



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

A través de la palabra, un pedazo de tela y papel, fortalecemos la ética del cuidado

Jhonatan Mateo Ríos Carmona

Informe de práctica presentado para optar al título de Trabajador Social

Asesora

Natalia Andrea Arroyave Botero, Trabajadora Social

Asesoras Institucionales

Claudia Yanneth Correa García – Coordinadora Terapias de Apoyo

Marielly Jaramillo Arboleda – Líder Trabajo Social

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Trabajo Social

Medellín, Antioquia, Colombia

2026



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita

(Ríos Carmona, 2026)

Referencia

Ríos Carmona, J. M. (2026). *A través de la palabra, un pedazo de tela y papel, fortalecemos la ética del cuidado*. [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 conexo

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a las Diosas y Dioses del universo por inspirarme y sostenerme en espíritu, mente y cuerpo durante todo mi proceso de práctica y escritura del presente informe. En segundo lugar, a mi madre la señora Gloria Elena Carmona Londoño, quién con su amor celestial y apoyo incondicional hizo que todo este proceso fuese posible. En tercer lugar, a cada uno de los integrantes del grupo de los SuperE y miembros de la Asociación ASANAFE, con el propósito de recordarles que siempre es posible. En cuarto lugar, dedico este trabajo al equipo clínico asistencial, terapéutico y artístico que representado en el Dr. Juan Pablo Londoño, en el Dr. Jorge Ospina, las y los residentes, la terapeuta María Aurora Gallo y la teatrera y actriz Beatriz Ángel, los cuales desde muchos años atrás han acompañado mi proceso académico y de recuperación.

Agradecimientos

Agradezco con infinito amor a las Diosas y Dioses del universo por su luz inconmensurable; a mi madre por haber creído en mí y brindado soporte cuando en su momento nadie más lo hizo; a los SuperE por haberme enseñado el valor de la resistencia y la lucha que hay que tener en medio de las dificultades; al Dr. Ospina y al Dr. Juan Pablo; a las y los residentes; a mi madrina y terapeuta María Aurora Gallo; a una de mis maestras espirituales y gran amiga la artista Beatriz; con profunda reverencia a la Universidad de Antioquia por abrirme sus puertas y permitirme estudiar en una de las mejores universidades de nuestra amada Colombia; agradezco a cada ciudadano que con el pago de sus impuestos ayudó a que mi formación fuera cien por ciento gratuita;

Igualmente, a mi asesora académica la profesora Natalia Arroyave por acompañarme en este trasegar y haberme permitido el honor de apreciar su brillantez humana e intelectual; a mis asesoras institucionales Claudia y Marielly por la oportunidad que me brindaron de hacer parte del Hospital Alma Máter de Antioquia; a mi compañera de práctica profesional Laura Sofía C por su apoyo y por haber hecho parte de la elaboración de este informe; a las y los profesionales que me instruyeron durante el proceso de práctica Carolina, Cindy y Alejandro; agradezco especialmente a Alejandro Arismendy, Carolina Cartagena, Diana y Gloria por el conocimiento y tiempo compartido y su amistad genuina y sincera; a mi familia extensa; a mis amigas Sandra Bedoya, Yuliana Mora, Sandra Isaza, Raquel, Sofía, Laura Caicedo, Sara Ospina, y Camila Montoya por su compañía.

Contenido

Resumen.....	11
Abstract.....	12
Introducción	13
1. Contextualización	14
1.1. Situando el objeto de intervención: díada salud-enfermedad un viaje problematizador. ...	14
1.2. ¿De qué maneras comprender la díada salud/enfermedad?	15
1.3. Vivencia “dupla salud-enfermedad” a través de un viaje histórico por los siglos.	18
1.4. Referente teórico: lentes para ver, lentes para guiar.	21
1.5. Marco Conceptual.....	25
1.6. Metodología: Modelo Sistémico.....	29
1.7. ¿Cómo abordar el proceso salud-enfermedad? Conociendo las múltiples perspectivas y enfoques de la salud.....	32
1.8. El proceso salud-enfermedad en el mundo.	36
1.9. El proceso salud-enfermedad en América Latina.	39
1.10. El proceso salud-enfermedad en Colombia.....	41
1.11. El proceso salud-enfermedad en Antioquia-Medellín.	45
1.12. El proceso salud enfermedad transversalizado por el cuidado: Cuidar una eterna dualidad.	47
1.13. Hospital Alma Máter de Antioquia: dinámica territorial y contexto socioeconómico.	49
1.14. Hospital Alma Máter de Antioquia: estructura organizacional y dinámica institucional.	50
1.15. Hospital Alma Máter de Antioquia: sujetos que confluyen en el espacio.	53
1.16. Hospital Alma Máter de Antioquia: situación actual y fuentes de financiación	53
1.17. Hospital Alma Máter de Antioquia: Marco normativo.	54
1.18. Hospital Alma Máter de Antioquia: Trabajo Social.	55
1.19. Mapa de actores.	61

2. Diagnóstico Social.....	64
2.1. Pregunta.....	64
2.2. Objetivo general.....	64
2.3. Objetivos específicos	64
2.4. Fundamentación teórica.	64
2.5. Justificación y diseño metodológico.	69
2.5.1. Descripción de la situación problema.	78
2.5.2. Priorización.	83
2.5.3. Pronóstico de la situación.....	84
2.5.4. Recursos disponibles.....	88
2.5.5. Análisis de contingencia.	90
2.5.6. Estrategias de intervención.....	91
3. Proyecto de Intervención	93
3.1. Introducción.....	93
3.2. Sujetos.....	95
3.3. Justificación.	98
3.4. Objetivos	102
3.4.1. objetivo general	102
3.4.2. Objetivos específicos	102
3.5. Referentes conceptuales	103
3.5.1. Cuidado de sí.....	103
3.5.2. Prácticas de cuidado de sí.	104
3.5.3. Ética del cuidado	105
3.5.4. Diálogo de saberes con conciencia crítica	106
3.5.5. Folleto informativo (tríptico).....	107

3.5.6. Mural participativo	107
3.5.7. Taller reflexivo	108
3.5.8. Asesoría.....	110
3.6. Ruta metodológica	111
3.7. Líneas de intervención	114
3.7.1. Primera línea de intervención: En manos de papel, un acercamiento a la ética del cuidado.....	114
3.7.2. Segunda línea de intervención: Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí.....	124
3.7.3. Tercera línea de intervención: Un mural que une fuerzas.....	126
3.8. Sistema de evaluación y seguimiento	128
3.9 Operativización – Cronograma.....	131
4. Componente de evaluación- seguimiento-informe de proceso de practica	137
4.1. Informe final proceso de práctica profesional.	137
4.2. Informe final proyecto de intervención.....	146
5. Otras memorias - planes de trabajo	152
5.1. Plan operativo inicial.	152
5.1.1. Presentación.....	152
5.1.2. Objetivos	152
5.1.3. Matriz Planeación	153
5.1.4. Cronograma de actividades	158
5.2. Segundo plan operativo de práctica profesional (Noviembre 2025 - Enero 2026)	160
5.2.1. Presentación.....	160
5.2.2. Objetivos	161
5.2.3. Matriz de planeación.....	163
5.2.4. Cronograma de actividades	168

6. Reflexiones sobre la profesión-disciplina de trabajo social en contextos socio-clínicos.	170
Referencias.....	176
Anexos	182

Lista de tablas

Tabla 1 Fases del Modelo Sistémico Trabajo Social.....	30
Tabla 2 Sistema de evaluación y seguimiento	128
Tabla 3 Operativización y Cronograma.....	131
Tabla 4 Cronograma	135
Tabla 5 Matriz de planeación.....	153
Tabla 6 Cronograma de actividades	158
Tabla 7 Matriz de planeación.....	163
Tabla 8 Cronograma de actividades	168

Lista de figuras

Figura 1 Componentes de la Teoría de la Acción Razonada	24
Figura 2 Proyecciones del DANE - Medellín	45
Figura 3 Población.....	46
Figura 4 Estructura Organizacional Hospital Alma Máter de Antioquia	51
Figura 5 Mapa de actores.....	61
Figura 6 Porcentaje de Agotamiento en cuidadoras y cuidadores - Diagnóstico Social	80
Figura 7 Mapa de actores.....	90

Siglas, acrónimos y abreviaturas

ADRES	Administradora de Recursos del SGSSS
ARL	Administradora de Riesgos Laborales
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS	Entidad Promotora de Salud
FOMAG	Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MAP	Minas Antipersonal
MUSE	Municiones sin Explotar
N.N	Nomen Nescio (“no sé su nombre”)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
UPC	Unidad de pago por capitación
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Resumen

El presente informe tiene como objetivo central dar cuenta del proceso paulatino y progresivo de práctica profesional en trabajo social I, II y III programa adscrito a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia, que se llevó a cabo al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia en la ciudad de Medellín, en un periodo comprendido entre el mes de agosto del año 2025 y enero del año 2026, el cual además contó con el acompañamiento de una asesora académica de la Universidad de Antioquia y dos asesoras pertenecientes al Hospital. De igual manera, el informe contempla cada uno de los momentos o fases (Contextualización, diagnóstico, diseño de proyecto) que finalizaron con la puesta en marcha del proyecto de intervención titulado “*A través de la palabra, un pedazo de tela y papel, fortalecemos la ética del cuidado*”, que contempla dos líneas estratégicas, a saber, cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores del Hospital (área de psicología y trabajo social). Finalmente, se comparten los logros alcanzados y los retos asociados al proceso de práctica a partir de un proceso reflexivo que adicionalmente genera consciencia sobre el papel de la profesión-disciplina de trabajo social en contextos socio-sanitarios.

Palabras clave: intervención social, trabajo social, cuidadoras, cuidadores, colaboradores, ética del cuidado.

Abstract

The main objective of this report is to give an account of the gradual and progressive process of professional practice in social work I, II and III program assigned to the Faculty of Social and Human Sciences of the University of Antioquia, that was held inside the Alma Máter Hospital of Antioquia in the city of Medellín, during a period between August 2025 and January 2026, which also had the accompaniment of an academic advisor from the University of Antioquia and two advisors belonging to the hospital. Similarly, the report considers each of the moments or phases (Contextualization, diagnosis, project design) that ended with the launch of the intervention project entitled "Through the word, a piece of cloth and paper, we strengthen the ethics of care", which includes two strategic lines, namely caregivers and caregivers of hospitalized patients and hospital collaborators (psychology and social work area). Finally, the achievements and challenges associated with the practice process are shared from a reflexive process that additionally generates awareness about the role of the profession-discipline of social work in socio-sanitary contexts.

Keywords: social intervention, social work, caregivers, collaborators, ethics of caring.

Introducción

El presente informe de práctica tiene la finalidad de dar a conocer elementos generales del proceso de práctica profesional en trabajo social al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia. A partir de ahí, se busca con este producto que cada uno de los lectores pueda aproximarse y evidenciar cada uno de los elementos, momentos y fases que orientaron y guiaron el curso y el desarrollo del ejercicio profesional en campo durante el mes de agosto de 2025 y el mes de enero de 2026. En ese sentido, los momentos contemplados fueron los siguientes: en primer lugar, se lleva a cabo un ejercicio de contextualización a profundidad el cual posibilitó adentrarse al mundo de la salud y definir por supuesto el objeto de intervención.

En segundo lugar, se ubica el diseño y puesta en marcha del ejercicio diagnóstico el cual se orienta hacia la identificación y priorización de las problemáticas centrales que en su contexto real presentaban tanto cuidadoras/es de pacientes hospitalizados como colaboradoras/es del Hospital Alma Máter (Área de psicología y trabajo social). En tercer lugar, se aborda, el proyecto de intervención cuyo objetivo general consiste en: promover prácticas orientadas al cuidado de sí, que fortalezcan la ética de cuidado y brinden bienestar en las y los cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia en dignidad y armonía.

Ya en cuarto lugar, se pretende realizar un trabajo de seguimiento y evaluación, que calibre el nivel de cumplimiento del proyecto de intervención a partir del alcance y logro de metas con sus respectivos indicadores y adicionalmente presentar un ejercicio evaluativo que contempla la coordinación de prácticas de trabajo social de la Universidad de Antioquia; el campo de prácticas; cada una de las asesoras involucradas y propiamente la autoevaluación del estudiante. En un quinto momento, se comparte otras memorias que hacen parte de todo el proceso de práctica y finalmente se propicia un espacio de reflexión cuyo tema central señala el quehacer y la importancia del trabajo social en contextos socio clínicos.

1. Contextualización

1.1. Situando el objeto de intervención: díada salud-enfermedad un viaje problematizador.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados.
(organización Mundial de la Salud, 2025)

La pregunta constante por el propósito de la existencia, evocada implícita o explícitamente, que resurge lentamente desde las profundidades del inconsciente, subconsciente o infraconsciente o que surge repentinamente a partir de un estallido en donde la consciencia centrada en el momento presente, contempla las contradicciones humanas, sean estas visibles a nivel cultural, social, político, económico, ambiental, tecnológico, propias de una humanidad que de acuerdo a sabias/os antiguos yace en un profundo estado de sueño e hipnosis tanto individual como colectivamente.

Se han escrito tomos y se podría continuar escribiendo tomos y más tomos de libros digitales o impresos, dedicados a problematizar y cuestionar la multiplicidad de paradojas a las que la humanidad como ser fragmentado se adhiere. No obstante, hoy por hoy aún no se da a luz a el cambio que precipitadamente aqueja. Las incongruencias se perciben fácilmente a través de diadas: pobreza extrema-riqueza desmedida, justicias efímeras-corrupción desbordada, atisbos de paz-guerras y violencia, individualismo desmedido-sentido comunitario, educación-acceso al sistema educativo para los pocos, recursos naturales a disposición-uso desmedido de los mismos, salud-enfermedad, entre otras.

Abordar a profundidad cada una de estas diadas, implicaría un trabajo arduo empero digno de emprender; sin embargo, ante los límites que nos impone la inmensidad y complejidad de cada copla, este texto se limitará a abordar y problematizar particularmente la díada salud-enfermedad, a partir de un contexto de práctica profesional en trabajo social, que enmarcada en el área de la salud, propone un análisis holístico del fenómeno desde su composición histórica al contemplar y problematizar además los componentes sociales, culturales, políticos, económicos, legales, tecnológicos, ambientales que le subyacen.

Conceptos y teorías abundan sobre la díada salud-enfermedad, diversidad de áreas debaten y discuten en torno a ella, heterogéneamente se proponen alternativas que trascienden la mera problematización del fenómeno por ejemplo enfoques con un fuerte acento en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y aunque todo ello es válido y necesario en el marco del saber y el conocimiento y de la praxis que comprende la puesta en marcha de tales dinámicas y estrategias, se carece de un elemento esencial que pocas veces es utilizado para brindar vida y nutrir tales apuestas: “comprender más que saber”. No en vano, Manfred Max-Neef (2010), economista alternativo, mencionó lo siguiente: “hemos alcanzado un punto en nuestra evolución en el que sabemos muchas cosas. Sabemos muchísimo, pero entendemos muy poco.” (s. p.).

Es entonces cuando a partir de un ejercicio académico como el presente, que pretende aproximarse al fenómeno y problematizarle grandemente, no solo se busca conocer y/o aprehender intelectualmente sino además comprender. ¿Y para qué comprender? Sin comprensión el conocimiento y/o aprendizaje llegaría a carecer de propósito práctico o espíritu de servicio y se reduciría a una bella y dulce poesía que nunca se lee y cuya autora o autor rápidamente olvida.

En ese sentido, para ello se busca comprender, para humanizar, sensibilizar y transformar no solo al self sino además a los seres que nos rodean. En este caso en particular a través de una profesión (Trabajo Social) que en su esencia aboga, vela y defiende los derechos humanos y desde la cual día tras día, a través de sujetas/os políticos, apuesta y ejerce acciones intencionadas buscando saber-comprender-ser para transformar.

En este caso desde el ámbito clínico, al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia, lugar en el cual diariamente concurren personas en condiciones de alta vulnerabilidad y que requieren de asistencia y de estrategias de empoderamiento a partir de intervenciones caracterizadas por su calidad y profesionalidad, pero principalmente por un trato digno y humanizado.

1.2. ¿De qué maneras comprender la díada salud/enfermedad?

Pensar un concepto desde una única mirada demanda complejidad, no solo porque su conceptualización y abordaje podría resultar antidemocrático sino además porque podría

irrumper en las múltiples formas de hacer ciencia, y trastornar la diversidad de maneras de vivir y pensar la vida sea a través de procesos “subjetivos” como “objetivos”.

La conceptualización del término “salud” (que evoca más que un simple término o concepto) desde una apuesta democrática se expande, se nutre y aviva desde sus diferentes miradas, sin desconocer que a cada conceptualización subyace determinadas experiencias, objetivos, propósitos y especialmente intereses, sean estos a nivel social, político, económico, ambiental, tecnológicos a partir de fuerzas hegemónicas, elitistas o insurgentes y rebeldes.

El proceso salud-enfermedad de acuerdo con Salazar-Cobena & Ponce-Alencastro (2024), se conceptualiza como,

la unión de las influencias y determinantes sociales que se origina por determinantes biológicos, sociales, económicos, psicológicos, ecológicos, medio ambientales y de estilo de vida; cuya función es describir y explicar los cambios en el estado de la salud de una persona que interactúan positiva o negativamente sobre el estado de salud. (p. 6944)

Con el fin de profundizar en ello, la salud puede ser definida desde su concepción somático-fisiológica, psíquica o psicológica, político-legal y económica de la salud. La noción de salud somático-fisiológica comprende la placidez del cuerpo y del organismo físico y todo aquello que se contraponga a ese estado de bienestar se conoce como enfermedad. La concepción psíquica o psicológica abarca la indisoluble relación entre mente, emoción y cuerpo, lo que permite extender la mirada y entender la salud como un todo. Desde este aspecto, los desequilibrios tanto emocionales como mentales se perciben como anormales y/o anómalos.

La salud no se reduce a una perspectiva meramente clínica o psicológica por el contrario muchas veces es cooptada, abordada o problematizada por otras áreas como la ciencia política y la ciencia económica. Abordar la salud desde una mirada política y legal implica en términos éticos contemplarla como un derecho inherente a la vida humana, no por el contrario, motivo o estrategia política de sumisión, opresión y control. La salud como derecho implica abrazar la vida y la existencia, presenciar que el género humano debe cuidarse y cuidar, es decir, la salud como principio de armonía y paz.

La salud en términos económicos exige poner en tela de juicio la perspectiva economicista donde la salud se reduce a un simple y llano negocio, donde confluyen las elites académicas, políticas, y administrativas para hacer de la salud una franquicia, una ventaja, en fin, un privilegio de y para pocos. En ese sentido se comercializa con los sueños, las aspiraciones, las oportunidades y los derechos, en otras palabras, la salud termina siendo una mercancía más en la economía global particularmente capitalista.

La enfermedad desde la perspectiva económica, se torna ganancia en potencia, desde allí la industria farmacéutica, los centros médicos y las entidades promotoras de salud, como carnada arrojada en un mar, se avalancha como pez en busca de su porción, es decir, la enfermedad como carnaza apetecida por peces de todo tipo, donde se sobrepone el más fuerte y capaz en palabras de Darwin, es decir, enfermedad igual a capital para las élites capitalistas.

En medio de un mundo predominante occidental, en el que existen instituciones cargadas de poder y con capacidad de incidencia como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), que, con el paso de sus años, modifica e intenta conceptualizar la salud/enfermedad de manera unificada de acuerdo con el contexto y modelo socio político y cultural predominante (Norte global capitalista) pero principalmente de acuerdo con los avances médicos técnicos e instrumentales de la época (Norte global capitalista). En ese sentido la OMS (1946) comprende salud de la siguiente manera,

la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (párr. 1)

El proceso salud-enfermedad resulta demandante, solo al querer abordar su conceptualización, fácilmente se percibe que acapara infinidad de perspectivas, nociones, términos técnicos y complejos. Pareciera ser que esos dos conceptos, como cada concepto en medio de un sistema capitalista, por obra y arte se torna atractivo, fascinante, particularmente seductor. Estos términos son campo de batalla, de guerra y de ambición, pero además de problematización y cuestionamiento que demandan transformación.

Comprender la díada salud-enfermedad resulta complejo, no obstante, pareciera ser que es un asunto que se da por sentado, que solo unos pocos deben estar a cargo de

administrar, plantear políticas públicas que velen por el derecho al acceso integral a servicios de salud de calidad para cada ser humano sin distinción alguna. Este proceso cada vez más demanda participación ciudadana y democrática, voto popular que incida en la agenda política y pública en salud, academia articulada con principios éticos (praxis comprensiva) para el servicio de las clases populares, marginadas y en condición de alta vulnerabilidad.

Qué finalidad guarda la conceptualización vacía y superficial, pugnar por tal o tal término, intelectualizar y debatir inocentemente el tema. Lo que aguarda con ansias es comprender para transformar. Comprender implica tomar acción por fuera del papel, implica juntanza, debate serio con cada estamento, educación popular con y para los pueblos empobrecidos económicamente, educación en salud con y para todos los grupos etarios, y posturas éticas por parte de cada miembro de la sociedad que busquen generar procesos de equidad.

1.3. Vivencia “dupla salud-enfermedad” a través de un viaje histórico por los siglos.

Mirar nuevamente hacia atrás, puestos los ojos en un momento histórico que hoy conocemos como historia, demanda retos enormes, a saber, la precisión de registros y su veracidad; la ausencia de testigos humanos que hayan vivido y/o confirmado la cuestión; y, la cantidad abismal de tiempo que separa. A pesar de todo ello, la ciencia moderna, a partir de ejercicios arqueológicos, históricos y etnográficos, interpreta y da cuenta de lo que podría haber sido tal o cual época y a partir de determinados hallazgos es que este texto se apoya.

La Prehistoria contempla un periodo de tiempo, “que se extiende desde el origen conocido de la humanidad, aproximadamente hace 2 o 3 millones de años antes de la era común (a.C.), hasta la invención de la escritura en el año 3500 a.C. (UNESCO, 2008, como se citó en Olivero, 2025, p. 125). En el transcurso de este periodo, caracterizado por su esencia primitiva, la vida en sí misma como producto de las condiciones ambientales generaba riesgos y contingencias que se traducían principalmente en enfermedades infecciosas y/o traumatismos.

Ante el “desconocimiento” propio de la época, los seres humanos prehistóricos, atendían los problemas de salud desde la observación directa y el empirismo, empero, con un fuerte acento en que “las primeras prácticas curativas eran rituales asociados a creencias

mágicas o religiosas” (Olivero, 2025, p. 126). Como consecuencia durante este periodo y en sociedades como la egipcia, la mesopotámica, la turca, la vietnamita e incluso en América Latina hasta el momento en que llegase la colonización, reinó y predominó un enfoque mágico-religioso, caracterizado principalmente por atribuir, a los elementos inherentes propios del proceso salud-enfermedad, su origen a,

fuerzas sobrenaturales, como espíritus malignos, deidades o desequilibrios cósmicos. Entre las causas místicas se destacan el destino, las influencias astrológicas, así como la predestinación o la mala suerte (...) Estas creencias fundamentaron la conexión entre salud y cosmos, llevando al desarrollo de prácticas terapéuticas basadas en rituales, rezos y la intermediación de figuras como chamanes, curanderos y sacerdotes. (Olivero, 2025, p. 126)

Al avanzar en tiempo y espacio, se encuentra la Edad Antigua, que “abarca desde la invención de la escritura en el año 3000 a.C. hasta la caída del Imperio Romano en el año 476 d.C. (Enciclopedia Humanidades, 2022, como se citó en Olivero, 2025, p. 127). Al igual que sus antecesores, durante este momento histórico el aferrarse a ideas y creencias mágico-religiosas en relación al proceso salud-enfermedad fue la regla, empero, no para todos sus habitantes. Algunos pocos individuos, se dieron a la tarea de indagar e investigar “otras” causas y efectos que dieran explicación a un fenómeno que hasta entonces se daba por hecho y que dependía completamente de agentes externos (divinos).

El surgimiento de importantes descubrimientos y avances en la ciencia médica no solo tuvo su origen en el mundo occidental, en civilizaciones como Grecia y Roma como popularmente se conoce, sino además en otras regiones como en Oriente, la India y América que concebían y consolidaban, holísticamente, buenas prácticas salubres en torno al fenómeno en cuestión. Al respecto, las nuevas concepciones y desarrollos en consonancia con la materia dieron paso a explicaciones fundadas a través de la observación y experimentación científica que no disolvía completamente el reino del espíritu, sino que se integraba como en el caso de la India, con elementos de carácter espiritual. Al complementar, se tendría que,

en el contexto europeo, comenzó a desarrollarse la teoría miasmática, que postulaba que las enfermedades eran causadas por emanaciones nocivas provenientes del suelo, el agua o el aire contaminado. Por su parte, en Oriente se consolidaron sistemas de pensamiento y prácticas médicas fundamentadas en conceptos como el yin y el yang, que explicaban la salud como un equilibrio dinámico entre fuerzas opuestas, así como el Ayurveda, un sistema tradicional indio que abordaba la salud desde la armonía entre cuerpo, mente y espíritu (Junge, 2012). Finalmente, en el continente americano, la perspectiva del Buen Vivir fue parte importante de la cosmovisión de las culturas precolombinas. (Olivero, 2025, p. 127)

Al caminar de los siglos, aparece la edad media que data del “siglo V (...) hasta el siglo XV” (Olivero, 2025, p. 128). Durante este periodo de tiempo, la perspectiva mágico-religiosa continuó siendo parte del repertorio de análisis explicativo del proceso salud-enfermedad, acompañada además por la filosofía aristotélica también conocida como la perspectiva escolástica que buscaba conciliar la fe y la filosofía de Aristóteles. Algunos acontecimientos importantes en torno a la diada salud-enfermedad, fue el impulso que tanto árabes, persas como judíos le dieron a la medicina griega (teoría de los cuatro humores), y adicionalmente como aspecto relevante,

en el siglo IV surge el concepto de hospital en el mundo árabe como un lugar donde los pacientes podrían ser tratados por los médicos con equipamiento especializado (...). Se abrió la primera farmacia en el año 754 en la que se dispensaban remedios medicinales preparados por un boticario. (Olivero, 2025, p. 129)

Luego se manifiesta la edad moderna que transcurrió “desde el siglo XV (1492) hasta que se da inicio la Revolución Francesa (1789)” (Olivero, 2025, p. 129). Uno de los hitos que movilizaron este momento histórico fue la Revolución Industrial, que, en forma de moneda, incidía en las dinámicas sociales ya fuera para modificar y/o exacerbar problemáticas que se plasmaban en el lienzo de la vida humana. En ese sentido, presentaba por un lado los beneficios aislados de la producción, la sobreproducción y el confort, sin embargo, en su otra cara, exacerbaba las contradicciones propias de un sistema que a través

de la industria ponía en juego y en riesgo la salud de poblaciones empobrecidas, esclavizadas, explotadas y sobreexplotadas.

Algunas de las perspectivas para el abordaje de la copla salud/enfermedad, propias de esta época, se traducen en la perspectiva de la medicina social que “evidenció la relación entre las condiciones sociales y económicas y los procesos de salud-enfermedad, un vínculo que promovió el desarrollo de la Medicina Social como una respuesta crítica frente a las inequidades estructurales” (Aguilar et al. (2013, como se citó en Olivero, 2025, p. 129). Igualmente, se dio origen a la perspectiva moderna, asistencialista, biologicista o biomédica, la cual, de hecho, domina el modelo o visión actual del proceso salud-enfermedad basado “en la racionalidad científica, la objetividad y la verificación empírica”. (Olivero, 2025, p. 129).

Luego deviene la edad contemporánea, con origen a partir de la Revolución Francesa y con continuidad y vigencia actual hasta hoy siglo XXI. Vale la pena resaltar, que durante esta franja de tiempo y espacio, los avances científicos y tecnológicos puestos al servicio de la salud han sido notables, la salud pública ha tenido un desarrollo significativo, y las múltiples maneras de abordar el proceso salud-enfermedad aportan al abordaje y erradicación de la cantidad de aristas que subyacen a este fenómeno, a través de diversas posturas que se retroalimentan y un ejercicio ético por la defensa de la salud como uno de los tantos derechos fundamentales, apostando por sistemas de salud de calidad, equitativos y Asequibles.

1.4. Referente teórico: lentes para ver, lentes para guiar.

Desde la profesión-disciplina de trabajo social, toparse con el entramado salud-enfermedad implica no solo develar, co-intervenir, sino además transformar un conglomerado de aspectos, elementos, hábitos, incluso formas de pensar, ser y existir que inciden en múltiples direcciones, en diferentes niveles y con impactos más o menos significativos en el bienestar y calidad de vida de las personas. Entre algunos de esos aspectos, se contempla, por ejemplo, el empobrecimiento, los entornos inseguros y la violencia en cada una de sus manifestaciones, hambre, desempleo o sobrecarga laboral, productos comestibles con alto índice de grasas saturadas, azúcares y sales añadidas, falta de acceso a programas de educación académica formal y esencialmente educación para la vida.

La copla salud-enfermedad, ha sido principalmente estudiada, analizada y abordada desde un ámbito meramente biológico, no obstante, los avances en todas las áreas del conocimiento, en este caso en particular, la articulación desde las ciencias sociales y humanas, la medicina, la enfermería y la salud pública, han llevado a considerar que la salud y la enfermedad trascienden las fronteras de la corporalidad y la mente sino que además se insertan determinantes sociales que inciden significativamente tanto en los procesos de enfermar como de sanar y que adicionalmente atentan contra la dignidad y los derechos humanos. De ahí que,

La salud es derecho humano fundamental, en la Carta de Ottawa se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud² (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020)

En ese sentido, a través de un ser-saber-hacer desde el trabajo social y en medio de un contexto clínico, en la que esencialmente la díada salud-enfermedad se torna visible, se hace necesario abordarla desde un marco teórico que la contemple no como fenómeno independiente sino además como un hecho manifiesto que por su naturaleza integra otros elementos (determinantes sociales), es decir, no se presenta de manera aislada más bien guarda íntima relación con otros factores o actores si se quiere. En ese sentido, una de las teorías utilizadas en trabajo social que puede abarcar el fenómeno holísticamente es, **la teoría general de sistemas**, la cual sostiene que

las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas significativamente en términos de elementos separados. La comprensión de los sistemas solamente puede realizarse cuando se estudian los sistemas globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus subsistemas (Luhmann, 1983, como se citó en Álvarez Bueno, 2015, p. 34).

La teoría general de sistemas no solo se limita a sostener que el sistema debe ser estudiado globalmente, sino que además expone las características y tipos de relaciones que en medio de ese estudio se deben considerar. Tanto el sistema como sus partes, no son factores o actores esencialmente aislados, aunque podrían serlo empero únicamente en apariencia. De hecho, todo sistema sea vegetal, animal, humano y/u organizacional, se desarrolla a partir de múltiples relaciones e interacciones, es decir, los sistemas se deben a otros sistemas. En ese sentido, las transacciones e interrelaciones permiten comprender la mecánica compleja que allí se produce.

En fin, un sistema dada salud-enfermedad que conversa con otros factores, deviene como hecho especial, particularmente para el trabajo social ya que,

el comportamiento, los acontecimientos, los hechos y los procesos sociales no pueden ser entendidos de forma aislada, sino que tienen que ser tratados desde el punto de vista de la interacción. Esta concepción desplaza la atención del objeto del Trabajo Social, dejando de lado una concepción causal e individualizada de la intervención, a una concepción en la que pasan a tener más relevancia el entorno, los cambios que se producen en él y en las transacciones con los mismos. (Álvarez Bueno, 2015, p. 35)

De igual manera, desde el marco teórico, se plantea una teoría coadyuvante que involucra y complementa para este caso el abordaje del fenómeno copla salud-enfermedad. En ese sentido, se hace referencia a **la teoría de acción razonada**, la cual fue propuesta por Martín Fishbnein e Icek Ajzen en 1967, en la que,

dicho modelo concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, es así, como se vislumbra al sujeto como un tomador racional de decisiones, el cual se comporta en función de la valoración que realiza de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento en relación a obtener determinados resultados (Becker et

al., 1998; Kaplan et al., 1993; Latorre y Benert, 1992; Roa, s.f., como se citó en Universidad Veracruzana, 2018, p. 1).

En otras palabras, la Teoría de la Acción Razonada, plantea que las intenciones conscientes son las que guían y dirigen el comportamiento humano a partir de dos ramificaciones centrales como se desarrolla en la siguiente figura propuesta por La Universidad Veracruzana (2018),

Figura 1

Componentes de la Teoría de la Acción Razonada

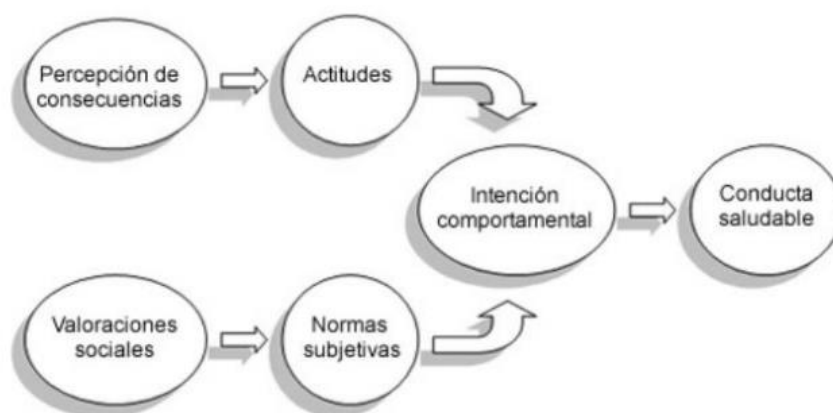


Fig. 1 Representación esquemática del Modelo de la Acción Razonada

Nota. Tomado de *Modelo de la Acción Razonada* (p. 1), por Universidad Veracruzana, 2018.

De acuerdo con La Universidad Veracruzana (2018) se entiende por *percepción de las consecuencias*, las creencias que tienen las personas de que determinadas conductas producen ciertos resultados. Por su parte, *las actitudes*, comprenden los sentimientos, sean estos positivos o negativos con relación a la ejecución de una conducta. Por otro lado, las *valoraciones sociales*, las percepciones que tienen otras personas sobre el comportamiento del propio sujeto y la *norma subjetiva*, como la percepción del sujeto sobre las presiones sociales impuestas por la sociedad con respecto a determinado comportamiento.

La pregunta que recalca entonces es, ¿qué utilidad guarda la Teoría de la Acción Razonada con relación a la díada salud enfermedad, contemplada desde el trabajo social? En

este contexto, posibilitaría identificar las creencias y normas sociales que inciden en las conductas de salud (de cuidadoras/es, colaboradores y pacientes) con el propósito de desarrollar propuestas y estrategias de intervención que promuevan el cambio de actitudes en salud. También valdría la pena, indagar por qué insta, motiva o predispone a las personas a tomar decisiones que afectan de manera directa su salud, bienestar y calidad de vida.

Finalmente, estos dos marcos teóricos, permiten abordar la díada salud enfermedad a profundidad y de manera holística. Posibilita, contemplar el fenómeno como sistema con relación a otros sistemas; sus relaciones, transacciones e interrelaciones; igualmente, las/os sujetas/os participantes con sus temores, expectativas, creencias, costumbres, tradiciones, en definitiva, desde sus formas particulares de comprender la salud desde su concepción tanto individual como colectiva de la cultura. La copla salud-enfermedad deviene como un entramado complejo que implica y amerita un abordaje teórico desde múltiples miradas, que permitan la mutua complementariedad para una vez aplicadas en consideración al contexto poder fácilmente descifrar, develar, intervenir para finalmente transformar.

1.5. Marco Conceptual.

Frente al proyecto el concepto principal a desarrollar es el tema del cuidado, el cual según Báez-Hernández et al. (2009), en el ámbito hospitalario refieren como el entramado de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado, Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

En otras palabras, según Machín (2015), retomando a Jean Watson (1996) la meta del cuidado es restaurar la armonía entre la mente-cuerpo y alma en su totalidad. En el enfoque psicosocial, afirmado por Carbelo Baquero et al. (1997), el cuidado no se limita a la atención técnica, sino que abarca la comprensión de las emociones, vínculos y contextos sociales de quienes participan en él. Cuidar implica acompañar, escuchar y sostener, generando bienestar tanto en quien recibe como en quien brinda el cuidado.

Dentro de este proceso emergen los cuidadores, quienes asumen la responsabilidad de atender a personas con necesidades de apoyo debido a diferentes circunstancias. A estos lo podríamos dividir en dos: indirectos, como los profesionales (trabajadores sociales, enfermeras, médicos) o directos, generalmente familiares o allegados que ofrecen cuidado desde el afecto y el compromiso moral. El cuidador o cuidadora en su mayoría, es un concepto mixto, como lo mencionan Rivas y Ostigüín (2010) referenciado a Bergero (2000), formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco y aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias, que vincula un alto nivel de implicación emocional. Es por esto por lo que no solo hay un tipo de cuidador, si no existen diferentes categorías como: cuidador principal, informal, familiar, quienes cumplen el mismo papel de cuidar, pero las relaciones entre estos llegan a cambiar. Su labor es fundamental en el proceso salud-enfermedad, pero requiere apoyo, formación y acompañamiento para sostenerse de manera saludable.

En este contexto, el autocuidado se convierte en un elemento indispensable. Naranjo Hernández et al. (2019) citando a Dorothea Orem (1969), lo define como una práctica que existe en situaciones concretas de la vida deliberada de acciones que las personas realizan para mantener su bienestar y calidad de vida para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Para los cuidadores, el autocuidado es una estrategia esencial que les permite prevenir el agotamiento, preservar su salud mental y fortalecer su capacidad de cuidar a otros. Desde una mirada educativa, promover el autocuidado implica fomentar habilidades para manejar el estrés, regular las emociones, establecer límites y adoptar hábitos de vida saludables que permitan equilibrar el acto de cuidar con el bienestar personal.

De la mano del autocuidado, el cuidado humanizado constituye un enfoque que reconoce al ser humano en su totalidad, integrando las dimensiones física, emocional, espiritual y social. Autoras como Mora-Jiménez et al. (2024) referenciando a Madeleine Leininger, plantean que el cuidado humanizado se basa en el respeto, la empatía y la comunicación genuina, entendiendo la necesidad de cuidados congruentes, que se adapten a las realidades y necesidades de las personas atendidas, promoviendo su bienestar y fortaleciendo la calidad de los servicios de salud. En estos contextos hospitalarios y

comunitarios, humanizar el cuidado significa ver más allá de la enfermedad, reconociendo a la persona y su entorno como protagonistas del proceso de atención, lo que contribuye a reducir la carga y el desgaste emocional del cuidador o cuidadora.

Sin embargo, cuando el rol de cuidador se prolonga en el tiempo sin apoyo suficiente, aparecen fenómenos como el síndrome del cuidador quemado, entendido como un conjunto de síntomas físicos, psicológicos y sociales que resultan de la sobrecarga emocional y física, generado como lo dice Fundación Pasqual Maragall (2023) por dedicar gran parte a cuidar al otro, provocando síntomas como cansancio excesivo, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social y sentimientos de culpa o frustración, y suele asociarse a la ausencia de autocuidado, al escaso acompañamiento institucional y a la falta de redes de apoyo efectivas.

De manera similar, el síndrome de burnout o desgaste profesional, descrito por Martínez Pérez (2010), referenciando a Maslach y Jackson (1981), como una manifestación comportamental del estrés laboral, entendido como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes y usuarios y dificultad para el logro/realización personal, Este síndrome afecta especialmente a los profesionales que enfrentan constantemente demandas emocionales intensas, exposición al sufrimiento y limitaciones institucionales. Tanto el síndrome del cuidador como el burnout reflejan el impacto negativo de ejercer el cuidado sin estrategias adecuadas de acompañamiento y formación.

La enfermedad, desde una perspectiva psicosocial y bajo el modelo salud-enfermedad-atención, según Menéndez (1994), es entendida como una experiencia que trasciende lo biológico y se inscribe en las dimensiones emocionales, familiares y sociales de las personas. La enfermedad altera las rutinas y vínculos, y genera la necesidad de cuidado y acompañamiento, haciendo emerger el rol del cuidador como un actor central en el proceso de adaptación y afrontamiento. Cuidar en contextos de enfermedad implica una interacción continua entre el paciente, el cuidador y los recursos institucionales o comunitarios disponibles.

En este proceso, las redes de apoyo cumplen una función fundamental. Anónimo (s.f) referenciando a Sluzki (1998), las define como el conjunto de relaciones que proporcionan apoyo emocional, compañía informativa y práctica. Para los cuidadores, contar con redes de apoyo sólidas se convierte en un factor protector o de oportunidad frente al estrés y la

sobrecarga, permitiendo compartir experiencias y acceder a recursos que les ayude a sostener su propio bienestar emocional. Estas redes pueden estar conformadas por familiares, amigos, profesionales, instituciones de salud o grupos comunitarios.

En ese sentido, la educación en salud representa una herramienta clave para fortalecer las capacidades de los cuidadores. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018), concebida como un proceso de generación de aprendizajes que busca proporcionar las habilidades y las actitudes necesarias para cuidar el bienestar, tomar decisiones informadas y adoptar hábitos de vida saludables, actuando como una estrategia para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Va más allá de la simple transmisión de información. Desde el enfoque psicosocial, también fomenta espacios de reflexión sobre las emociones, las relaciones y los significados del acto de cuidar.

La salud mental del cuidador se convierte así en un eje transversal del proceso. Pues esta incluye el bienestar emocional, psicológico y social. El Instituto Nacional de Salud Mental (s.f), refiere que la salud mental es más que la ausencia de una enfermedad mental, lo vuelve esencial tanto para la salud en general como para la calidad de vida. Esto abarca el equilibrio emocional, resiliencia y la capacidad de afrontar las diferentes demandas que implican el rol de cuidado. Por ello, las intervenciones psicoeducativas, el acompañamiento institucional y la promoción del autocuidado resultan fundamentales para fortalecer la salud mental y emocional de quienes cuidan.

