Personal de Enfermería encargado de tu atención: Brinda el servicio adecuado

Nunca
 A veces
 Siempre

Responde al llamado de Enfermería de manera oportuna

4. ¿Qué tan satisfecho estás con nuestros Médicos?

Medico de Turno/Hospitario

Nada Satisfecho
 Poco Satisfecho
 Satisfecho
 Muy Satisfecho
 Totalmente Satisfecho

Medico Tratante/Especialista

5. Los Médicos encargados de tu recuperación:

7. Respecto al servicio de Nutrición:

Los alimentos se entregan a tiempo

Sí
 No
 No aplica al paciente

Se brinda variedad en la alimentación de acuerdo a tu dieta

Los alimentos se encuentran a la temperatura adecuada

8. ¿Qué tan satisfecho estás con el proceso de Admisión al momento de tu ingreso?


Nada Satisfecho
 Poco Satisfecho
 Satisfecho
 Muy Satisfecho
 Totalmente Satisfecho

9. Hasta la fecha, ¿Qué tan satisfecho estás con el servicio de Hospitalización?

Nada Satisfecho
 Poco Satisfecho
 Satisfecho
 Muy Satisfecho
 Totalmente Satisfecho

10. ¿Tienes algún Comentario, Sugerencia o Felicitación para el servicio de Hospitalización?

Powered by Qualtrics



Indica tu Clínica:

Clínica Las Américas Auna sede 80
 Clínica Las Américas Auna sede Sur

Nombre del paciente:

Cédula del paciente:

Número de habitación:

Powered by Qualtrics