En este marco, la interconsulta se consolida como una estrategia clave dentro del modelo hospitalario, ya que permite una atención interdisciplinaria que integra las diferentes dimensiones, la cual la Superintendencia de seguridad social. (s.f) define como la evaluación del paciente por otro profesional no tratante, del mismo o de otra área, con el objetivo de solucionar factores específicos, para efectuar un diagnóstico, formular o adecuar el tratamiento. En el caso de trabajo social, se requiere en momentos específicos según los diferentes perfiles mencionados en puntos anteriores y se lleva a cabo una valoración sociofamiliar, habitacional y económica para conocer los diferentes factores de riesgo o protección y tener certeza en la posibilidad de intervención desde el área.

De manera integral, todos los conceptos expuestos se entrelazan y conforman una perspectiva global del proceso de cuidado, este considerado como práctica humana y relacional, realizado por cuidadores, quienes requieren acompañamiento y estrategias de

autocuidado para sostener su labor sin comprometer su bienestar. La enfermedad es el escenario que activa el proceso de cuidado, y al mismo tiempo las redes de apoyo son el sostén indispensable de las exigencias del rol.

La educación en salud y el enfoque humanizado, se define como una pieza más, como una herramienta psicosocial y pedagógica que refuerza las habilidades y cualidades del cuidador, forma una conciencia reflexiva sobre la práctica de cuidado e interactúa para la preservación de la salud mental del mismo. El cuidado deja de ser algo personal, una carga individual, para ser un proceso compartido, formativo y transformador, teniendo como objetivo el bienestar en conjunto.

1.6. Metodología: Modelo Sistémico.

Este modelo concibe la intervención social como un proceso, pero la aborda como un proceso de “cambio planificado” (Pincus & Minahan, 1973, como se citó en Álvarez Bueno, 2015).

La vida, desde sus particularidades se nutre de multiplicidad de elementos. Se encuentra, por ejemplo, el pensar, el sentir, el conocer, el comprender, el saber, pero principalmente el hacer. Por ello, el dueto díada salud-enfermedad no solo se debe abordar desde el trabajo social en sentido meramente intelectual, es decir, teórico, sino además por sus implicaciones amerita ser abordado pragmáticamente. En otras palabras, se concibe desde un saber-hacer en contexto.

Bajo tal propósito, se apuesta por usar como metodología de intervención, el modelo sistémico aplicado al trabajo social, ¿Y por qué? Por la importancia de la siguiente afirmación propuesta por Álvarez Bueno (2015),

el modelo evita explicaciones lineales y deterministas de causa-efecto sobre la conducta y los fenómenos sociales. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social sistémico no considera los problemas sólo como atributos de las personas, sino que entiende los problemas humanos como resultado de interacciones, de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas. (p. 37)

El modelo sistémico, señala la importancia de comprender los procesos vitales que atraviesan la interacción mutua entre los seres humanos y sus entornos tanto físicos como sociales. En este contexto la díada salud-enfermedad no deviene como un asunto en esencia aislado, sino que amerita el abordaje de los diferentes actores allí inmersos (personal de salud, pacientes, cuidadores, voluntarios), los entornos físicos (hospital, condiciones socio habitacionales, vivienda, etc) y sus entornos sociales (condiciones socio familiares, redes de apoyo familiar, social o comunitarias. De ahí que, el Trabajo Social sistémico,

define como principales propósitos de su intervención mejorar la interacción, la comunicación de las personas con los sistemas que les rodean; mejorar las capacidades de las personas para solucionar los problemas; enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y oportunidades; exigir que estos sistemas funcionen de forma eficaz y humana y contribuir al desarrollo y mejora de la política social. (Álvarez Bueno, 2015)

De acuerdo con el artículo publicado en el blog *Modelo sistémico y sus fases* (2025), los momentos o fases del modelo sistémico desde el trabajo social son los siguientes:

Tabla 1 *Fases del Modelo Sistémico Trabajo Social*

Fases del modelo sistémico	
Momento	Objetivos, elementos clave, aspectos esenciales.
1. Acogida: Es el primer contacto entre el trabajador social y el usuario. En esta etapa, se establece una relación de confianza, esencial para garantizar el éxito de la intervención. El trabajador social debe actuar con empatía, escuchar activamente y analizar la demanda inicial,	• Crear un clima de confianza. • Analizar las necesidades del usuario más allá de la demanda inicial. • Contextualizar la situación en su entorno social y cultural.

identificando las necesidades reales que subyacen a los problemas expresados.	
2. El diagnóstico social: Consiste en una evaluación integral del sistema familiar o social. Esta fase permite identificar los patrones de interacción, los roles desempeñados por cada miembro y las dinámicas que pueden estar afectando la estabilidad del sistema.	• Síntesis e interpretación de información. • Consideración de la percepción de los usuarios sobre sus problemas. • Contextualización de los factores socioeconómicos, familiares y culturales.
3. Plan de intervención: Se define como una guía estratégica para abordar las problemáticas identificadas en el diagnóstico. Este incluye la presentación del problema, los objetivos específicos y generales, las áreas de intervención y la reflexión profesional que respalda las estrategias diseñadas.	• Definición de metas claras y alcanzables. • Identificación de los espacios y recursos necesarios para la intervención. • Diseño de actividades concretas que prometen cambios positivos.
4. Ejecución: Es la fase en la que se implementan las acciones planificadas. Aquí, la teoría se traduce en práctica mediante el trabajo directo con la familia o el sistema social intervenido.	• La supervisión constante y la flexibilidad para realizar ajustes son fundamentales en esta etapa.
5. Evaluación. Tiene como objetivo valorar el impacto de la intervención. Se realiza de forma continua y abarca diferentes tipos de evaluación, como la inicial, formativa y	Tipos de evaluación: 1. Inicial o diagnóstico: Permite identificar las necesidades del sistema antes de la intervención.

final. Además, se pueden aplicar herramientas como la autoevaluación y la coevaluación para garantizar un análisis integral de los resultados obtenidos.	2. Formativa: Evalúa el progreso durante el proceso de intervención. 3. Final: Analiza los resultados alcanzados al término de la intervención.
--	---

Nota: Tabla realizada por el equipo de trabajo con base en el articulado publicado en el Blog: *Modelo Sistémico y sus Fases*, 2025.

1.7. ¿Cómo abordar el proceso salud-enfermedad? Conociendo las múltiples perspectivas y enfoques de la salud.

Y en esa pregunta por el cómo abordar el dueto salud-enfermedad, surgen varias voces, diferentes miradas que por momentos se complementan o que en ocasiones difieren fuertemente, contradicciones y paradojas salen a la luz, intereses y expectativas de todo tipo florecen, sin embargo, cada elemento inanimado o animado en el planeta tierra, aunque diferente pero unificado, está ahí para cumplir una o varias funciones, permeado casi que completamente por el momento histórico sociopolítico y cultural que le acaece; que igualmente nace o renace de las luchas y apuestas éticas del pueblo siempre en pro de la justicia, la equidad, la solidaridad y la paz; y apoyados particularmente del nivel de consciencia y de comprensión propio de los seres humanos que pueblan tal época, influenciados además por las sociedades que preceden.

Y surge la pregunta ¿Para qué vivir si no se vive bien y sabroso? La perspectiva del buen vivir, enfoque propio de las comunidades indígenas de América acoge aquello que las y los sabios a partir de un proceso reflexivo nombraran: “hacer de la teoría una praxis constante”. La lucha por preservar la naturaleza y sus territorios permite entender la salud/enfermedad como un asunto que sobrepasa simples -aunque complejos- procesos orgánicos.

Llevar una vida digna y ejercer respeto por las diferentes culturas, es decir, cuidarse y cuidar, se resalta como principio inherente a las buenas prácticas en salud. Vivir

colectivamente para amar y ser amado y preservar la vida hasta que los párpados lentamente se cierran, se convierte en uno de múltiples objetivos para prevenir la enfermedad. Contemplar la vida, la libertad, la diversidad, la comunión con cada uno de los seres, el ejercicio ético por una vida en paz, fácilmente se traduce en cuidar, velar y promover la salud.

La humanidad, aprende lamentablemente por lo general de los errores y fracasos, quién lo creería, y en ese aprender constante salen a la luz asuntos como por ejemplo la perspectiva de la atención primaria de la salud. Los periodos de guerra por los que el género humano ha atravesado y atraviesa de manera inconsciente, en el mejor de los casos, resulta transformándose en luz y energía que moviliza otras apuestas. Por ello durante el periodo de guerra fría surgieron “procesos sanitarios de organizaciones públicas y privadas sin fines de lucro, que confluyen en la convocatoria por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF)” (Organización Panamericana de la Salud, 1978, como se citó en Olivero, 2025, p. 130).

Con ello se buscaba intervenir para que la vida en los territorios se diera digna y humanamente, a través de un ejercicio político que reflejado en políticas públicas daban los primeros pasos en donde fuera una realidad el derecho a disponer de agua potable, viviendas acondicionadas, procesos educativos, y disposición de excretas y residuos sólidos, en completa articulación con la naturaleza y todo ser vivo.

¿Contemplar a todo ser vivo no implica pensar y sentir lo comunitario? “La medicina comunitaria, también conocida como medicina preventiva y social o salud pública, es un campo médico especializado enfocado en promover y proteger la salud y el bienestar de las comunidades y poblaciones” (Ahmad et al, 2024, p. 1). De ahí que, al reflexionar y preguntarse, sea posible cuestionar si el proceso salud-enfermedad se reduce a un asunto meramente individual o si por el contrario contempla individualidades en medio de dinámicas y contextos comunes.

Si bien los seres humanos cargan con el peso de ser seres únicos (personalidad, voluntad, etc.), habitan, conviven y se desarrollan en un medio social caracterizado por un fluctuar permanente en relación con otros seres y con todo aquello que habita el planeta. En esa interacción constante, es que el proceso salud/enfermedad como causa dinamiza múltiples efectos a nivel comunitario, ya sea a través de transmisión de enfermedades, cuidar o ser cuidado, ejercer prácticas culturales en las cuales desde tiempos antiguos se invoca en

conjunto a Diosas y Dioses, a la naturaleza, al cosmos infinito o a lo innombrable por bendición, curación y sanación.

Cada perspectiva aporta elementos que cada vez más apuestan por observar en la díada salud-enfermedad, un proceso que necesariamente se debe abordar holística e integralmente. Para ello se suma la perspectiva biopsicosocial o humanista, la cual busca, no solo reducir la enfermedad a su componente visible y por momentos tangible es decir biológico-orgánico, sino adicionalmente contemplar elementos psíquicos que guardan estrecha incidencia en cada problema de salud o, en ese transitar a un estado de salud y bienestar, presentar elementos protectores como lo son los factores emocionales, cognitivos y comportamentales (Olivero, 2025, p. 130)

Adicionalmente, aquello que se nombra como lo “social”, que la mayor parte de las veces juega un papel casi que fantasmagórico, poco a poco comienza a ser develado y se presenta como un personaje que compromete grandemente el desarrollo de una serie titulada: “díada salud enfermedad”. Ahora fácilmente se percibe que “el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden afectar la salud de las personas” (Olivero, 2025, pp. 130-131)

Al indagar y buscar ampliar la mirada, el contexto social y la salud se unen y abren el portón para darle paso a las perspectivas de los campos de la salud. Es ahí cuando se concibe la salud como “el estado de las personas resultante del proceso de interacción de distintos factores entre los que se cuentan la biología humana (condiciones biológicas), las incidencias del medio ambiente, los estilos de vida y los servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2010 como se citó en Olivero, 2025, p. 131)

En ese sentido, el componente biológico contempla todo aquello relacionado con la salud tanto física como mental, que se adscribe y se reduce a su composición meramente biológica y orgánica. Ya a nivel medioambiental, se consideran aquellos factores sobre los que difícilmente se tiene control absoluto, como, por ejemplo, “la inocuidad de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, la contaminación del aire, los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles” (Olivero, 2025, p. 131)

En lo que respecta a “estilos de vida”, estos se componen de acciones, hábitos o prácticas, que, de manera consciente o inconsciente, se ejecutan y que tienen incidencia en

la salud y que de alguna manera podría culminar en gran deterioro y/o incluso la muerte. Y, por último, la Organización de la atención en salud, que abarca todos aquellos recursos sin los que los servicios de salud quedarían incompletos o nulos, a saber, recursos como el personal de salud (médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, personal administrativo, etc), centros de salud, albergues y centros de acogida para el adulto mayor, dispositivos médicos, fármacos, entre otros.

Es por ello, que, desde este enfoque, se contempla el dueto salud-enfermedad, inmersa en dinámicas a la que le subyacen asuntos económicos, culturales, políticos, económicos, sociales y/o ambientales, y que se manifiestan tanto externa como internamente como parte inherente a todo ser vivo. El ser humano en armonía o en conflicto consigo misma/o y/o con la naturaleza, sitúa en riesgo no solamente su bienestar y su existencia y re-existencia, sino además la de sus pares e incluso la salud y pervivencia del mismo planeta tierra.

Y ahora, ¿qué pasa con los determinantes sociales de la salud? La pregunta que surge entonces de las cenizas como el ave fénix, es si el proceso salud-enfermedad ha sido y/o es cooptado a partir de intereses económicos, políticos, sociales, culturales y/o incluso académicos. Los hechos hablan por sí solos, como solían decir las abuelas y los abuelos; la claridad con la que ahora se percibe los hechos, abre de par en par los portones, en los que al entrar se comprende que el proceso salud/enfermedad trasciende su llano aspecto biológico y médico, llegando a albergar otros factores hasta ahora “desconocidos” o tal vez “escondidos” con propósito.

Sea oriente u occidente, el norte o el sur globales, por lo general el panorama es triste y cargado de desolación. La salud se torna campaña política; desde allí se levantan mesías, que a partir de ejercicios netamente retóricos, prometen salvación a pueblos dominados y hechos a voluntad ignorantes, augurando sistemas de salud de calidad, gratuitos y asequibles, que en realidad penden de un hilo, es decir, el sistema político, a través de falsas profecías, ilusiona con propuestas que tal vez ni fueron verídicamente previstas o ciertamente intencionales.

Las élites dominantes comercializan con la vida, traducen la enfermedad y el sufrimiento humano incluso el dolor animal en medios, no en fines como en su momento lo postulara el gran Emanuel Kant. De igual manera la salud, se torna un privilegio seguro para

las y los dueños del capital, mientras las clases populares se aferran a las migajas que caen de la mesa.

La cultura occidental arrasa con todo lo que evoque y provoque un olor diferente, aplasta de manera sutil o directa todo atisbo que conciba la salud de forma alternativa, o que se “rebele” en detrimento de los parámetros clínicos de la racionalidad científica-médica, especialmente occidental; por ejemplo, los ruegos y súplicas evocadas desde diversas culturas y desde tiempos antiguos para recibir sanación, se vuelven objeto de desprecio; las plantas naturales medicinales y botánicas junto con sus yerbateros/as conjuntamente son asesinados/as o hechos motivo de burla y escarnio.

La academia, la universidad y la razón, se divide en dos. Un lado del papel, apuesta por el cambio a través de visibilizar aquellos elementos sociales, políticos, económicos, culturales, ambientales, tecnológicos que inciden tanto en los procesos de salud como de enfermedad para asistir de manera integral a las personas víctimas fatídicas de tales dinámicas; y en su contraparte una academia que en ocasiones instrumentaliza la salud, pero principalmente a las personas, ya que a través de procedimientos e intervenciones, las sujetas/os parecen perder sus derechos y se les descarta de su plena autonomía, todo ello acompañado de un trato deshumanizado, disonante, limitado a asuntos meramente técnicos e instrumentales.

1.8. El proceso salud-enfermedad en el mundo.

Habría que pasar por tamiz la díada salud-enfermedad una y otra vez para descifrar lo que en sí misma esta engloba. Es en ese descifrar constante, que los Estados y gobiernos buscan de manera precipitada estrategias y alternativas que le hagan frente de manera indirecta y/o directa, a las múltiples contradicciones y paradojas sociales que como causas tienen efectos a nivel salud en las dinámicas individuales y comunitarias e incluso en la complejidad de los servicios de salud.

Pareciera ser que el mundo no se torna indiferente ante el dolor, la angustia y el desconcierto a la que se enfrentan cientos de millones de personas empobrecidas, marginadas, violentadas que no cuentan con acceso a servicios de salud óptimos, de calidad, y con acceso gratuito. En ese sentido, el mundo a través de las Naciones Unidas se ha

planteado para el 2030, disolver no solo la pobreza y el hambre mundial, reducir las desigualdades sino además extender y salvaguardar la vida en el planeta, entre otras, a partir de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, también conocidos como los Objetivos Globales o ODS.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),

fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad. Los 17 ODS están integrados: reconocen que la acción en un área afectará los resultados en otras áreas y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Los países se han comprometido a priorizar el progreso de los más rezagados. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2025).

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2025), en la actualidad existen aproximadamente 400 millones de personas que no cuentan con acceso a servicios de salud básicos y el 40% no beneficiaria del sistema de protección social. Adicionalmente, 1.6 millones de seres humanos viven en ambientes desfavorables, donde concurrente se despliegan todo tipo de crisis, lo que representa un desafío inmenso en términos de salud global.

Ante los riesgos inminentes en salud y las cifras desconcertantes, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2025), igualmente advierten que alrededor de 15 millones de personas que viven con VIH, aún se encuentran a la espera de recibir tratamiento. Además, sorpresivamente cada dos segundos, una persona de entre 30 y 70 años, pierde la vida prematuramente como resultado de enfermedades no transmisibles, entre las censadas, enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica, diabetes o cáncer.

No siendo menos, prácticamente siete millones de personas fallecen cada año como consecuencia de la exposición al aire contaminado. Aparte de eso, más de una de cada tres mujeres ha estado sometida a algún tipo de violencia física o sexual en algún momento de su vida, con efectos para su salud a nivel mental, físico, sexual y reproductiva no solo en el corto

plazo sino además en el largo plazo, de acuerdo con cifras y datos estadísticos publicados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2025).

Ante este panorama tan sombrío y desalentador, varias Naciones se han convocado para darle vuelta a tal situación, buscando aminorar las fatales consecuencias y efectos de causas que, aunque complicadas de abordar, manejar y transformar, requiere de voluntad política y económica; procesos educativos principalmente populares que transformen de manera amigable patrones culturales que ponen en riesgo la vida tanto individual como colectivamente. De ahí que para el 2030, la humanidad -representada en unos pocos- se piense, la salud y el bienestar a nivel mundial de la siguiente manera,

poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años (...). Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua (...). (...) promover la salud mental y el bienestar. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y el uso nocivo de alcohol. (...), reducir a la mitad el número mundial de muertes y lesiones por accidente de tráfico. (...), garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación. Lograr la cobertura sanitaria universal. Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos (...), brindar acceso a medicamentos y vacunas esenciales. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación (...). (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2025).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025), convoca a “naciones, asociados y personas a fin de promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables, de modo que todo el mundo, allá donde esté, pueda alcanzar el más alto nivel posible de salud”. La OMS, contempla gran poder e incidencia en materia de salud a nivel mundial al posicionarse como un organismo de las Naciones Unidas, cuyas propuestas repercuten considerablemente en las decisiones que se toman país por país.

La OMS, en su “informe sobre los resultados de 2024”, refiere que, con su apoyo, varios países “están avanzando en una amplia gama de indicadores de salud, ayudando a sus

poblaciones a llevar una vida más saludable, ofreciéndoles un mayor acceso a los servicios de salud esenciales y manteniéndolas más seguras frente a las emergencias sanitarias”. Esto refleja llanamente los esfuerzos que cada país ejerce, buscando adherirse a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en pro de brindar a su gente sistemas de salud y bienestar que favorezcan primordialmente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad y en riesgo.

Sin embargo, en el análisis del informe, comparte lo siguiente, “con todo, no se ha avanzado lo suficiente para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud de aquí a 2030” (OMS, 2025). Esta simple información, refleja la inmensidad y creciente complejidad que supone abordar la copla salud-enfermedad. Ante el espectáculo que implica abordar tal monstruo, detrás de cada escena (país), surgen desde las inmensas profundidades elementos que pocas veces se prevén.

Tales elementos, para las instituciones poderosas y expertas en materia de salud, pero con mucha más experiencia en pronunciar directrices y mandatos -al parecer desde escritorios y oficinas y en el mayor de los casos por representantes de las élites políticas, económicas y académicas- - sin considerar la evidente particularidad de cada contexto y ante la incertidumbre de realidades que se modifican, cambian y fluctúan y que demandan ajuste y adaptación un momento tras otro, apuestan por proyectos y prácticas que exigen más que embellecer el más blanco papel.

¿Y cuáles elementos obvian? Inconsciencia, pobreza, hambre y sed, corrupción política y religiosa, personas empobrecidas en situación de calle, patriarcado, misoginia, racismo, xenofobia, homofobia, prostitución forzada, sistemas educativos obsoletos y retrógrados, principios éticos en retroceso, estándares sociales violentos y por lo tanto inaceptables, explotación laboral y sexual, maltrato infantil, desigualdad e inequidad social, conflictos armados internos, guerras y rumores de guerras, explotación laboral, destrucción estructurada del planeta, narcotráfico, homicidios, desplazamiento forzado, en definitiva sistemas sociales, políticos, culturales, tecnológicos, ambientales que oprimen, violentan, destruyen y vuelven ceniza lo bello, lo hermoso del planeta tierra con todo lo que lo habita.

1.9. El proceso salud-enfermedad en América Latina.

En el contexto latinoamericano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aparece como un referente en asuntos relacionados con la salud de los pueblos que acoge. En ese sentido, la OPS es,

la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres. (Organización Panamericana de la Salud, 2024)

Desde su fundación y origen la Organización, ha estado en primera línea combatiendo la multiplicidad de enfermedades que han agobiado a la región, buscando a partir de diversas estrategias y recursos, su eliminación y completa erradicación. Desde sus publicaciones, en particular su Resumen Ejecutivo: “Salud en las Américas, acelerar la eliminación de enfermedades”, hace mención de datos demasiado importantes no solo para la región sino para el mundo entero, cargados de esperanza de vida. En ese sentido, el documento refiere que,

en 1974 se eliminó la viruela y en 1980 se erradicó, y en 1994 se certificó que la Región estaba libre de poliomielitis. En las últimas décadas se han eliminado otras enfermedades a nivel regional, como la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal. (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

De igual manera el documento menciona, que en la actualidad, a partir del año 2019, la OPS y sus estados miembros desplegaron una iniciativa de Eliminación de Enfermedades, que busca a partir de los instrumentos y tecnologías existentes combatir aquellas enfermedades (malaria, transmisión materno infantil de la sífilis y el VIH, fiebre aftosa, el tracoma, la rabia humana transmitida por el perro y el cólera, entre otras) que se traducen en términos de carga para la región, y que tienen efectos marcados en grupos y comunidades como mujeres, pueblos indígenas, comunidad afrodescendiente, comunidad LGTBIQ+, Población migrante, y personas privadas de la libertad.

En esa apuesta que se enmarca en objetivos comunes no solo se pretende eliminar y erradicar enfermedades que conllevan gastos para los sistemas de salud sino además desgaste en las personas que las sufren y las padecen. En ese sentido, vale la pena señalar que para guiar la iniciativa se busca,

Fortalecer la integración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud; fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la salud; abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud; fortalecer la gobernanza, la rectoría y las finanzas. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

De ahí que, de acuerdo con la OPS, se evidencian avances en materia de salud, particularmente en lo que respecta a eliminación y erradicación de enfermedades que ponen en riesgo a los pueblos de América. Todo ello sin desconocer claramente, las carencias, problemáticas y dificultades que la región de las Américas enfrenta a nivel socio político, cultural, económico, tecnológico, ambiental. Esta región en particular padece en carne viva los catastróficos efectos y consecuencias de los determinantes sociales de la salud, no obstante, abordar los problemas de salud de la región, implica mirar holística e integralmente un fenómeno (salud-enfermedad) que es extenso, de larga data y que requiere esfuerzos enormes para atacar todos los frentes, ya que cada aspecto en cadena, infortunadamente, guarda estrecha e íntima relación con el otro. Por lo tanto, hay que embestir contra cada aspecto mientras se encuentra y devela la raíz profunda del problema.

1.10. El proceso salud-enfermedad en Colombia.

En Colombia, aunque se han realizado esfuerzos para mejorar el acceso en la atención de salud, aún existen disparidades significativas en términos de acceso geográfico, socioeconómico y cultural a lo largo del país. La población que se encuentra en zonas rurales y/o en las periferias del país tienden a adherirse a un acceso limitado a estos servicios de salud de calidad. Frente a esto, Susana María Rico Barrera (2024), menciona que 8 de cada 10 colombianos afirman que se enfrentan al menos a un obstáculo para acceder a los servicios de salud (83%) y 3 de cada 10 colombianos (29% de los encuestados) afirman que se le ha

negado el acceso a la atención de salud. Este es un porcentaje más elevado que el reportado por otros países como lo son: México (19%), Sudáfrica (13%), China (7%).

Frente a esto también es importante resaltar aquello que menciona la autora, el principal problema en cuanto a la atención en estas zonas con difícil acceso a una atención de calidad, se basa en la escasez del personal médico y de enfermería en algunas áreas de Colombia, especialmente en estas regiones. Además, la distribución desigual de profesionales de la salud puede afectar el acceso a servicios de calidad en diferentes partes del país.

En Colombia, existe una gran problemática en cuanto a la prevención y promoción, pues los hospitales se rigen por una serie de normativas y procedimientos basándose en tratar la enfermedad, por lo que Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (s.f) menciona que debe existir un programa en donde se proporcione a las poblaciones los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Adicionalmente, los servicios de salud sexual y mental son especialmente inaccesibles para gran parte de la población. El 33% puede acceder a servicios de salud mental, porcentaje que apenas llega al 36% cuando se trata de salud sexual.

En cuanto a su financiamiento y sostenibilidad, Granger et al. (2023), sostiene que los recursos provienen del Estado y de cotizaciones de los trabajadores, administrados por la ADRES y concentrados en la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este es un tema de gran importancia para el país, ya que el acceso a los servicios de atención médica de calidad a toda la población depende en gran medida de la disponibilidad de recursos. En los últimos años, el sector ha enfrentado diversos retos financieros y administrativos que han aumentado la necesidad de recursos fiscales para su financiamiento. El aumento de la demanda por recursos fiscales está asociado a la informalidad laboral, como lo mencionan Granger et al. (2023):

Se refleja en un alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado, superior al del contributivo, a los fallos judiciales que ordenaron la igualación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, al reconocimiento de servicios y medicamentos no cubiertos con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y a la exención a las empresas del pago de las cotizaciones sobre los

trabajadores con 10 salarios mínimos o menos. Recientemente, el sistema ha demandado recursos adicionales para la atención de los migrantes de origen venezolano, la financiación de los compromisos del gobierno establecidos en el Acuerdo de Punto Final, y los gastos generados por la emergencia del Covid-19. (p. 16)

Además de esto, la corrupción y la mala gestión son desafíos persistentes en el sistema de salud colombiano, lo que puede afectar negativamente la eficiencia, la transparencia y la calidad de los servicios de salud. Abordar estas problemáticas requiere de un enfoque integral que involucre la colaboración entre el gobierno, el sector privado, la sociedad civil y otros actores relevantes para mejorar el acceso, la calidad y la equidad en el sistema de salud colombiano.

Colombia como país, enfrenta dificultades evidentes, como, por ejemplo, empobrecimiento extremo en algunas de sus regiones; conflicto armado interno fluctuante; pueblos sin acceso al suministro de agua potable; explotación laboral y sexual de niñas/os, adolescentes, mujeres de bajos recursos y comunidad LGTBIQ+; división sociopolítica y cultural, racismo, criminalidad, xenofobia, entre otras. No obstante, a través de procesos educativos y luchas populares, caracterizadas grandemente por un ánimo y sentido compartido-comunitario y resiliente, como sociedad les hace frente a dinámicas de explotación y opresión que se ven reflejados en sistemas de salud inoperantes.

Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud en su “informe anual 2024 Colombia”, valora y rescata los avances y esfuerzos significativos que Colombia como país, en materia de salud ha llegado a demostrar en el último tiempo. El documento refiere que Colombia ha mostrado compromiso con la eliminación de las enfermedades transmisibles, ya que presentó el Plan Nacional de Eliminación de Enfermedades Transmisibles (ET) 2024-2031). Asimismo, se garantizó el acceso a atención en salud para 23000 personas especialmente en zonas que han sido afectadas por el conflicto armado interno.

Adicionalmente, el mismo documento plantea que Colombia con respecto al ámbito de migración y salud, dinamizó la mesa fronteriza con Panamá formando a 3000 personas en salud particularmente para las personas migrantes. De igual manera, significativamente se redujo la mortalidad materna, lo cual denota un avance histórico en términos de salud, lo cual representado en cifras demuestra que la mortalidad materna pasó de 459 muertes en el 2023

a 339 en el 2024. Cada avance, todos los hitos en términos de salud y cooperación técnica en Colombia, “están alineados con el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, y enfocados en fortalecer la equidad territorial y la atención a las poblaciones vulnerables” (Organización Panamericana de la Salud, 2024)

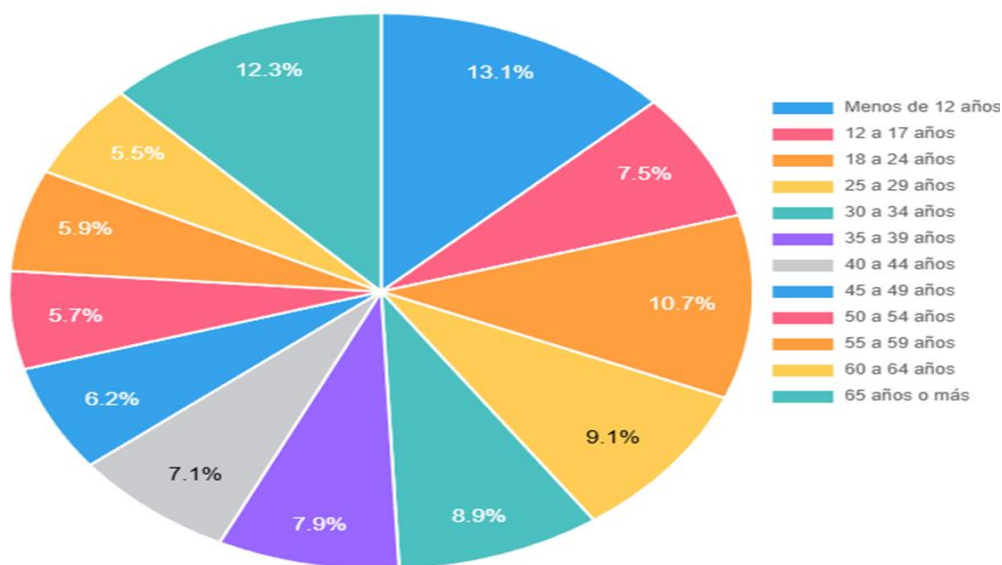
La Organización Panamericana de la Salud, igualmente sostiene que el 2024 para Colombia, “marcó un año de avances sostenidos en inmunización, salud materna, respuesta territorial y atención de la salud en contextos de alta vulnerabilidad” (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Todo ello resalta el compromiso y carácter de un país que, en medio de dificultades y problemáticas históricas, enmarcadas en conflicto, violencia y narcotráfico y en inequidad y desigualdad, a través de un carácter y apuesta colectiva y popular le dice No Más a la opresión y a la irracionalidad política y económica, en este caso en particular, en el ámbito de la salud.

1.11. El proceso salud-enfermedad en Antioquia-Medellín.

Según telencuestas (2025), Medellín es uno de los 125 municipios del departamento de Antioquia, Colombia, de acuerdo con las proyecciones del DANE (2025), tiene 2.63 millones de habitantes: 1.39 millones de mujeres (52.9%) y 1.24 millones de hombres (47.1%). Los habitantes de Medellín representan el 37.9% de la población total de Antioquia en 2025. Medellín es el municipio más poblado del departamento de Antioquia.

Figura 2

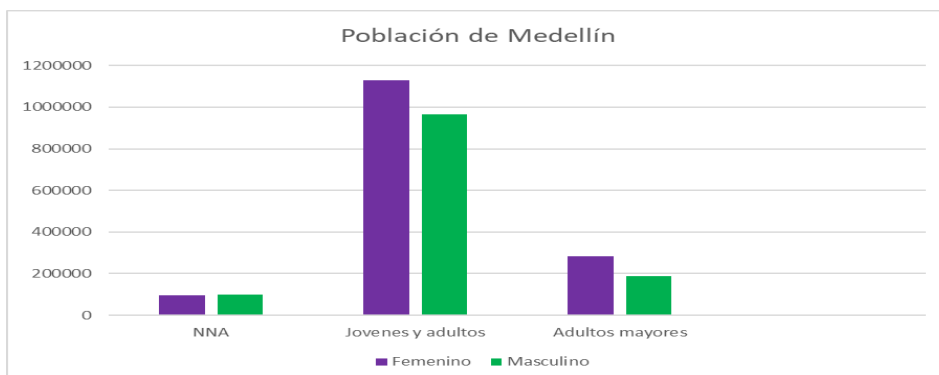
Proyecciones del DANE - Medellín



Fuente: DANE. (2025). Proyecciones del DANE según proyecciones de 2018.

En 2025 Medellín cuenta con 197,037 adolescentes: 97,165 mujeres (49.3%) y 99,872 hombres (50.7%). Los adolescentes representan el 7.5% de la población total de Medellín en 2025.

Figura 3
Población



Fuente: Elaboración propia según los datos presentados

De acuerdo con las proyecciones del DANE, en 2025 Medellín tiene 2.09 millones de personas mayores de 18 años: 1.13 millones de mujeres (53.9%) y 964,795 hombres (46.1%). Los mayores de edad representan el 79.4% de la población de Medellín en 2025 y finalmente, en Colombia, los adultos mayores son las personas que tienen 60 años o más. En 2025 Medellín tiene 471,437 adultos mayores: 284,565 mujeres (60.4%) y 186,872 hombres (39.6%). Los adultos mayores representan el 17.9% de la población total de Medellín en 2025.

La salud en Medellín enfrenta una grave crisis por saturación de servicios, escasez de recursos y retrasos en los pagos de las aseguradoras., lo que ha llevado a hospitales a declararse en emergencia y pone en riesgo la atención y el funcionamiento de la infraestructura sanitaria, incluyendo urgencias y unidades de cuidado intensivo. Según Asprilla (2025), aunque la cobertura de afiliación es alta, hay una disminución desde 2022, mientras aumenta el número de personas en el régimen subsidiado, lo que impacta negativamente en el acceso efectivo a la atención.

Algunos centros hospitalarios de gran relevancia, como el Pablo Tobón Uribe y la Fundación San Vicente, han reportado niveles de ocupación en urgencias que exceden el 190% y 280% respectivamente, lo que dificulta la atención adecuada. Como lo afirma la misma autora, las instituciones prestadoras de servicios (IPS) en Antioquia acumulan una deuda gigante de más de 2,3 billones de pesos, por parte de las Entidades Promotoras de

Salud (EPS), la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y entidades del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Lo que ha llevado a ocasionar sobrecarga del personal, lo cual impide que se pueda brindar una atención adecuada y de calidad, lo que se traduce en un servicio de salud deficiente.

1.12. El proceso salud enfermedad transversalizado por el cuidado: Cuidar una eterna dualidad.

A nivel Colombia, en materia de Normativa, con relación al cuidado, nos cobija la Ley 2297 de 2023 y CONPES 4143: Política Nacional de Cuidado (2025) (Elaboración propia)

“El cuidado es una dimensión fundamental para la garantía, protección y sostenimiento de la vida humana y no humana, interdependiente en todas sus expresiones, al igual que para contribuir a la autonomía, bienestar y la agencia de las personas cuidadoras y de las que requieren cuidado, asistencia o apoyo”. (Colombia. Congreso de la República, 2023)

Al contemplar la dupla salud-enfermedad, se atisba un elemento que la transversaliza y ese elemento fundamental es el cuidado. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023), el concepto de cuidados abarca,

la atención y apoyo necesarios a lo largo de la vida de todas las personas, desde la infancia hasta la vejez, así como momentos de enfermedad o dependencia. También implica cuidar tanto de la salud física como mental, promover un estilo de vida saludable, facilitar la conciliación entre vida laboral y personal, fomentar relaciones sociales y cuidar del entorno y el medioambiente. (párr. 2)

El cuidado -si se quiere- es una actividad natural e inherente al ser humano, caracterizada en ocasiones por sentimientos egoístas otras tantas veces por una ética altruista; el cuidado se concibe tanto desde lo individual como desde lo colectivo a partir de un ser-

saber-hacer que implica responsabilidad, respeto, amor por la vida y el otro(a), voluntad, disposición, humildad y afecto. El cuidado al inmiscuirse en la salud promueve hábitos y prácticas saludables, permite el disfrute de la vida plena en armonía, posibilita proteger y prolongar la existencia, entre otras. Cuando el cuidado se articula con la enfermedad se inclina humildemente para dignificar y honrar la vida; para calmar, menguar o erradicar por completo el dolor, la angustia y el sufrimiento; para servir a las personas que lo requieran; para verme en la o el otro, etc.

El cuidar y/o cuidarse le conlleva a los seres humanos estar sujetos a la ley del péndulo y a la ley de los dualismos bien y mal, felicidad y tristeza. Con respecto a la Ley del Péndulo, es decir la ley que trata el fluctuar constante de la vida humana, las acciones de cuidado transversalizadas por una disciplina constante y amor genuino por momentos parecen tener el efecto deseado en otros momentos no es así, es decir el cuidado por momentos eleva la existencia humana y permite el bienestar, no obstante, bajo las mismas acciones, el cuidado podría no otorgar los frutos deseados.

Con relación al dualismo eterno de la existencia humana, el cuidar, por un lado, produce satisfacción, altruismo, empatía, cariño, amor, valor, libertad, alegría, gusto, placer, contento, regocijo, complacencia, deleite, reconocimiento, y/o gratitud. Desde otra perspectiva, el cuidar implicaría, desgaste, dolor, sacrificio, abandono, aislamiento, estrés, padecimiento, abnegación, penitencia, muerte, sufrimiento, tortura, martirio, tormento, menoscabo, renuncia, inhibición, mortificación. El cuidado, en otras palabras, contempla las vicisitudes humanas, el fluctuar constante y por momentos casi inmediato, las contradicciones y paradojas de una existencia que, en medio del dolor y la alegría, la desazón y la satisfacción, dignamente requiere de cuidados, tanto a nivel individual como colectivo con todo ser vivo y todo objeto inanimado.

1.13. Hospital Alma Máter de Antioquia: dinámica territorial y contexto socioeconómico.

El hospital se ubica en el barrio Sevilla, en la comuna 4 de Medellín (Aranjuez). El análisis del territorio resulta fundamental, pues permite comprender las dinámicas sociales y económicas que inciden en las demandas de servicios de salud de la zona.

Según la Alcaldía de Medellín, (2019), la comuna de Aranjuez alberga aproximadamente el 6.4% de la población de Medellín. El promedio de personas por hogar es de 3,7, lo cual muestra una densidad poblacional significativa. En términos de calidad de vida, el Índice de Condiciones de Vida (IMCV) de la comuna se ubicaba por debajo del promedio de la ciudad, lo que la posiciona entre las comunas urbanas con menores condiciones. En materia socioeconómica, el 56,3% de las viviendas corresponde al estrato medio-bajo y el 43,5% al estrato bajo, lo que refleja una fuerte presencia de población en situación de vulnerabilidad.

Los indicadores laborales también evidencian dificultades: la tasa de desempleo de la comuna ha sido superior a la del promedio de la ciudad, ubicándola entre las más críticas en este aspecto. Además, en lo referente a la seguridad, Aranjuez se caracteriza por presentar una de las cifras más altas de violencia intrafamiliar (5% del total de casos de Medellín) y de hurtos a motos, lo que da cuenta de un contexto social atravesado por múltiples riesgos.

Desde el punto de vista de la salud, la alta proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado (más de 42.000 en la comuna) evidencia una dependencia del sistema público para acceder a servicios médicos. Esto supone una presión adicional para instituciones como el Hospital Alma Máter, que se convierten en puerta de entrada obligada para amplios sectores de la población.

En términos urbanos, el barrio Sevilla ocupa una posición estratégica, rodeado por instituciones de gran relevancia, entre estos, el Hospital San Vicente de Paúl, la Universidad de Antioquia, el Jardín Botánico, el Museo Cementerio San Pedro y el Planetario. Esta concentración de instituciones educativas, científicas, culturales y hospitalarias le otorga un carácter de nodo central, donde se interconectan distintos procesos sociales y comunitarios. No obstante, esta misma ubicación genera tensiones, dado que conviven dinámicas de innovación, desarrollo y turismo con realidades de desigualdad social y precarización laboral.

En cuanto al campo de práctica, el Hospital Alma Máter de Antioquia es una institución hospitalaria de carácter mixto, fundada en el año 1951, que cumple funciones esenciales en la atención en salud, la formación académica y la investigación. Desde su reformatión, pasó de llamarse Clínica León XVIII a Hospital Alma Máter. Ha consolidado un papel estratégico dentro del sistema de salud en Medellín y el departamento de Antioquia, al constituirse como un espacio de docencia-servicio vinculado directamente con la Universidad de Antioquia. Esto le ha permitido no solo atender las necesidades de salud de la población, sino también formar profesionales de múltiples disciplinas y aportar al desarrollo científico y social de la región, específicamente de Medellín.

Su quehacer está orientado por principios institucionales que buscan garantizar un servicio integral, humanizado y de calidad. Entre ellos se destacan la igualdad, la continuidad, la promoción del desarrollo humano y social, la responsabilidad social, la participación, la libre escogencia y la integración funcional. Estos lineamientos no son únicamente enunciados normativos, sino que se traducen en acciones concretas que permiten a la institución responder a las necesidades de los usuarios y sus familias en un contexto marcado por desigualdades sociales, económicas y culturales.

En el 2017, el hospital adoptó el **Modelo de Atención Integral en Salud “SerMás”**, el cual coloca al paciente y su familia en el centro de todo el proceso de atención. Este modelo promueve un abordaje integral y diferencial, fundamentado en la ética y apoyado en la evidencia científica, la gestión tecnológica y la prevención de riesgos en los ámbitos hospitalario, ambulatorio y domiciliario. De esta manera, “SerMás” constituye una apuesta por transformar la relación entre la institución y la comunidad, garantizando una atención no solo técnica, sino también humanizada.

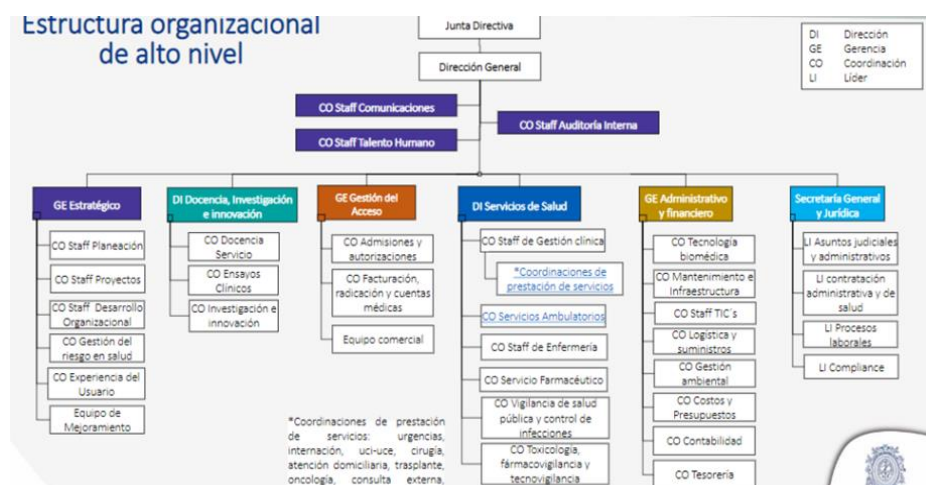
1.14. Hospital Alma Máter de Antioquia: estructura organizacional y dinámica institucional.

La organización interna del Hospital Alma Máter está encabezada por una Junta Directiva y una Dirección General, de donde se desprenden diferentes áreas estratégicas: talento humano, comunicaciones, auditoría y Tics, docencia, investigación e innovación, gestión del acceso, servicios de salud, administrativo y financiero, y secretaría general y

jurídica. Esta estructura refleja la necesidad de articular múltiples procesos, desde la atención clínica hasta la gestión administrativa, pasando por la investigación y la formación académica.

Figura 4

Estructura Organizacional Hospital Alma Máter de Antioquia



Fuente: Hospital Alma Máter. (2021). Estructura organizacional Hospital Alma Máter.

El hospital funciona como un escenario en el que confluyen diferentes áreas con dinámicas de poder particulares. La interrelación entre estas se ve atravesada por la existencia de múltiples canales de comunicación, que al no estar debidamente articulados terminan afectando la comunicación asertiva. Esto genera que cada área se conciba como una entidad aislada, lo que dificulta la consolidación de un enfoque integral de atención.

La fragmentación comunicativa y las demás dinámicas de jerarquización en el hospital producen una lógica de “islas”, donde cada servicio opera de manera independiente. Para Trabajo Social, esta situación se traduce en barreras para intervenir oportunamente en los procesos de apoyo, orientación y restablecimiento de derechos, ya que su acción depende de la articulación con equipos médicos, enfermería y áreas administrativas. La falta de una comunicación asertiva y coordinada termina ralentizando los procedimientos y diluyendo la integralidad de la atención.

El hospital cuenta con diferentes políticas estratégicas que abarcan dimensiones claves, como lo menciona el Hospital Alma Máter (2024):

- **Humanización:** Garantiza que se den los valores institucionales en el relacionamiento con cada grupo poblacional que llega al hospital.
- **Desarrollo humano de los colaboradores:** promueve el desarrollo integral de todas y todos los colaboradores, pues estos son fundamentales para que la institución sea confiable, humana, innovadora y con perfil docente.
- **Modelo de atención en salud:** Basado en un abordaje integral con enfoque diferencial; en la evidencia científica con adecuada gestión de la tecnología, integrado en red y se guía por fundamentos éticos.
- **Docencia-servicio:** fortalece la formación profesional mediante la práctica hospitalaria y la actualización constante con la Universidad de Antioquia.
- **Seguridad del paciente:** Están comprometidos con entregar todos los recursos necesarios para promover una atención segura a los usuarios, garantizando la gestión de los reportes para el mejoramiento y la implementación de una cultura justa, esto con el fin de generar un ambiente de seguridad que contribuya a un aprendizaje organizacional.
- **Investigación e innovación:** favorecen la pertinencia y la seguridad en la atención, generando conocimiento y valor.
- **Gestión de riesgos:** promueve la identificación y control de cada uno de los riesgos en todos los procesos institucionales.
- **Gobernanza institucional:** se basa en información institucional transparente, precisa, completa y oportuna, el marco de la legalidad y la anticorrupción.
- **Sostenibilidad:** Se reconoce como una institución socialmente responsable, sus decisiones institucionales favorecen la sostenibilidad económica, social y ambiental y el respeto a los derechos humanos.

Estas dimensiones revelan una organización compleja que busca equilibrar la prestación de servicios con el desarrollo humano, la sostenibilidad y la producción de conocimiento.

1.15. Hospital Alma Máter de Antioquia: sujetos que confluyen en el espacio.

El hospital constituye un escenario de múltiples interacciones, en el que confluyen diversos sujetos con intereses, roles y necesidades distintas:

- **Pacientes y familias**, en su mayoría provenientes de estratos medio-bajos y bajos, quienes enfrentan diferentes condiciones de salud, atravesadas por determinantes sociales como el desempleo, la residencia lejana, la falta de redes socio familiares, violencia y más.
- **Profesionales de la salud**, enfermera/os, psicólogo/as, terapeutas, trabajadores sociales, auxiliares y más, responsables de garantizar la atención integral,
- **Estudiantes en formación de diferentes universidades**, principalmente de la Universidad de Antioquia, que participan en el modelo de docencia y aportan al fortalecimiento del hospital
- **Personal administrativo y logístico**, cuya labor es clave para la sostenibilidad financiera y operativa del hospital.

1.16. Hospital Alma Máter de Antioquia: situación actual y fuentes de financiación

Según Mercado (2025), el Hospital Alma Máter, por su carácter mixto, recibe recursos de diferentes fuentes. Entre ellas: El Gobierno departamental, que aporta recursos para infraestructura, personal y operación; la Universidad de Antioquia, que canaliza recursos en el marco de la docencia; y el sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de pagos derivados de los servicios prestados a los pacientes mediante las EPS.

Sin embargo, a pesar de la diversidad de recursos que entran al hospital y mayormente de las EPS, este enfrenta limitaciones similares a las del sistema de salud nacional: déficit financiero, sobrecarga de los servicios, escasez de personal y medicamentos en áreas críticas, y retos para mantener los altos estándares de calidad. Frente a esto en el Periódico Colombiano el Tiempo, el mismo autor, presenta que:

Mediante una carta, que se difundió por redes sociales, el Hospital Alma Máter, uno de los más importantes de Medellín, anunció la suspensión de algunos servicios de

salud a los docentes por falta de pago del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fomag) (Mercado, 2025, párr. 2).

En dicha carta, como lo dice la noticia, el Hospital le indica al Fomag que se requiere la urgencia de ponerse al día con el pago pendiente por más de 3.800 millones de pesos que se encuentran vencidos. La falta de cumplimiento en estos pagos ha llevado al hospital a una situación insostenible, lo que los obliga a tomar decisiones en cuanto a los servicios que prestan y los pagos a sus colaboradores.

1.17. Hospital Alma Máter de Antioquia: Marco normativo.

Respecto a la normatividad que acoge el siguiente proyecto y el hospital Alma Máter, principalmente se encuentra: La Constitución Política de Colombia de 1991, la cual en su Artículo 49, establece que la salud es un derecho fundamental de todos los ciudadanos, asegurando el acceso a servicios de prevención, protección y recuperación de la salud. El Estado es responsable de organizar, dirigir y regular estos servicios, basándose en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Adicional, la ley 100 de 1993, en donde se establecieron los cambios en la estructura del sistema de salud colombiano, siendo su objetivo principal garantizar el derecho a la calidad de vida y la protección social de todos los habitantes del territorio colombiano, a través de la cobertura de las distintas contingencias que pueden presentarse. Este sistema incluye los regímenes de pensiones (protege contra las contingencias de vejez, invalidez y muerte),

De igual manera, comprende el ámbito de la salud (asegura la cobertura de las necesidades en cuanto a salud de la población), riesgos profesionales o laborales (previene y atiende los riesgos, accidentes y enfermedades laborales) y servicios sociales complementarios (ofrece prestaciones adicionales en busca de mejorar la calidad de vida de la población), y se basa en principios como la universalidad, la solidaridad, la integralidad y la eficiencia para lograr una calidad de vida digna para toda la población.

Además de la Ley mencionada anteriormente, existen otras que tienen relevancia como lo es la Ley 1751 de 2015, que tiene como objetivo garantizar y regular el derecho

fundamental a la salud, el cual se plantea como un derecho autónomo e irrenunciable en el individuo y colectivos. Esta ley comprende entre otros aspectos, el acceso a la salud de manera eficaz oportuna y de calidad.

Frente a la población que converge en el Hospital Alma Máter, se establece las siguientes leyes: Ley 1448 de 2011 en donde el Congreso de la República de Colombia establece medidas de atención y reparación integral para víctimas del conflicto armado; Ley 1850 de 2017, promueve la protección al adulto mayor y sanciona el maltrato intrafamiliar por abandono; Resolución 459 de 2012, adopta protocolos de atención integral a víctimas de violencia sexual; la Resolución 1239 de 2022; donde se Define procedimientos para la certificación y caracterización de personas con discapacidad y La Ley 1641 de 2013, establece la Política Pública Social para Habitantes de la Calle y define al habitante de la calle como la persona que hace de la calle su lugar de habitación, de forma permanente o transitoria.

En cuanto al siguiente proyecto a presentar encontramos que la Resolución 2646 de 2008 establece las responsabilidades de los empleadores en Colombia para la identificación, evaluación, prevención e intervención de los factores de riesgo psicosocial en el ambiente laboral, la cual aplica a todos los empleadores (públicos y privados), trabajadores y organizaciones en Colombia para prevenir y controlar los riesgos psicosociales laborales, además tenemos la Ley 2297 de 2023 (Ley del Cuidador) en Colombia, la cual busca dignificar y visibilizar la labor de los cuidadores, promoviendo la flexibilidad laboral, la creación de rutas de emprendimiento y apoyo para este grupo poblacional.

1.18. Hospital Alma Máter de Antioquia: Trabajo Social.

Finalmente, es indispensable mencionar que el Trabajo Social ocupa un lugar estratégico en este escenario, al actuar como mediador entre la institución y los usuarios y sus familias. Esta profesión hace menos de 5 años venía perteneciendo a el área de atención al usuario, donde se cumplían tareas con: informar a las personas del hospital sobre las rutas de atención en este, manejo de voluntariado y demás, ahora su intervención no se limita a los procesos individuales, sino que también articula dimensiones sociofamiliares, económicas y habitacionales.

Entre sus funciones destacan: garantizar el acceso a los servicios de salud, identificando y reduciendo barreras sociales y económicas, acompañar situaciones de crisis (enfermedades graves, duelo, violencia, abandono, negligencia, entre otras) y fortalecer redes de apoyo social y familiar para favorecer la recuperación integral de los y las pacientes.

En síntesis, trabajo social en el Hospital Alma Máter se enfrenta a un campo de acción complejo, donde debe equilibrar la atención a las demandas inmediatas de los y las médicas tratantes, con las de los y las pacientes, teniendo en cuenta la necesidad de incidir en procesos estructurales del sistema de salud. Su labor, en diálogo con otros profesionales, resulta clave para avanzar hacia un modelo más humano, equitativo y sostenible a lo largo del tiempo.

El procedimiento de trabajo social se centra en la identificación y atención de las necesidades sociales, familiares, habitacionales y económicas de los individuos y familias. A través de un enfoque integral, los y las trabajadores sociales evalúan a partir de las solicitudes de interconsulta del personal médico, el perfil a atender y de allí parten para su intervención. Estos perfiles se dividen de la siguiente manera, según el documento de perfiles de intervención en trabajo social del año 2024:

- **Condición de N.N.:**

El término **N.N.**, proveniente del latín *Nomen Nescio* (“no sé su nombre”), se utiliza para otorgar una identificación provisional a los y las pacientes que ingresan a una institución de salud sin portar documentos o que, por su estado, no pueden comunicar su nombre o número de identificación. En la actualidad, también se interpreta como “No Name” en inglés o “ningún nombre” en español.

- **Víctimas de violencia intrafamiliar, de género o violencia sexual:**

Se incluyen aquí los casos de violencia física, psicológica, económica, negligencia, abandono y abuso; así como víctimas de violencia sexual en sus distintas modalidades (abuso, asalto sexual, actos sexuales violentos, ataques con agentes químicos). También abarca las violencias sociopolíticas vinculadas al conflicto armado, como personas desplazadas, reinsertadas o sobrevivientes de minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE).

- **Habitantes de calle:**

Son aquellas personas que han hecho de la calle su espacio de habitación, de manera permanente o transitoria. Este fenómeno urbano, denominado “**habitanza en calle**”, responde a múltiples causas sociales, económicas y familiares, y se caracteriza por las diversas dinámicas e interacciones que configuran su cotidianidad.

- **Conducta suicida y/o discapacidad:**

Hace referencia a pacientes que presentan ideación o intentos suicidas, así como a aquellos que viven con alguna discapacidad, tanto mental como física.

- **Población indígena:**

Los pueblos indígenas se constituyen como grupos sociales y culturales con identidad propia, caracterizados por su vínculo ancestral con la tierra y los recursos naturales. Estos territorios representan no solo medios de subsistencia, sino también fuentes de identidad, espiritualidad y bienestar. Sus procesos de representación suelen estar mediados por líderes y organizaciones tradicionales, diferenciados de las estructuras sociales dominantes.

- **Intervención individual y/o familiar:**

El método de Trabajo Social en este nivel se orienta al acompañamiento de personas y familias que enfrentan problemáticas sociales o dificultades en su dinámica interna, como baja adherencia a tratamientos médicos, consumo de sustancias psicoactivas dentro y fuera de la institución, ausencia de red familiar, escaso acompañamiento o conflictos con el equipo de salud. A través de acuerdos contruídos entre el profesional y la familia o paciente, se busca establecer rutas que faciliten soluciones y promuevan la recuperación integral del mismo.

- **Residencia lejana:**

Hace referencia a pacientes cuya residencia se encuentra en municipios fuera del Área Metropolitana de Medellín, lo cual implica la necesidad de gestionar apoyos en transporte especial y, en algunos casos, alojamiento temporal.

- **Sin afiliación al Sistema de Seguridad Social o con dificultades en el aseguramiento:**

Corresponde a pacientes que ingresan a los servicios de urgencias u hospitalización sin estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud o que presentan inconsistencias en su aseguramiento, lo que genera barreras de acceso y continuidad en la atención.

El área de Trabajo Social cumple una función esencial en la atención integral de pacientes, cuidadores y familias. Su quehacer se centra en la valoración, diagnóstico social e intervención de factores sociofamiliares, económicos y habitacionales que inciden en la salud y recuperación de los y las pacientes. Este proceso se encuentra alineado con el direccionamiento estratégico institucional y con la política de humanización de la atención en salud, buscando garantizar calidad, seguridad y un abordaje integral en cada caso que se presente. Este proceso, finaliza con la implementación de las acciones necesarias para mitigar los riesgos detectados, favoreciendo la recuperación del paciente y el bienestar de su entorno familiar si es el caso.

Es por esto por lo que, el área de Trabajo Social administra donaciones destinadas a pacientes, familias o cuidadores, después de esta previa valoración sociofamiliar y de necesidades básicas, las cuales dichas ayudas pueden entregarse directamente al paciente, al acompañante o en casos especiales, al personal de enfermería cuando no existe red de apoyo disponible o el mismo paciente no se encuentra en condiciones de recibirlas. Cada entrega se registra en la historia clínica como soporte de la gestión realizada.

Las donaciones incluyen:

- Vestuario y calzado.
- Elementos de apoyo como muletas, caminadores y/o bastones.

- Implementos de cuidado personal, incluidos pañales (los cuales deben estar debidamente rotulados con lote, registro y fecha de vencimiento).
- Transporte
- Albergue

Estas donaciones pueden provenir de dos mecanismos principales:

1. Fondo de solidaridad: Constituida con aportes voluntarios de los colaboradores del hospital, quienes autorizan un descuento de su nómina destinado a apoyar a pacientes, familias y/o cuidadores.
2. Donaciones externas: corresponden a los apoyos materiales y económicos que llegan al hospital por parte de personas naturales, empresas, organizaciones o entidades aliadas.

En conclusión, el anterior contexto reconoce que las problemáticas psicosociales tienen un papel determinante en el bienestar y la calidad de vida de pacientes, cuidadores y acompañantes, tanto durante la estancia hospitalaria como en el proceso post hospitalario o ambulatorio. Estas dificultades se expresan principalmente en la escasez de redes de apoyo familiar y social, en los riesgos sociofamiliares, económicos y habitacionales que afectan la recuperación integral, y en las barreras administrativas en la prestación de los servicios de salud, las cuales limitan el acceso oportuno y equitativo a la atención. De esta manera, el hospital asume el compromiso de generar estrategias que permitan mitigar dichos factores y fortalecer la atención integral en salud desde una perspectiva biopsicosocial, con el apoyo del área de trabajo social.

El objetivo del Trabajo Social en el contexto hospitalario trasciende y va más allá de la atención de necesidades inmediatas o la gestión de recursos materiales. Su propósito central es garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos y específicamente de salud de los y las pacientes, sus familias y cuidadores, mediante una intervención integral, reflexiva y crítica que articule las dimensiones individuales con las estructurales y coyunturales. Esto implica no solo identificar las problemáticas socioeconómicas, familiares y habitacionales que inciden en la recuperación, sino también comprender las causas profundas de estas

condiciones, derivadas de desigualdades sociales, brechas en la cobertura y fallas del sistema de protección social.

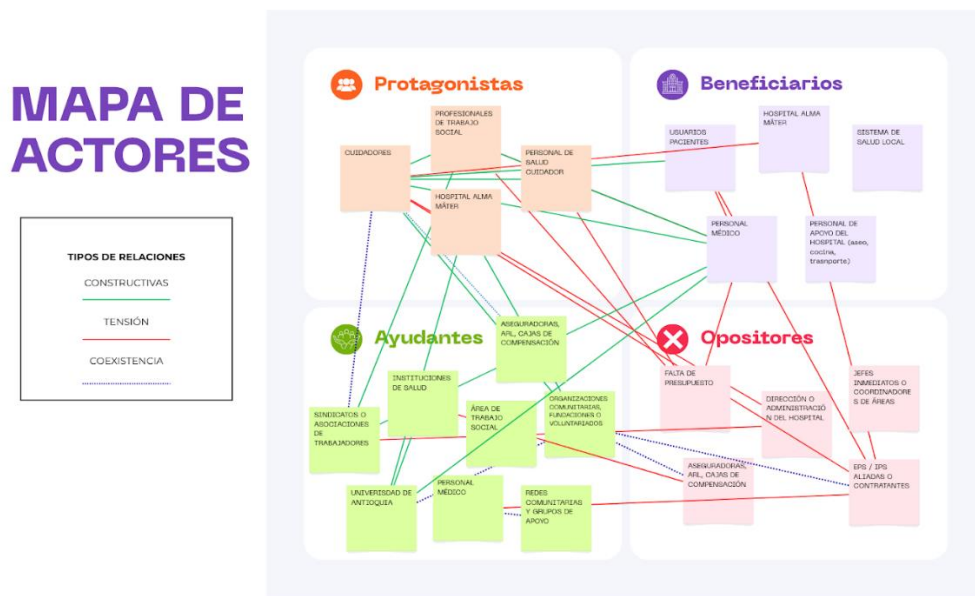
Desde esta perspectiva, Trabajo Social actúa como un agente de transformación dentro de la institución, al visibilizar las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan los usuarios y proponer rutas de acción que promuevan la justicia social, la equidad y la dignidad humana. El quehacer profesional combina el análisis social con la gestión interinstitucional, la formulación de estrategias de acompañamiento psicosocial, y la mediación entre los diferentes actores del sistema de salud y dentro del hospital, para construir respuestas ajustadas a cada contexto particular.

De manera más específica, el objetivo del área es: Diagnosticar integralmente las condiciones sociales, familiares, económicas y habitacionales que afectan la salud de los pacientes, comprendiendo la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social, intervenir en los factores de riesgo psicosocial que obstaculizan la recuperación y el bienestar de los y las pacientes, mediante acciones que fortalezcan las capacidades familiares y comunitarias, fomentando la autonomía y el autocuidado, gestionar recursos institucionales y comunitarios que garanticen la continuidad de los procesos de atención y reduzcan las brechas de acceso, incidir en los procesos institucionales para avanzar hacia un modelo de atención en salud centrado en la persona, la integralidad y la humanización de la atención y por supuesto acompañar emocional y socialmente los procesos de enfermedad, crisis o pérdida, reconociendo las trayectorias de vida y las particularidades de cada paciente y su entorno.

En ese sentido, el objetivo último del Trabajo Social no se limita a resolver casos, sino a contribuir a la transformación de las condiciones sociales que generan inequidades en el acceso a la salud, a través de una intervención que une la acción directa junto con la reflexión crítica y el trabajo interdisciplinario. De esta forma, su papel es clave en la humanización de la propia atención del mismo hospital, la defensa de derechos y la posibilidad de construir políticas más inclusivas y sensibles a la realidad social a partir del trabajo dentro de la institución.

1.19. Mapa de actores.

Figura 5
Mapa de actores



El presente mapa de actores permite reconocer y comprender las dinámicas relacionales que tienen los diversos sujetos e instituciones involucradas en el contexto hospitalario, que giran en torno al fenómeno del cuidado y el autocuidado de quienes hacen parte de la tarea de cuidar a los otros u otras, ya sean familiares o quienes se encuentran en una función profesional. Este análisis es clave para la elaboración de estrategias educativas y psicosociales que fortalezcan el bienestar integral de los cuidadores, ya que revela qué aspectos ayudan o dificultan la tarea de cuidar.

En el hospital, el ejercicio del cuidado se perfila como el entorno de actuaciones complejas y múltiples en el que, por un lado, hay diversos actores, individuales e institucionales y adicionalmente las relaciones de estos son determinantes de la calidad y la extensión de las acciones de bienestar y acompañamiento. En este aspecto, el mapa de actores es el medio para entender cómo se articulan unas relaciones a nivel del cuidado, los profesionales de la salud (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos), el equipo de apoyo (aseo, traslados, cocina), los y las pacientes, las redes comunitarias, las instituciones educativas, las aseguradoras EPS, IPS y ARL, la dirección administrativa, los

jefes de área, los voluntarios, los sindicatos, las universidades que participan en la formación y acompañamiento de las personas.

Los cuidadores, trabajadores sociales, profesionales de salud y el hospital emergen como protagonistas del presente proyecto, una vez que su experiencia en el acompañamiento habitual, tanto físico como emocional, los convierte en partes fundamentales para llegar a comprender las dinámicas en el cuidado, las tensiones ligadas a la sobrecarga y las necesidades de apoyo psicosocial. Su quehacer está muy determinado por condiciones como la falta de tiempo, el desgaste emocional, la ausencia de redes de apoyo o bien las exigencias institucionales, esas condiciones que pueden llevar al síndrome del cuidador quemado o bien al burnout profesional.

En atención a ellos se encuentran las y los pacientes y sus familias, quienes actúan como beneficiarios directos de un cuidado más humanizado y consciente, así como el mismo personal médico, el hospital y al entorno hospitalario, ya que un estado de calma, comprensión y bajo nivel de estrés favorece la comunicación efectiva, la adherencia a los procesos de atención y la construcción de relaciones de cuidado más humanas y empáticas y adicionalmente se benefician indirectamente al incorporar aprendizajes y estrategias de acompañamiento y autocuidado.

En este entramado, los ayudantes son estos agentes que hacen posible el apoyo institucional y estructural, entre estos se encuentra el área de trabajo social, el personal médico, así como los voluntarios y voluntarias, los sindicatos, las aseguradoras y la universidad de Antioquia. Pese a garantizar la ejecución de los programas de formación, bienestar y salud mental, también pueden reproducir relaciones de tensión entre los actores y las instituciones en virtud de tener limitaciones presupuestarias, exceso de trabajo, burocracia o discrepancias en las prioridades institucionales. Por ejemplo, las aseguradoras tienden a construir barreras para tener acceso a servicios integrales, lo que explica la frustración y el desgaste tanto de cuidadores como de profesionales. Asimismo, la tensión entre la dirección administrativa y los y las colaboradores del hospital puede cristalizarse en función de la escasez de recursos, la presión por indicadores de productividad o la inexistencia de espacios de escucha y contención emocional.

Por otra parte, también se encuentran relaciones de convivencia entre agentes del tipo que comparten pero cuya interacción es escasa o instrumental llamada relaciones de

coexistencia, como podría ser la que establece el vínculo entre los cuidadores y el personal de apoyo, o entre los voluntarios y las aseguradores, es decir, relaciones donde no se interfiere sino que simplemente representan la manera más neutra de interrelacionarse e incluso de ir en dirección contraria al modo de interrelacionarse en el proceso del cuidado. De este modo, las relaciones, de por sí neutras, se convierten en un potencial escasamente cultivado para construir comunidades de apoyo y un trato más humanizado.

Las relaciones de ayuda se constituyen, en cambio, en relaciones constructivas de ayudar en tanto que han sido capaces de llevarse a cabo, como en las alianzas entre profesionales de la salud y trabajo social, entre cuidadores y redes comunitarias y entre el hospital y la universidad. Estas interacciones son las que se orientan a fortalecer las formas de cuidado humanizado, a la formación en el autocuidado, a la creación de estrategias educativas, así como al desarrollo de programas de bienestar laboral y psicosocial, estos vínculos llegan a ser estratégicos para asegurar el mantenimiento del proyecto pues llegan a ser la potencia de la cooperación interinstitucional y la creación de saberes compartidos entre las diferentes áreas.

No obstante, es indispensable reconocer las relaciones de tensión como espacios críticos que reflejan la estructura desigual del sistema de salud y los desafíos que enfrentan los actores en su cotidianidad. La falta de presupuesto, las demandas laborales excesivas, la fragmentación institucional y las políticas de aseguramiento generan fricciones que influyen directamente en la calidad del cuidado y en el bienestar de quienes lo brindan. Estas tensiones, lejos de ser obstáculos que no se pueden superar, constituyen puntos de partida para la intervención psicosocial, al visibilizar las necesidades de transformación estructural y de fortalecimiento de redes solidarias y colaborativas.

Así, el análisis del mapa de actores permite comprender que el cuidado no es una tarea aislada ni individual, sino un proceso relacional y colectivo que depende de la articulación entre sujetos, instituciones, políticas y las diferentes coyunturas que se presentan. Identificar las relaciones de cooperación, coexistencia y conflicto posibilita diseñar estrategias más integrales y pertinentes, orientadas al fortalecimiento del autocuidado, la salud mental, el cuidado humanizado y la educación en salud, pilares fundamentales para mejorar las condiciones de vida y trabajo de quienes cuidan y son cuidados.

2. Diagnóstico Social

“El Diagnóstico Social, es un instrumento y técnica, que sintetiza, conceptualiza e interpreta, las necesidades y problemáticas sociales a través de la exploración de su génesis, y causas, así mismo aporta los elementos clave necesarios para la explicación de la realidad sociofamiliar, así como la transformación de las problemáticas que presente cada caso”. (Ávila Cedillo, 2021, p. 1)

2.1. Pregunta

¿Cuáles son las principales necesidades, dificultades y recursos que tienen las y los cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores en el Hospital Alma Máter de Antioquia en el ejercicio de su rol de cuidado en doble vía tanto para cuidar de sí mismas/os como brindar cuidado a otras/os?

2.2. Objetivo general

Identificar las principales necesidades, dificultades y recursos que tienen tanto cuidadoras/es como colaboradores en el ejercicio de su rol de cuidado con respecto al cuidado de sí y de otras/os.

2.3. Objetivos específicos

- Reconocer los significados que le atribuyen tanto cuidadoras/es como colaboradores, al cuidado de sí mismas/os y de otras/os.
- Indagar por los sentires que emergen desde las cuidadoras/es y colaboradores del Hospital Alma Máter con respecto a las prácticas del cuidado de sí y del cuidado de otras/os.
- Identificar las principales estrategias que las cuidadoras/es y colaboradores del Hospital Alma Máter tejen en sus entornos para el cuidado de sí y de otras/os.

2.4. Fundamentación teórica.

“Aquel que le gusta la práctica sin la teoría, es como el marino que navega barcos sin timón ni brújula y nunca sabe dónde anclar.” (Leonardo Da Vinci)

La presente fundamentación teórica orienta el desarrollo del diagnóstico desde un enfoque cualitativo y se soporta en perspectivas interpretativas y fenomenológicas que permiten comprender las realidades sociales desde las voces, significados y experiencias de las personas participantes. De igual manera, incorpora teorías que aportan a la comprensión de las interacciones, los sentidos que construyen y los elementos que configuran sus necesidades, dificultades, recursos y prácticas de cuidado de sí y cuidado del otro/a en el contexto.

El enfoque cualitativo fue elegido debido a que, dentro de las ciencias sociales, según Piña-Ferrer (2023), este permite abordar los significados que las personas atribuyen a sus experiencias, a sus acciones y a las formas en que estas se vinculan con las diferentes. Este enfoque posibilita comprender los hechos sociales desde la perspectiva de quienes los viven, analizando e interpretando la realidad tal como aparece y tal como es experimentada, razón por la cual se caracteriza como una metodología de orientación fenomenológica.

Desde esta mirada, el enfoque cualitativo ofrece las herramientas teóricas necesarias para interpretar la intersubjetividad de las personas, entendida como las diversas maneras en que las y los sujetos construyen la verdad de su realidad, expresan su forma de pensar y participan activamente en la interpretación de sus experiencias. Asimismo, este enfoque permite redescubrir al ser social como un ser político e histórico, reconociendo que los sujetos con los que se tuvo la oportunidad de trabajar durante el ejercicio de diagnóstico son actores que construyen socialmente sus prácticas, sentidos, decisiones y dinámicas cotidianas.

En coherencia con lo anterior, el diagnóstico se sustenta teóricamente en dos perspectivas fundamentales: el interaccionismo simbólico y la teoría fenomenológica. Por un lado, el interaccionismo simbólico, como lo afirma Ruiz de Galástica (2017), la realidad social es construida a partir del significado que las personas atribuyen a las diferentes cosas, a los otros y a sí mismas, mediante procesos sociopsicológicos de interacción.

El interaccionismo simbólico, situado dentro del paradigma interpretativo, plantea que la acción social solo puede ser comprendida desde la posición de los participantes, quienes producen sentido en el universo simbólico. Siguiendo a Taylor y Bogdan (1987), esta teoría otorga un lugar central a los significados sociales que las personas asignan al mundo que las rodea en general, lo cual implica reconocer que sus percepciones, interpretaciones y definiciones de la situación influyen directamente en sus acciones.

Adicionalmente, según las premisas centrales del interaccionismo simbólico, las personas actúan en función de los significados que atribuyen a las cosas, estos significados son productos sociales que surgen durante esa interacción, y los actores asignan significados a través de un proceso continuo de interpretación. De esta manera, cuando las personas interactúan, ya sea desde formas orales, gestuales o escritas, no solo comunican experiencias pasadas y presentes, sino que co-construyen una nueva realidad social sustentada en los significados otorgados.

Esta teoría reconoce que cada sujeto recuerda, analiza y transforma aquello que considera útil y funcional, por lo que sus percepciones y símbolos están en constante cambio a lo largo de su vida. Por ello, se hace necesario prestar especial atención a lo que cada persona expresa y hace, escuchando activamente sus narrativas para comprender sus significados e interpretaciones de las cosas. El interaccionismo simbólico, aporta al diagnóstico, la comprensión de las dinámicas grupales e individuales en los procesos de interacción cotidiana que configuran las prácticas, percepciones y decisiones de las personas en el día a día.

Desde una segunda perspectiva, la teoría fenomenológica de Carl Rogers complementa el análisis al centrarse en la manera en que las personas perciben su realidad y configuran su personalidad. Según Castillero (2017), citando a Rogers, plantea que cada individuo interpreta el mundo desde su propia experiencia y, por consiguiente, la realidad solo puede entenderse a través de la percepción subjetiva de cada persona.

Para este autor, comprender a un ser humano requiere atender tanto la dimensión objetiva de la conducta como la visión subjetiva que la persona tiene del mundo, pues es allí donde se configuran sus decisiones, emociones y formas de relacionarse. La teoría fenomenológica considera que la conducta está mediada por elementos internos como la valoración de experiencias y la búsqueda de autorrealización que tienen las personas, entendida como el proceso mediante el cual la persona procura encontrar su lugar en el mundo y crecer personalmente.

Esta teoría aporta al diagnóstico la comprensión de la singularidad de cada sujeto, del modo en que procesa sus experiencias, vivencias, de cómo construye sus significados y de la manera en que estos influyen en sus comportamientos, necesidades, dificultades y procesos de adaptación. A partir de lo previamente mencionado, es importante resaltar que dentro de

este diagnóstico resulta esencial tener claros algunos conceptos centrales, para así mismo entender la manera en que se comprenderá cada aspecto dentro del diagnóstico. En ese sentido, el concepto de necesidad es fundamental en la comprensión de la motivación humana. Desde la psicología, según Sara Moreno-Poyato et al. (2015), se entiende como el estado de carencia asociado al esfuerzo por suprimir o corregir dicha falta.

Es por ello por lo que, en la misma línea, estos mismos autores, citando a Dorsch, mencionan que las necesidades son aquello que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y vida en sí. En este sentido, las necesidades humanas básicas permiten entender cómo se organizan y priorizan las motivaciones humanas. Este concepto resulta relevante para el diagnóstico al permitir identificar las carencias, motivaciones y prioridades de las personas.

En relación con esto, es indispensable definir el concepto de dificultades, pues, como lo dice Pérez Porto y Merino (2021), estas se comprenden como los problemas, barreras o aprietos que enfrentan las personas al intentar lograr conseguir algo. Constituyen obstáculos que requieren esfuerzo para ser superados y pueden presentarse en múltiples dimensiones de la vida cotidiana. Estas dificultades pueden ser de orden personal, emocional, relacional o institucional, y su identificación permite comprender los límites, tensiones y desafíos presentes en las experiencias de los y las participantes.

El concepto de recursos se relaciona estrechamente con el de necesidad. De acuerdo con De las Heras y Cortajarena (1978), los recursos sociales comprenden los medios humanos, materiales, técnicos, financieros e institucionales con los que una persona o comunidad cuenta para responder a esas necesidades. No son fines en sí mismos, sino instrumentos que posibilitan el cambio y la satisfacción de necesidades específicas. Entender esto nos permite reconocer las capacidades existentes, los apoyos disponibles y los elementos que pueden potenciar procesos de fortalecimiento familiar y comunitario.

Desde la perspectiva genealógica de Foucault, el cuidado de sí, según los autores Garcés Giraldo y Giraldo Zuluaga (2013), se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales el individuo establece una relación reflexiva consigo mismo y se constituye en sujeto de sus propias acciones y decisiones. Para los autores, la vida debe asumirse como “una obra de arte”, un proceso creativo de transformación personal orientado a la libertad reflexionada.

En ese sentido, el cuidado de sí implica asegurar de manera permanente el ejercicio de la libertad, construyendo una existencia que responda a los propios valores, decisiones y posibilidades. Al respecto, este concepto aporta al diagnóstico la comprensión de cómo las personas gestionan su bienestar, sus prácticas cotidianas, su forma de relacionarse consigo mismas y la manera en que se posicionan frente a las exigencias sociales, emocionales y relacionales de su contexto.

En este contexto, el autocuidado se convierte en un elemento indispensable. Naranjo et al. (2019) citando a Dorothea Orem (1969), lo define como una práctica que existe en situaciones concretas de la vida deliberada de acciones que las personas realizan para mantener su bienestar y calidad de vida para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Por ello, para los cuidadores, el autocuidado es una estrategia esencial que les permite prevenir el agotamiento, preservar su salud mental y fortalecer su capacidad de cuidar a otros. Desde una mirada educativa, promover el autocuidado implica fomentar habilidades para manejar el estrés, regular las emociones, establecer límites y adoptar hábitos de vida saludables que permitan equilibrar el acto de cuidar con el bienestar personal.

Finalmente, se hace necesario definir conceptos claves como lo son sentires y pensares o ese sentipensar dentro del proyecto, pues como lo menciona Escobar (2016),

Todos estamos dentro del pluriverso, entendido como mundo de mundos, una serie de entramados siempre cambiantes de humanos y no humanos, los cuales resultan del movimiento incesante de las fuerzas y los procesos vitales de la Tierra. (...) Ningún ser viviente existe de modo independiente en la tierra. (...) El punto es que uno de estos mundos se ha atribuido el derecho de ser “el mundo” e intenta eliminar o reducir a sus términos la riqueza de los diferentes mundos que componen la vida socionatural. (p.1)

Este *pensamiento* y *sentimiento*, como lo menciona Arboleda (2024), son funciones interconectadas e interdependientes que constituyen un proceso edificante, sustantivo para potenciar la vida, esta consciencia y actitud sentipensante son potenciales evolutivos, que nos mueven a tejer la vida misma. El sentipensar potencia procesos relevantes y la definen como la existencia como la conciencia comprensiva, este fenómeno comprensivo precisa procesos

intelectuales y de movimiento en torno al suceso o asunto que se aborde, tanto como de comprensiones previas y motivaciones.

En conjunto, el enfoque cualitativo, el interaccionismo simbólico, la fenomenología y los conceptos de necesidades, dificultades, recursos, cuidado de sí, autocuidado, sentires y pensares, brindan un marco sólido para comprender la realidad diagnóstica desde las voces, significados y experiencias de las y los sujetos. Estas perspectivas permiten no solo interpretar la complejidad de sus interacciones y vivencias, sino también reconocer las motivaciones, percepciones y capacidades que configuran sus prácticas y dinámicas de sí, dentro del contexto hospitalario y fuera de él.

2.5. Justificación y diseño metodológico.

“Una Investigación Acción Participativa (IAP) es, en esencia, un proceso transformativo tanto para los investigadores locales como para quienes lo facilitan” (Zapata & Rondán, 2016, p. 5)

El gran filósofo Tales de Mileto plasmó en el portón del templo de Delfos en Grecia, la siguiente máxima: “conoce a ti misma/o y conocerás el universo y a sus diosas y dioses”. En ese sentido, tanto conocerse como conocer a otras/os y en general el contexto socio natural, implica un saber-sentir-hacer que permita recabar, ampliar y/o descubrir nuevos horizontes y particularmente infinidad de posibilidades en el universo de las múltiples realidades.

En el contexto del presente diagnóstico social, el conocerse a sí misma/o, puede ser fácilmente interpretado como dirigir la mirada hacia lo profundo de la profesión y labor que realiza el trabajo social, con la finalidad de identificar sus valores y principios, sus límites y alcances, sus posibilidades, sus objetivos y metas. De ahí que, a partir del reconocimiento propio que se lleva a cabo como científica/o social, se pueda lograr conocer al “universo” (las realidades sociales) y a las/los diosas/es (seres humanos y naturaleza) para que a través de un saber-ser-hacer se logre servir ética y profesionalmente a todo lo que puebla la faz de la tierra.

En ese respecto, el diagnóstico social no solo deviene como herramienta de conocimiento interno y/o externo, sino que se muestra además como el puente o nexo que se

teje entre la investigación (contextualización previamente realizada) y la planeación e intervención social, a partir de la identificación de necesidades y recursos propios de individuos, familias, grupos y comunidades con miras hacia la transformación social. En palabras de Ávila Cedillo (2021), el diagnóstico social permite,

recabar información acerca de una problemática real de una población para poder comprender qué tan grande es la situación problemática y/o las necesidades, saber cómo afecta a los individuos, tener conocimiento también de sus recursos para saber posteriormente cómo intervenir y de qué forma haciendo útil los materiales con los que cuenta la comunidad. (p. 7)

Ante este panorama, el presente diagnóstico social no se planteó como mero ejercicio intelectual que se lleva a cabo en un vacío inhóspito, sino que más bien se intenciona, además, desde la relación que se teje con otros seres humanos, seres humanos contruidos socialmente, complejos, históricos, múltiples. En palabras de Cifuentes Gil (s.f.), el trabajo social se relaciona con,

diversidad de sujet@s, para atender y contribuir a la solución de sus problemáticas, principalmente en el ámbito de la vida cotidiana. La teoría de la Acción Social los ubica como actor@s sujet@s sociales que participan de forma consciente e intencionada, reconoce su carácter activo, el potencial constructivo en la reflexión sobre sus problemáticas, contextos, historia y proyección, capacidades de pensar, reflexionar, analizar, decidir y actuar (p. 7).

Con relación a la aplicación de la encuesta, las y los sujetos participantes fueron una muestra reducida (en comparación a la cantidad de cuidadoras y cuidadores que por lo general se encuentran al interior del hospital) de cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados (hospitalización general) en el Hospital Alma Máter de Antioquia. Son sujetas y sujetos, como ellas lo mencionaron que son madres, hijas e hijos, esposa, sobrina, cuidadora amiga; en edades que oscilan entre los 36 y 69 años; provenientes de distintos lugares del país, con representación de municipios de Antioquia como Yolombó, Versalles, Urabá, Distrito de Turbo, Itagüí, y el Distrito de Medellín.

Por lo demás, para la puesta en marcha del diagnóstico social con las y los cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Alma Máter de Antioquia, seres humanos y eternamente infinitos, pudiese llevarse a cabo, se utilizó una de las tantas técnicas del Diagnóstico Rápido Participativo, a saber, un cuestionario como instrumento de co-construcción de la información. Con el ánimo de definir qué se entiende por cuestionario, se puede decir que es “un proceso estructurado de recogida de información a través de la cumplimentación de una serie de preguntas”. (García Alcaraz et al., 2006, p. 3).

En ese sentido, el cuestionario se desarrolló de la mano de 9 participantes, con la vinculación total de ocho mujeres y un hombre, que fueron seleccionados de manera aleatoria, el único criterio de selección básicamente se reducía a que fueran cuidadoras y cuidadores de personas hospitalizadas (hospitalización general) en el Hospital Alma Máter. De ahí que, algunas/os de ellos pudiesen ser identificadas/o en la base de datos que maneja el equipo de trabajo social a nivel interno para brindar el soporte de alimentación, ya que allí se obtenía tanto el nombre de la/el paciente como el de la/el cuidador; de igual manera, se señala que otras/os fueron identificados *in situ*.

El cuestionario se realizó mediante entrevista personal. Es por ello por lo que entre las ventajas de este tipo de cuestionario “destaca la ausencia de influencias de terceros, puede ser más extenso al exigir menos esfuerzo del entrevistado y se consiguen las mayores tasas de respuesta (80-85%). Entre los inconvenientes se encuentra el elevado coste y la influencia del encuestador sobre el encuestado (vergüenza) y sobre las respuestas (interpretaciones)”

El cuestionario cuenta con una particularidad y cualidad y es que por momentos plantea preguntas cerradas y luego con un ¿por qué? se intenta ampliar la oportunidad de respuesta indagando por las razones o justificaciones que previamente y de acuerdo con la pregunta se reducían meramente a un sí o un no. En ese sentido,

las respuestas a preguntas abiertas se utilizan en encuestas (...), dichas respuestas constituyen una prolongación indispensable de los cuestionarios, cuando las encuestas van más allá de una simple búsqueda de sufragio, cuando se trata de explorar y profundizar sobre una tema complejo o poco conocido (Lebart et al. 2000, como se citó en Rincón Gómez, 2014, p. 140).

Adicionalmente, las preguntas abiertas según Pope (2012),

son de gran utilidad para la recolección de información espontánea, enriquecimiento del informe definitivo (mediante la inclusión de cuotas reales de las respuestas que se consideren significativas), utilidad para explicar y comprender la respuesta a una pregunta cerrada; además proporciona información acerca de la opinión de un grupo de personas (como se citó en Rincón Gómez, 2014, p. 141)

De igual manera, el cuestionario, abarca varios ámbitos que, en relación al cuidado, se consideran importantes para la vida de las personas como por ejemplo, el vínculo que existe entre cuidadora/or y paciente; sus sentires con respecto a su labor de cuidado, donde destacan relatos como por ejemplo, “es extraño que me pregunten por ser cuidador hombre” - “me sentía aburrida, me sentía como en una cárcel”, - “he estado muy asustado”, - “me he sentido bien, la atención muy bien” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025). Sentires que permiten comprender que la vida se siente de múltiples maneras, que una experiencia “similar” difiere casi que completamente de las otras “similares”.

Igualmente, el cuestionario indaga por los recursos con los que cuentan las y los cuidadores. A ese respecto se tiene la siguiente tabla, en el que se indaga por la paciencia como recurso en el contexto de cuidado; el cuidar de sí mismas/os; apoyo por parte de familiares y/o amigos; si se tiene alguna creencia que les fortalece; se identifica también como recursos, a los otros acompañantes (personas cuidadoras/es, comunicación personal, 2025) y el amor como valor supremo con relatos como por ejemplo “el amor, si uno no hace las cosas con amor no quedan bien” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025)

De manera complementaria, el cuestionario, al ser realizado en medio de un contexto hospitalario, no en vano apuesta por identificar los efectos que se desprenden cuando el acto de cuidar no se da de manera balanceada causando la aparición o exacerbación de patologías tanto físicas como mentales en las cuidadoras y cuidadores. Por ejemplo, algunas/os de ellos mencionaron tener depresión, ansiedad e insomnio todo ello en términos de salud mental y

emocional lo que demuestra claramente que, en medio de su labor de cuidado, requieren y necesitan recibir cuidado.

De igual manera, se indagó por aspectos relacionados con la condición de salud física en cuidadoras y cuidadores, como por ejemplo el agotamiento, cefalea (dolor de cabeza) y/o enfermedades gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, acidez, náuseas y/o vómitos). De igual manera, se identificaron otras patologías adicionales a las previamente establecidas en el cuestionario, como, lumbalgia (dolor de columna), fibromialgia. En ese sentido, hay que mencionar que bienaventurado sea el momento en el que en medio de un proceso de hospitalización se evalúe no únicamente al paciente sino además a su cuidadora/or principal.

Por otro lado, como la vida no se reduce a un solo polo o únicamente se inclina hacia un solo costado de la balanza, las y los cuidadores en medio de sus incertidumbres y dificultades se identificaron herramientas de cuidado, que les permiten no solo hacerle frente a la sobrecarga que de su labor se desprende, sino que además les posibilita cuidar de sí. Es por ello, que, durante la aplicación del cuestionario, se buscó indagar con opciones predeterminadas, que tipo de estrategias utilizan para cuidar de sí mismas/mismos. Entre ellas, se consideraron dormir y descansar lo suficiente, ejercitarse, alimentarse bien, leer sobre temas de interés, pasar el tiempo en el celular o en otros dispositivos móviles, escuchar música, orar, meditar, realizar ejercicios de respiración, y/o hacer parte de una comunidad.

Además, el cuestionario no solo se limitó a indagar por herramientas predeterminadas, sino que abrió la posibilidad para que cuidadoras/es expresarán otras maneras de cuidar de sí, esta vez, desde su experiencia particular. Se evidenció por ejemplo que actividades básicas de la vida diaria, concebidas típicamente como cotidianas y triviales representaban una puerta de acceso hacia el cuidarse, tales como, auto masaje, salir a caminar, tomar un café en medio de una conversación, crear a través de las manualidades, trabajar asuntos relacionados con la modistería y el cocer, y/o montar en bicicleta.

De igual manera, para la realización del diagnóstico se implementó una metodología que permitió comprender la situación desde dos líneas de análisis complementarias: por un lado, las y los cuidadores directos (cuidadoras y cuidadores de pacientes), por el otro, las y los cuidadores indirectos, representados en este caso, por las y los colaboradores institucionales involucrados en el proceso de atención, específicamente personal

perteneciente al equipo de Trabajo Social y psicología, sujetos que en medio de su labor indirecta de cuidado se enfrentan a retos y a situaciones demandantes que de igual manera generan desgaste, agotamiento, ansiedad, depresión, entre muchas otras e incluso trastornos de sueño y de alimentación por fuera de la jornada laboral.

Con relación a las y los cuidadores indirectos (colaboradores) se llevó a cabo un diagnóstico grupal con el apoyo de Trabajo Social y Psicología, en el cual se exploraron los recursos, dificultades, percepciones, pensamientos y sentires de las personas cuidadoras. Para ello se utilizó la herramienta del “árbol de cuidado”, que permitió clasificar la información en categorías como recursos, necesidades y apoyos, y dificultades. Posteriormente, y con el fin de priorizar las problemáticas identificadas, se aplicó una estrategia de semaforización que organizó los hallazgos en torno a tres dimensiones centrales: autocuidado, carga emocional y acceso a información sobre apoyos externos. Esta aproximación metodológica facilitó una comprensión integral de las dinámicas de cuidado y de los desafíos presentes en ambos grupos de cuidadores.

Además, vale la pena señalar, que el diagnóstico realizado no se reduce a un ejercicio netamente académico, sino que además conserva en sí mismo el espíritu de servicio que se enmarca en la profesión-disciplina de trabajo social, representado principalmente en la defensa irrestricta de los derechos de cada ser humano, con especial énfasis, en aquellas y aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como por ejemplo el derecho a la vida digna bajo el manto del bienestar integral; el derecho a la salud en todas sus manifestaciones no únicamente aquella que se ancla al ámbito clínico; y un derecho que en la realización de este diagnóstico social se considera supremamente valioso, que básicamente se manifiesta, en el derecho a ser escuchada/o en medio de una actitud exenta de prejuicios o juicios y sin ánimo o intención de discriminar y/u ofender de ninguna manera, valorando en todo momento la palabra, la vivencia y la experiencia de la/el otra/o.

También, el propósito de este diagnóstico social en términos académicos y términos ético políticos, apostó por identificar la problemática central presente en las y los cuidadores directos e indirectos con respecto a su labor de cuidado, con la intención de elaborar un proyecto de intervención desde el área de trabajo social asistencial del Hospital Alma Máter de Antioquia, que una vez puesto en marcha pueda aminorar o incidir en los efectos de la sobrecarga de cuidado, que les envuelve por momentos de manera exacerbada, y que además

pueda ser de gran utilidad para brindarle la oportunidad a cuidadoras y cuidadores de apropiarse de estrategias y herramientas que posibiliten el cuidado de sí como de otras/os, en condiciones dignas, en términos de justicia, responsabilidad, autonomía, libertad, respeto, igualdad y comprensión, para una vida en armonía.

Hoy por hoy, el cuidado de sí y de otras/os nos lleva a pensar que el trabajo social, contando ya con unas bases conceptuales, teóricas, metodológicas y éticas ya bien fundamentadas puede contribuir de muy buena manera al estudio y transformación de la ética y las prácticas de cuidado. Estas bases teóricas y demás, son y serán siempre objeto de problematización, que en un continuo infinito se deconstruyen, construyen y reconstruyen de acuerdo con el momento sociohistórico en el que se halle insertado la/el sujeta/o.

Estas apuestas siempre han sido mediatizadas a través de ejercicios democráticos que cobran vida gracias a sujetas/os senti-pensantes que velan por los derechos humanos, la justicia social, la equidad social, la paz y la superación y trascendencia de sistemas, paradigmas, imaginarios y/o representaciones sociales que atan y esclavizan al género humano y al medio ambiente, y que llevan por consecuencia a la incertidumbre, al dolor, la enfermedad y el últimas al sufrimiento en todas sus manifestaciones.

Y, ¿qué papel juega o como se articula el cuidado de sí y de otras/os y el trabajo social con respecto a lo narrado previamente? Es evidente que, si se piensa la labor de cuidado en términos de humanidad, justicia, equidad y responsabilidad sociopolítica y económica, este no se reduce a un mero hacer, sino que más dotado como un asunto hecho consciencia, comienza a develar por ejemplo las desigualdades e inequidades históricas de género, que son claramente visibles para algunas/os pocas/os.

Es por ello que estas realidades se develan, en un continuo evolutivo, al reconocer que cada ser humano no es solo sujeta/o de derechos sino además seres constituidos por saber y conocimiento (sin importar su nivel de escolaridad) y que en articulación con la academia, principalmente a partir de una relación necesariamente horizontal se originan diálogos democráticos que posibilitan co-construir y sistematizar conocimiento no jerarquizado para la deconstrucción, construcción y reconstrucción de las múltiples realidades.

Por ello, el presente diagnóstico busca en la Investigación Acción Participativa una modalidad de investigación que posibilite la participación de las cuidadoras y cuidadores directos e indirectos principalmente en el momento de diagnóstico y de puesta en marcha del

proyecto de intervención con la finalidad de resignificar y transformar positivamente las prácticas de cuidado de sí y de otras/otros.

Al respecto, la Investigación Acción Participativa, a pesar de sus múltiples corrientes y aproximaciones, de acuerdo con Greenwood y Levin (1998) cuenta con tres pilares,

- i. Investigación: creencia en el valor y el poder del conocimiento y el respeto hacia sus distintas expresiones y maneras de producirlo; ii. Participación: enfatizando los valores democráticos y el derecho a que las personas controlen sus propias situaciones y destacando la importancia de una relación horizontal entre los investigadores y los miembros de una comunidad; y iii. Acción: como búsqueda de un cambio que mejore la situación de la comunidad involucrada (Como se citó en Zapata & Rondán, 2016, p. 7)

En ese sentido, este diagnóstico amparado en la Investigación Acción Participativa, al considerar sus tres pilares previamente mencionados, sugiere lo siguiente: abre caminos de carácter reflexivo ya que insta a comprender que tanto cuidadoras-cuidadores como colaboradores del Hospital Alma Máter son sujetas/os con historias de vida particulares que, en un ir y venir, se transforman constantemente en todos los ámbitos de la vida humana y que por lo tanto como seres humanos dotados de experiencia y conocimiento conservan formas únicas de expresar, producir y socializar conocimiento y que como trabajadora social y trabajador social en formación consentimos respetar y valorar profundamente.

En un segundo momento, consideramos que la Investigación Acción Participativa en este contexto, a partir de la co-construcción de saber, permite establecer espacios democráticos a nivel micro social con la gran posibilidad de que sus efectos se repliquen en otros escenarios, todo ello al fundamentar los vínculos desde relaciones horizontales donde la justicia, la equidad, la igualdad, el respeto y la responsabilidad son la atmósfera que envuelve los encuentros y teje los vínculos entre cada una/o de las/os personas participantes de este diagnóstico social y de manera general del proyecto de intervención profesional.

En tercer lugar, el gran poeta y filósofo Alemán Johann Wolfgang Von Goethe, declaro lo siguiente “Toda teoría es gris y verde el árbol de la vida”. De ahí que, esta modalidad permita que el conocimiento inserto en un vacío eterno se torne insustancial y que el conocimiento transformado propiamente en acción contemple como propósito que la vida

en todas sus manifestaciones se colorea la vida de un verde tan intenso que los mundos grises de la sobrecarga de sufrimiento, padecimiento y dolor no existan más en la vida de cada ser vivo e inanimado.

Además, es importante resaltar que se seleccionó la Investigación Acción Participativa (IAP) como modalidad metodológica ya que este enfoque, desde el Trabajo Social, reconoce la importancia de la voz de las personas participantes, en este caso, las/os cuidadores y las/os colaboradores vinculados a los procesos de cuidado dentro del mismo, a partir de las experiencias y saberes propios. En ese marco, la IAP no sólo permite comprender sus realidades, sino que además posibilita construir conocimiento de manera conjunta, propiciando espacios de diálogo y participación que fortalecen su capacidad de reflexión, agencia y transformación.

Adicionalmente, se rescata que, se optó por este enfoque porque proporciona herramientas para identificar de forma colaborativa las principales necesidades, dificultades y recursos presentes en el ejercicio del rol de cuidado y en las prácticas de autocuidado y cuidado de sí, permitiendo que las mismas personas involucradas puedan aportar en la definición de alternativas, posibles rutas de acompañamiento y acción dentro de cada proceso.

Igualmente, vale la pena señalar que al cuidado de sí y al cuidado de otras y otros le atraviesa indudablemente per se, una experiencia subjetiva. Es por ello, que si bien se reconoce que hay estrategias y herramientas de cuidado ya previamente establecidas, el cuidarse y cuidar es un asunto que se vivencia desde la particularidad, que abarca y envuelve la mente, las emociones y el cuerpo, constituido además, por historias de vida únicas y singulares que se acompañan de determinantes sociales, políticos, culturales, económicos, ambientales, tecnológicos, que de una u otra manera pueden tornarse favorables o perjudiciales y que indiscutiblemente determinan la vida de las y los sujetos de cuidado.

Es por ello que, en medio de la experiencia particular y subjetiva de las y los sujetos participantes, en este contexto es importante darle paso al paradigma interpretativo comprensivo con la finalidad de que -como científicos sociales, anclados a la profesión-disciplina de trabajo social - se pueda hacer uso de los lentes que permiten visualizar y comprender el universo de cada cuidador a partir de su propia reflexión, construcción y apropiación del mundo en medio de contextos sociopolíticos, culturales complejos y con total

particularidad en un entorno hospitalario vivencian paradojas inexplicables, sufrimientos y satisfacciones por momentos indescritibles.

Asimismo, el proyecto se orienta desde el paradigma interpretativo–comprensivo, el cual busca comprender los significados que las y los cuidadores, tanto directos como indirectos, atribuyen a sus experiencias cotidianas. Este paradigma reconoce que la realidad social es construida a partir de las subjetividades, emociones, sentires, prácticas y relaciones que configuran el rol de cuidado. Desde esta perspectiva, interesa no solo describir esas situaciones, sino comprender cómo se viven, cómo se sienten y cómo inciden en la vida personal, familiar y laboral de quienes cuidan.

En ese sentido, el paradigma interpretativo comprensivo, se fundamenta, en las subjetividades y da cabida a la comprensión del mundo desde la apropiación que de él hacen los individuos. (...) Este paradigma encuentra su razón de ser en las dimensiones, en el sentido de que toma en cuenta las experiencias para el entendimiento del mundo y reconoce en la configuración de las subjetividades la influencia de aspectos históricos, culturales y sociales. Así, el conocimiento puede asumirse como el resultado de un ejercicio de construcción humana que no concluye al acercarse a las respuestas y soluciones frente a los problemas, sino que se transforma y abre a otras posibilidades epistemológicas. (Miranda Beltrán & Ortíz Bernal, 2021, p. 9)

En conjunto, la IAP y el paradigma interpretativo–comprensivo facilitan un acercamiento profundo y ético, permitiendo una lectura situada de las realidades de cuidado, y así mismo, favoreciendo la construcción de propuestas que respondan de manera coherente y real a las dinámicas, voces y necesidades de las personas participantes del proceso.

2.5.1. Descripción de la situación problema.

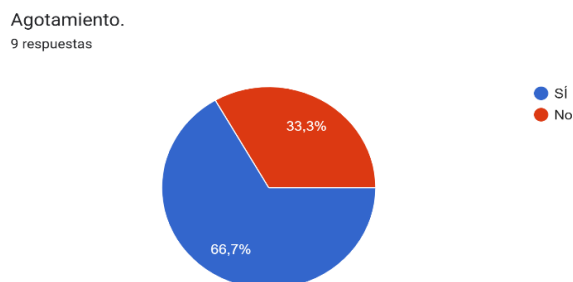
El diagnóstico realizado, evidencia que el bienestar integral con relación a las cuidadoras/es de pacientes hospitalizados como al de las y los colaboradores (trabajo social, psicología) del Hospital Alma Máter de Antioquia, se encuentra profundamente atravesado

por tensiones y desgastes que se ubican, en el nivel estructural, en la esfera emocional, y en el contexto organizacional, limitando tanto su capacidad de cuidar de otras/os como principalmente el cuidar de sí mismas/os, las cuales inciden y afectan negativamente en su salud física, mental, emocional, social y laboral,

Todo ello se enmarca en la definición de la situación problema, conceptualmente hablando como “sobrecarga del cuidado”, como mencionan Liu et al. (2020) mencionan que,

Zarit, Reeve, and Bach-Peterson [15] definieron carga como la medida en que los cuidadores perciben su salud emocional, física, social y económica como resultado del cuidado de sus familiares" (p. 261). Además, estos autores consideran que la carga se deriva de un procedimiento explicativo particular y no objetivo [15]. Collins et al. [16] propusieron que la carga del cuidador se refiere al dolor psicológico, problemas de salud física, tensiones financieras y sociales, relaciones familiares deterioradas, una sensación de desesperanza y otros resultados negativos de las tareas de cuidado.

Con relación a lo anterior, la sobrecarga de cuidado contempla múltiples aristas que inciden negativamente en aquellas/os que la experimentan. Al respecto, se encuentra por ejemplo que, “los cuidadores experimentaron diversos grados de fatiga física y disminución de la salud después del cuidado a largo plazo (...)” (Liu et al., 2020), hecho que se representa en la vivencia personal de algunas/os de las/os cuidadoras/es de pacientes hospitalizados que presentan desgaste en su condición de salud, a partir de testimonios como, “*Me da dolor de cabeza mucho cuando yo me estreso mucho*”, - “*Tengo un dolor en la columna*”, - “*Me da náuseas por hambre y estrés*” (Cuidadoras/es Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025), y sin desconocer por lo demás el agotamiento que se representa en el siguiente gráfico,

Figura 6*Porcentaje de Agotamiento en cuidadoras y cuidadores - Diagnóstico Social*

Al ahondar a profundidad en la situación problema, se evidencia que la sobrecarga de cuidado se hace presenta en unas tareas de cuidado que no solo se limitan a una actividad aislada, sino que más bien abarca diversidad de acciones y actividades, todas ellas encaminadas a suplir las necesidades básicas de la persona receptora de cuidado, como por ejemplo, el cuidar de manera sostenida incluso sin contar con experiencia o conocimientos técnicos que faciliten un saber-hacer; el tener que estar siempre disponible y a disposición aún durante la jornada nocturna; y el estar expuesta/o de forma continua al sufrimiento, al dolor, al llanto y llegar a sentir ocasionalmente frustración e impotencia por no poder remediar de manera inmediata la situación.

Con relación a lo anterior, se identifica además que la sobrecarga de cuidado tiene efectos contraproducentes en el ámbito de la salud mental, lo cual se representa en su gran mayoría en cuidadoras y cuidadores que experimentaban insomnio, depresión y ansiedad, ejemplificado en sus voces como, “Siento ansiedad por todos los problemas, todo llegó de una, fue un golpe muy duro y ver a mi mamá con esos dolores” (Cuidadora N° 7 Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025)

De igual manera, las y los colaboradores del Hospital Alma Máter, en medio de su ejercicio profesional asistencial, se ven absorbidos y envueltos en “altos niveles de estrés, desgaste emocional, cansancio acumulado y dificultades para regular las emociones a causa del contexto laboral” (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025). lo cual da cuenta de un escenario donde el cansancio y el desgaste se vuelven parte de la cotidianidad, afectando tanto a quienes cuidan por vínculo afectivo como a quienes cuidan desde su rol profesional. En otras palabras, investigadores,

han descrito que los cuidadores experimentan problemas psicológicos y se sienten principalmente deprimidos, enojados, preocupados, culpables y ansiosos. Los cuidadores familiares que ayudaban durante la etapa tardía del cáncer tenían significativamente más ansiedad/depresión que la población general y eran más susceptibles al deterioro mental. (Liu et al., 2020)

Asimismo, otra de las dimensiones más críticas para tener en cuenta y por lo cual es tan importante profundizar es la carga emocional manifestado en “altos niveles de estrés, desgaste emocional” (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, 2025) por parte de las y los colaboradores; igualmente se evidencia y se experimenta temor en las y los cuidadores desde testimonios como, “miedo a la soledad”, - “miedo a la muerte del familiar” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025) Este hallazgo es fundamental para justificar el proyecto, pues evidencia que quienes cuidan, están enfrentando afectaciones significativas que trascienden sus recursos individuales de afrontamiento.

Ya con relación al nivel estructural, se identifica implícitamente durante el ejercicio diagnóstico que en las y los cuidadores de pacientes hospitalizados (8 mujeres y 1 hombre), como en este y muchos otros casos, devela que la labor de cuidar se impone como una práctica social y culturalmente atribuida principalmente a las mujeres, lo que se traduce y se presencia básicamente en desigualdad e inequidad histórica de género.

De ahí que, explícitamente las desigualdades de género en este contexto, se reflejen en el peso y la sobrecarga de cuidado que sobrellevan las mujeres, principalmente en comparación a la ejercida por el papel fantasmagórico que han jugado los hombres en este respecto; todo ello lleva a comprender que “las mujeres continúan ejerciendo el rol de cuidadoras, papel que se perpetúa de generación en generación (...)” (Do Muiño et al., 2009, como se citó en Fernández & Gutiérrez, 2014, p. 47).

Con respecto a lo previamente señalado, ONU Mujeres Colombia & DANE (2020) menciona los efectos de esta situación,

las responsabilidades y el tiempo dedicado al hogar o al cuidado de personas dependientes, sin recibir remuneración alguna, restringe notablemente la posibilidad de las mujeres de contar con ingresos propios, de buscar opciones en el mercado laboral, de participar plenamente en la política y en la sociedad, al mismo tiempo que las excluye de los sistemas de protección social. (p. 1)

También, la labor de cuidar en términos socio políticos devela la limitada influencia de leyes, políticas públicas y demás que posibiliten a escala nacional y global garantías en términos de acceso a servicios y programas en materia de salud para cuidadores; formación y capacitación continua; compensación económica directa por la labor que realizan; y reconocimiento social y público para las mujeres cuidadoras, el cual históricamente ha sido omitido y silenciado por las elites y clases patriarcales en “beneficio” propio.

Adicionalmente, se suma el hecho de que esta labor (que además en el mayor de los casos no es remunerada) se experimente desde realidades marcadas por contextos y sentimientos de soledad, en los cuales las redes de apoyo sean estas familiares y/o sociales aparecen como ausentes sin garantía de soporte ni respaldo. Todo ello ilustrado en comentarios como, *“no tener uno quien lo ayude, quien lo visite”*, *“mi familia no me quiere ayudar”* (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025)

Ahora, al abordar la sobrecarga de cuidado en términos laborales, se evidencia que las y los profesionales en su día a día se enfrentan con multiplicidad de circunstancias y eventos los cuales deben enfrentar de una manera centrada, dando respuesta por un lado a la calidad de la atención, pero por el otro a “la productividad” necesaria que implica estar en este espacio, lo cual tiene como consecuencia dificultades para el autocuidado y cuidado de sí, pues hay “poco tiempo personal”, “agotamiento”, “carga laboral intensa” y “limitaciones económicas”, (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, 2025).

La importancia del diagnóstico revela que estas dificultades no pueden ser abordadas únicamente desde el esfuerzo individual. Desde el Trabajo Social, el cuidado es una responsabilidad social y colectiva de todos y todas, que requiere condiciones dignas, bases emocionales e institucionales, y acompañamiento permanente. El hecho de que las personas

identifiquen aspiraciones de bienestar como “tranquilidad”, “paz mental”, “salud” y “descanso”, (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025) da cuenta de un horizonte posible, pero todavía distante a la realidad. Aunque existen prácticas ya instauradas en las y los profesionales, como “dormir adecuadamente”, “realizar actividad física”, “mantener una buena alimentación” (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025), estas no logran sostenerse en el tiempo debido a las condiciones laborales y emocionales reportadas.

2.5.2. Priorización.

Cómo bien se ha señalado durante el desarrollo del diagnóstico, el cuidar en ciertas ocasiones pone en evidencia, particularmente en este contexto, la sobrecarga de cuidado, es decir, las labores de cuidado que ejercen tanto cuidadoras/es como colaboradores al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia - con el propósito de servir a otras/os - produce un desgaste significativo en el ámbito de la salud física, mental, emocional, social y laboral.

Es por ello, que en el caso concreto de las y los cuidadores de pacientes hospitalizados, quienes si bien señalan que ejercen sobre sí ciertas prácticas de cuidado, representadas en menor grado de intensidad como ejercitarse, alimentarse bien, dormir y descansar lo suficiente; y otras en mayor grado como, por ejemplo: leer sobre temas de interés, disfrutar tiempo en el celular u otros dispositivos móviles y escuchar música, se logra identificar que la problemática central y que pone en evidencia los desgastes generados producto su labor de cuidar a otras/os, radica en el obviar y pasar por alto la importancia de cuidar de sí mismas/os, en medio de contextos donde prima la falta de soporte, acompañamiento y escucha activa. Tal y como lo manifiesta una participante del diagnóstico, “el tiempo para uno es poco, la vida de uno pasa a otro plano” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025)

Por otro lado, y con relación a las y los cuidadores indirectos (colaboradores), el problema central que emerge en torno al cuidado de sí y el cuidado de otros es la profunda contradicción entre las demandas emocionales y laborales que recaen sobre quienes sostienen el trabajo hospitalario, y la escasa capacidad institucional para protegerlos, reconocerlos y

acompañarlos. Las y los colaboradores se encuentran atrapados en dinámicas donde el bienestar se convierte en un esfuerzo individual en un entorno que exige cantidad, pero no cuida como tal; que demanda entrega física y emocional, pero no garantiza condiciones para sostenerla. Así, mientras se espera que los colaboradores brinden apoyo, contención y presencia constante en procesos cargados de sensibilidad humana, sus propias necesidades de descanso, regulación emocional y claridad organizacional quedan en un segundo plano.

De acuerdo con lo previamente señalado, desde una mirada del Trabajo Social, estas condiciones dan cuenta de que no es adecuado ni responsable esperar que las personas gestionen de manera aislada la sobrecarga de cuidado derivada de un sistema social y/o laboral muy exigente pero que en ocasiones poco gestiona y poco decide. El “cuidado” sin cuidado institucional genera desgaste, dificulta la calidad del acompañamiento y afecta la capacidad de respuesta de una manera clara y oportuna.

Por todo lo anterior, este diagnóstico es imprescindible, no solo porque identifica el malestar, sino porque reconoce que las y los cuidadores y colaboradores son actores fundamentales dentro del proceso de atención hospitalaria y que su bienestar no es un lujo, sino un requisito absoluto para garantizar un acompañamiento digno, humano y sostenible. Cuidar a quienes cuidan, tanto familias, acompañantes y personal profesional, es una acción ética, necesaria y urgente, pues solo así es posible fortalecer la calidad del cuidado recibido por los y las pacientes y promover entornos hospitalarios y laborales saludables.

Este diagnóstico, por tanto, busca transformar no solo prácticas individuales, sino condiciones, dinámicas y formas de relación institucional, promoviendo una cultura del cuidado que reconozca, respalde y dignifique el rol de todas las personas involucradas en los procesos de atención en el ámbito hospitalario y en el contexto familiar y/o social.

2.5.3. Pronóstico de la situación

Tanto el cuidar de otras/os como el cuidar de sí, implica en sí mismo, un ejercicio consciente y constante, un saber-hacer que demanda voluntad, tiempo y proceso. El cuidar y el cuidarse, en una constante implica dividirse para brindar y recibir energía, energía que una vez puesta en marcha en una o ambas direcciones sino se transforma desgasta, tal y como se ha logrado evidenciar durante el desarrollo del presente diagnóstico. En esa misma línea, el

cuidar de sí y de otros no puede ser ni debería ser un ejercicio a ciegas y mucho menos sin guía; un viaje donde las olas del mar influenciado por la luna llena, dirigen y redirigen el barco en múltiples direcciones como si no existiera timón o capitán alguno; como una planta que se riega pero la cual nunca produce en su cuidador éxtasis, que ni siquiera le permite entrar en estado de contemplación; como un ser humano amante de la vida marina y de su complejidad pero que padece ahogado.

En ese sentido, ¿Qué podría sucederle a una cuidadora o a un cuidador que enciende la luz de aquel a quien cuida, pero que olvida iluminarse a sí misma/o y permanece en tinieblas y a oscuras? Cuando se recorre el camino del cuidar a otro/a, un otro que convive con la enfermedad en medio del dolor, del llanto; un camino que al trasegarlo se encuentra rodeado de obstáculos, de piedras y de lodo pesado; un camino en el que se sostiene y se ayuda a ese otro/a a sobrepasar y a disminuir la agonía y el sufrimiento, pero que termina siendo un recorrido, en el que si los pasos propios de la cuidadora o cuidador no son conscientes y vigilantes y mucho menos se enciende el recorrido individual con lámpara personal se podrá terminar tropezando y acabando incluso a larga data hasta con la vida misma.

Si la o el cuidador no se ilumina a sí misma/o ya no en términos poéticos sino más bien existenciales y filosóficos, se sigue a ciegas el camino expresado por Nietzsche “el del eterno retorno” en el que lo ya experimentado continúa alimentando el propio temor, “miedo a la soledad”, - “miedo a la muerte del familiar” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025); en lo que en un continuo, lo pasado se torna eterno presente generando incertidumbre, “las cosas se pueden complicar”, - “porque uno no sabe qué le va a pasar el paciente” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025); en la que senderos una vez transitados se siguen caminando en soledad y sin ningún tipo de soporte, “mi familia no me quiere ayudar”, - “no tener uno quien lo ayude, quien lo visite” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025).

De igual manera en términos clínicos (salud física y mental), las consecuencias podrían llegar a ser catastróficas, al exacerbar patologías mentales identificadas durante el diagnóstico tales como: depresión, ansiedad e insomnio, representado en testimonios y

experiencias que si no se intervienen, continuarán en un estadio cíclico, “ansiedad por todos los problemas”, - “ansioso por la soledad, uno espera a alguien por conversar”, - “problemas de memoria”. (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025); y si por lo demás aparecen de manera aislada o si por el contrario se suman enfermedades físicas a la cuestión les llevaría indudablemente aún más al deterioro y al sufrimiento, entre las que se señalan, por ejemplo, la fatiga, el dolor de cabeza, “fibromialgia”, - “malestar estomacal”, - “dolor en la columna”, - “hipertensión”, - “prediabetes” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025)

En conclusión, y con respecto a las y los cuidadores de pacientes hospitalizados, el pronóstico es evidente, en términos de Gustav Carl Jung que menciona lo siguiente “Hasta que lo inconsciente no se haga consciente, el subconsciente dirigirá tu vida y tú lo llamarás destino”, empero ahora en términos del equipo de trabajo “hasta que las y los cuidadores no iluminen su propia vida en medio de su labor intensa de cuidado, al darle relevancia a prácticas de cuidado de sí que mejoren su bienestar integral, el dolor y el sufrimiento continuarán dirigiendo sus vidas y las consecuencias las seguirán atribuyendo al destino”.

Por otro lado, se identifica la necesidad urgente de identificar las posibles consecuencias que podría desencadenar el cuidado de otras/os en la vivencia personal de las y los colaboradores dentro del contexto hospitalario, colaboradores que por lo demás sostienen los procesos de atención. Por lo demás las y los colaboradores resultan ser parte de un grupo particular, que por momentos se encuentra envuelto en privilegios y en otras ocasiones rodeado de situaciones de alto riesgo, ya sea en términos de salud física, mental, emocional, social y/o laboral.

La labor inherente al ejercicio profesional por parte de las y los colaboradores del Hospital se presenta en medio de un contexto principalmente ambiguo. La marea exige remar, las y los marineros entregan de sí lo mejor pero el capitán poco se alerta o se vincula; se le sugiere a los vecinos regar otro jardín, no obstante, no se les instruye sobre como irrigar su propia siembra; se recomienda a un grupo de electricistas dotar de energía eléctrica una casa, sin embargo, el gerente de la compañía rara vez indaga por el estado actual de las viviendas de sus trabajadores en términos de suministro de energía. Es por ello por lo que, si no se lleva a cabo un proceso de intervención en el que se hagan principalmente visibles las

contradicciones entre las demandas laborales y la necesidad inherente de brindar herramientas para el cuidado de sí de las y los colaboradores, el presente ejercicio diagnóstico resultaría carente de sentido, propósito y espíritu ético.

En ese sentido, vale la pena señalar que, la labor propia de trabajadoras/es sociales y psicólogas/os al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia, es altamente demandante. Las largas jornadas laborales, en las que se suman, “altos niveles de estrés, desgaste emocional, cansancio acumulado y dificultades para regular las emociones a causa del contexto laboral” (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025), si perviven resultarían en detrimento tanto de su capacidad instalada como de su bienestar integral.

Al considerar, por ejemplo, las demandas físicas inherentes a la labor (como el estar sentado por periodos considerables de tiempo y traslados hacia otros pisos o bloques durante la jornada laboral); y las demandas emocionales “exposición constante al sufrimiento”, (Grupo de colaboradores – psicología, trabajo social - Hospital Alma Máter, comunicación personal, 2025), resultarían en efectos contraproducentes en su bienestar, al señalar que las prácticas de cuidado, cíclicamente se vivenciarían a partir del esfuerzo y sacrificio netamente individual, a partir de la capacidad y conocimiento propio, en completa desarticulación con la agencia y capacidad institucional que por derecho debería abrigarles a partir de la convicción de reconocerles, como sujetos dignos de derecho y principalmente en este contexto como receptores de cuidado.

En definitiva, es indispensable que para ambas cuidadoras/es como para colaboradores se realice un esfuerzo por detener patrones cíclicos que llevan al desgaste y al sufrimiento; ya sean estos, obviar el cuidado de sí en detrimento del bienestar propio, o llevar a cabo prácticas de cuidado de sí a través del esfuerzo propio y la capacidad instalada sin el apoyo o respaldo institucional que por derecho les pertenece.

2.5.4. Recursos disponibles

2.5.4.1. Recursos humanos

En primer lugar, el ejercicio diagnóstico permitió evidenciar que cada una/o de sus participantes en sí misma/o representa fácilmente un gran recurso humano, al estar cada una/o dotado de potencial, experiencia, esperanza, alegría, recursos y de su valor inherente, a pesar de estar en medio de situaciones y procesos que conllevan dolor, sufrimiento y particularmente desesperanza, a partir de relatos que transmiten alegría y esperanza, por ejemplo, “alegría porque me siento bendecida por Dios, con Dios en las buenas y malas”, - “a pesar de las dificultades me siento alegre”, - “cuido con todas las ganas” (Grupo de cuidadoras/es de pacientes hospitalizados Hospital Alma Máter de Antioquia, comunicación personal, 2025)

De manera general, su disposición para participar de cada uno de los espacios señalados, se presenta como un aliciente y una gran motivación para continuar forjando procesos de cuidado de sí que repercutan positivamente en sus propias vidas y en aquellas/os de quienes cuidan. De igual manera, su experiencia de vida permite reconocer que las y los sujetos participantes no solo son recipientes o receptáculos de conocimiento o saber sino además transmisores y garantes de las buenas nuevas que con relación al cuidado posibilitan ampliar aún más el gran espectro del cuidar y de sus prácticas, al señalar además que enriquecen la vivencia de aquellas/os próximos a ser garantes de cuidado ya sea en el contexto familiar, social y/o profesional.

Asimismo, el equipo de trabajo, en compañía de su asesora académica, demuestra un interés elevado y genuino, por conocer, reconocer, deconstruir, construir y reconstruir el ejercicio socio histórico y cultural que atraviesa el cuidar o el ser cuidado; el ejercicio diagnóstico que si bien es importante no solo se dirige a la obtención y aprehensión de conocimiento sino, además, apuesta por redirigir la mirada hacia una de las tantas actividades como lo es el cuidar y cuidarse que se enmarca en la vivencia y existencia humana y que por su saber-hacer inconsciente causa sufrimiento, dolor y penuria. Todo ello, con la finalidad perenne de modificar las realidades y transformar la vida, así sea de unos pocos que en últimas cambiarán la vida de otras/os pocos, hasta que el mundo se transforme en su totalidad.

Igualmente, se cuenta con el apoyo de la líder de trabajo social y la jefe de terapias de apoyo del Hospital Alma Máter (en las que se encuentra psicología y trabajo social) que hacen posible y autorizan cada uno de los encuentros, en los que se pretende convocar, reunir, y unir a sus participantes con miras al desarrollo de una consciencia colectiva que edifique y reconstruya el sentido comunitario y abra caminos para que las prácticas implícitas y explícitas en el cuidar de otras/os y en el cuidar de sí, promuevan el desarrollo y bienestar en dignidad, y en las que poco a poco se instauren y derroquen sistemas caducos en los que históricamente y con respecto al cuidado se han instalado discursos socioculturales hegemónicos y patriarcales en detrimento de la gran mayoría, principalmente de las mujeres.

2.5.4.2. Recursos materiales.

Con relación a la disponibilidad de recursos materiales, el Hospital Alma Máter cuenta con aulas y/o salones que pueden ser utilizados, con previa autorización, para la realización de actividades grupales que conserven fines académicos y/o de intervención. De ahí que, ello se pueda representar en espacios dignos y dotados en donde lo material no represente ningún tipo de riesgo y, en los cuales el pensamiento, la palabra y la acción logren transitar libremente.

Adicionalmente, el equipo de trabajo cuenta con recursos económicos propios – aunque limitados – los cuales en ocasiones anteriores (como en el ejercicio diagnóstico) y ya con miras a ir poco a poco proyectando el proyecto de intervención, pueden ser de gran utilidad para la compra de material fungible como papel, lápices, marcadores, tijeras y demás.

Finalmente, se señala, que, desde el equipo líder de terapias de apoyo, en repetidas ocasiones, se ha manifestado el deseo de disponer de recursos económicos que en articulación con el equipo asistencia de trabajo social permitan que este ejercicio académico y profesional llegue a buen término.

2.5.4.3. Recursos gestionables.

En todo ejercicio diagnóstico que conlleve un proyecto de intervención, siempre será importante disponer de recursos humanos y recursos materiales que permitan la continuidad

La disposición y voluntad con la que cuenta tanto el equipo asistencial como las y los cuidadores, para participar de los encuentros y reflexionar, deconstruir, construir y reconstruir sobre el ejercicio propio e inherente a su labor como el cuidar de otras/os e indispensablemente el interés que demuestran sobre prácticas orientadas al cuidado de sí que posibiliten el bienestar integral en dignidad.

2.5.5.2. Elementos que dificultan el proceso:

La falta de un presupuesto bien definido podría representar un percance en términos de impresión y distribución de los entregables que dispondrá el equipo de trabajo para las y los cuidadores de pacientes hospitalizados. Al respecto, el equipo de trabajo entregará al área una cantidad considerable de material ya impreso y otorgará al Hospital Alma Máter el archivo digital en caso de que se disponga de recursos destinados a la impresión del recurso.

Podría llegar a presentar el caso particular en el que el conocimiento y el saber co-construido se limite a ser compartido únicamente en el entorno hospitalario. Por lo demás, se recomendará exhaustivamente la necesidad de compartir la experiencia y el saber aprehendido, con colegas y en otros contextos como el familiar y/o social.

2.5.6. Estrategias de intervención.

Tal y como lo plantea Vélez Restrepo (2003)

El Trabajo Social, como un complejo y heterogéneo universo de intereses, tendencias, concepciones y contextos, ha perfilado, en su devenir histórico, una serie de circuitos neurálgicos de actuación profesional, dando cabida a determinados tipologías, niveles y modelos de actuación desde los cuales pueden ser analizadas las tendencias y perspectivas contemporáneas de la metodología del Trabajo Social (p. 68)

En ese sentido Vélez Restrepo (2003) refiere cuatro tipologías de actuación profesional, representadas en las siguientes tipologías prestacional, la promocional, la preventiva y la educativa. De ahí que, con base en el presente diagnóstico social y con miras

a la realización del proyecto de intervención, y en completa articulación con la participación de cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores del Hospital Alma Máter en el momento de su puesta en marcha, el equipo de trabajo decide optar por la utilización de una línea de intervención anclada en la tipología promocional.

De acuerdo con lo manifestado por Vélez Restrepo (2003), el modelo de actuación profesional anclado a la línea promocional apuesta por el desarrollo social y humano, al concebir a la persona humana como sujeto activo en la construcción de su realidad y bienestar propio. De igual manera, se orienta a potenciar las capacidades propias de los individuos y los recursos que en colectividad promueven la mejora y la satisfacción de las necesidades humanas y las del contexto social, al enfatizar en la capacidad de respuesta que tanto individuos, grupos y comunidades despliegan para hacerle frente a los retos y dificultades propias de la existencia humana.

De igual manera, las prácticas de intervención profesional desde el ámbito del Trabajo Social Promocional se basan

En la motivación, la participación, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social, y orienta la actuación hacia la organización y promoción de los individuos, grupos y comunidades. (...) La *educación* y la *capacitación* como estrategias de acción cumplen un papel importante en este tipo de actuación profesional, porque a través de ellas se concretiza el cumplimiento de sus objetivos promocionales y organizativos. (Vélez Restrepo, 2003, p. 71)

En definitiva, se señala que la línea de intervención profesional, permitirá la organización, la interacción constante entre individuos y la participación, orientada en este caso a la deconstrucción y construcción de las realidades propias y colectivas las cuales en relación con el cuidado de otras/os y en particular con las prácticas de cuidado de sí, promueven el desarrollo social no solo de cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y de colaboradores sino además en pleno de familias, grupos y comunidades para la vida en armonía y dignidad.

3. Proyecto de Intervención

3.1. Introducción

El cuidado de otras/os y el cuidado de sí, deviene como práctica socio cultural e histórica, en la cual el ser humano, sea de manera consciente y/o inconsciente ha velado por el bienestar integral tanto de otras/os como de sí misma/o. El cuidado, bajo tal premisa, es intrínseco al género humano, ya sea justificado a razón del cuidado propio o de otros en contextos de enfermedad y de indefensión, recuperación y alivio, protección y abrigo, defensa y sobrevivencia, bienestar y satisfacción, servicio y amor, responsabilidad y compromiso, entre muchos otros. Es por ello por lo que,

el cuidado de la propia salud ha sido indispensable para el mantenimiento y la preservación de la vida a lo largo de la historia y para ello los seres humanos hemos construido significados y prácticas socioculturales diversas que determinan formas particulares de cuidarnos. (Muñoz, 2014, p. 71).

De ahí que, el cuidado como práctica inherente a la vida humana, en su propósito perenne, al igual que muchas otras prácticas terrenales, guarde propósitos nobles y elevados en la escala del ser. Estas prácticas en ocasiones se manifiestan, lamentablemente, a través de un saber-hacer inconsciente que produce efectos, si se quiere, catastróficos o irremediables, para una o para cada una de las personas involucradas. Es en ese sentido que, el cuidado, particularmente aquel que dirige energía de manera unidireccional hacia un otro/a sin emitir o irradiar potencia, sin balance, sin equilibrio y en desarmonía para consigo misma/o, resulta en desgaste, agotamiento, estrés exacerbado, angustia, tristeza, dolor, enfermedad propia; este fenómeno se ubica en el universo científico conceptualmente como “sobrecarga de cuidado”.

Por lo tanto, la existencia humana emerge y se experimenta día tras día en medio de paradojas y contradicciones, donde las propias acciones en una relación eterna de causalidad producen determinados efectos. Es ahí, donde el ejercicio diagnóstico previamente realizado entra en juego. El mismo, permitió identificar que la situación problema a través de un ejercicio de priorización básicamente se envuelve dentro del mundo de las “incógnitas”.

A saber, ¿Cómo se podría pensar, por ejemplo, que desde un punto X se desprenda energía potente y amorosa hacia un punto Y, y que el punto X si bien necesita recargarse y dotarse de corriente, no logre redirigir tal energía con fines edificantes hacia su mismo centro? El diagnóstico permitió evidenciar que las y los cuidadores de pacientes hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia direccionan grandes cantidades de poder energético hacia sus familiares y/o amigos internados en el Hospital, no obstante, por diversos motivos, o ante una ética de cuidado debilitada, se olvidan de destinar una cantidad considerable de recurso propio hacia sí mismas/os, lo que en últimas se manifiesta como dolor y sufrimiento, en otras palabras, en sobrecarga de cuidado.

Por otro lado, no obstante, en la misma línea, las y los colaboradores del Hospital (trabajo social, psicología) se encuentran atravesados por otro tipo de “paradojas e incógnitas”. ¿Cómo es posible pensar que, en un equipo de trabajo, localizado en un bosque denso y en medio de un torrencial flujo fluvial, gran parte del equipo decida hacerle frente a la situación y cuidar de sí y de otras/os a partir de sus recursos individuales, capacidades y habilidades propias, es decir desde su capacidad instalada, únicamente con el apoyo parcial de sus líderes, en un entorno donde también debe primar su derecho a ser respaldado y a recibir cuidado en medio de la contingencia?

En otras palabras, las y los colaboradores del Hospital, por vocación han tomado la decisión de brindar acompañamiento y cuidado directo e indirecto a personas que conviven y perviven con múltiples realidades, principalmente en contextos de enfermedad. El estar expuestos constantemente al dolor los ha llevado a cuidar no solo de otros sino además de sí mismas/os a partir de sus recursos existentes, en medio de un ambiente que también y por derecho debería garantizarles sostén y apoyo constante.

Por consiguiente, el presente proyecto de investigación en completa sintonía con la sinfonía del cuidado de otros y de sí, se visualiza como una obra de arte en la que se busca y se quiere amar con las/os que aman, sentir con las/os que sienten, en otros términos, entregar a las/os que entregan, acompañar a las/os que acompañan y cuidar a las/os que cuidan, en este caso en particular a las y los cuidadores de pacientes hospitalizados y a las y los colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia.

A partir de allí, se opta por fortalecer una ética de cuidado que abra los portones de la reflexión y se reconozca la importancia del cuidado de sí en medio del cuidado, a través de

estrategias promocionales y educativas que propicien bienestar integral en medio de los contextos complejos por los que transitan. Por tal razón Séneca filósofo romano declaraba en su momento y con eco profundo en el presente, lo siguiente con relación al cuidado de sí y de otros/as,

práctica tan esencial de querer alcanzar, según el estoicismo, la felicidad, la tranquilidad del alma, la ataraxia, etc. (...) cuidar de sí, cuidar del alma, cuidar del cuerpo, cuidar de la ciudad, cuidar de los otros, en última instancia, ocuparse como humano de lo humano, tratando de superar su frágil condición y su débil voluntad (Carmona Aranzazu, 2019, p. 11)

En ese sentido, el fin último y existencial del presente proyecto, desde la profesión-disciplina de trabajo social, radica en su utilidad y capacidad de abrir la puerta para que tanto cuidadoras/es como colaboradores, desde su propia voluntad, en evidente articulación con el eje institucional, propendan de acuerdo con sus elecciones, dirigir tan bella luz ya contenida en ellas/os mismas/os hacia sus propias vidas y puedan por sí, reconocer la importancia que cobra el cuidar de sí mismas/os, en toda situación, empero principalmente en los momentos en los que se decide entregar parte de la propia vitalidad en beneficio de aquellas y aquellos a los cuales les acompaña la tribulación y que claramente necesitan de un brazo amigo que en completa paz, bienestar y armonía consigo misma/o, les pueda abrazar cálida y amorosamente.

3.2. Sujetos.

Las y los sujetos por naturaleza, al considerar los múltiples contextos socio históricos, políticos, económicos, culturales, ambientales y tecnológicos en los que se desarrollan; en los que construyen y deconstruyen narrativas; en los que aman y odian, es decir en los que sienten; en los que en un continuo aprenden y desaprenden sobre la existencia humana, es decir en los que piensan; en los que aciertan y se equivocan, es decir en los que actúan e interactúan; finalmente en los que erigen su propia historia de vida, son en definitiva tan variados, tan únicos, tan fluctuantes, tan incomprensibles, tan diversos y tan

inconmensurables como las estrellas del cielo, que al intentar ofrecer una única definición para ellas/os, todo se reduce en últimas en adivinanzas y conjeturas, en otras palabras: a un inmediato fracaso.

En ese sentido, se señala que las y los cuidadores de pacientes hospitalizados (actores directos) guardan en sí mismas/os características y rasgos únicos que no se reducen a su mera presencia física sino que por lo demás conservan por derecho historias de vida particulares que reflejan la inmensidad del universo que se habita. No obstante, al querer agruparles sin perder de vista su propia individualidad, durante el diagnóstico se logró evidenciar que son seres que entregan su ser en beneficio del otro/a particularmente en detrimento de su propia existencia. No obstante, y a pesar de ello y de acuerdo con sus capacidades innatas han echado mano de estrategias de cuidado que hasta ahora han permitido sostenerles, aún en medio del olvido de sí mismas/os y de la complejidad de situaciones complejas con las que conviven.

De igual manera, las y los colaboradores (Actores directos) del Hospital Alma Máter de Antioquia, son seres que, aunque todos profesionales e instruidos en un saber especializado, reflejan experiencias de vida particulares, actuando siempre en función de estas como si el mundo interno y externo fuese tan inhóspito e infinito como las arenas del mar. Sus vidas, sus recursos propios, su capacidad instalada son únicos e irrepetibles, aunque con formación académica similar, (considerando cada participante desde su propia área profesional: trabajo social y psicología) su visión interna del mundo no se podría comparar con ninguna otra, porque el poder de su individualidad se conjuga con la de aquellas y aquellos con quienes constantemente interactúan.

En ese sentido, ellas/os como si se estuviera sobreviviendo a un desastre marítimo, se embarcan a salvar y salvarse únicamente apoyados en su propio flotador (recurso), en medio de un equipo de rescate, que tal vez por el afán y la prisa de salvar a otros “más graves”, les descuida y les olvida dejándoles de manera aislada cuidando de sí, únicamente en disposición de su propio flotador, es decir, desde su capacidad instalada.

En realidad, como toda causa tiene un efecto y como cada efecto tiene una causa, el cuidar a las/os que cuidan, indudablemente tendrá un impacto no solo en los actores directos sino además en los indirectos, es decir, en las y los familiares, amigas/os, pacientes. Todos ellos, seres humanos a quienes se dirige gran parte del esfuerzo y toda la energía en pro de su recuperación y mejora continua, puesto que su bienestar es motivo de alegría y felicidad

para quienes por voluntad y vocación disponen y entregan sus habilidades, capacidades y servicio en su beneficio.

Por añadidura, se señala que las y los pacientes, plenamente sentirán regocijo en saber que las personas que les brindan cuidado, experimentan plenitud, paz, tranquilidad y armonía. Es por ejemplo como cuando se está en medio de un bosque en el cual reina el silencio divino, acompañado del canto de los pájaros y demás animales, el murmullo del aire y el susurro de las aguas cristalinas, y de la voz de aquella/aquel a quien se ama, así sea a sí misma/o.

Asimismo, el Hospital Alma Máter de Antioquia, institución que diariamente pone en servicio su más precioso recurso humano, su tecnología, sus instalaciones y demás, con el firme propósito de aliviar y/o aliviar la carga y el sufrimiento humano que diariamente se materializa en enfermedad. De ahí que, el Hospital se presente como un actor indirecto en el que el proyecto de intervención tendrá incidencia en el corto, mediano y largo plazo, esencialmente, desde el reconocimiento sobre la importancia que cobra el cuidar a quienes cuidan, al redirigir la mirada en pro de la mejora y bienestar en el recurso humano hospitalario (trabajo social y psicología), y en sus pacientes y acompañantes.

Como sujeto final, (actor indirecto) no se podría pasar por alto al equipo de trabajo conformado por las y los autores del presente proyecto, la asesora académica y las asesoras institucionales, quienes desde el comienzo del proyecto han mostrado un interés significativo y genuino en términos de deconstruir, construir y reconstruir en torno a las prácticas de cuidado de otras/os y de sí. En consecuencia, el equipo de trabajo, siempre buscará que los seres que cuidan puedan continuar brindando el soporte y acompañamiento en condiciones dignas, desde un ser-saber-hacer consciente, es decir desde una ética de trabajo bien fundamentada, que integrado a su labor resulte en últimas en un ejercicio que produzca satisfacción en armonía y paz con el propio ser en relación con el de otras/os.

En definitiva, el proyecto se ocupará de generar una consciencia (ética de cuidado) que resalte la importancia del cuidado de sí misma/o de la mano con estrategias de cuidado, que posibiliten el cuidado de sí en cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia en articulación con el eje institucional con el firme propósito de que adicionalmente no se olviden de sí mismas/os en medio de su quehacer y su labor diaria, principalmente para que su ejercicio se de en condiciones dignas y en armonía con el todo.

3.3. Justificación.

El cuidado de otras/os, demanda un saber-hacer que, esencialmente, requiere de un ejercicio consciente para su puesta en marcha, sin embargo, generalmente en el día a día las personas irrigan otros jardines (cuidan), de manera unidireccional en detrimento del suyo propio. Es por ello, que si se desea evitar a toda costa la sobrecarga de cuidado - desgaste y deterioro en el nivel físico, mental, emocional, social y laboral - se debe forjar una ética de cuidado que se acompañe de estrategias de cuidado de sí, buscando asimismo involucrar la Institucionalidad (Hospital), en las que se debe y por ende se reconozca, la importancia del cuidado de la propia vida y la existencia, en medio de la entrega y el servicio a otras/os que requieren acciones de cuidado.

Desde el ejercicio diagnóstico se logró evidenciar que las y los cuidadores de pacientes hospitalizados, si bien reconocen algunas prácticas de cuidado de sí, por momentos desconocen de manera inconsciente por ejemplo la importancia y la relevancia que cobra el cuidar de sí en medio de su labor. Su luz propia tiene principalmente un solo objetivo, iluminar lo más que se pueda la vida de aquel o aquella que se encuentra experimentando sufrimiento, dolor en contexto de enfermedad, lo cual, si bien les genera satisfacción en términos de servicio y de entrega amorosa, no lo hacen fundamentalmente en aquello que les permite cuidar: el sostenimiento de su propia existencia.

La vida entonces, se convierte en un eterno entregar, dar, ofrecer, brindar, respaldar, otorgar, amar, servir, acompañar, aliviar, suplir, proporcionar, calmar, alegrar, suministrar en una sola vía, en detrimento inconsciente de su bienestar, salud, paz, regocijo, felicidad, tranquilidad, descanso, satisfacción, plenitud, gozo, comodidad, y ventura. Es por ello por lo que, el proyecto con relación a estos actores, guarda especial relevancia, ya que desde el respeto por el valor y capacidad autónoma de las/os individuos, aboga no por “iluminar de manera impositiva el caminar de otros” sino por lo demás, acompañar para que la luz que ellas/ellos mismos ya poseen se pueda manifestar y, a partir del fortalecimiento de una ética de cuidado su realidad puedan y logren transformar, desde la presencia en armonía y dignidad.

De igual manera, las y los colaboradores, seres humanos que por vocación entregan diaria y constantemente su vitalidad, su esfuerzo, su conocimiento y saber en provecho del

otro/a, para conservar su fuerza y ánimo disponen de estrategias de cuidado de sí, por medio del recurso propio, del esfuerzo y conocimiento individual, casi que completamente aisladas del refuerzo y apoyo institucional (el hospital). En ese sentido, la importancia del proyecto radica en hacer también visible la necesidad de que las prácticas de cuidado de sí sean respaldadas de manera más cercana por la institucionalidad, lo cual por derecho debería ser ya una realidad.

Por lo tanto, y en términos generales, el proyecto por lo demás se justifica en que se adscribe al mundo de la vida y de la experiencia humana; de lo personal e individual pero también de lo colectivo, de lo común, ya que la existencia humana es interacción constante ya sea consigo misma/o y/o con los otros/as, en este contexto particular, en una relación de cuidado. Asimismo, se adscribe al mundo del pensamiento en tanto cuestiona la inequidad y desigualdad que históricamente, a través de discursos patriarcales, se ha instaurado en sociedades que imponen a la mujer la carga de cuidado como “principio inherente a su naturaleza”, asunto al que evidentemente le subyacen tramas de poder y control societal.

Al mismo tiempo, el proyecto se enmarca en el mundo del sentir, en el que se experimenta la frustración, la tristeza por el dolor de ocasiona el ver a otras/os que cuidan y se olvidan de sí, lo que evidencia en sí la complejidad y lo difícil, ardua y compleja que es la vida desde su humanidad; también se instaura en el mundo del hacer, ya que el solo hecho de transitar escribiendo sobre el tema, crea en el ser propio, un camino que abre los portones de la reflexión y del cuestionamiento, lo cual en palabras de Facundo Cabral sería un elemento indispensable para la existencia humana.

Ya en un sentido, socio político, el proyecto se justifica en el simple hecho de proceder a hacer visible lo invisible, es decir, en revelar que el cuidado de sí es tan esencial como el cuidar de otras/os, particularmente en un contexto donde se debe priorizar el beneficio de las y los que padecen las consecuencias de un sistema opresor que odia y que violenta principalmente a las clases populares. Todo ello, se instaura como acto político, que denuncia, que delata, que ilumina la oscuridad. Igualmente, el reconocer que la institucionalidad debe acompañar de cerca los procesos de cuidado de sus colaboradores es un acto político, que exige de las instituciones, en este caso en concreto del Hospital, proximidad en el acompañamiento a sus más apreciados servidores.

De la misma manera, el proyecto se justifica en términos sociales y culturales, al cuestionar de manera sutil el concepto y la mentalidad de cuidado mayormente difundida en occidente: “el cuidar incluso hasta entregar la propia vida”. Obviamente, este es un asunto complejo que exige un estudio más amplio y riguroso, no obstante, este proyecto se propone plantear así sea en menor grado todo lo contrario; es por eso por lo que, se expone que la vida propia se le entrega a la vida misma en todas las direcciones incluyendo la vida propia.

En ese sentido, la existencia en sí misma es una entrega total, pero tal entrega, por nada en absoluto, debe implicar el olvido de sí o el sufrimiento de sí y más si se da de forma inconsciente. Se dispone del espíritu de vida, pero para vivir en armonía y en paz no para convivir en medio de la tortura y el sacrificio. Así que, el proyecto se justifica en este sentido, en que pretende generar consciencia en contravía del imaginario típico y decadente que ha generado occidente en términos de cuidado, principalmente a partir de nociones “religiosas”.

Por otro lado, más en la misma línea, se justifica en términos institucionales en la medida en la cual el presente proyecto, anclado a las lógicas institucionales del Hospital Alma Máter de Antioquia, permite de manera interna disponer sus propios recursos humanos (practicantes de trabajo social) al servicio de sus mismos colaboradores, pacientes y acompañantes cuidadoras/es. Y surge la pregunta ¿En qué otra medida el hospital se beneficia del proyecto? La respuesta básica radicaría por ejemplo en que la productividad de sus colaboradores mejore, en que la carga de enfermedad de cuidadoras y cuidadores y pacientes, se reduzca significativamente.

No obstante, el valor radica en el servicio *per se* que se presta; en ser una institución prestadora de servicios de salud que de manera orgánica trasciende la barrera cuantitativa y estadística y se suma a generar impacto social de corte cualitativo en el corto, mediano y largo plazo en provecho de aquellas y aquellos que requieren de su soporte así sea para una escala poblacional relativamente baja, tal y como aplica a este caso.

Ahora, surge la pregunta ¿Qué utilidad adicional tiene este proyecto? ¿Qué pasa si se interviene? ¿Qué beneficio tendrán sus participantes? De hecho, la pregunta que las abarca a las tres, resulta ser ¿qué pasaría si no se interviene? En ese sentido, la oscuridad más profunda y a la que se le debe temer es a la inconsciencia, a la ignorancia, a la de creer que se sabe cuándo no se comprende nada en absoluto. En ese sentido si nuestras cuidadoras y cuidadores no encienden por sí mismas/os la luz de su consciencia en torno a la importancia del cuidado

principalmente el cuidado de sí, básicamente se perpetuarán los ciclos de sufrimiento y dolor al no reconocer que existen prácticas de cuidado de sí, que generan bienestar propio sin caer en el olvido o desconocimiento de su familiar y/o amigo.

De igual manera, si en conjunto con las y los colaboradores no se exige un acompañamiento institucional más cercano para con su cuidado, los ciclos se repetirán en un eterno ir y venir y llegará el momento en el que su propia capacidad podrá agotarse, o por ejemplo, se presentará el caso en el que otra persona logre integrarse al equipo de trabajo y a partir de su capacidad instalada pueda no contenerse a sí misma/o y se descompense.

El proyecto en ese sentido, encuentra su justificación adicional en la transmisión de conocimiento, la socialización y el compartir colectivamente el saber, ya que no hay nada más gratificante que enseñar lo aprendido. Definitivamente, los ciclos deben parar o no habrá intervención efectiva ni mucho menos eficaz.

Por otro lado, si se habla en términos de viabilidad, el proyecto es viable en un ciento por ciento. En términos humanos, se cuenta con dos practicantes de trabajo social (diseñadores del proyecto), una asesora académica y dos asesoras institucionales que se disponen a realizar un esfuerzo extra en las últimas semanas para que el proyecto llegue a buen fin. En términos de tiempos, si bien quedan unas pocas semanas para su ejecución, se llevarán a cabo encuentros nutridos que marquen, que dejen impacto y esencia en cada uno de los actores directos. Con relación a los recursos materiales y económicos, si bien son limitados, la ejecución del proyecto no demandará gastos desproporcionales en comparación a la propia capacidad económica del equipo de trabajo.

Finalmente, vale la pena señalar, la importancia que cobra el justificar un proyecto que dirige su mirada hacia el cuidado, desde el trabajo social. El trabajo social por naturaleza cuida y siempre cuidará; en cada movimiento, pensamiento, sentimiento y cuestionamiento, que emerge desde el trabajo social, hay una disposición de servicio y de entrega, donde esencialmente se busca la armonía del todo con el todo.

Además, el trabajo social asume por respeto a la vida y al ser, el cuidado principal de personas que presentan condición de vulnerabilidad, lo que en últimas resulta en la defensa y valor intrínseco de la dignidad en todas sus manifestaciones. Realmente se torna complejo darle una explicación al cuidado desde el trabajo social, por lo menos en términos humanos,

ya que es un asunto que, si se quiere, trasciende las lógicas de la emoción, la razón y la ciencia, aunque atravesado por ellas.

3.4. Objetivos

3.4.1. objetivo general

Promover prácticas orientadas al cuidado de sí, que fortalezcan la ética de cuidado y brinden bienestar en las y los cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia en dignidad y armonía, en el periodo comprendido entre noviembre de 2025 y enero de 2026.

3.4.2. Objetivos específicos

- Fortalecer una ética del cuidado, desde la cual las y los cuidadores de pacientes hospitalizados puedan por sí mismas/os reconocer la importancia que guarda el cuidar de sí en contextos de cuidado y adicionalmente puedan dotarse de estrategias y prácticas para el cuidado de sí, a través de un folleto informativo (tríptico), que contribuya su bienestar integral.
- Co-construir y/o potenciar prácticas de cuidado de sí en colaboradores (áreas de psicología y trabajo social) del Hospital Alma Máter de Antioquia con la finalidad de que puedan continuar ejerciendo su labor de manera consciente principalmente en dignidad y armonía consigo mismas/os.
- Establecer una mesa para el diálogo de saberes con conciencia crítica de la mano de las/os colaboradoras del Hospital con la finalidad de abrir paso a estrategias, que en torno al cuidado de otras/os y de sí, permitan la articulación institucional con los recursos individuales.

3.5. Referentes conceptuales

El cuidado de sí supone el conocimiento de sí mismo, pues el ser humano no podría saber **cuál arte lo vuelve mejor** si en realidad no sabe quién es. (Sánchez de la Cruz, 2022)

Cada uno de los conceptos que se expone a continuación, resulta clave y esencial, en tanto permiten profundizar y ampliar el horizonte de comprensión que se enmarca en los objetivos y desarrollo del presente proyecto. En ese sentido, se desarrollará de manera breve la conceptualización de términos como cuidado de sí, prácticas de cuidado de sí, ética del cuidado, diálogo de saberes con consciencia crítica, folleto informativo (tríptico), y mural.

3.5.1. *Cuidado de sí*

El cuidado de sí, no se reduce a un ejercicio egoísta, como pudiese ser interpretado a primera vista, sino antes bien a una práctica completamente filantrópica. El cuidado de sí, primeramente, permite el suministro del propio pozo para luego permitirle otros destinos, es decir el género humano dirige las corrientes de agua (cuidado) hacia su propio ser para luego permitirle a ese recurso hídrico ser direccionado y redireccionado hacia otros depósitos de agua (personas receptoras de cuidado). El cuidado de sí, es entonces indispensable para la vida humana en el planeta - incluso otras especies se toman el tiempo de cuidar de sí -, ya que permite la alegría y el gozo propio, que en últimas favorece a aquellas y aquellos que requieren cuidado.

Así tenemos que el cuidado de sí, es un proceso reflexivo que permite dirigir la mirada hacia el propio ser, hacia los otros y hacia el mundo entero, que a través de prácticas conscientes determinan el bienestar propio en términos de purificación y sanación plena del ser, para cuidarse y poder cuidar, para estar bien y poder servir a los/as demás. En articulación con todo lo previamente señalado, Foucault menciona lo siguiente,

(...) el cuidado de sí abarca tres aspectos fundamentales: en primer lugar, es una actitud con respecto a sí mismo, con respecto a los otros y con respecto al mundo. En segundo lugar, es una manera determinada de atención, de mirada. Preocuparse por sí mismo implica convertir la mirada y llevarla del exterior al interior, implica cierta

manera de prestar atención a lo que se piensa y a lo que sucede en el pensamiento. En tercer lugar, la noción de cuidado de sí designa una serie de acciones, acciones que uno ejerce sobre sí mismo, acciones por las cuales uno se hace cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma y se transfigura. (Lanz, 2012, p. 40).

3.5.2. *Prácticas de cuidado de sí.*

Para Foucault (2012), las prácticas de cuidado de sí, son “acciones que se llevan a cabo sobre sí, por las cuales se hace [uno] cargo de sí mismo, se modifica, se purifica, se transforma y transfigura” (como se citó en Sánchez de la Cruz, 2022). Todo ello implica en términos humanos un ejercicio de acciones y prácticas que consecuentemente llevan a la transformación, a la elevación del cuerpo y del espíritu. Es por ello por lo que “(...) la persona debe preocuparse por ponerse atención a sí misma y en su contexto durante toda su vida, buscando siempre transformarse a sí misma y conseguir una mejor convivencia con sus pares y con su yo (Ibíd. 40)”. (Garcés Giraldo & Giraldo Zuluaga, 2013, p. 196)

Es por ello por lo que, para poder ejercer prácticas de cuidado de sí, se requiere de procesos reflexivos, en los cuales se indague de manera constante sobre los modos de ser y relacionarse que orientan la conducta, el pensamiento y la emoción con la firme intención de realizar cambios – cada vez que sea necesario - para la mejora, la construcción y la formación continua de un ser que aspire sino a la perfección al bienestar y armonía con relación a sí misma/o y con todo lo que le rodea. De ahí que, Garcés Giraldo y Giraldo Zuluaga (2013) con relación al cuidado de sí y sus prácticas inherentes, mencionen que se requiere de,

un movimiento reflexivo sobre sí mismo; continuamente se requiere un autoexamen, una revisión de los modos con los que se ha intentado orientar la conducta; se debe examinar lo acontecido en el comportamiento para pulir sus formas, sus procedimientos (Britos 32). (p. 196).

Existen prácticas de cuidado de sí como, por ejemplo, la alimentación saludable y balanceada, el descanso suficiente que revitaliza, el ocio y la recreación que permite el crecimiento, la meditación, la oración, la creencia a la cual se tiene fe, la respiración consciente, la actividad física y/o el hacer parte de una comunidad hace parte del cumulo de

estrategias que permiten en contexto de cuidado de otras/os, cuidar de sí misma/o. De igual manera, “existen prácticas ligadas al cultivo de sí, sobre la preocupación por el entorno: meditar respecto de las condiciones climáticas, la relación con el medioambiente, de sus amistades, del orden social, entre otras” (Garcés Giraldo & Giraldo Zuluaga, 2013, p. 196) Este tipo de prácticas son conocidas en términos Foucaultianos como las tecnologías del yo. Tales técnicas,

permiten reflexionar nuestro modo de vida, la dirección de nuestra existencia y transformarnos a nosotros mismos de acuerdo con una decisión personal (...). Estas prácticas representan todo un proceso de subjetivación, de verdades y del ejercicio de la libertad (Garcés Giraldo & Giraldo Zuluaga, 2013, p. 196).

3.5.3. *Ética del cuidado*

Foucault filósofo, historiador y sociólogo francés, planteaba en primer lugar la ética como, “la práctica de la libertad, pero de la libertad reflexionada; afirma que “la libertad es la condición ontológica de la ética” (Foucault, 1990, como se citó en Garcés Giraldo & Giraldo Zuluaga, 2013, p. 189). En ese sentido, implícitamente la ética, refleja atención, consciencia, energía proyectada a un objetivo claro y bien definido, es decir, hacia la libertad. De ahí que, la ética del cuidado implique la libertad del cuidado, lo que se traduce en coherencia con la existencia, en el cuidar sin cadenas, sin ataduras de ningún tipo, en armonía, en paz, en un entorno de comprensión en el que se comprende.

En definitiva, la ética del cuidado, es la libertad de cuidar a otra/o sin caer en las dinámicas de la esclavitud, es decir, en el olvido y detrimento de sí. Por lo tanto, el cuidado como ética del cuidado propende por un flujo de energía circular. Ahí, es donde cobra sentido y se articula la ética del cuidado con el cuidado de sí, el cual es,

ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida que este ethos de la libertad es también una manera de cuidar de los otros; (...). El ethos implica también una relación hacia el cuidado de los otros, en la medida que el cuidado de sí se vuelve capaz de ocupar, en la ciudad, en la comunidad o en las

relaciones interindividuales, el lugar que conviene. (Foucault, 1990, como se citó en Garcés Giraldo & Giraldo Zuluaga, 2013, p. 190).

Igualmente, una ética del cuidado, conlleva en sí mismo un ejercicio ético-político que aboga por la defensa de los derechos de las mujeres en todos los contextos sociales, en este caso en particular en el contexto de cuidado. Históricamente, las mujeres han estado bajo sujeción, dominio y esclavitud de un sistema opresivo y caduco tal y como lo es el sistema patriarcal. No obstante, las mujeres firmes y en pie de lucha, defienden hoy por hoy sus derechos resaltando a la par lo inútil que resulta ser este sistema para la vida en armonía y dignidad, por lo demás reconociendo que el cuidado es un asunto de todas y todos, en otras palabras un asunto político y democrático. Es por ello por lo que, Gilligan (2013), plantea que,

la ética del cuidado no es una ética femenina, sino feminista, y el feminismo guiado por una ética del cuidado podría considerarse el movimiento de liberación más radical —en el sentido de que llega a la raíz— de la historia de la humanidad. Al desprenderse del modelo binario y jerárquico del género, el feminismo no es un asunto de mujeres, ni una batalla entre mujeres y hombres, sino el movimiento que liberará a la democracia del patriarcado. (p. 13).

3.5.4. Diálogo de saberes con conciencia crítica

Paulo Freire, gran pedagogo, educador y filósofo brasileño planteaba que la educación como proceso dialógico, en palabras del equipo de trabajo, debería ser un flujo de energía circular, en el cual las personas involucradas cuestionan, deconstruyen y edifican conocimiento, saber y experiencia desde la horizontalidad, desde el respeto y de la comprensión de los pluriversos infinitos para la libertad. De ahí que, Freire en sus términos, mencionara que,

De hecho, la capacidad de diálogo es la esencia de la educación que requiere de la problematización, con ellas es posible una educación horizontal que libera, por cuanto, la problematización supera la contradicción educador-educando —una

educación problematizadora es liberadora (González Londoño & Villada Osorio, 2024, p. 94)

En ese sentido, el diálogo de saberes, posibilita el empoderamiento de cada una de las partes inmersa en él, con fines de transformación individual y colectiva, al concebir que el saber es una práctica democrática, donde no hay un solo poseedor absoluto del conocimiento y que cada experiencia está cargada de espíritu histórico y reflexivo, digna de reconocimiento y de ser compartida con otras/os para la construcción de sociedades que prioricen la vida en dignidad y armonía. De manera complementaria, Freire (2007) declaraba lo siguiente

Por consiguiente, en la pedagogía crítica y liberadora freiriana el diálogo de saberes es de experiencias realizadas, pero también de comprensión del mundo y empoderamiento de la realidad que adquieren educadores y educandos, debido al poder de transformación relativa al proceso mismo de la problematización y del diálogo horizontal. (Como se citó en González Londoño & Villada Osorio, 2024, p. 94)

3.5.5. Folleto informativo (tríptico)

Lämmel y Rivas (2020) señalan que, “los trípticos se usan como folletos informativos, además es uno de los medios de comunicación gráfica impresa más habituales para dar a conocer un producto o servicio en forma detallada” (p. 2). De igual manera y con relación al tipo de tríptico que se utilizará para los fines del presente proyecto de intervención se busca que sea un tríptico informativo, ya que en el “se brinda al lector un condensado de información pertinente en materia de salud, (...), y otros aspectos relevantes” (Lämmel & Rivas, 2020, p. 4).

3.5.6. Mural participativo

De acuerdo con Vida Mural (2022), un mural participativo es,

una creación artística colaborativa en la que una comunidad, ya sea de vecinos, estudiantes, activistas o cualquier grupo de personas unido por un objetivo común, se involucra activamente en el diseño y pintura del mural. (...), los murales participativos se nutren del talento, la visión y la creatividad de todos los participantes. (párr. 2)

De igual manera, al ser el mural un proceso colaborativo, se espera que desde el momento del origen de las ideas hasta su elaboración en papel (para este proyecto), todo ello se logre materializar, desde procesos reflexivos y propositivos que respeten y potencialicen la palabra de cada uno de los actores allí involucrados, en un entorno exento y libre de juicios. Por lo demás, se señala que, “los temas y mensajes de los murales participativos pueden variar ampliamente, abordando cuestiones sociales, culturales, medioambientales o históricas que sean relevantes para la comunidad.” (Vida Mural, 2022, párr. 3).

3.5.7. Taller reflexivo

Para Gutiérrez, G., (2016) el taller reflexivo es,

una metodología de intervención grupal idónea para el trabajo con grupos pequeños, con un número de 10 a 25 participantes. Se llama “taller” porque se incluye dentro de las metodologías constructivistas en la cuáles los participantes juntos construyen durante la sesión (...). Se denomina “reflexivo” debido a que el objetivo fundamental de la metodología es la reflexión sobre el tema de la sesión. (párr. 1)

Con relación al primer elemento: “metodología constructivista”, este implica un hacer, una creación colectiva que tiene por protagonistas principalmente a las personas participantes del taller. No implica un sentido unidireccional, en el cual la persona que convoca el encuentro ejerce el papel de arquitecto, ingeniero y obrero, o el/la cual tiene la única o absoluta verdad, sino en el cual el/la convocante únicamente permite el encuadre y

el direccionamiento de las actividades, permitiendo así que las personas involucradas en el taller tengan mayor libertad y se de paso a un trabajo participativo. De ahí que,

En las metodologías constructivistas, por el contrario, el coordinador o facilitador invita al grupo a construir el producto durante el trabajo grupal mismo, de allí su nombre. Para lograr la construcción requerida, el coordinador invita a los integrantes del grupo a participar y a expresarse y les concede el tiempo y las condiciones exigidas por el proceso de construcción. Por su parte, se compromete a escucharlos y, en este caso, evita el lugar del “magister”. (Gutiérrez, 2016, párr. 3)

Ahora bien, con respecto al segundo elemento: “reflexivo”, es importante señalar que la palabra hace parte esencial de este proceso. A través de la palabra se cuestiona, se propone y se transforma a través de prácticas inmersas en un ser-hacer-saber reflexivo. La palabra sea transmitida a través de la palabra, señas o escritura, en esencia guarda un potencial enorme para la metamorfosis, creación y/o transición de procesos individuales, grupales, colectivos e incluso institucionales. A su vez, la palabra posibilita el desarrollo de planes, programas y proyectos que abren nuevos caminos hacia la edificación de estructuras justas, equitativas y participativas en todos los ámbitos de la vida social. Por ello, el taller reflexivo,

constituye un dispositivo de palabra, es decir, un espacio en el cual los participantes son convocados a hablar sobre el tema propuesto para la sesión. Este es su compromiso fundamental al llegar al taller. En los espacios de palabra, el hablar de los participantes se sitúa como el centro de la intervención debido a una razón básica: la palabra es un medio idóneo para la reflexión. Cuando estamos reunidos con otros, a medida que hablamos se hace viable que reflexionemos. Y mientras más despliegue de palabra haya, mayor será la posibilidad de reflexión. (Gutiérrez, 2016, párr. 7).

3.5.8. Asesoría

Para Sage (s.f.), la asesoría,

ofrece apoyo, asistencia y opinión fundamentada en conocimiento sobre determinada materia a quien tiene dudas sobre ella. Esta ayuda o consejo es formulada por una o varias personas expertas en la materia quienes, con su asesoría, ofrecen la información necesaria para que la personas que acude a ellos pueda tomar decisiones de una forma más fundamentada y correcta. (párr. 2)

De igual manera, la asesoría aparte de brindar información frente a un tema específico, permite el dar respuesta a inquietudes o dudas que se pueden presentar durante el proceso de asesoría, ya que situaciones como está suelen aparecer y es indispensable poder dar respuesta inmediata para que no permanezcan baches o vacíos frente al conocimiento o saber trabajado. Al respecto y, gracias a un conocimiento fundamentado sobre el tema y a la asesoría, será posible resolver “dudas específicas sobre determinadas áreas de interés por parte de un equipo de expertos (o asesores), quienes crean esta asesoría para ayudar a las personas en dichas materias que no dominan”. (Sage, s.f.)

Finalmente, es importante señalar, que la conceptualización del término “asesoría” que aquí se propone, ni mucho menos su aplicación para el ejercicio en campo, no tiene ni la más mínima intención de enmarcarse en una relación profesional-sujeta/o en vía unidireccional, como históricamente ha sido ejercida en una relación de “poder”, es decir, desde un sujeto que da y otro/a que recibe, a partir un sujeto que brinda información y otro/a que la acoge sin propósito alguno. Por el contrario, lo que aquí se busca es generar un vínculo y una relación armoniosa, emotiva, principal y esencialmente democrática, en la cual se construye conocimiento conjunto cuya etiología surge de un proceso reflexivo contextualizado. En ese sentido se busca establecer,

una relación democrática, en un escenario de colaboración profesional, a lo largo de un proceso y con un propósito ético, teniendo en cuenta que cada procedimiento debe adaptarse al contexto y a la cultura con la que trabaja para transformarla desde

adentro. Ética, técnica y emoción deben conjugarse dialécticamente para posibilitar la participación auténtica y la emergencia de un significado compartido y un compromiso profesional. (Segovia, 2010, p. 65).

3.6. Ruta metodológica

Como bien ya se ha señalado, la sobrecarga de cuidado genera desgaste en las y los actores participantes del presente proyecto, tanto en el ámbito de la salud física, mental, emocional, social como laboral. En primer lugar, y de manera sintetizada, con relación a los/as cuidadores de pacientes hospitalizados, la sobrecarga de cuidado emerge como un asunto asociado a una ética de cuidado debilitada, que se puede traducir como consciencia limitada frente a la importancia de reconocer el cuidado de sí como generador de bienestar en medio de su labor de cuidado. Por otro lado, la sobrecarga de cuidado en las y los colaboradores del Hospital (trabajo social y psicología) se relaciona con prácticas de cuidado de sí que desde el propio esfuerzo individual poco o nada se articulan con el deber institucional (Hospital Alma Máter de Antioquia)

En ese sentido, el presente proyecto pretende promover prácticas orientadas al cuidado de sí, las cuales puedan fortalecer la ética de cuidado y propendan por el bienestar en cuidadoras/es y colaboradores del Hospital, en dignidad y armonía. Todo ello se llevará a cabo a través del desarrollo y puesta en marcha de una estrategia educativa- promocional que tendrá dos líneas estratégicas, una de ellas estará dirigida a quienes ostentan el lugar de cuidadoras/es de los pacientes en estado de hospitalización al interior del Hospital Alma Máter y la otra estará dirigida a las/os profesionales del servicio de terapias de apoyo (psicología y trabajo social) que acompañan desde su quehacer a los pacientes y sus familias.

Esta estrategia se plantea con el propósito de impactar actores claves del proceso de salud de los pacientes, pues la labor de cuidado es una tarea esencial para la garantía de los procesos de mejora clínica de una persona que transita la enfermedad y todo lo que le subyace a ello. De igual manera, desde las dos líneas estratégicas se apuesta por abrir la puerta al reconocimiento del cuidado de sí como elemento central en la existencia humana en contexto de cuidado, en medio de los retos y complejidades propias de la existencia.

Con relación a lo previamente señalado, y con el firme propósito de incidir en la situación problema, se propone un proyecto de intervención desde la línea de intervención promocional en trabajo social. Con respecto a este tipo de intervención, en esencia, se posibilita la interacción entre sujetos, los cuales de manera participativa y activa transforman no solo sus propias realidades subjetivas e individuales sino además sus propios contextos, particularmente las causas que originan su sufrimiento, en este caso la sobrecarga de cuidado.

De ahí que, que lo promocional se presente como un tipo de intervención global e integral que, “pretende responder a las necesidades y demandas prioritarias de la comunidad surgías en la interrelación social. (...) Por lo que la participación, capacitación y gestoría organizada y comprometida resulta prioritarias”. (Anguiano Molina et al., 2009, p. 10), Adicionalmente, de acuerdo con Anguiano Molina et al., (2009) entre los objetivos de la intervención promocional se encuentran, “- Implementar acciones de sensibilizar y educación social - Promover el desarrollo social que facilite la elevación de los niveles de vida - Desarrollar acciones de capacitación y asesoría” (p. 10)

De acuerdo con lo anterior, en especial con los objetivos del tipo de intervención promocional, se rescata con relación al presente proyecto, la sensibilización y educación social como elementos indispensables para el fortalecimiento de la ética del cuidado y la puesta en marcha del encuentro de diálogo de saberes donde las experiencias colectivas logren tocar y transformar la vida. Adicionalmente, se aborda el desarrollo social para elevar los niveles de vida, para los cuales, seguramente el proyecto contribuirá a través de la promoción y potenciación de prácticas de cuidado de sí.

De igual manera, el trabajo social ha encontrado en la intervención profesional bajo la línea promocional,

la posibilidad de acceder y adentrarse en el mundo de la intervención social a través del conocimiento (empírico-teórico) de cotidianidad y a través de la indagación, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evaluación, con amplios sectores de población y establecer con ellos y ellas un relacionamiento progresivo destinado a producir cambios a través de la organización, la potencialización de recursos y la gestión. (Anguiano Molina et al., 2009, p. 10)

Es por ello, que el presente proyecto a través de lo promocional busca la potencialización colectiva de capital social ya existente y latente, como lo son una ética de cuidado consciente bien forjada y la generación de prácticas de cuidado de sí en vinculación y articulación con los recursos institucionales, desde los cuales se busque producir cambios y transformaciones en cada una de las vidas de las personas participantes.

Asimismo, el proyecto amparado en el enfoque socioeducativo promocional de acuerdo con lo planteado por Sartre (1963), busca que el sujeto trascienda la percepción aislada y ensimismada de la situación-problema y que se permita analizar los determinantes sociales y culturales de su situación para que, sumados a su experiencia personal, pueda generar alternativas y posibilidades de acción y decisión que abran el campo de los posibles.

De igual manera, la intervención socioeducativa en esencia tiene como uno de sus propósitos trascender y superponerse a la intervención social tradicional, es decir, asistencial, intervencionista y tecnicista la cual extiende en el tiempo el *statu quo* lo que perpetúa el dominio de las clases populares, en un tipo de intervención transformadora. Es por ello por lo que, desde la intervención educativa en trabajo social se busca no “domesticar” a las y los sujetos a través de relaciones de poder, sino más bien, deconstruir y edificar conocimiento colectivo para potenciar saberes y prácticas “populares” y transformar de manera participativa las realidades de los “grupos subordinados”. En otras palabras,

Si este proceso educativo, como otra dimensión de la conceptualización reflexiva de intervención, está ausente podríamos afirmar que solo se planteó una actividad asistencialista, intervencionista y tecnicista que se convertirá en un espacio que permita la cohesión social entendida como «estabilidad» de la cuestión social. Y es allí, a falta de proceso educativo, problematizador y emancipador donde la cultura dominante ejerce control y construye las subjetividades sobre las clases o grupos subordinados. (Tello, 2024, pp. 111-112)

Asimismo, las intervenciones socioeducativas se adapta a los contextos y respeta sus particularidades, no son ajenas al momento socio-histórico en el que se desarrolla, son innovadoras y creativas, amantes de lo “nuevo” y del poder de la educación como elemento central en la erradicación de los sistemas de opresión y del cambio que se produce en el

momento que se abre paso a la justicia social en su máxima expresión y a todo lo que desde allí se deriva, como por ejemplo, equidad y derechos humanos en todos los niveles. En ese sentido, se debe considerar que,

que las intervenciones sociales como intervenciones educativas nunca son estáticas y tampoco son repeticiones de lo existente, ni generan adaptaciones (tello Peón, ornelas Bernal y Calderón, 2019). Menos aún se debe esperar que la intervención social como intervención educativa genere acoplamiento o adaptaciones socioculturales. Por el contrario, deberían generar quiebre, desnaturalizaciones, irritaciones, porque en definitiva nos estamos refiriendo al cambio social. (Tello, 2024, p. 108).

Finalmente, será necesario afirmar en palabras de Cifuentes Gil (2009) que “es necesario conjugar «la reflexión, la acción y la transformación, para *incidir* de manera estratégica y pertinente en la complejidad de las manifestaciones de la cuestión social»” (p. 191, el destacado es nuestro, como se citó en Tello, 2024, p. 108)

3.7. Líneas de intervención

3.7.1. Primera línea de intervención: En manos de papel, un acercamiento a la ética del cuidado.

La presente línea tendrá como propósito fundamental generar una estrategia de acompañamiento educativo/promocional, bajo la modalidad de espacios de asesoría para las y los cuidadores, en el que se espera poder compartir con ellos a través de un ejercicio conversacional elementos generales sobre el cuidado de sí, sobrecarga de cuidado y la ética del cuidado, en un espacio de confianza que les permita reconocerse, entender su tarea y validar la misma, pero que a su vez identifiquen como esta labor también requiere cualificarse para su desarrollo, es decir cuidar es un arte, y las personas pueden potenciar y mejorar esta labor.

Por lo tanto, esta línea tiene un sentido educacional de escucha y de orientación y además, para poder favorecer el proceso de anclaje de contenidos en los sujetos se valdrá de

una herramienta para la memoria, se entregará un folleto informativo que condensa la información general a abordar durante la asesoría, lo que además les permitirá de manera posterior volver a estos contenidos, pero además compartirlos y extenderlos con otras personas que también son cercanas y apoyan la labor de cuidado. De esta manera es una acción que genera capital social asociado al cuidado porque se posiciona no como un recurso solo para el momento, si no como una habilidad y saber que se puede usar en otros momentos y situaciones particulares de la vida donde se requiera asumir este rol.

En cuanto al material entregable, que acompaña la acción educativa de asesoría será un folleto informativo didáctico (tríptico) el cual tendrá en cuenta todos los elementos que se abordaron durante el ejercicio de diagnóstico previo, en el cual se hizo uso de la encuesta como uno de sus instrumentos, en la que participaron nueve personas cuidadoras/es. Se retomarán asuntos relacionados con la culpa, el enojo, el temor, la soledad, y la discriminación que emerge entre la díada paciente/cuidador en el contexto de cuidado. Asimismo, y de manera interactiva apostará por hacer visible los recursos de que disponen cuidadoras/es como la paciencia, conocimientos previos sobre el cuidado de sí y de otros, apoyo familiar, respaldo profesional en salud y creencias que brindan sostén en medio de su labor de cuidado.

De igual manera, el folleto informativo (tríptico) apuntará a señalar algunos de los efectos propios de la sobrecarga de cuidado, que inciden negativamente en términos de salud y calidad de vida, como lo son la depresión, insomnio, ansiedad, agotamiento, cefalea (dolor de cabeza), enfermedades gastrointestinales. Además, se considerará algunas de las prácticas de cuidado de sí que posibilitan el hacerle frente a la situación problema como, poder dormir y descansar lo suficiente, ejercitarse, alimentarse bien, lectura gustativa (de interés), pasar el tiempo en el celular o en otros dispositivos móviles, escuchar música, orar, meditar, respirar conscientemente y/o hacer parte de una comunidad que le brinde sentido a la existencia.

3.7.1.1. Momento 1: Definición y preparación de los temas para la asesoría educativa

Un primer momento para poder agenciar el desarrollo de la asesoría educativa, requirió la identificación de los temas nodales para intervenir en el espacio. Estos se

identificaron previamente gracias al ejercicio diagnóstico desarrollado tanto con cuidadoras y cuidadores como profesionales adscritos al área de terapias de apoyo (psicología y trabajo social) del Hospital Alma Máter de Antioquia. Esto permitió además de la identificación, la priorización de los que se consideraron temas más urgentes para trabajar. A continuación, se evidencian los tres grandes focos temáticos que se abordarán en los espacios de asesoría y que se soportarán en el material entregable (folleto informativo) en este espacio:

Para una Ética del Cuidado de Sí: Básicamente desarrolla los siguientes elementos.

- Qué significa cuidar
- Importancia de la ética del cuidado.
- Qué pasa cuando practicamos el cuidado de sí.
- Componentes de una ética del cuidado de sí.
- Estrategias y prácticas para el cuidado de sí.

Reconociendo y Superando la Sobrecarga de Cuidado: Esencialmente evidencia los siguientes aspectos:

- Conceptualización de la sobrecarga de cuidado.
- Tips para identificar la sobrecarga de cuidado.
- Origen de la sobrecarga de cuidado.
- De qué manera se puede evitar la sobrecarga de cuidado.
- Estrategias y prácticas para el cuidado de sí.
- Dos ejercicios prácticos de respiración.

Prácticas de Cuidado de Sí - Es mi Deber Cuidar de Mí: Principalmente se enfoca en los siguientes ítems:

- Qué significa y que implica el cuidar de sí.
- Recomendaciones sobre el cuidado de sí.
- Qué podría pasar si no existe el propio cuidado de sí.

- Estrategias y prácticas para el cuidado de sí.
- Un ejercicio práctico corporal para el cuidado de sí.
- Un ejercicio mental para el cuidado de sí mismas/os.

En este primer momento de preparación, se realizará revisión documental, lecturas previas y generación de contenidos para la asesoría que permitan tener un guion/ discurso coherente y argumentado en las mismas, además del diseño y elaboración del material entregable (folleto informativo) en condiciones de claridad y sobre todo de fácil lectura y acceso para las/os beneficiarios de esta acción.

3.7.1.2. Momento 2: Momento de asesoría educacional a las/os cuidadores

Realizar encuentros – Asesoría educacional a nivel individual con cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados al interior del hospital Alma Máter de Antioquia a través de un ejercicio conversacional y de socialización de información que les permita reconocer, mejorar y potenciar su rol como cuidadora/or.

Esta asesoría para su desarrollo estará apoyada de la entrega de un folleto informativo, con la finalidad de que reconozcan la importancia que cobra el cuidado de sí mismas/os en contextos de cuidado a partir de los ejes temáticos previamente enunciados.

La entrega se llevará a cabo de manera personalizada, ya que el objetivo no radicará únicamente en su mera difusión sino además en el tener espacios privados de asesoría educativa entre la/él practicante y la/el cuidadora/or, en el que de manera constructiva se destine un momento para la escucha y orientación y se permita el socializar (viajar) por el contenido del folleto, en medio de reflexiones y apreciaciones.

El objetivo primordial se justificará en poder abrir diez (10) espacios de asesoría educacional y de socialización en torno al contenido del folleto informativo, ya que por lo demás la falta de escucha y acompañamiento fue una de las problemáticas que de manera implícita se identificó en cuidadoras/es durante el ejercicio diagnóstico.

3.7.1.3. Momento 3: Evaluación y seguimiento de resultados.

Al final de cada uno de los espacios el equipo de trabajo se dispondrá a realizar una evaluación in situ en términos de calidad del instrumento (contenido, diseño) y de apreciación general del encuentro desde la perspectiva de sus participantes. Para facilitar el proceso de evaluación se utilizará un cuestionario diseñado previamente en Google Forms, cuyo contenido será breve, con el objetivo de que la información allí obtenida fácilmente se pueda sintetizar en el informe final del proyecto de intervención.

3.7.1.4. Fundamentación teórica: tres focos de intervención

Este tipo de instrumento será de gran utilidad para la puesta en marcha del proyecto de intervención, ya que a partir de un diseño pedagógico y didáctico se buscará abordar tres líneas de intervención representadas en los siguientes temas:

- Reflexiones sobre la ética del cuidado de sí.
- Sobrecarga de cuidado.
- Estrategias y prácticas para el cuidado de sí.

3.7.1.4.1. Reflexiones sobre la ética del cuidado.

Las epistemologías y axiologías de la ética del cuidado son necesarias para liberar la democracia de jerarquías patriarcales y frenar la destrucción de la biosfera. Son un elemento imprescindible para construir la paz, la igualdad, el respeto y la corresponsabilidad porque incluyen la pluralidad de sabidurías y genealogías necesarias para un diálogo horizontal, que no genera subordinación ni dualismos opresivos. (Victoria Vásquez Verdera, Ética del Cuidado).

En momentos de crisis puede surgir la reflexión intencionada sobre el mismo ser (el self), sobre el espíritu colectivo (los otros seres) y sobre lo que rodea la faz de la tierra. Por momentos surge la pregunta sobre el cómo sostener y preservar no solo la vida humana sino

además todo aquello que nos circunda. Es por ello, que el cuidado como una ética del cuidado se eleva como uno entre tantos elementos que puede contribuir para la vida en el planeta en dignidad y armonía en todas sus expresiones. De ahí que, si se quiere prolongar y amar la vida en el planeta desde el cuidar, es indispensable pasar por tamiz y reflexionar un poco en la ética del cuidado.

De igual manera, la ética del cuidado por naturaleza resulta ser un pensar, un sentir y un hacer relacional; además se visibiliza como un ejercicio democrático en el cual los sistemas de opresión rápidamente se diluyen y se esfuman como la brisa del mar; un ser-saber-hacer que defiende y aboga por la igualdad de género, un mundo en el cual se reparten equitativamente “las cargas de cuidado” y “las responsabilidades allí implicadas”; una reflexión que engendra colectividad; un acto político que parte del sentido de pertenencia y alcanza una noción de justicia, en palabras de Gilligan (2013),

en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana. Cuidar es lo que hacen los seres humanos; cuidar de uno mismo y de los demás es una capacidad humana natural. Por eso, la diferencia no estaba entre el cuidado y la justicia, entre las mujeres y los hombres, sino entre la democracia y el patriarcado. (p. 50-51, como se citó en Vásquez Verdara, s.f., p. 231)

La ética de cuidado, comprende varios componentes, para los fines del presente proyecto y con miras a su visibilización en el folleto informativo (tríptico) se dará cuenta de algunos de ellos. Aparece como primer componente el **reconocimiento de las propias necesidades**, elemento indispensable para la prevención del desgaste y la sobrecarga de cuidado, con el propósito también de satisfacer los requerimientos propios. De igual manera, otro de sus componentes es la **responsabilidad por el propio cuidado**, es aquella que manifiesta que el deber de cuidar de sí, se encuentra principalmente en las propias manos.

Asimismo, las **Prácticas concretas de cuidado de sí** señalan la importancia de realizar algún tipo de acción que genere bienestar y no haga daño a otros. La **Dimensión relacional**, recuerda que, para una ética de cuidado bien fundada, el generar vínculos y compartir tiempo con pares e impares, es importante. Ahora, la **Evaluación del Cuidado**, implica que de manera periódica se pueda realizar un ejercicio autorreflexivo en el cual se evalúe si las

prácticas de cuidado de sí, realmente está dando sus frutos, y en caso de que la respuesta sea negativa, buscar otro tipo de alternativas que puedan producir efectos positivos. Y finalmente, el componente de la **democratización del cuidado**, desde donde se plantea que el cuidar debe ser un acto de corresponsabilidad, es decir, tanto hombres como mujeres pueden y deben cuidar.

A modo de conclusión, el folleto informativo buscará sensibilizar y generar consciencia sobre la ética del cuidado.

3.7.1.4.2. Sobrecarga de cuidado

El abordaje conceptual sobre el término “sobrecarga de cuidado”, si bien se ha fundamentado durante la evolución del presente proyecto, resulta indispensable seguir profundizando en ello, ahora bien, con el foco puesto en el desarrollo de la asesoría educacional acompañada del material de folleto informativo (tríptico).

La sobrecarga de cuidado, es un asunto que demanda ser analizado con pinzas. Para comprenderlo, se debe partir primero de la noción de que la sobrecarga de cuidado no existe en un vacío, sino que se posa sobre determinada/o sujeta/o. En ese sentido, se señala que las y los sujetos son seres socio históricos; rodeados de contextos tan disímiles incluso entre personas que viven en un mismo entorno incluso en un mismo hogar; son seres que han enfrentado o enfrentan batallas internas a nivel físico, psicológico, emocional o social; son seres humanos que también enferman y padecen; como seres vivos requieren de la satisfacción de sus necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda, educación y empleo). En definitiva, son seres vivos.

Asimismo, para comprender a profundidad el término, en segundo lugar, se requiere comprender que la sobrecarga de cuidado se origina en una relación interpersonal que es atravesada por el cuidado. Esa relación implica un tercero, sea este familiar o amigo. Esta persona por lo demás, necesita cuidado en un contexto muchas veces de carencia a nivel socio familiar, socio económica y socio habitacional, es decir, su red de apoyo puede ser limitada o no estar presta a brindar soporte y/o acompañamiento; su solvencia económica se reduce a la mera subsistencia lo que lo sitúa en lugares poco privilegiados, donde no se puede costear una/un cuidadora/or, donde incluso no se satisfacen las necesidades básicas; a nivel

habitacional, puede que no cuente con un refugio o que en caso de tenerlo se asume como arriendo y se suma el hecho de que la persona no se encuentra en condiciones para laborar y en cualquier momento se le puede exigir el desalojo de la vivienda.

En tercer lugar, sumados todos estos factores, la sobrecarga de cuidado en un inicio de manera fantasmagórica de manera continuada se va posando lentamente sobre su víctima. Al desgaste que desde allí lógicamente se evidencia, se añade el hecho en el cual la persona sobre la que recae el peso del cuidado, no cuenta, no dispone de herramientas o prácticas de cuidado de sí que le puedan acompañar y brindar soporte en momentos de tanta incertidumbre y tanta dificultad. Así, se describe el proceso desde el cual básicamente se origina la sobrecarga de cuidado, en este caso desde la apreciación del equipo de trabajo.

Finalmente, la idea, será revelar los efectos generados por la sobrecarga de cuidado. Durante el ejercicio diagnóstico se identificaron los siguientes: depresión, insomnio, ansiedad (nerviosismo, inquietud), agotamiento, dolor en la cabeza (cefalea), enfermedades gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, acidez, náuseas y/o vómitos). Adicionalmente, también se lograron ubicar: desempleo, hambre emocional, estrés, desamparo, migraña, dolor lumbar, fibromialgia, preocupación, sentimientos de soledad.

Con ello, fácilmente se puede vislumbrar, el amplio espectro de efectos negativos que conllevan explícitamente no solo el cuidar de otra persona sino además el hecho en el cual en medio de tal labor se permita de manera inconsciente o consciente el olvidarse y el no cuidar de sí. En definitiva, se puede evidenciar que la sobrecarga de cuidado incluso puede llegar a ser mortal, para ello el folleto informativo buscará dar a conocer de manera pedagógica, didáctica y sintetizada información relevante al alcance de las cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia.

3.7.1.4.3. Estrategias y prácticas para el cuidado de sí

Cuando se busca generar estrategias y conocer prácticas para el cuidado de sí, resulta importante reconocer en este contexto que implica cuidar de sí, es por ello por lo que, Fierro (2000) refiere que,

cuidar de uno mismo es un subgrupo específico dentro de cierta clase de comportamientos: los que tienen por objeto y término a la propia persona que se conduce. Son comportamientos que suelen compendiarse en la noción de «sí mismo» (o self) o se despliegan en un amplio sistema de actividades alrededor de dos principales focos: el autoconocimiento, los procesos cognitivos acerca de uno mismo; y la autoacción, las conductas operantes que – y en la medida en que- revierten en el propio agente (p. 40).

En ese sentido, el cuidar de sí misma/o, implica dos procesos inmensamente importantes. El primero de ellos implica un autoconocimiento, un proceso íntimo reflexivo, un redirigir la mirada hacia el interior, en definitiva, un conocerse a sí misma/o. Este primer paso, concentra un elemento indispensable que atraviesa indudablemente la ética del cuidado, y que radica en subrayar que el cuidado de sí es un aspecto fundamental sino necesario para el cuidado de otras/os y por lo tanto del planeta. Es por ello, que surge la pregunta, ¿Cómo se podría cuidar de otro ser y del mundo, si se carece de un ejercicio reflexivo sobre el cuidado propio?

De igual manera, en una segunda instancia el autor plantea un ejercicio de “autoacción” lo que se traduce en conductas operantes, es decir, en un hacer que se ejerce sobre uno mismo que emana y surge de un proceso de autoconocimiento y reflexión propio, que busca la paz interna, el equilibrio emocional, la estabilidad mental, el sostenimiento y vitalidad de la salud física, en últimas el bienestar integral y en dignidad. Porque de igual manera, se eleva la pregunta ¿Cómo se podría cuidar de si, de otros y del sistema de cosas si por ejemplo no se ejerce prácticas concretas de cuidado de sí que propicien el bienestar integral?

Es por ello, que las prácticas de cuidado de sí no se reducen a un mero hacer sino a una articulación del ser, el pensar, el sentir y en últimas en el actuar. Ese actuar se materializa en prácticas de cuidado de sí o de “tecnologías del yo” en palabras de Foucault. Al respecto se encuentran, por ejemplo, “las tecnologías del yo, como posibilidad de acceder a sí mismo, tales como: la meditación, el examen de conciencia, la anakhóresis, la escritura, el dialogo, la ascética, el silencio, entre otras” (Hernández Sánchez & Toro Jaramillo, 2017, p. 3)

Igualmente, durante el desarrollo del diagnóstico social previo, se logró identificar que existen prácticas de cuidado de sí que tanto cuidadoras como cuidadores ejercen sobre sí con la finalidad principalmente de cuidarse como manera de afrontamiento ante la sobrecarga de cuidado a la que se han visto expuestas/os. Para ello han hecho uso de estrategias con la sazón en la narración de sus participantes como, por ejemplo, **revestirse de paciencia** “Tomar las cosas con calma no desesperarse, no me gano nada con angustiarme” (Comunicación personal, 2025); **conocimiento sobre el cuidado de sí y de otros; apoyo familiar y social**, “*Una amiga me apoya, la familia me apoyó*” (Comunicación personal, 2025).

Adicionalmente, se suman otras estrategias narradas por diferentes voces, como, por ejemplo, **respaldo por parte del equipo profesional en salud; Creencias que fortalecen**, “Dios me da mucha fortaleza, me da muchas bendiciones”, - “Dios, en todo momento de dificultad Dios lo levanta a uno”. Estrategias que además son respaldadas por prácticas de cuidado de sí, que de manera concreta serían, dormir y descansar lo suficiente, ejercitarse, tener una alimentación saludable, leer sobre temas de interés, uso del tiempo libre en dispositivos móviles, escuchar música (Música cristiana, baladas, romántica, vallenatos, pop), oración, meditación, ejercicios de respiración, y hacer parte de una comunidad que significativamente aporte al bienestar integral.

En definitiva, las tecnologías del yo, las estrategias y las prácticas de cuidado de sí, en su conjunto se suman y se articulan con el objetivo de dotar constructivamente elementos, instrumentos y material de construcción óptimo y de calidad para la correcta edificación de un templo propio que debidamente edificado pueda en su momento servir de refugio para aquellas y aquellos que lo requieren, por ejemplo, en el presente contexto para las personas que requieren y demandan cuidado. En últimas ese será el objetivo primario del folleto informativo, sensibilizar y dotar de tecnologías del yo, herramientas y prácticas de cuidado de sí que propendan por su bienestar integral en dignidad y en armonía con el todo.

3.7.2. Segunda línea de intervención: Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí.

Esta segunda línea de intervención se propone a partir de la situación- problema identificada durante el diagnóstico social con relación a las/os colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia. Es por ello por lo que, esta propuesta gira en torno a la elaboración de un taller reflexivo en el cual desarrollará como una acción central una colcha de retazos que tiene como propósito identificar y/o fortalecer prácticas de cuidado de sí de manera colectiva, en la que además se pueda definir compromisos realistas para cuidar de sí, en medio de la jornada laboral.

3.7.2.1. Momentos del taller reflexivo

- Primer momento: Apertura y disposición. (Tiempo estimado: 0-5 minutos).

Durante este momento, el equipo de trabajo dirigirá un ejercicio de respiración que guardará la intención de no solo traer la consciencia al momento presente sino además el relajar el cuerpo físico, la mente y las emociones para que cada colaborador se pueda disponer a participar del encuentro de una mejor manera.

- Segundo momento: socialización de los resultados del diagnóstico social. (Tiempo estimado: 5 minutos)

Siempre será importante para las personas participantes de una propuesta de intervención, tener conocimiento sobre lo evidenciado en los encuentros diagnósticos, todo ello, con la finalidad no solo de dar cuenta de los resultados obtenidos sino además el contextualizar ética y técnicamente el propósito del proyecto al que se vincularán. Bajo esa premisa, se socializará lo identificado durante el diagnóstico y se dará pasó a describir las actividades y propósitos proyectados con respecto al momento de intervención.

- Tercer momento: Primer retazo: ¿De qué manera se evidencia el desgaste en mí? (Tiempo estimado: de 10-12 minutos)

En este espacio, se compartirá con cada uno de las/os colaboradores tres trozos de tela, en el que cada uno corresponde a un nivel de manifestación del desgaste:

- Retazo amarillo: nivel mental. (A).
- Retazo azul: nivel físico. (B)
- Retazo rojo: nivel emocional: (C)

Por lo tanto, la idea será que en cada retazo escriban de qué manera han evidenciado que su jornada laboral les afecta en cada uno de los tres niveles previamente señalados.

- Cuarto momento: ¿De qué manera le hago frente? (Tiempo estimado: 10-12 minutos)

Aquí, el equipo de trabajo compartirá con cada uno de las/os colaboradores, tres trozos de tela verde (D), en el que escribirán que prácticas concretas les ha permitido cuidar de sí, todo ello, con relación al desgaste evidenciado en cada uno de los tres niveles previamente señalados.

- Quinto momento: elaboración de la colcha de retazos: tejiendo cuidado. (Tiempo estimado: 15-20 minutos)

El equipo de trabajo, hará entrega de agujas e hilos para que en un, primer momento cada uno de las/os colaboradores cosa los seis trozos de tela, de la siguiente manera:

- Trozo amarillo con trozo verde según corresponda.
- Trozo azul con trozo verde según corresponda.
- Trozo rojo con trozo verde según corresponda.

Segundo momento: cada uno de los trozos de tela previamente tejidos de manera individual ahora se tejen con los de las/os demás compañeras/os, con la finalidad de poder agruparles y formar una colcha de retazos colectiva en la que se pueda visualizar tanto los efectos del desgaste con relación a la jornada laboral como las prácticas de cuidado de sí de las que echan mano las/os colaboradores para hacerle frente a las situaciones evidenciadas

- Sexto momento: Comprometiéndome con el cuidado. (Tiempo estimado: 10 minutos)

El equipo de trabajo entregará una imagen alusiva al tema en donde las/os colaboradores escribirán dos tipos de compromiso; uno con respecto al cuidado de sí y otro con relación al cuidado de las/os demás colaboradores. Estas imágenes, finalmente, se agregarán a los espacios vacíos de los trozos de tela de la colcha de retazos.

- Séptimo momento: Evaluación, seguimiento de resultados y agradecimientos. (Tiempo estimado 0-5 minutos)

Para el sistema evaluativo se generará un código QR, que redirija a las/os colaboradores hacia un formulario de Google Forms, con el fin de proceder a evaluar la calidad y la pertinencia del encuentro. Finalmente, se agradecerá a cada uno de las/os colaboradores por el tiempo compartido y por su disposición para participar del encuentro.

3.7.3. Tercera línea de intervención: Un mural que une fuerzas.

Esta tercera línea de intervención se propone a partir de la situación- problema identificada durante el diagnóstico social con relación a las/os colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia. En ese sentido, esta propuesta gira en torno a un taller reflexivo en el cual se establecerá una mesa para el diálogo de saberes con conciencia crítica y se desarrollará como acción central un mural colectivo que finalizará con un acta de compromisos entre las partes involucradas.

A partir del ejercicio previamente mencionado, se buscará proponer a la institución (Hospital Alma Máter) estrategias de cuidado de sí y de otras/os, en dos niveles: individual, equipo de trabajo social y psicología, con el objetivo de propiciar un entorno individual y colectivo y laboral óptimo en términos de bienestar, garantía, armonía y dignidad.

3.7.3.1. Momentos del taller reflexivo

- Primer momento: Bienvenida y calentamiento previo a la actividad. (Tiempo estimado 0-5 minutos)

Desde el equipo de trabajo se llevará a cabo un ejercicio de relajación en los que la música, el movimiento y la respiración serán la guía. Con ello, se buscará que las y los colaboradores traigan la consciencia de sí al momento presente y se dispongan mental, emocional y físicamente para participar de la actividad de manera consciente y tranquila.

- Segundo momento: Mesa para el diálogo de saberes y experiencias con conciencia crítica: una pregunta, nuestra pregunta. (Tiempo estimado por pregunta: 10-15 minutos)

El diálogo colectivo y horizontal siempre será la puerta para la transformación de las realidades subjetivas y colectivas. Para ello, se abrirá un espacio exento de juicios en los que la palabra circule libremente de manera organizada a partir de la siguiente pregunta: ¿De qué maneras el Hospital puede llegar a cuidar a quienes cuidan (sus colaboradores)?

Para ello en un primer momento, se dispondrá de papel de colores, lápiz y marcadores en los que de manera individual se responderá y se socializará una por una las siguientes preguntas:

La pregunta se transformará de acuerdo con los tres niveles en los que se busca incidir. (Individual, equipo de psicología y trabajo social)

Nivel individual, es decir: ¿De qué maneras el hospital puede generar prácticas de cuidado de sí para sus colaboradores desde el nivel individual? (Color rosa)

Esfera grupal, es decir, ¿De qué maneras el hospital podría cuidar de los equipos de trabajo social y psicología, considerando por lo demás su formación profesional y el riesgo psicosocial al que constantemente están expuestos? (Color violeta)

- Tercer momento: Agrupando ando. (Tiempo estimado 5-7 minutos)

Aquí, se procederá a agrupar cada una de las ideas de manera colectiva en un mural, que permitirá su visualización por categorías o niveles (individual, equipos de trabajo, de forma organizada.

- Cuarto momento: socialización de resultados (estrategias) con la jefe de Terapias de Apoyo y una persona representante del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo.

En última instancia se invitará a la jefe de terapias de apoyo y a un(una) integrante del equipo de Salud y Seguridad en el Trabajo, con el propósito de exponer de manera directa

cada una de las estrategias de cuidado generadas durante el encuentro, buscando además, que las mismas estrategias puedan escalar en la línea institucional y desde las áreas administrativas se pueda tomar medidas en el corto, mediano y largo plazo en beneficio de cada uno de las/os colaboradores a través de la generación de un acta de compromisos que será firmada por una/un representante del equipo de trabajo social, un/una integrante del equipo de psicología, la jefe del área de Terapias de Apoyo y el/la delegada del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Quinto momento: Evaluación y seguimiento de resultados.

Para el sistema evaluativo se generará un código QR, que redirigirá a las/os colaboradores hacia un formulario de Google Forms, en el que se pueda evaluar la calidad y la pertinencia del encuentro. Finalmente, se agradecerá a cada uno de las/os colaboradores por el tiempo compartido y por su disposición para participar del encuentro.

3.8. Sistema de evaluación y seguimiento

Tabla 2 Sistema de evaluación y seguimiento

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO: PROYECTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III.			
LÍNEA DE INTERVENCIÓN	CRITERIO A EVALUAR	INDICADORES	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
PRIMERA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>En manos de papel, un acercamiento a la ética del</i>	Cuidadoras/es impactados por el proyecto: Aquí se buscará evaluar cual fue el impacto del proyecto en términos cuantitativos, señalando con especial énfasis la cantidad de asesorías educacionales brindadas.	# Número de cuidadoras/es a quienes se le brinda la asesoría educacional.	Formulario de Google Forms.

cuidado. OBJETIVO: <i>Fortalecer una ética del cuidado, desde la cual las y los cuidadores de pacientes hospitalizados puedan por sí mismas/os reconocer la importancia que guarda el cuidar de sí en contextos de cuidado y adicionalmente puedan dotarse de estrategias y prácticas de cuidado de sí, a través de un folleto informativo (tríptico), que busque su bienestar integral.</i>	Perspectiva personal de las y los cuidadores con relación a la estrategia de apoyo (folleto informativo) utilizada durante la asesoría educacional. En este criterio se buscará evaluar la opinión de las/os cuidadores con respecto a la calidad del diseño e importancia del contenido expreso en el folleto informativo.	% Porcentaje de cuidadoras/es señalan que el folleto informativo en términos del diseño (El tamaño de la letra, la cantidad de texto, el diseño en general) le resultan adecuados.	Formulario de Google Forms.
		% Porcentaje de cuidadoras/es que señalan que el folleto informativo en términos de contenido es importante y relevante para sus necesidades particulares.	Formulario de Google Forms.
	Experiencia subjetiva de las y los cuidadores frente al despliegue de la asesoría educacional: Será importante evaluar que sentimientos, pensamientos surgen en cada participante durante el despliegue de la asesoría educacional:	% Porcentaje de cuidadoras/es se sienten satisfechos con el despliegue de la asesoría educacional.	Formulario de Google Forms.
SEGUNDA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí.</i> OBJETIVO: <i>Co-construir y/o potenciar prácticas de cuidado de sí en colaboradores (áreas de psicología y trabajo social) del Hospital Alma Máter de Antioquia con la finalidad de que puedan continuar ejerciendo su labor de manera consciente principalmente en</i>	Nivel de satisfacción de colaboradoras/es: Siempre será importante reconocer la importancia del despliegue del taller abordado partir del nivel de satisfacción expresado por cada una/o de sus participantes en pro de la mejora constante.	% Porcentaje de participantes que manifiestan sentirse satisfechas/os con el desarrollo del taller reflexivo.	Encuesta de satisfacción. . Formulario de Google Forms.
	Co-construcción y potenciación del conocimiento: Cantidad de prácticas de cuidado de sí que se co-construyen y se potencian.	# número de prácticas de cuidado de sí que se co-construyen y se potencian durante el taller reflexivo.	Colcha de retazos.

<i>dignidad y armonía consigo mismas/os.</i>	Participación: En un ambiente hospitalario que contempla dinámicas particulares como la productividad, la prisa, la urgencia, es importante evaluar la asistencia de las y los colaboradores (áreas de psicología y trabajo social) al encuentro, reconociendo además la necesidad latente de que participen de estos encuentros ya que ellas/os también deben ser prioridad.	% Porcentaje de colaboradoras/es del Hospital Alma Máter (Equipo de psicología y trabajo social) que asisten al taller reflexivo.	. Listado de asistencia. . Formulario de Google Forms.
TERCERA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>Un mural que une fuerzas.</i> OBJETIVO: <i>Establecer una mesa para el diálogo de saberes con conciencia crítica de la mano de las/os colaboradoras del Hospital (Área psicología y trabajo social) con la finalidad de abrir paso a estrategias, que en torno al cuidado de otras/os y de sí, permitan la articulación institucional con los recursos individuales.</i>	Resultado material del mural colectivo: Ideas propuestas y plasmadas en el mural colectivo.	% de colaboradores que aprueban las propuestas condensadas en el mural colectivo.	. Encuesta de satisfacción. . Formulario de Google Forms.
	Temática: Contenidos del taller.	Cumplimiento al 100% de las actividades propuestas en el taller.	Guía de taller.
	Grado de articulación y compromiso por parte del ente institucional (Hospital): Finalmente se evaluará el grado de articulación, es decir, el compromiso demostrado por parte de la jefe de terapias de apoyo y un delegado del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo a través de la firma de un acta de compromisos que conglomerará las propuestas realizadas por parte de las/os colaboradoras del Hospital Alma Máter (Integrantes psicología y trabajo social)	. Acta de compromisos firmada por cada representante. 100% de las firmas.	Acta de compromisos elaborada y firmada.

3.9 Operativización – Cronograma

Tabla 3 Operativización y Cronograma

PLAN OPERATIVO PROYECTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III.

OBJETIVO GENERAL:

Promover prácticas orientadas al cuidado de sí, que fortalezcan la ética de cuidado y brinden bienestar en las y los cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia en dignidad y armonía.

LÍNEA DE INTERVENCIÓN Y OBJETIVO.		METAS	ACTIVIDADES POR META	SUBACTIVIDADES	RESPONSABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
PRIMERA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>"En manos de papel, un acercamiento a la ética del cuidado"</i> OBJETIVO: <i>Fortalecer una ética del cuidado, desde la cual las y los cuidadores de pacientes hospitalizados puedan por sí mismas/os reconocer la importancia que guarda el cuidar de sí en contextos de cuidado y adicionalmente puedan dotarse de estrategias y prácticas para el cuidado de sí, a través de una asesoría educacional que se apoyará en un material entregable (folleto</i>	Educativo/ Promocional	Al final de la asesoría educacional, las cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados logran fortalecer una ética del cuidado, además reconocen la importancia que cobra el cuidar de sí mismas/os y adoptan prácticas para el cuidado de sí mismas/os.	Definición y preparación de los temas para la asesoría educacional.	Gracias al ejercicio diagnóstico previo: . Identificación de temas nodales para el momento de la intervención. . Priorización de los temas en tres grandes focos temáticos.	Jhonatan Mateo Ríos Carmona.	. Folletos informativos impresos: treinta (30) unidades. . Formulario de Google <u>Forms</u> . . Registros fotográficos. . Listado de asistencia.	HUMANOS: . Practicante de Trabajo Social UdeA. . Cuidadoras/es de pacientes hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia. . Asesora Académica. . Asesoras Institucionales. . Colaboradoras/es Hospital Alma Máter de Antioquia. LOCATIVOS: . Instalaciones (corredores-habitaciones) del Hospital Alma
			Despliegue de la asesoría educacional.	. Identificar las y los cuidadores. . Consentimiento de la/el cuidador para su participación. . Dar inicio a la asesoría educacional con el			

<i>informativo tríptico), que contribuya a su bienestar integral.</i>				apoyo del material entregable. . Propiciar espacios reflexivos que permitan el autoconocimiento y la libre expresión. . Brindar información clara y precisa en caso de dudas o inquietudes.			Máter de Antioquia. . MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. (Principalmente un celular para el diligenciamiento del formulario evaluativo de Google Forms) . Folletos informativos impresos.
SEGUNDA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí.</i> OBJETIVO: <i>Co-construir y/o potenciar prácticas de cuidado de sí en colaboradores (áreas de</i>	Educativo/ Promocional	Al final del taller reflexivo las y los colaboradores del Hospital Alma Máter (psicología y trabajo social) logran co-construir y potenciar	Diseño del taller reflexivo y convocatoria del encuentro.	. Asistir a las asesorías académicas e institucionales. . Diseñar el taller reflexivo . Recibir el aval de las asesoras para la puesta en marcha del taller. . Programar y	. Laura Sofía Castañeda Rueda. (Universidad Externado de Colombia) . Jhonatan Mateo Ríos Carmona (Universidad de Antioquia)	. Colcha de retazo finalizada. . Formulario de Google Forms diligenciado por cada una/o de las/os participantes del encuentro.	HUMANOS: . Practicantes de Trabajo Social UdeA. . Colaboradoras/es del Hospital Alma Máter de Antioquia (Personal de psicología y trabajo social) . Asesora

psicología y trabajo social) del Hospital Alma Máter de Antioquia con la finalidad de que puedan continuar ejerciendo su labor de manera consciente principalmente en dignidad y armonía consigo mismas/os.		prácticas de cuidado de sí.		convocar a las y los colaboradores.		. Listado de asistencia. . Registros fotográficos.	Académica. . Asesoras Institucionales. LOCATIVOS: . Instalaciones (salón) del Hospital Alma Máter de Antioquia. . MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. (Principalmente un celular para el diligenciamiento del formulario evaluativo de Google Forms) . Tela de color amarillo, azul, rojo y verde. . Hilo y agujas. . Marcadores de colores. . Sillas para trabajar cómodamente.
			Despliegue del taller reflexivo:	. Dar apertura al taller con un ejercicio de respiración. . Contextualización y socialización de los resultados arrojados en el ejercicio diagnóstico. . Diseño de la colcha de retazos. . Momento para la elaboración de compromisos frente al cuidado de sí y de otras/os.			
			Evaluación del encuentro:	. Abrir un espacio para la evaluación del encuentro, a través del diligenciamiento de un formulario de Google Forms. . Finalizar el encuentro con una despedida y agradecimiento y entrega de un refrigerio.			
TERCERA LÍNEA DE INTERVENCIÓN:			Diseño del taller reflexivo	. Asistir a las	. Laura Sofía Castañeda	. Mural colectivo	HUMANOS:

<i>Un mural que une fuerzas.</i> OBJETIVO: <i>Establecer una mesa para el diálogo de saberes con conciencia crítica de la mano de las/os colaboradores del Hospital con la finalidad de abrir paso a estrategias, que en torno al cuidado de otras/os y de sí, permitan la articulación institucional con los recursos individuales.</i>	Educativo/ Promocional	. Al final del taller se habrá generado y firmado un acta de compromisos (entre las partes involucradas) para que las ideas plasmadas en el mural puedan ser inicialmente revisadas y posteriormente puestas en marcha por la institución (Hospital Alma Máter) ya sea en el corto, mediano y/o largo plazo.	y convocatoria del encuentro.	asesorías académicas e institucionales. . Diseñar el taller reflexivo. . Recibir el aval de la asesora académica e institucionales para la puesta en marcha del taller. . Programar y convocar a las y los colaboradores.	Rueda. (Universidad Externado de Colombia) . Jhonatan Mateo Ríos Carmona (Universidad de Antioquia).	finalizado. . Formulario de Google Forms diligenciado por cada una/o de las/os participantes del encuentro. . Listado de asistencia. . Registros fotográficos.	. Practicantes de Trabajo Social UdeA, U - Externado. . Colaboradoras/es del Hospital Alma Máter de Antioquia (Personal de psicología y trabajo social) . Asesora Académica. . Asesoras Institucionales. . Jefe de terapias de apoyo del Hospital Alma Máter. . Representante del área de Seguridad y Salud en el Trabajo. LOCATIVOS: . Instalaciones (salón) del Hospital Alma Máter de Antioquia. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. (Principalmente un celular para el diligenciamiento del formulario evaluativo de Google Forms) . Papel blanco. . Lapiceros, lápices,
		Desarrollo del taller reflexivo.		. Establecer la mesa de trabajo. . Propiciar un espacio sensibilizador, libre y exento de juicios en el que se de inicio al diálogo de saberes con conciencia crítica a partir de una pregunta problematizadora. . Dar Continuidad al diálogo a partir de dos preguntas más. . Se agrupan todas las ideas generadas en el mural. . Socialización del mural.			

			Evaluación del encuentro: . Se evalúa el encuentro a través del diligenciamiento de un formulario de Google Forms. . Finalizar el encuentro con la despedida, agradecimiento y la entrega de un refrigerio.			colores, marcadores. . Imágenes impresas alusivas al cuidado. . Sillas para trabajar cómodamente.
--	--	--	---	--	--	--

Tabla 4 Cronograma

PLAN OPERATIVO - CRONOGRAMA		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES							
LÍNEA DE INTERVENCIÓN Y OBJETIVO		DICIEMBRE				ENERO			
		SEMANAS				SEMANAS			
PRIMERA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>"En manos de papel, un acercamiento a la ética del cuidado"</i> OBJETIVO: <i>Fortalecer una ética del cuidado, desde la cual las y los cuidadores de pacientes hospitalizados puedan por sí mismas/os reconocer la importancia que guarda el</i>	Educativo/ Promocional	1	2	3	4	1	2	3	4

<i>cuidar de sí en contextos de cuidado y adicionalmente puedan dotarse de estrategias y prácticas para el cuidado de sí, a través de una asesoría educacional que se apoyará en un material entregable (folleto informativo tríptico), que contribuya a su bienestar integral.</i>									
SEGUNDA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí.</i> OBJETIVO: <i>Co-construir y/o potenciar prácticas de cuidado de sí en colaboradores (áreas de psicología y trabajo social) del Hospital Alma Máter de Antioquia con la finalidad de que puedan continuar ejerciendo su labor de manera consciente principalmente en dignidad y armonía consigo mismas/os.</i>	Educativo/ Promocional	1	2	3	4	1	2	3	4
TERCERA LÍNEA DE INTERVENCIÓN: <i>Un mural que une fuerzas.</i> OBJETIVO: <i>Establecer una mesa para el diálogo de saberes con conciencia crítica de la mano de las/os colaboradores del Hospital con la finalidad de abrir paso a estrategias, que en torno al cuidado de otras/os y de sí, permitan la articulación institucional con los recursos individuales.</i>	Educativo/ Promocional	1	2	3	4	1	2	3	4

4. Componente de evaluación- seguimiento-informe de proceso de practica

4.1. Informe final proceso de práctica profesional.

El viernes 1 de agosto de 2025 se inició mi proceso de práctica profesional en el Hospital Alma Máter de Antioquia como trabajador social asistencial. Este camino que apenas comenzaba, traía consigo implícita y explícitamente una serie de acciones propias de campo, específicamente aquellas relacionadas con el ejercicio profesional en contextos socio-sanitarios. Posteriormente, este cúmulo de actividades se plasmaron en el acta de compromisos de la que hicieron parte y firmaron tanto la asesora académica como las asesoras institucionales y los estudiantes vinculados y, a partir de allí se establecieron una serie de deberes y compromisos los cuales poco a poco se materializaron en planes operativos de práctica profesional.

En ese sentido, el presente informe tiene como propósito fundamental evaluar tanto cuantitativamente como cualitativamente el cumplimiento de actividades, metas e indicadores propuestos en el plan de trabajo operativo de práctica profesional al interior del Hospital, todo ello, claramente relacionado con las acciones propias de campo. De igual manera, se señalan los aprendizajes y retos, que subyacen al proceso. Finalmente, se evaluará la coordinación del centro de prácticas profesionales del programa de trabajo social de la Universidad de Antioquia; el campo de práctica, es decir, el Hospital Alma Máter de Antioquia; la asesora académica; las asesoras institucionales y finalmente se realizará un ejercicio autoevaluativo riguroso que comprenda el desempeño personal durante el periodo de práctica.

Inicialmente, una de las actividades centrales y transversales a todo el ejercicio profesional al interior del Hospital, fue el atender y dar respuesta a las interconsultas realizadas desde el equipo clínico a trabajo social, bajo supervisión y de manera independiente. La meta propuesta consistió en realizar intervenciones y notas clínicas caracterizadas por su calidad y alto nivel profesional y en el discutir cada caso abordado con las/los profesionales a partir de un lenguaje cada vez más técnico y profesional, esta meta se cumple en un 100%, lo cual se puede evidenciar en los indicadores historia clínica revisada y validada por la/el profesional y pacientes satisfechos con las intervenciones.

Ahora bien, en términos de aprendizajes profesionales, se menciona que la puesta en marcha de las interconsultas y todo lo que ello implicaba permitió primeramente comprender y valorar un mundo hospitalario que no únicamente se reduce a lo clínico sino en el cual además “los procesos sociales” guardan una importancia enorme y vital en medio de la labor hospitalaria, lo que permite reconocer la importancia y la necesidad del trabajo social en contextos socio-sanitarios. En segundo lugar, el conocer y aprehender un lenguaje clínico articulado al propio idioma del quehacer profesional, posibilitó un desarrollo técnico y profesional, que se reflejaba al instante de interactuar con las/os pacientes y las/os profesionales y al momento de redactar las historias clínicas.

Adicionalmente, en ocasiones las interconsultas implicaban realizar trabajo interdisciplinar, lo cual abrió las puertas para el desarrollo de habilidades, como la comunicación asertiva, el respeto hacia posturas y criterios diversos, la responsabilidad de trabajar en equipo y el conservar los límites y el alcance del quehacer profesional frente a otras disciplinas. De igual manera, el discutir con cada una de las/os profesionales algunos de los casos abordados durante las interconsultas permitieron adquirir criterio profesional; afirmar posturas ético-políticas; compartir saberes, experiencias y puntos de vista tanto personales empero principalmente profesionales frente a dilemas éticos o formas y maneras de intervenir.

De igual manera, en términos de desarrollo ético y humano, se señala en primera instancia, que el interactuar con otros seres humanos que padecen el resultado de la enfermedad, dolor, sufrimiento e incluso soledad, y poder ayudar así fuera en un mínimo grado viabiliza que se aumente el nivel de comprensión ante las vicisitudes propias de la existencia; se eleve el nivel de compasión y empatía por un otro/a que requiere de apoyo y orientación; se abran de par a par los oídos ante un ser que necesita y merece ser escuchada/o a partir de una actitud exenta y libre de juicios o prejuicios; se conceda a la mente y la razón el reconocer y aceptar otras formas de afrontamiento que diferentes a las propias posibilitan superar la enfermedad y todo lo que ello conlleva; e igualmente, permitirse el celebrar la vida a través del compartir alegrías y sonrisas con personas que sobrepasan el umbral de la enfermedad y son sanados y/o con aquellas/os que le hacen frente a su experiencia dolorosa con risas y entusiasmo, en definitiva, resulta fundamental, para la experiencia humana y el desarrollo de una postura ético-política fundada y de un buen profesional.

Por otro lado, el realizar interconsultas conllevó también retos enormes, que se traducen personalmente en la falta de optimización del tiempo y de agilidad para llevar a cabo todo el proceso en un tiempo prudente; el escuchar pero escuchar con propósito e intencionalidad, representó complejidad en términos del despliegue de la escucha activa direccionada; por momentos el olvidar información valiosa e importante durante las intervenciones y pasar a redactar la historia clínica sin esa información implicaba siempre tener que regresar a la habitación del paciente o realizar una llamada para completar los datos faltantes; y finalmente los largos y en ocasiones repetidos desplazamientos hacia otros bloques del hospital para realizar las interconsultas representó retos en términos de optimización del tiempo y agotamiento físico acumulado.

Por otro lado, como segunda acción propia de campo, se tuvo conjuntamente con el área de psicología el propósito, de dar continuidad al proyecto de intervención "Anclas que Sostienen Manos que Cuidan" dirigido especialmente para cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Alma Máter de Antioquia. Esta actividad, por lo general se llevaba a cabo dos veces por mes, uno de los encuentros era dirigido para cuidadoras/es de pacientes en hospitalización general y otro para cuidadoras/es de pacientes ubicados en la sala de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Especiales (UCE).

Al respecto, las metas que se propusieron fueron las siguientes: las/os cuidadoras/es reconocen la importancia que cobra el cuidado de sí mismas/os particularmente en el contexto de cuidado de otros y las/os cuidadoras/es identifican sus temores, fortalezas, y proyecciones con relación al cuidado de su familiar. En ese sentido, las metas propuestas se cumplieron en un 100% tal y como se evidencia en los indicadores: cuidadoras/es que asisten y participan de los talleres mensuales y para enero de 2026 se han realizado el 100% de los talleres mensuales propuestos con cuidadoras y cuidadores.

Ahora, al analizar cualitativamente los aprendizajes obtenidos a nivel profesional, se señala por ejemplo, la importancia que cobró el desarrollar propuestas de intervención de manera conjunta con otras disciplinas, en este caso, en particular con psicología, lo que favoreció un abordaje más amplio y holístico de aquello que se buscaba transformar; el trabajar en equipo con otros profesionales, otros practicantes de otras disciplinas, orientados hacia un mismo objetivo, propició además el comprender y el reconocer que el trabajo

interdisciplinar en muchas ocasiones es indispensable y necesario para la mejora de resultados e impactos en las intervenciones psicosociales.

Asimismo, se logró no solo comprender la importancia y relevancia que guarda, como trabajador social en contextos socio-sanitarios, el reconocer a las/os cuidadoras/es como partícipes y también protagonistas del proceso salud-enfermedad de los pacientes internos sino además el poder propiciar espacios de cuidado desde la profesión donde ellas/os pudieran expresar sus temores, fortalezas y proyectos, lo que permitió el reconocimiento de que “lo social” también suma de muy buena manera a los procesos terapéuticos.

Adicionalmente, señalar que el trabajo social apoyado en otro tipo de estrategias como el arte, en este caso particular, en la interpretación de un instrumento (violín), puede propiciar momentos reflexivos que dan apertura al pensamiento, al sentimiento y a la acción consciente; donde además se generan espacios, breves o extensos, donde el foco se traslada de la razón al sentimiento y resurgen fibras internas que mueven y conmueven el alma ya sea a través del llanto o la risa, elementos tan esenciales en la transformación de las realidades humanas y sociales. En definitiva, el trabajo social combinado con el arte anclado a procesos de intervención psicosocial emerge como posibilitador de experiencias y transformaciones que desde la razón y desde el sentimiento, abren paso al sujeto/a senti-pensante.

Por otra parte, con relación a los retos evidenciados, se encuentra por ejemplo a nivel personal la carencia en herramientas y habilidades relacionadas con primeros auxilios psicológicos, ya que en varias ocasiones las/os cuidadoras/es presentaron crisis emocionales y realmente era difícil acompañar sin un conocimiento así fuese básico. De igual manera, en un inicio para mí representó una gran dificultad el poder acoplarme desde mi especificidad al área de psicología en términos de alcance y fronteras de conocimiento, por lo que por momentos sentía que mi quehacer desde el trabajo social se desdibujaba o que no podía tener demasiado protagonismo en momentos centrales de los encuentros, en particular aquellos que denotaban procesos más terapéuticos, lo que sentía como un vacío e insatisfacción a nivel profesional, más sin embargo, con el tiempo y la debida orientación pude insertarme de mejor manera.

Pasando a otro punto, las acciones propias de campo de desarrollaban a la par con las actividades académicas. En ese sentido, con relación al quehacer y al deber académico se tenía como acción central: asumir la responsabilidad académica que subyace al proceso y

ejercicio de práctica profesional, la cual no se reduce a la praxis *per se* sino que además asume desde la fundamentación teórica, metodológica y ética, un ejercicio académico propio del trabajo social que se desarrolla y se nutre a partir de seminarios, asesorías académicas e institucionales, y productos entregables con relación al hacer en campo.

Cabe agregar, que para tal actividad se propusieron tres metas representadas en: asistir a cada uno de los encuentros planteados, acoger y asumir de manera responsable cualquier tipo de observación en pro de la mejora; desarrollar todas las actividades académicas planteadas y por último realizar el encuentro de cierre final del proceso de práctica profesional. Al respecto y, en términos cuantitativos las metas señaladas tuvieron un porcentaje de cumplimiento del 80%, como se evidencia a partir de los indicadores: número de faltas de asistencia con relación a los encuentros propuestos; productos académicos elaborados y evaluación del encuentro de cierre del proceso de práctica profesional.

Con respecto a lo previamente señalado, vale la pena mencionar que estas metas no se cumplieron al 100% sino al 80% por algunas faltas de asistencia e impuntualidad que tuve con relación a los encuentros propuestos para asesoría específicamente con la asesora académica. Bien se señala que las faltas de asistencia y la impuntualidad en ningún momento se traducen en falta de interés, voluntad o falta de responsabilidad frente al proceso sino más bien que son el producto de la carga laboral propia de una práctica profesional II y III intensiva (tiempo completo), lo que conllevaba asumir responsabilidades propias del campo que difícilmente se podían posponer, como por ejemplo intervenciones cuyas notas clínicas por obligatoriedad se debían cargar al sistema ese mismo día y cumplir con tal responsabilidad llevó a que en repetidas ocasiones tuviera que extender la jornada laboral y llegar tarde o en algunos casos ausentarme de las asesorías académicas, lo que representó también uno de los retos asociados al proceso.

Al mismo tiempo, uno más de los retos adicionales relacionados con el quehacer académico, fue el hecho de mediar los deberes académicos con la responsabilidad adscrita a la jornada laboral. Las extensas jornadas laborales, el alto riesgo psicosocial al que nos veíamos sometidos cada una/o de las/os profesionales de la salud y el desgaste que todo ello generaba se intensificaba aún más con las demandas académicas cuyas actividades debían de realizarse por fuera del horario laboral. Aun así, si bien fue un reto ocupar tiempo para el ocio, el descanso y recuperar fuerzas para continuar todo ello además generó un profundo

sentido de responsabilidad y entrega humana para con la profesión, el Hospital, la Universidad de Antioquia y cada una de las personas que hizo posible este proceso.

A propósito, se lograron aprendizajes significativos durante el desarrollo de las actividades académicas, como por ejemplo la asistencia a seminarios que ampliaron el espectro de la profesión y complementaron de gran manera el ejercicio propio de campo, espacios donde inclusive se suscitó el debate abierto en torno al saber-ser-hacer ético y profesional ante situaciones complejas que transversalizan por momentos la profesión tal y como sucede con los dilemas éticos; asimismo se señala la importancia que cobra el poner en práctica cada uno de los conocimientos adquiridos durante el proceso académico y poder a partir de allí, en colaboración con la asesora académica y las asesoras institucionales, emprender la elaboración y puesta en marcha de un proyecto de intervención profesional, saber indispensable y esencial para el buen desempeño profesional.

En otro orden, otra de las acciones propias de campo, concierne al proyecto de intervención “A través de la palabra, un pedazo de tela y papel, fortalecemos la ética del cuidado”, que tenía como actividad central la elaboración, desarrollo e implementación de un proyecto de intervención original que acompañado y asesorado por la asesora académica y las asesoras institucionales, pudiera contribuir y beneficiaria de gran manera a cada una de las personas involucradas a partir de dos líneas estratégicas, a saber, cuidadoras/es de pacientes hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter y colaboradores del hospital adscritos al área de terapias de apoyo, específicamente personal de psicología y trabajo social.

Dicho lo anterior, desde el proyecto de intervención se plantearon tres líneas de intervención la primera llamada: “En manos de papel, un acercamiento a la ética del cuidado”; una segunda línea de intervención nombrada: “Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí”; y finalmente una tercera línea titulada: “un mural que une fuerzas”. De acuerdo con las metas e indicadores establecidos la primera línea se cumplió en un 100%, la segunda y la tercera línea en un 50% debido a que únicamente se logró su diseño más no su debida implementación.

Llegados a este punto, el presente texto ha reflejado un proceso evaluativo tanto cuantitativamente como cualitativamente con respecto a las actividades propias de campo, señalando además los aprendizajes más significativos y los retos que representaron complejidad en medio del proceso y en el desarrollo de cada una de las actividades

propuestas. Prosiguiendo, se llevará a cabo un ejercicio evaluativo, con respecto a la coordinación del centro de prácticas de trabajo social de la Universidad de Antioquia; del campo de práctica profesional (Hospital Alma Máter de Antioquia); de la asesora académica; las asesoras institucionales y la autoevaluación como practicante.

En primer término, el evaluar a la coordinación de prácticas profesionales de trabajo social de la Universidad de Antioquia, implica resaltar un ejercicio coordinado y ordenado principalmente desde la convocatoria hecha a las/os estudiantes hasta el momento de iniciar y/o continuar práctica profesional. Es importante, igualmente señalar, que si bien la práctica profesional intensiva contempla un periodo de seis meses para las/os estudiantes, solo adjudican a la asesora académica un contrato por cuatro meses, lo que implica desgaste para la asesora no solo en términos de tiempo sino por lo demás de tipo económico. Así que bien se sugiere a la coordinación, ampliar los términos de contrato (tiempo estipulado de seis meses) particularmente para aquellas/os docentes que asesoran y acompañan procesos de práctica intensiva II y III.

Ahora bien, con respecto al campo de prácticas (Hospital Alma Máter de Antioquia), es menester mencionar que desde la institución se le brinda al practicante gran parte de los elementos que son necesarios para su labor tales como oficina, computador, silla, escritorio y demás elementos relacionados durante su periodo de práctica; adicionalmente, desde el inicio del proceso se propicia capacitación en temas relacionados con el ejercicio profesional y la buena praxis en contextos sociosanitarios, como por ejemplo: bioseguridad, seguridad del paciente, entre muchos otros. Por lo demás, es más que relevante agradecer al Hospital por el esfuerzo que ejerce para apoyar económicamente (a través de un salario mínimo mensual legal vigente con sus prestaciones sociales) a sus practicantes y adicionalmente por el gran ambiente laboral que en todo momento estuvo presente.

No obstante, es también importante señalar que hasta ahora el Hospital no brinda dotación de indumentaria personalizada al practicante y exige a sus estudiantes contar con el carné de vacunación actualizado sin apoyo económico inicial, lo que implica asumir de manera particular el costo elevado de las vacunas. De ahí, que se sugiera por ejemplo, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, subsidiar parcial o totalmente el valor del carnet de vacunación actualizado y dotar a sus practicantes de indumentaria de alta calidad considerando además el riesgo clínico al que se está expuesto.

Para continuar, vale la pena rescatar y señalar la importancia que cobra una asesora académica de calidad en medio del proceso de práctica profesional, y en ese sentido, las palabras no alcanzan para evaluar a la trabajadora social y docente Natalia Andrea Arroyave Botero quien acompañó este proceso. Natalia, es una mujer de gran y profundo valor humano; con principios y valores sólidos; que demuestra un compromiso y amor férreo por sus estudiantes; realmente es una mujer brillante; una mujer con un alto nivel intelectual, saber, conocimiento y amplia experiencia y trayectoria como profesional en trabajo social, en procesos educativos y en contextos y ámbitos socio-clínicos;

En definitiva, la profesora Natalia es una mujer que ama profundamente todo lo que le rodea y de quien queda aún mucho por aprender y quien a concepto personal merece ser homenajeada como docente adscrita a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, por su entrega y alto nivel de compromiso en la formación de profesionales altamente calificados en trabajo social y en particular profesionales que sean inmensamente humanos que amen su profesión y que amen principalmente la vida en todas sus manifestaciones.

Prosiguiendo, es momento de evaluar a las asesoras institucionales. En primer lugar, la jefe de terapias de apoyo la profesional en enfermería y magister Claudia Yanneth Correa García, es una gran mujer; supremamente inteligente; una mujer que aparte de ser científica ama el arte y la música y eso acrecentó el vínculo; posee un conocimiento extenso de los procesos clínicos y asistenciales que se llevan a cabo en el Hospital Alma Máter, con una amplia experiencia y trayectoria de más de 20 años en el Hospital y con un amor profundo por la institución a pesar de los momentos de crisis por los que ha atravesado el Hospital, lo que la ha llevado a nunca alejarse o renunciar sino antes bien a mantenerse en pie de lucha y apoyar los procesos que sostienen la vida de muchas personas y que abren puertas para el crecimiento personal y profesional para muchos estudiantes tal y como fue en este caso.

De manera continua, la líder de trabajo social, la profesional en trabajo social y especialista Marielly Jaramillo Arboleda, es una mujer profundamente inteligente, sorprendentemente disciplinada y comprometida con el buen ejercicio ético-técnico profesional del área de trabajo social al interior del Hospital Alma Máter. Adicionalmente, Marielly es el polo a tierra del equipo profesional en trabajo social, lo que posibilita la organización y la puesta en marcha a cabalidad de cada uno de los procesos de trabajo social asistencial en la institución lo que denota en ella rigurosidad y gran profesionalismo, además

de poseer un amplio y basto conocimiento de su profesión en contextos socio-sanitarios. De ella recibí gran parte de la capacitación y del conocimiento adquirido, fue mi primera tutora durante el proceso y por eso extendiendo a ella mis agradecimientos.

Adicionalmente, se sugiere para cada una de las asesoras institucionales proporcionar un acompañamiento más personalizado para sus practicantes, con el propósito de que puedan a través de un espacio de escucha periódico reflexionar conjuntamente sobre sus sentires y pensares durante el proceso, con la finalidad de brindar una mayor orientación sobre cómo hacerle frente a los retos propios del trabajo social asistencial en contextos clínicos desde el ámbito ético, humano, académico y profesional con la finalidad de que cada practicante se enriquezca con su saber y experiencia.

Finalmente, en un ejercicio de autoevaluación, primeramente señalar mi compromiso con cada una de las actividades y deberes adquiridos desde el comienzo hasta el fin del proceso; el respeto, el cariño, el trato amable y el espíritu de servicio que de buena manera brinde a mis jefes inmediatos, asesora académica, asesoras institucionales, equipo profesional de trabajo social, equipo de terapias de apoyo, colaboradores en general del Hospital y a cada una de las personas que, desde diferente rol y tipo de vinculación con el Hospital Alma Máter, hizo parte de este camino; rescatar también mi responsabilidad durante todo el trayecto representado en la puntualidad laboral, en la elaboración y entrega de los productos académicos y en el momento de intervenir y redactar las notas clínicas desde el compromiso ético y profesional.

Adicionalmente, señalo que para mí representó gran dificultad optimizar el tiempo durante los momentos de intervención, ya que en la mayoría de mis intervenciones, siempre me encontraba ante un dilema ético principalmente humano, en el que debía por un lado realizar la identificación e intervención en un tiempo prudente y por el otro permitirme escuchar las historias, las necesidades, las dificultades, los retos, incluso hasta los momentos de alegría y felicidad de aquellas bellas personas que realmente necesitaban y debían ser escuchadas, finalmente opté por tomar la decisión personal de escucharles y extender el tiempo de intervención, así ello muchas veces me implicara extender en tiempo mi jornada laboral.

De igual manera, el manejar los tiempos con la puesta en marcha del proyecto de intervención representó otro reto. Por diversas razones, gran parte del proyecto propuesto

únicamente se logró diseñar empero no se alcanzó su implementación y en ese sentido quedó como un vacío en el proceso. Por otro lado, reconozco que me faltó aventurarme a intervenir casos de mayor complejidad; la razón por la que no lo hice radica en el hecho de que debido a su dificultad manifiesta sentía que debido a mi falta de experiencia podría estropear la situación antes que mejorarla y por ello optaba por pedir el acompañamiento de cada una/o de las/os profesionales con la finalidad de adquirir un mayor conocimiento sobre formas para intervenir.

4.2. Informe final proyecto de intervención

El presente informe tiene como propósito fundamental evaluar cuantitativamente como cualitativamente el cumplimiento de actividades, metas e indicadores señalados en el plan de trabajo operativo del proyecto de intervención de acuerdo con el sistema de seguimiento y evaluación propuesto. Igualmente, se buscará señalar cada uno de los aprendizajes y retos, que subyacen al proceso, diseño y puesta en marcha del proyecto de intervención propuesto desde mi rol como practicante de trabajo social asistencial al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia.

En ese sentido, el proyecto de intervención tiene por título: “A través de la palabra, un pedazo de tela y papel, fortalecemos una ética del cuidado”. Este proyecto cuenta con tres líneas de intervención. La primera de ellas, se titula: “En manos de papel, un acercamiento a la ética del cuidado”, cuyo objetivo central radica en: fortalecer una ética del cuidado, desde la cual las y los cuidadores de pacientes hospitalizados puedan por sí mismas/os reconocer la importancia que guarda el cuidar de sí en contextos de cuidado y adicionalmente puedan dotarse de estrategias y prácticas para el cuidado de sí, a través de una asesoría educacional que se apoyará en un material entregable (folleto informativo tríptico), que contribuya a su bienestar integral.

Es por ello, que, con relación al objetivo planteado, la meta propuesta fue: al final de la asesoría educacional las cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados logran fortalecer una ética del cuidado, además reconocen la importancia que cobra el cuidar de sí mismas/os y adoptan prácticas para el cuidado de sí mismas/os. En ese sentido, esta meta se cumple en un 100%, lo cual se pudo evidenciar a partir del criterio: cuidadoras/es impactados

por el proyecto, con su respectivo indicador: # Número de cuidadoras/es a quienes se le brinda la asesoría educacional.

De igual manera, el cumplimiento de la meta, se evidenció adicionalmente en el criterio: perspectiva personal de las y los cuidadores con relación a la estrategia de apoyo (folleto informativo) utilizada durante la asesoría educacional, con sus correspondientes indicadores: % Porcentaje de cuidadoras/es señalan que el folleto informativo en términos del diseño (El tamaño de la letra, la cantidad de texto, el diseño en general) le resultan adecuados y % Porcentaje de cuidadoras/es que señalan que el folleto informativo en términos de contenido es importante y relevante para sus necesidades particulares.

Asimismo, el cumplimiento al 100% de la meta señalada, se reflejó a partir de la evaluación del criterio: experiencia subjetiva de las y los cuidadores frente al despliegue de la asesoría educacional, con su propio indicador: % Porcentaje de cuidadoras/es que se sienten satisfechos con el despliegue de la asesoría educacional. De igual manera, la encuesta que se realizó a través de un formulario de Google Forms, al final de cada asesoría educacional, reveló que para las y los cuidadores la asesoría educacional juntamente con el material de apoyo fue muy constructiva, que les ayudó pensando en el futuro, que fue apropiada para el momento, que fue un buen regalo, y que les fortaleció.

Adicionalmente, otras cuidadoras/es resaltaron la importancia del proyecto y señalaron que sería relevante su permanencia y continuidad en el tiempo, que es de gran utilidad para la vida, también que es indispensable continuar acompañando no solo los procesos clínicos y todo lo relacionado con el cuidado del paciente sino además acompañar a su cuidadora/or y en ese sentido elogiaron la utilidad, la pertinencia y la trascendencia del proyecto; además señalaron su valor en términos de escucha activa, del diálogo, del compartir experiencias, y del verse en ocasiones identificadas/os con las palabras que emergieron durante la asesoría educacional y con las frases plasmadas en el material de apoyo (folleto informativo).

Ahora bien, el diseño, la elaboración y el despliegue de la primera línea de intervención, trajo consigo aprendizajes significativos. Por ejemplo, se señala la importancia de realizar un buen ejercicio de contextualización y diagnóstico que permitan identificar y dar cuenta de las necesidades propias de las personas y a partir de allí, diseñar y elaborar proyectos de intervención acordes con su contexto real, anclando las líneas de intervención

hacia la transformación de la problemática identificada, y empoderando a los sujetos para que en el corto, mediano y/o largo plazo puedan modificar sus realidades y las de aquellas/os que les rodean.

Asimismo, otro de los grandes aprendizajes radica en que es necesario y esencial el propiciar espacios de diálogo, activar más la palabra y generar espacios de escucha activa y exenta de juicios frente a temas que incidan y ayuden - sin llegar a coartar la voluntad ajena - a deconstruir, reconstruir y/o reconstruir el ser. Por eso, el hablar, el expresar, el “sacar afuera”, el manifestar durante las asesorías educacionales, se presentó asimismo como elemento sanador, que aliviaba no solo el espíritu y el alma sino además la mente, la emoción y el cuerpo, representó un mecanismo para la liberación y libertad, finalmente como uno de tantos caminos que tal vez permitirían salir del exilio y la esclavitud propia de la caverna de Platón (Fortalecer una ética del cuidado y reconocer la importancia de cuidado de sí) y, a partir de ahí se evidenció la construcción de diálogo, de juntanza, de lo comunal, de la solidaridad, de “lo mío también es tuyo”, y del potenciar microespacios democráticos, justos y equitativos.

Por su parte, además fue relevante reconocer a profundidad que al interlocutor, la escucha activa le abre el camino para el desarrollo de habilidades como la comprensión, la empatía, la compasión, la humildad, el reconocer y el respetar a otro/a, el espíritu de servicio, la confianza, el altruismo y la generosidad y quizá aun muchas más; Y al emisor, le abre puertas para el despliegue de sus experiencias que también enriquecen, que generan consciencia y transmiten conocimiento; además le permite crecer en solidaridad, en generosidad, en el don de dar y compartir, en gratitud y aceptación. Todo ello, son solo parte de los aprendizajes que emergen con el proceso de asesoría educacional, conocimientos que finalmente elevan la consciencia y el espíritu y permiten sensibilizar el conocimiento intelectual.

Con relación a los retos identificados, bien se podría señalar que hubiese sido relevante el poder haber alcanzado con el proyecto a más cuidadoras/es y poder compartir con ellas/os a través de la asesoría educacional y el material de apoyo, todo el conocimiento y el saber que se hallaba contenido en el despliegue de cada encuentro. Todo ello generó como una especie de vacío, no obstante, el proyecto permanecerá diseñado y a disposición del Hospital para que se sirva de él, con el propósito base de potenciar procesos sociales a

partir de intervenciones que den lugar al reconocimiento de la labor del cuidador/a, continúen generando capital social y propicien la transformación de las realidades por las que transita cada una de las/os cuidadoras/es en el contexto de cuidado.

En otro orden de ideas, será pertinente hablar entonces sobre las otras dos líneas de intervención, es decir, la segunda y tercera línea de intervención. La segunda línea de intervención se nombra: “Un pedazo de tela que resignifica nuestras prácticas de cuidado de sí” cuyo objetivo central se basa en: co-construir y/o potenciar prácticas de cuidado de sí en colaboradores (áreas de psicología y trabajo social) del Hospital Alma Máter de Antioquia con la finalidad de que puedan continuar ejerciendo su labor de manera consciente principalmente en dignidad y armonía consigo mismas/os.

Con relación a lo anterior, la segunda línea de intervención tu como meta: al final del taller reflexivo las y los colaboradores del Hospital Alma Máter (psicología y trabajo social) logran co-construir y potenciar prácticas de cuidado de sí. Dicho lo anterior, los criterios para evaluar eran los siguiente: nivel de satisfacción de colaboradoras/es, con su respectivo indicador: % Porcentaje de participantes que manifiestan sentirse satisfechas/os con el desarrollo del taller reflexivo.

De igual manera, otro criterio de evaluación era: co-construcción y potenciación del conocimiento y su correspondiente indicador: # número de prácticas de cuidado de sí que se co-construyen y se potencian durante el taller reflexivo y finalmente un último criterio de evaluación que se representaba en: participación y su propio indicador: % Porcentaje de colaboradoras/es del Hospital Alma Máter (Equipo de psicología y trabajo social) que asisten al taller reflexivo. Por todo lo anterior, se señala que la meta tuvo un nivel de cumplimiento del 50% - 50/100.

Por su parte, la tercera línea de intervención tiene por nombre: “Un mural que une fuerzas”, cuyo objetivo primario radicaba en: establecer una mesa para el diálogo de saberes con conciencia crítica de la mano de las/os colaboradores del Hospital (Área psicología y trabajo social) con la finalidad de abrir paso a estrategias, que en torno al cuidado de otras/os y de sí, permitan la articulación institucional con los recursos individuales.

De acuerdo con lo anterior, la meta planteada fue: al final del taller se habrá generado y firmado un acta de compromisos (entre las partes involucradas) para que las ideas plasmadas en el mural puedan ser inicialmente revisadas y posteriormente puestas en marcha

por la institución (Hospital Alma Máter) ya sea en el corto, mediano y/o largo plazo. Continuando, el primer criterio con su indicador de evaluación que se estableció fue: Resultado material del mural colectivo y % de colaboradores que aprueban las propuestas condensadas en el mural colectivo.

Paralelamente, el segundo criterio con su respectivo indicador de evaluación fue: temática y cumplimiento al 100% de las actividades propuestas en el taller; y, el último criterio e indicador: grado de articulación y compromiso por parte del ente institucional (Hospital) y acta de compromisos firmada por cada representante (100% de las firmas). Finalmente, vale la pena señalar que, en base a los criterios e indicadores de evaluación previamente mencionados, la meta propuesta tuvo un grado de cumplimiento del 50% - 50/100.

De acuerdo con la segunda y tercera línea de intervención, vale la pena indicar que la meta con relación a sus criterios e indicadores evaluados se cumplió únicamente en un 50% - 50/100 ¿Y por qué solo se logró alcanzar la mitad del porcentaje 50/100? Básicamente la razón fundamental radica en el hecho de que ambas líneas únicamente alcanzaron el umbral del diseño. Ambas líneas se encuentran completamente elaboradas y fundamentadas teórica y metodológicamente, sin embargo, por múltiples razones que a continuación se señalarán no fue posible su implementación en campo al 100%.

Algunas de las razones principales encuentran su explicación en que los talleres propuestos requerían de una cantidad mayor de tiempo para su ejecución, al considerar por ejemplo factores que ralentizaron el proceso como: el cálculo errado en tiempos por parte del estudiante en el diseño y formulación del proyecto y por consecuencia la premura en la ejecución del proyecto. En ese sentido, una justificación manifiesta expresada principalmente por las asesoras institucionales y aprobada por la asesora académica se sustenta en el hecho de que el realizar solamente dos encuentros sin oportunidad para un momento de evaluación y devolución (feedback) podía generar en las/os participantes un sinsabor al tocar fibras, movilizarles y no poder lograr a plenitud los objetivos propuestos en tan poco tiempo y con prisa.

Ya con relación a los retos y aprendizajes obtenidos del proceso, específicamente con relación a la segunda y línea de intervención, creo que lo que demandó mayor complejidad y a su vez desencadenó una mayor comprensión en términos de formación académica y

profesional, es el buen manejo del tiempo y de los tiempos. En ese sentido, como estudiante en formación no calculé ni validé debidamente ni de manera oportuna los tiempos en los que debía ser diseñado, formulado y puesto en marcha el proyecto de intervención, a pesar del buen acompañamiento de la asesora académica e institucionales.

Al respecto, considero que me concentré demasiado en cumplir con el más alto nivel en cada una de las responsabilidades adscritas a la jornada laboral y al desempeño profesional y, si se quiere, “descuidé” en términos de tiempo la importancia de un proyecto que pudo haber tenido un mayor impacto debido a su fundamentación teórica, conceptual y metodológica sólida y a su importancia en los procesos y vidas de aquellas personas que juegan un papel central en medio de las dinámicas que se reproducen en contextos socio-sanitarios, en este caso en particular, al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia.

5. Otras memorias - planes de trabajo

5.1. Plan operativo inicial.

5.1.1. *Presentación*

Ante la emoción que genera realizar una práctica profesional en trabajo social en un contexto socio-sanitario, se parte primeramente de un sentimiento de gratitud con la vida y la existencia, para poder permitimos dar cuenta de dos planes de trabajo que contemplan el despliegue de un saber-ser-actuar ético y humano enmarcado en un contexto clínico, ejercido particularmente desde una profesión-disciplina como lo es Trabajo Social, que apuesta por transformar la vida y la consciencia en todas las direcciones, a partir de procesos íntegros, holísticos, reflexivos y de comprensión que problematicen las múltiples realidades, intencionados desde lo humano, la solidaridad y el sentido comunitario.

En ese sentido, y ya técnicamente el presente plan de trabajo comprende las acciones propias en campo como practicante de trabajo social al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia, desde el inicio de la práctica (mes de agosto) hasta los tres meses posteriores del proceso. En ese sentido se señala el momento o fase en el que se encuentra el practicante, las actividades y subactividades relacionadas, las metas, los indicadores, los recursos y las fuentes de verificación.

5.1.2. *Objetivos*

5.1.2.1. *Objetivo general.*

Diseñar un plan de trabajo operativo estructurado, que contemple el accionar del practicante del área de trabajo social asistencial al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia.

5.1.2.2. Objetivos específicos

- Sintetizar de manera clara y precisa cada una de las acciones que como practicante del área de trabajo social asistencial se llevan a cabo en el Hospital Alma Máter de Antioquia.
- Dar cuenta de cada uno de los elementos (momento o fase, actividades, subactividades, metas, indicador, recursos, fuentes de verificación, cronograma) que componen el plan de trabajo operativo estructurado.

5.1.2.3. Metodología

1. Identificar el momento o fase en el que se encuentra inmersa e inmerso la y el practicante de trabajo social al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia.

2. Plantear las actividades generales que se adscriben al momento o fase identificada.

3. Describir cada una de las subactividades que se desprenden de cada una de las actividades propias del momento o fase identificada.

4. Una vez desarrollados los tres puntos anteriores definir metas, indicadores, recursos (humanos, locativos, financieros, materiales) y fuentes de verificación en articulación a lo planteado.

5. Finalmente, definir la temporalidad desde (agosto-noviembre) y (agosto-enero) que se asocia con cada uno de los apartados anteriores.

5.1.3. Matriz Planeación

Tabla 5
Matriz de planeación

PLAN OPERATIVO						
MOMENTO O FASE	ACTIVIDADES	SUBACTIVIDADES	METAS	INDICADOR	RECURSOS	FUENTES DE VERIFICACIÓN
Proceso de selección del Hospital Alma Máter de Antioquia	Participar de manera activa en el proceso de selección con el ánimo de hacer parte del equipo del Hospital Alma Máter de Antioquia.	. Envío de hoja de vida al centro de prácticas de Trabajo social de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia. . Recepción de llamadas telefónicas, realizadas por personal del Hospital Alma Máter (Recursos Humanos), para confirmar asistencia a la entrevista presencial. . Asistir y participar de la entrevista presencial grupal a cargo de la jefe de terapias de apoyo, la líder de trabajo social y psicólogo de selección. . Realización de exámenes médicos. . Actualizar sistema de vacunación requerido. . Firma del contrato. . Completar la inducción virtual. . Realizar la inducción presencial.	Culminar satisfactoria y exitosamente el proceso de selección y ser contratado para realizar prácticas profesionales en el Hospital Alma Máter de Antioquia.	Correo de bienvenida y de aceptación al Hospital Alma Máter y Firma definitiva del contrato de aprendizaje	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Estudiante de Trabajo Social UdeA. LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter . FINANCIEROS: Recursos económicos para desplazamientos. . MATERIALES: Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet.	. Comienzo de la práctica académica. . Contrato de aprendizaje firmado. . Cuadro de turno activo y diligenciado.
Inducción específica desde el área de Trabajo Social.	Acoplarse a y familiarizarse con los lineamientos estratégicos y procedimientos técnicos propios del área de Trabajo Social al interior del Hospital Alma Máter.	. Revisión y lectura de material documental en relación con el área desde la plataforma Calipsu. Documentos como por ejemplo: . AN-PS-7025 ANEXO PERFILES DE INTERVENCION TRABAJO SOCIAL V01.pdf. . PC-PS-7104 PROCEDIMIENTO DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL V01.pdf. . A partir de las lecturas, resolver dudas sobre los temas abordados con el equipo profesional de Trabajo Social. . Análisis de casos clínicos a través de la plataforma GHIPS con posterior entrega académica a las jefes inmediatas y respectiva devolución y retroalimentación. . Asesorías y clases personalizadas con la líder del área de Trabajo Social (Marielly) en las que se busca comprender y relacionarse con los procesos, recursos, plataformas institucionales relacionados con trabajo social. . Asistencia a talleres generales de inducción del Hospital Alma Máter como por ejemplo curso de "seguridad del paciente".	. Adaptarse fácil y rápidamente a cada uno de los lineamientos y procedimientos de trabajo social al interior del hospital. . Comprender y aprehender ágilmente cada una de las instrucciones brindadas en los diferentes espacios de aprendizaje. . Finalizar las lecturas propuestas desde la responsabilidad y la ética profesional.	. Conocimiento agudo de cada uno de los lineamientos y procedimientos de trabajo social al interior del Hospital Alma Máter. . Apropiación teórica y técnica de cada uno de los conocimientos compartidos en los diferentes espacios y de las lecturas realizadas.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Practicante de trabajo social UdeA. LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter y de la Universidad de Antioquia. . MATERIALES: Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. . Equipo de cómputo a disposición del practicante.	. Productos elaborados y entregados de casos clínicos a las jefes inmediatas. . Listado de asistencia a talleres generales de inducción del Hospital Alma Máter de Antioquia. . Diario de lecturas. (Documentos en Word, con registros de todo lo aprendido)
Inducción clínica y primeros acercamientos	Realizar actividades prácticas que permitieran familiarizarse de	. Observación directa en medio de intervenciones realizadas por la líder de trabajo social que buscaban identificar principalmente factores de riesgo y de protección psicosociales de pacientes próximos a comenzar el proceso clínico de trasplante.	. A través de la observación participante y no participante directa, apropiarse	. Tener a disposición y bien estructurado el kit de herramientas.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Practicante de Trabajo	. Elaboración de un cuadro de Excel que contenga el kit de herramientas.

prácticos al campo de intervención profesional y asistencial.	manera directa con el campo clínico de intervención profesional.	. Observación participativa en medio de intervenciones realizadas por parte del equipo profesional de Trabajo Social con las y los usuarios del Hospital Alma Máter en diferentes servicios del Hospital Alma Máter (UCI, UCE, urgencias, pediatría, hospitalización) acompañados de ejercicios prácticos <i>in situ</i> a partir de apuntes que buscan la recolección correcta y precisa de información relacionada con las condiciones socio familiares, socio económicas y habitacionales del paciente, de sus cuidadores y sus acompañantes, para la consecuente realización de notas clínicas simuladas en pro de desarrollar habilidades (agilidad, redacción, precisión, tecnicismos) propias del área. . Escucha atenta a las observaciones, recomendaciones y sugerencias hechas por parte del equipo profesional y jefes inmediatas con relación a las notas clínicas realizadas, en pro de la mejora continua. . Acompañamiento y asesorías constantes por parte del equipo profesional en pro de familiarizarse de la mejor manera, con las demás actividades que subyacen a la intervención, como lo son (buscar y encontrar ubicación, historia clínica, ordenes médicas, y otros datos y/o documentos que se relacionen directamente con la estancia hospitalaria del paciente). . Direccionar, brindar orientación y atender inquietudes de usuarias y usuarios que se acercan a la oficina de trabajo social buscando apoyo y asistencia. . Saludar, reconocer, respetar y relacionarme asertivamente con todo el personal de salud perteneciente a otras áreas.	elementos y conocimientos que permitan crear un kit de herramientas para la intervención a partir de la articulación del conocimiento previamente adquirido y lo que se observa en campo. . Aprender a direccionar y orientar a las usuarias y usuarios del hospital, respecto a las dudas y requerimientos que presentan en completa articulación con todo el personal de salud. .	. Estar en capacidad de brindar información oportuna a las y los usuarios del Hospital Alma Máter en articulación con el personal de salud.	Social. LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter. . Oficina completamente dotada a disposición del practicante. . MATERIALES: Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet.	. Asistencia a las interconsultas como observador participante. . Manejo adecuado del sistema GHIPS. . Usuaris y usuarios satisfechos con la atención y orientación brindada.
---	--	--	--	--	--	--

Proyecto de intervención "Anclas que sostienen manos que cuidan" para cuidadores de pacientes en salas UCI y UCE y hospitalización general.	En articulación con el área de psicología desarrollar un proyecto de intervención para cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Alma Máter de Antioquia.	. Idear, diseñar y presentar a las jefes inmediatas una propuesta de intervención para cuidadoras y cuidadores al interior del Hospital. . Realizar reuniones conjuntamente con el área de psicología en pro de generar una propuesta que se adapte fácilmente a las condiciones y particularidades de sus participantes. . Poner en marcha el proyecto a través de la realización de actividades mensuales. . Participar activamente de la ejecución de las actividades durante los talleres. . En mi caso en particular tocar el violín en momentos especiales de la intervención.	. Desplegar un proyecto de calidad para las cuidadoras y cuidadores, de manera que ellas y ellos puedan dotarse de herramientas a nivel psicosocial para cuidarse y cuidar y en especial para hacerle frente a la situación por la que atraviesan. . Hacer de la música (otra de mis pasiones) una herramienta terapéutica que desde trabajo social se pone al servicio de todas y todos.	. Para diciembre de 2025 se han realizado el 100% de las charlas mensuales. . Al finalizar cada taller las personas manifiestan sentirse a gusto con la actividad y haber aprendido bastante.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Practicante de Trabajo Social, practicante de Psicología y profesional de Psicología LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter. (Auditorio) . Oficina completamente dotada a disposición del practicante. . MATERIALES: Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. . Impresora institucional. . Marcadores, resaltadores, lapiceros. . Papel. . Diseño previo de un barco para luego imprimir.	. Participantes altamente satisfechos con las actividades realizadas. . Cuidadoras y cuidadores empoderados para hacerle frente a la situación. . Cuidadoras y cuidadores dotados de habilidades y estrategias que les permiten cuidarse y cuidar. . Listado de asistencia de los encuentros. . Encuestas de satisfacción.
Trabajo de intervención directo en campo	Atender y dar respuesta a las interconsultas realizadas a Trabajo Social, bajo supervisión y de manera independiente.	. Revisar historia clínica del paciente antes de asistir a la habitación. . Apoyarse de las historias clínicas una vez analizadas para tener un contexto mayor de la situación e incluso recolectar información por la que usualmente se indaga desde trabajo social para luego pasar a corroborar y optimizar el tiempo de intervención. . Realizar intervenciones bajo supervisión a pacientes hospitalizados, identificando factores socio familiares, económicos y habitacionales, en fin, realizar intervenciones que se adaptaran de manera precisa y correcta a la lista de chequeo a la que se debe adherir el área. . A partir de la confianza otorgada por las jefes inmediatas y	. Realizar intervenciones caracterizadas por su calidad y alto nivel profesional. . Discutir cada caso abordado a partir de un lenguaje más profesional con total disposición a recibir la respectiva retroalimentación por parte del equipo profesional.	. Aprecio y validación por parte del equipo profesional con respecto a las intervenciones, socialización de casos y realización de notas clínicas. . Intervenciones completas y bien estructuradas que no pasen por alto información relevante. . Notas clínicas	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Practicante de Trabajo Social UdeA. LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter. . Oficina completamente dotada a disposición del practicante. . MATERIALES: Dispositivos tecnológicos con acceso	. Consolidación como practicante en el equipo profesional en consideración al buen trabajo realizado durante las intervenciones. . Notas clínicas elaboradas e intervenciones caracterizadas por su calidad y alto nivel profesional. . Pacientes

		los profesionales a cargo, disponerse a realizar intervenciones sin supervisión en pro de situar ya en contexto todo lo aprendido durante la formación profesional buscando el ajuste correcto de las intervenciones con relación a los lineamientos estratégicos del Hospital y el procedimiento de intervención de Trabajo Social. . Discutir los casos abordados con las y los profesionales a cargo de la tutoría semanal (cada practicante rota semanalmente con cada profesional) socializando la experiencia a partir de aspectos a favor y por mejorar durante las intervenciones, datos que se olvidan y por los que hay que volver a indagar asistiendo a la habitación nuevamente o a través de llamada telefónica. . Realización de notas clínicas de manera independiente que posteriormente son avaladas por la o el profesional a cargo acompañadas de la respectiva retroalimentación. . Estar atento a sugerencias y recomendaciones realizadas por el equipo profesional y las jefes inmediatas con relación a las intervenciones y notas clínicas llevadas a cabo.		bien redactadas y dotadas de información clara, oportunidad y diciente.	a servicio de Internet. . Cuaderno y lapicero para al momento de intervenir recolectar la información más relevante.	satisfechos con las intervenciones. (encuestas de satisfacción).
Actividades Académicas	Asumir la responsabilidad adjunta que implica hacer parte de una práctica profesional que aborda no solo la praxis per ser sino que además la asume desde la fundamentación teórica, metodológica y ética, a través del ejercicio académico propio del trabajo social enmarcado en seminarios de prácticas, asesorías académicas e	SEMINARIOS DE PRÁCTICA: . Asistir a cada uno de los encuentros planteados por las y los docentes responsables de los seminarios de práctica profesional II y III. El seminario II de práctica profesional tiene como propósito fomentar la identificación y reflexión sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social desde la práctica académica, a través del reconocimiento y la profundización en los procesos de evaluación social. El seminario de práctica profesional III tiene como fin abordar la ética profesional desde el Trabajo Social. . Participar activamente en cada uno de los seminarios propuestos a través de la realización de lecturas previas, ejercicios y actividades evaluativas planteadas. ASESORÍAS ACADÉMICAS E INSTITUCIONALES. . Asistir a cada uno de los encuentros propuestos por la docente académicas y las asesoras institucionales, siempre con disposición a aceptar respetuosamente cada una de las recomendaciones, observaciones, sugerencias, con relación al ejercicio humano, académico y/o profesional en todos los contextos particularmente en el ámbito de la práctica profesional. PRODUCTOS ENTREGABLES:	Asistir a cada uno de los encuentros planteados, acoger todo tipo de observación en pro de la mejora y desarrollar todas las actividades académicas planteadas.	Número de faltas de asistencia con relación a los encuentros, productos académicos elaborados.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Jefes inmediatas y equipo del área de trabajo social. . Practicante de Trabajo Social UdeA. . Compañera practicante del Hospital Alma Máter (Laura). . Asesora académica UdeA. (Natalia) . Docentes responsables de los seminarios II Y III. LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter. . Instalaciones UdeA. MATERIALES: Dispositivos	. Listado de asistencia. . Productos entregados y calificados. . Notas académicas subidas en MARES.

institucionales, productos entregables como contextualización del campo de práctica, diagnóstico e informes intermedios.	. CONTEXTO: Asesoría académica para abordar los elementos propios de una contextualización profesional. Trabajo en equipo para el desarrollo del producto (Revisión bibliográfica, reuniones virtuales en equipo, redacción). Observaciones realizadas para el primer entregable por parte de la docente. Modificaciones realizadas al documento. Entrega del producto final. . DIAGNÓSTICO: Mapa mental del diagnóstico. Elaboración del diagnóstico. Puesta en marcha en campo del diagnóstico. . PROYECTO DE INTERVENCIÓN: Propuesta, puesta en marcha del proyecto, evaluación. *La evaluación es transversal a todo el proceso.			tecnológicos con acceso a servicio de Internet.	
				. Cuaderno y lapicero o computadora para tomar apuntes.	
				. Hojas impresas para la entrega de los productos académicos de cada uno de los seminarios.	

5.1.4. Cronograma de actividades

Tabla 6 Cronograma de actividades

PRIMER CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																	
MOMENTO O FASE	ACTIVIDADES	JUNIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
Proceso de selección del Hospital Alma Máter de Antioquia	Participar de manera activa en el proceso de selección con el ánimo de hacer parte del equipo del Hospital Alma Máter de Antioquia.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inducción específica desde el área de Trabajo Social.	Acoplarse a y familiarizarse con los lineamientos estratégicos y procedimientos técnicos propios del área de Trabajo Social al interior del Hospital Alma Máter.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inducción clínica y primeros acercamientos prácticos al campo de intervención profesional asistencial.	Realizar actividades prácticas que permitieran familiarizarse de manera directa con el campo clínico de intervención profesional.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Proyecto de intervención "Anclas que sostienen manos que cuidan" para cuidadores de pacientes en salas UCI y UCE y hospitalización general.	En articulación con el área de psicología desarrollar un proyecto de intervención para cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Alma Máter de Antioquia.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Trabajo de intervención directa en campo	Atender y dar respuesta a las interconsultas realizadas a Trabajo Social, bajo supervisión y de manera independiente.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades Académicas	Asumir la responsabilidad adjunta que implica hacer parte de una práctica profesional que aborda no solo la praxis per ser sino que además la asume desde la fundamentación teórica, metodológica y ética, a través del ejercicio académico propio del trabajo social enmarcado en seminarios de prácticas, asesorías académicas e institucionales, productos entregables como contextualización del campo de práctica, diagnóstico e informes intermedios.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

5.2. Segundo plan operativo de práctica profesional (Noviembre 2025 - Enero 2026)

5.2.1. Presentación

Si es posible pasar por tamiz y narrar la siguiente presentación en términos humanos, permitidme por favor recitar lo siguiente:

Al momento de comenzar a escribir el último plan operativo de práctica profesional, es maravilloso reconocer en eterna gratitud en primer lugar a todas las personas que de manera directa o indirecta hacen parte del plan en cuestión, pasando en primer lugar por la asesora académica, las asesoras institucionales, las y los profesionales del grupo de terapias de apoyo hasta llegar a todo el personal que en su conjunto hace parte del Hospital Alma Máter de Antioquia.

Bien es cierto que todo plan operativo implica por sí mismo una serie de actividades y subactividades por realizar, pero lo más cierto de ello es que tales actividades nunca se llevarán a cabo o se ejecutarán en lo abstracto, como solía decir los abuelos “en el aire”. ¡No!, lo real y verídico es que cada una de las acciones propuestas se realiza en compañía y en completa articulación con otras/os, otros seres humanos cuya naturaleza subyace al todo y del cual por más que se intente escapar es imposible separarse, lugar seguro desde donde fácilmente se puede percibir que la individualidad es una mera ilusión capitalista.

¿Cómo es posible pensar por ejemplo en un ejercicio diagnóstico y/o en un proyecto de intervención sin las personas? ¿Será posible imaginar un proceso de aprendizaje sin un otro/a? Lo más cierto del caso es que es imposible. Cada una de las actividades propuestas en este contexto tiene su razón de ser en las personas, en lo humano, en el compartir, en el experimentar con otros, en el aprender y desaprender haciendo con otras/os, en el deconstruir, construir y reconstruir desde todos los frentes, finalmente en el ser y vivir desde la esencia particular la cual se articula y hace parte de la vida comunitaria y del todo.

En ese sentido, el presente plan de trabajo comprende las acciones propias en campo como practicante de trabajo social al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia, desde el mes de noviembre hasta la finalización del proceso de práctica profesional. En ese sentido se señala el momento o fase en el que se encuentra el practicante, las actividades y

subactividades relacionadas, las metas, los indicadores, los recursos y las fuentes de verificación.

5.2.2. Objetivos

5.2.2.1. Objetivo general

Diseñar un plan de trabajo operativo estructurado, que contemple el accionar del practicante adscrito al área de terapias de apoyo del Hospital Alma Máter de Antioquia en el marco del proceso de practica de trabajo social II y III intensiva de la Universidad de Antioquia, durante los meses lectivos de noviembre y diciembre de 2025 y enero de 2026.

5.2.2.2. Objetivos específicos

- Atender y dar respuesta, bajo supervisión y de manera independiente, a las interconsultas solicitadas desde el área clínica al equipo de Trabajo Social asistencial.
- Redacción y cargue de las historias clínicas en el sistema de gestión clínica (GHIPS) del Hospital.
- Acompañamiento a los procesos educativos que se gestan y se llevan a cabo a través de talleres para las/os usuarios del Hospital Alma Máter.
- Realización de actividades académicas relacionadas con el proceso de práctica profesional.

5.2.2.3. Metodología

- **Primer objetivo específico:**

Escucha activa, libre y exenta de juicios; orientación y acompañamiento; acciones de promoción y prevención; articulación interinstitucional; trabajo inter, multi y transdisciplinar; formación disciplinar en trabajo social; manejo de crisis; mediación de conflictos; ética profesional; conocimiento de normativa actualizada con relación al campo; asesorías académicas e institucionales.

- **Segundo objetivo específico:**

Redacción clara y precisa; lenguaje técnico; feedback; conocimiento del sistema de gestión clínica; formación disciplinar y profesional en trabajo social; ética profesional; acompañamiento por parte del equipo profesional de trabajadores sociales del Hospital; discusión de casos; asesorías académicas e institucionales.

- **Tercer objetivo específico:**

Asesorías académicas e institucionales Diseño, planeación, desarrollo y evaluación de los talleres anclados al proyecto de intervención: “Anclas que sostienen manos que cuidan” (proyecto diferente al proyecto final de práctica profesional); habilidades artísticas; intervención en crisis; escucha activa; trabajo interdisciplinar; ética profesional.

- **Cuarto objetivo específico:**

Asistencia a asesorías académicas e institucionales; asistencia a seminarios de práctica profesional; revisión documental; procesos de escritura y redacción; entrega de productos académicos; feedback.

5.2.3. Matriz de planeación

Tabla 7
Matriz de planeación

PLAN OPERATIVO PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III.						
MOMENTO O FASE	ACTIVIDADES	SUBACTIVIDADES	METAS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	RECURSOS
Desarrollo de actividades propias del campo (1)	. Atender y dar respuesta a las interconsultas realizadas a Trabajo Social, bajo supervisión y de manera independiente.	INTERCONSULTAS: . Revisar historia clínica del paciente antes de asistir a la habitación. . Recolectar información de las historias clínicas por la que usualmente se indaga desde trabajo social, para luego pasar a corroborar con el paciente y acompañante(s) con el propósito de optimizar el tiempo de intervención. . Realizar intervenciones de manera autónoma, identificando factores socio familiares, económicos y habitacionales, redes de apoyo, factores de riesgo y de protección. En otras palabras, realizar intervenciones que cumplan a cabalidad con cada uno de los ítems que contiene la lista de chequeo a la que obligatoriamente se debe adherir el área de trabajo social. . Discutir los casos abordados con las y los profesionales a cargo de la tutoría semanal (cada practicante rota semanalmente con cada profesional) y a partir de ahí, pedir apoyo o asesoría con la intención de abordar los casos asignados de mejor manera. . Redactar las notas clínicas de manera independiente, las cuales posteriormente serán revisadas y avaladas por la o el profesional a cargo, acompañadas de la respectiva retroalimentación.	INTERCONSULTAS : . Realizar intervenciones y notas clínicas caracterizadas por su calidad y alto nivel profesional. . Discutir cada caso abordado con las y los profesionales a partir de un lenguaje cada vez más técnico y profesional.	. Historia clínica revisada y validada por el profesional. . Pacientes satisfechos con las intervenciones.	. Registro de historias clínicas avaladas. . Encuestas de satisfacción. . PQRF escritas al área de Atención al Usuario. . Listado de asistencia. . Registros fotográficos.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Practicante de Trabajo Social UdeA. . Pacientes y acompañantes. LOCATIVOS: . Instalaciones del Hospital Alma Máter. . Oficina completamente dotada a disposición del practicante. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. (Computador, celular) . Cuaderno y lapicero-lápiz para el momento de la interconsulta.
Desarrollo de actividades propias del campo (2)	Definición y preparación de los temas para la asesoría educacional.	Gracias al ejercicio diagnóstico previo: . Identificación de temas nodales para el momento de la intervención. . Priorización de los temas en tres grandes focos	Al final de la asesoría educacional, las cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados logran	. Cuidadoras y cuidadores a quienes se les brinda la asesoría educacional.	. Folletos informativos impresos: treinta (30) unidades. . Formulario de	HUMANOS: . Practicante de Trabajo Social UdeA. . Cuidadoras/es de pacientes

		temáticos.	fortalecer una ética del cuidado, además reconocen la importancia que cobra el cuidar de sí mismas/os y adoptan prácticas para el cuidado de sí mismas/os.	. Cuidadoras y cuidadores satisfechos con el desarrollo de la asesoría educacional. . Cuidadoras y cuidadores satisfechos con el material de apoyo (Folleto informativo - tríptico)	Google Forms. . Registros fotográficos. . Listado de asistencia. . Encuesta de satisfacción.	hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter de Antioquia. . Asesora Académica. . Asesoras Institucionales. . Colaboradoras/es Hospital Alma Máter de Antioquia. LOCATIVOS: . Instalaciones (corredores-habitaciones) del Hospital Alma Máter de Antioquia. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. (Principalmente un celular para el diligenciamiento del formulario evaluativo de Google Forms) . Folletos informativos impresos.
	Despliegue de la asesoría educacional.	. Identificar las y los cuidadores. . Consentimiento de la/el cuidador para su participación. . Dar inicio a la asesoría educacional con el apoyo del material entregable. . Propiciar espacios reflexivos que permitan el autoconocimiento y la libre expresión. . Brindar información clara y precisa en caso de dudas o inquietudes.				
	Evaluación del encuentro:	. Realizar una breve encuesta diseñada en Google Forms, cuyo propósito será evaluar el encuentro a partir de varios ítems. . Finalizar el encuentro con una breve despedida, agradecimiento y entrega de un refrigerio.				
Desarrollo de actividades propias del campo (3)	. En conjunto con el área de psicología dar continuidad al proyecto de intervención "Anclas que Sostienen Manos que Cuidan" dirigido especialmente para cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Alma Máter de Antioquia.	PROYECTO DE INTERVENCIÓN CONJUNTO CON EL ÁREA DE PSICOLOGÍA: . Asistir a las asesorías propuestas. . Idear, diseñar y presentar a las jefes inmediatas una propuesta de intervención para cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter. . Diseño y compra de materiales. (Lápices, lapiceros, post-it, diseño e impresión de la imagen de un barco) . Poner en marcha el proyecto a través de la realización de actividades: talleres mensuales. . Acompañamiento instrumental (violín) como parte de las actividades que incluye los talleres mensuales. . Participar activamente desde mi campo disciplinar en la ejecución de las actividades propuestas durante los talleres.	PROYECTO CONJUNTO CON EL ÁREA DE PSICOLOGÍA: Al final de cada taller: . Las y los cuidadores reconocen la importancia que cobra el cuidado de sí mismas/os particularmente en el contexto de cuidado de otros. . Las y los cuidadores identifican sus temores, fortalezas, y proyecciones con relación al cuidado de su familiar.	. Cuidadoras y cuidadores que asisten y participan de los talleres mensuales. . Para enero de 2026 se han realizado el 100% de los talleres mensuales propuestos con cuidadoras y cuidadores.	. Encuestas de satisfacción. . Listado de asistencia. . Registros fotográficos.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Practicante de Trabajo Social UdeA. . Pacientes y acompañantes. LOCATIVOS: . Instalaciones del Hospital Alma Máter. . Oficina completamente dotada a disposición del practicante. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. (Computador,

		. En el mes de enero articularme al proyecto de intervención propuesto por la recién contratada profesional de psicología encargada de asistir en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Especiales", con la finalidad de continuar realizando la actividad de intervención mensual para cuidadoras y cuidadores. *El proyecto que se había diseñado con anterioridad "Anclas que sostienen manos que cuidan" fue reemplazado y tuve que acoplarme al propuesto por la nueva integrante de psicología (esto fue únicamente durante el mes de enero).				celular) . Cuaderno y lapicero-lápiz para el momento de la interconsulta.
Actividades Académicas (Diagnóstico social)	Elaboración, desarrollo y puesta en marcha del ejercicio diagnóstico.	DIAGNÓSTICO SOCIAL: . Participar de las asesorías académicas con la docente Natalia con la finalidad de recibir orientación sobre cada uno de los pasos a seguir para la elaboración del diagnóstico social y su consecuente puesta en marcha. . Desarrollo escritural del ejercicio diagnóstico desde su fundamentación conceptual, teórica, metodológica, y descripción de técnicas e instrumentos de generación de información. . Convocar una reunión entre practicantes y asesoras institucionales con la finalidad de revisar, corregir y ajustar cada una de las técnicas e instrumentos propios del diagnóstico para su correcta ejecución. . Convocar un encuentro entre practicantes y asesoras institucionales para acordar las fechas en las que se llevará acabo la ejecución de cada uno de los encuentros propios del diagnóstico. . Poner en marcha la ejecución del ejercicio diagnóstico. . Realizar y presentar el entregable final de diagnóstico a la asesora académica para su debida revisión, corrección o validación. . Corregir el entregable escrito del ejercicio diagnóstico.	. Asistir a cada uno de los encuentros (asesorías académicas, encuentros con las asesoras institucionales), con la finalidad de recibir la debida orientación, sugerencias y recomendaciones, que permitan el desarrollo escritural y la ejecución de un ejercicio diagnóstico. . Ejecutar con cada una/o de las/os participantes del diagnóstico (Cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores - Psicología y trabajo social - del Hospital Alma Máter) las técnicas de co-construcción de información ya propuestas en el ejercicio de diagnóstico social.	. Asistencia a los encuentros propuestos. (Asesorías académicas e institucionales) . Realización de cada una de las actividades diagnósticas y de intervención propuestas con cuidadoras/es y colaboradores del Hospital Alma Máter. . Productos académicos elaborados. (Diagnóstico social)	. Formulario de Google Forms que contiene el listado de asistencia y el diligenciamiento de la encuesta realizada por cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados al interior del Hospital Alma Máter. . Listado de asistencia. . Productos entregados y calificados. . Notas académicas subidas en MARES. . Registros fotográficos.	HUMANOS: . Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Jefes inmediatas y equipo del área de trabajo social y psicología. . Practicantes de Trabajo Social UdeA y Universidad Externado de Colombia. . Asesora académica UdeA. (Natalia) . Personas participantes de los encuentros (Cuidadoras/es y colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia) LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. . Computadora para la elaboración de cuestionarios y formularios y dispositivo móvil para su posterior

			. Realizar la entrega de los productos escriturales.			diligenciamiento. . Marcadores, papel, lápices, lapiceros, colores.
Actividades Académicas (Proyecto de intervención)	Elaboración, desarrollo e implementación del proyecto de intervención.	PROYECTO DE INTERVENCIÓN: . Participar de cada una de las asesorías académicas con la docente Natalia Arroyave con la finalidad de recibir orientación sobre el paso a paso que llevará al equipo a desarrollar de buena manera un proyecto de intervención que apoyado en el informe diagnóstico pueda incidir positivamente en el corto, mediano y largo plazo en las personas para los cuales se dirige toda la intención (Cuidadoras/es y colaboradores - Área de psicología y trabajo social- del Hospital Alma Máter) . Desarrollo escritural del proyecto de intervención completamente fundamentado (que contenga introducción, descripción de las/os sujetos participantes, justificación, objetivos, referentes conceptuales y ruta metodológica) . Diseñar los instrumentos y/o talleres con los que se llevará a cabo la propuesta de intervención - Líneas de intervención-) . Acordar con las jefes inmediatas las fechas en las que se llevará a cabo cada una de las actividades de intervención. . Entregar a la docente académica el borrador escrito del proyecto de intervención, para su posterior validación o proceso de corrección. . Realizar un pequeño encuentro con las áreas de psicología y trabajo social y las jefes inmediatas con el propósito de socializar el proyecto de intervención.	. Asistir a cada uno de los encuentros (asesorías académicas, encuentros con las asesoras institucionales), con la finalidad de recibir la debida orientación, sugerencias y recomendaciones, que permitan el desarrollo escritural y la ejecución de un proyecto de intervención bien fundamentado y estructurado. . Ejecutar con cada una/o de las/os participantes del proyecto de intervención (Cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores - Psicología y trabajo social - del Hospital Alma Máter) las actividades diseñadas desde el proyecto de intervención. (Líneas de intervención). . Realizar la entrega de los productos escriturales.	. Asistencia a los encuentros propuestos. (Asesorías académicas e institucionales) . Realización de cada una de las actividades diagnósticas y de intervención propuestas con cuidadoras/es y colaboradores del Hospital Alma Máter. . Productos académicos elaborados. (Proyecto de intervención).	. Asistir a cada uno de los encuentros (asesorías académicas, encuentros con las asesoras institucionales), con la finalidad de recibir la debida orientación, sugerencias y recomendaciones , que permitan el desarrollo escritural y la ejecución de un proyecto de intervención bien fundamentado y estructurado. . Ejecutar con cada una/o de las/os participantes del proyecto de intervención (Cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados y colaboradores - Psicología y trabajo social - del Hospital Alma Máter) las actividades diseñadas desde	HUMANOS: . Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Jefes inmediatas y equipo del área de trabajo social y psicología. . Practicantes de Trabajo Social UdeA y Universidad Externado de Colombia. . Asesora académica UdeA. (Natalia) . Personas participantes de los encuentros (Cuidadoras/es y colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia) LOCATIVOS: Instalaciones del Hospital Alma Máter. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. . Computadora para la elaboración de cuestionarios y formularios y dispositivo móvil para su posterior diligenciamiento. . Marcadores, papel, lápices, lapiceros, colores.

					el proyecto de intervención. (Líneas de intervención). . Realizar la entrega de los productos escriturales.	
Actividades Académicas (General)	Asumir la responsabilidad académica que subyace al proceso y ejercicio de práctica profesional, la cual no se reduce a la praxis per se sino que además asume desde la fundamentación teórica, metodológica y ética, un ejercicio académico propio del trabajo social que se desarrolla a partir de seminarios, asesorías académicas e institucionales, y productos entregables con relación al hacer en campo.	SEMINARIOS DE PRÁCTICA: . Asistir a cada uno de los encuentros planteados por el docente responsable del seminario de práctica profesional III. El seminario de práctica profesional III tiene como propósito fundamental abordar la ÉTICA profesional desde el Trabajo Social. . Participar activamente en cada uno de los seminarios propuestos a través de la realización de lecturas asignadas, ejercicios y actividades evaluativas planteadas durante el desarrollo del mismo. ASESORÍAS ACADÉMICAS E INSTITUCIONALES. . Asistir a cada uno de los encuentros propuestos por la asesora académica y las asesoras institucionales, siempre con disposición a acatar y asumir de manera respetuosa, responsable y profesional cada una de las recomendaciones, observaciones, y actividades propuestas con relación al ser-saber-hacer desde la dimensión humana, académica y/o profesional en todos los contextos de la vida humana empero con especial énfasis en el ámbito de la práctica profesional. PRODUCTOS ENTREGABLES: . Diagnóstico Social corregido. . Proyecto de Intervención. . Plan operativo de práctica profesional III. . Memoria de acciones de intervención de proyecto de práctica III . Informe final proyecto de intervención. . *La evaluación es transversal a todo el proceso. FINALIZACIÓN O CIERRE DEL PROCESO DE PRÁCTICA: . Asistencia a la asesoría académica de preparación para el encuentro evaluativo del campo de práctica profesional.	. Asistir a cada uno de los encuentros planteados, acoger y asumir de manera responsable cualquier tipo de observación en pro de la mejora. . Desarrollar todas las actividades académicas planteadas. . Realizar el encuentro de cierre final del proceso de práctica profesional.	. Número de faltas de asistencia con relación a los encuentros propuestos. . Productos académicos elaborados. . Evaluación del encuentro de cierre del proceso de práctica profesional.	. Listado de asistencia. . Evaluación conjunta (Asesora académica, asesoras institucionales, practicante) del proceso de práctica profesional. . Productos entregados y calificados. . Notas académicas subidas en MARES.	HUMANOS: Personal administrativo y asistencial Hospital Alma Máter. . Jefes inmediatas y equipo del área de trabajo social. . Practicante de Trabajo Social UdeA. . Compañera practicante del Hospital Alma Máter (Laura). . Asesora académica UdeA. (Natalia) . Docente responsable del seminario III. LOCATIVOS: . Instalaciones del Hospital Alma Máter. . Instalaciones UdeA. MATERIALES: . Dispositivos tecnológicos con acceso a servicio de Internet. . Cuaderno y lapicero o computadora para tomar apuntes. . Documentos impresos para la entrega de los productos académicos de cada uno de los seminarios.

Desarrollo de actividades propias del campo (3)	. En conjunto con el área de psicología dar continuidad al proyecto de intervención "Anclas que Sostienen Manos que Cuidan" dirigido especialmente para cuidadoras y cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Alma Máter de Antioquia.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades Académicas (Diagnóstico social)	Elaboración, desarrollo y puesta en marcha del ejercicio diagnóstico.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades Académicas (Proyecto de intervención)	Elaboración, desarrollo e implementación del proyecto de intervención.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades Académicas (General)	Asumir la responsabilidad académica que subyace al proceso y ejercicio de práctica profesional, la cual no se reduce a la praxis per se sino que además asume desde la fundamentación teórica, metodológica y ética, un ejercicio académico propio del trabajo social que se desarrolla a partir de seminarios, asesorías académicas e institucionales, y productos entregables con relación al hacer en campo.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

6. Reflexiones sobre la profesión-disciplina de trabajo social en contextos socio-clínicos.

¡Abramos las puertas de nuestra mente y corazón para que la luz del cosmos infinito despierte y/o expanda la sabiduría, el conocimiento y el amor que, contenido en los recónditos espacios de nuestro ser, nos ilumine y nos lleve a la comprensión y a la transformación justa de la existencia en todas sus manifestaciones y formas y podamos sanar cada una de nuestras dolencias! (Jhonatan Ríos, 2026)

El trabajo social, históricamente y desde sus inicios, enfatizó y le dio mucha fuerza a la praxis; enfocó y orientó su camino y su hacer hacia la resolución de necesidades básicas. Igualmente su ser, en definitiva su esencia, se representaba en un espíritu de servicio, de entrega total, por y para las personas que padecían las consecuencias catastróficas de un sistema económico capitalista que cada vez a pasos agigantados exacerbaba la cuestión social, lo que representaba y aún todavía representa, pobreza, desempleo o por el contrario empleo en condiciones altamente precarias, hambre; y claramente afecciones y problemas de salud que no encontraban alivio debido al acceso carente a servicios de salud, educación y bienestar.

En ese sentido, la cantidad de problemáticas observables y no observables que iba y va en aumento no se reducen a una serie mecanicista de sucesos o realidades abstractas, sino que eran hechos que afectan de manera directa a los seres humanos, familias, grupos e incluso comunidades. A pesar de todo ello, el trabajo social en medio de su quehacer y sus esfuerzos en sus inicios carecía de un componente vital y apropiaba otro. En esencia se veía limitado por un saber científico que le permitiera fundamentar su praxis y constituir su constructo conceptual, teórico y metodológico a la luz propia o a partir de los avances de otras ciencias (sociología, psicología, medicina, psicoanálisis, antropología, etc.) y en segundo lugar tenía a su propiedad un sentido ético-político que le dotaba de herramientas y elementos para problematizar, denunciar, y hacerle frente a la cuestión social y con ello a las injusticias propias que se reproducían en todos los contextos, incluidos los contextos socio-sanitarios.

Hoy por hoy, el trabajo social, por fortuna ya cuenta con unas bases conceptuales, teóricas, metodológicas y ético-políticas bien fundamentadas, las cuales son y serán siempre

objeto de problematización que en relación de causa y efecto y apoyadas de transformaciones socio-históricas propias de cada tiempo llegarán a ser archivadas, personalizadas o completamente renovadas, es decir, se contextualizarán. Por lo general, este ejercicio de ajuste y cambio siempre fue y siempre será puesto en marcha por sujetas/os con posturas ético-políticas bien fundamentadas que velan por la justicia social, la equidad en todos sus contextos, y la defensa de los derechos humanos sin ningún tipo de restricción, para llegar finalmente a la transformación de los sistemas de opresión, que condicionan y limitan grandemente al género humano y todo lo que rodea.

Es por eso por lo que, el trabajo social actualmente en todo ámbito de desempeño y particularmente en contextos socio-clínicos no solo recoge y perpetúa en el tiempo parte de sus orígenes, raíces y elementos propios de su recorrido histórico sino que además representa para cada estudiante, practicante, docente, profesional y toda/o aquella/el familiarizado con el trabajo social una transformación radical en términos epistemológicos, metodológicos y ético-políticos. Por eso se resalta, que a pesar de los años su sentido político, su apuesta por la defensa de los derechos humanos, por la justicia social y la paz no vacila ni mucho menos logra extinguirse.

En ese sentido, el trabajo social asistencial en contextos socio-sanitarios retoma la praxis como elemento central en su labor y desempeño. El trabajador/a social en un continuo en medio de su hacer hospitalario como en sus inicios renueva y transforma vidas; recrea ilusiones, posibilidades y realidades; es creador de esperanza y futuro; transforma el pasado en presente aprendiendo de ambos en compañía de otras/os en todo momento; ama y propicia espacios de auto reflexión y generación de consciencia colectiva; conjuntamente produce pensamiento crítico con las almas sedientas de justicia; permite la libre expresión y fomenta espacios de justicia y de libertad; abre las puertas para que las personas se pregunten, se cuestionen y modifiquen libremente en paz y armonía los imaginarios, los constructos, e incluso los sistemas sociales.

Todo ello, surge en medio de la praxis, empero cada elemento central del quehacer se encuentra fríamente calculado, no surge de la nada, no hace parte del vacío, no se presenta de manera abstracta, sino antes bien encuentra su piedra angular y su base firme y sólida en la fundamentación teórica, conceptual, epistemológica, metodológica, ética y política. Sin cada uno de estos elementos, la ciencia y el trabajo social se difuminaría, pasaría

desapercibido o por el contrario considerado únicamente como un accionar únicamente altruista con fines morales que en última instancia carece de cientificidad. Lo cierto es que tomo años, desarrollar todo un campo teórico y metodológico que permitiese y le otorgara al trabajo social estatus dentro de las ciencias sociales y humanas y reconocimiento en el contexto público y privado como profesión-disciplina, lo que en últimas traduce que el trabajo social en contextos socio-clínicos trascienden el umbral del mero asistencialismo.

De igual manera, el trabajo social a través de la teoría y su praxis en contextos socio-sanitarios, sobresale como una profesión-disciplina que se planta con una postura ética-particular. Por ejemplo, para el trabajo social, los pacientes (si bien se nombran así), en su mera conceptualización pasiva, superan la muralla conceptual y les significan y resignifican como sujetos de derechos; no pacientes sino activos; no estáticos sino más bien agentes movilizados de cambio y esperanza; como personas que aun en medio de sus afecciones, sufrimientos y vicisitudes propias de la existencia tienen la capacidad para autodeterminarse, defender sus derechos y exigir o apelar a la justicia cada vez que sea necesario y, por ello, el trabajo social asistencial juega un papel indispensable en la potenciación de capacidades y habilidades de las/os sujetas/os y además como faro y guía siempre buscará poder orientarles y capacitarles debidamente para el ejercicio pleno de sus derechos.

Asimismo, el trabajo social asistencial, desafía los micro, maso y macro sistemas del poder en salud. Para el buen trabajador social en salud la vida y el bienestar de los pacientes no se negocia ya que es un derecho fundamental tal y como lo decreta la Constitución política de Colombia y la normativa y legislación internacional en materia de salud; para él/ella no existen límites o trabas personales e institucionales como por ejemplo: “no hay agenda”, “ya se terminó la jornada laboral no lo puedo atender”, “es simplemente otro paciente psiquiátrico”, “necesitamos desocupar esa cama”, “por qué tanta demora para que llegue al hospital el ente institucional, es mejor darle al paciente manejo ambulatorio”, estas y entre otras muchas frases, resultan contrarias no solo a los intereses intrínsecos de la profesión sino además demuestran poca o nulo sentido de humanidad por el que sufre. Por eso el buen trabajador social que rechaza y se opone a tales dinámicas se expone a la calumnia, a la burla, al escarnio y al menosprecio y en definitiva: ¡vaya que contradicción!

Seguidamente, el trabajo social en salud, trasciende la concepción biologicista y mecánica de la enfermedad y la trae al contexto. Si bien cualquier enfermedad claramente se

manifiesta en la biología humana, no todas las enfermedades son producto de una mecánica ciega que distribuye a cada ser humano, como en una feria, una o varias afecciones en particular. Lo cierto es que bien se ha demostrado científicamente que los determinantes sociales de la salud, tienen una incidencia enorme en los procesos salud-enfermedad de individuos, grupos e incluso comunidades enteras. Y de eso propiamente, se encarga él/la trabajador/a social en salud, al identificar factores socio familiares, socio económicos y habitacionales que inciden o podrían llegar a incidir en los procesos salud-enfermedad.

Prosiguiendo, el trabajo social en medio de su quehacer en contextos socio-sanitarios se apropia de sus raíces y orígenes y se torna, ocasionalmente, asistencialista. Y hay que preguntarse seriamente, ¿Es realmente el asistencialismo innecesario en los procesos de trabajo social hospitalario, o incluso en otros contextos? Esa pregunta realmente la podría responder una persona que por ejemplo al momento de realizar una interconsulta descubre que una cuidadora de una paciente, de residencia lejana y con limitada capacidad económica solo se logra alimentar una vez por día y ya lleva quince días en el hospital, lleva a pensar que, ¿acaso no tiene un valor enorme el apoyar y brindar soporte a través de un almuerzo para la cuidadora?

Paralelamente, por ejemplo, preguntarse si sería importante obviar la asistencia cuando sabes que una/un acompañante de un paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos no puede permanecer en la habitación, mucho menos en la sala de espera, no tiene familiares en el área metropolitana, es de residencia lejana y no cuenta con recursos económicos para costear un hospedaje, llevaría a pensar que, ¿Acaso no es necesario poder así sea subsidiarle tres o cuatro días de alojamiento e incluso volver a renovar la estadía para salvaguardarle? Por estos y muchos más ejemplos conviene entonces no entrar en absolutismos.

Llegados a este punto, conviene señalar que los contextos hospitalarios por lo general son lugares fríos y no solo por el aire acondicionado que a bajas temperaturas allí se maneja, sino además por la frialdad humana en los procesos de atención hospitalaria. Bajo este principio, los pacientes pasan de ser seres humanos a números y estadística. En ese sentido, la “calidad y la mejora en la atención” no solo desde el trabajo social sino incluso muchas áreas se transforma paradójicamente en productividad y eficiencia, llegando incluso a validar el desempeño profesional en términos de “cantidad de pacientes interconsultados por día”, a

pesar de que se publique *a viva voce* que el centro y la razón de los procesos clínicos y de las instituciones hospitalarias son los pacientes, y por supuesto que puede llegar en parte a ser así, ya que entre más pacientes salen e ingresan más se factura.

Por lo demás, a todo lo anterior, lo transversaliza por consiguiente la mecanización de las intervenciones; la instrumentalización de los seres humanos; el opacar o ignorar sus voces, sus palabras, sus gestos, sus experiencias, incluso su mera presencia en medio del afán y el trajín por “ser productivo”, “ser un buen profesional” e incluso “por no perder el empleo”; la frialdad para hablar, tratar y orientar a los pacientes se vuelve la regla en medio de las largas jornadas laborales que orientadas a propósitos endebles demandan resultados que generan desgaste, cansancio, frustración, miedo, incluso depresión y ansiedad para cada una de las partes involucradas. Por lo tanto, todo ello amerita una reflexión profunda, ética y humana, donde conscientemente se cuestione y se rete al sistema capitalista que como vimos al principio de esta reflexión acaba con todo a su paso e incluso a las/los perpetuadores de tal contradicción de la cual nadie se salva.

Al respecto, en el sector salud se requiere no solo de mayor cantidad de trabajadoras/es sociales sino además de un equipo de salud que desde los más “altos cargos” hasta la “línea base” estén profundamente comprometidos con el proceso salud-enfermedad de sus pacientes y cuidadoras/es, orientados a propósitos mancomunados que transfieran no solo conocimiento y saber técnico sino también humanidad representada en amor, paz, solidaridad, espíritu de servicio, honestidad, responsabilidad, humildad, comprensión, respeto y aceptación, en actitud libre de juicios y prejuicios, en una disposición que acompaña y no discrimina, que percibe y acciona no en términos de números y estadística sino en términos de apoyo y soporte; que trasciende la cosmovisión de la productividad y se eleva al estatus de atención centrada en la persona. La oposición contra el sistema capitalista al igual que su perpetuación es manifiesta incluso en las más ínfimas acciones.

Como siguiente punto, el trabajador social en salud tiene entre tantas responsabilidades una que es tan bella, tan trascendental y loable que no podría esperarse menos de ella. Tal responsabilidad es profundamente humana y demanda un nivel de comprensión que muchas almas han tenido el privilegio de alcanzar; el asumirla despierta en sí una sensación ambigua y paradójica; la experiencia suscita algo inexplicable que supera las fronteras de la mera superficialidad. Tal responsabilidad se traduce en el acompañamiento

y transformación de realidades de personas que en un momento de su existencia terrenal se encuentran experimentando las vicisitudes por momentos crudas que trae consigo la experiencia humana. Las y los trabajadores sociales estamos llamados a brindar acompañamiento, apoyo y soporte desde la científicidad adquirida y desde nuestro ser a toda la humanidad, empero especialmente a aquellas que más lo necesitan. En sí, ello confirma el papel esencial que juega una profesión-disciplina como lo es el trabajo social en contextos socio-sanitarios.

Para concluir y, recogiendo todo lo dicho hasta ahora, el trabajo social asistencial fundamentado teórica, metodológica y éticamente, genera contrapeso y desafía la mala-praxis en los , maso y macro sistemas de poder en salud; se planta en el escenario clínico con posturas ético-políticas firmes que promueven la defensa de los derechos humanos y el respeto por la el valor intrínseco y la dignidad de cada persona involucrada; devela la necesidad de reconocer cada vez más el rol que juega cada uno de los determinantes sociales en los procesos clínicos particularmente en el proceso salud-enfermedad del paciente y su cuidadora/or.

Finalmente, permite mostrar la otra cara de la moneda del hacer “asistencialista” en los contextos socio-clínicos y señala su importancia en tales escenarios; posibilita cuestionar la praxis no humanizada y a partir de allí reflexionar conjuntamente sobre el compromiso científico principalmente ético y humano que podría adherirse a cada una/o de las/os profesionales de la salud en su quehacer diario; y, finalmente revela su importancia como generador de cambio y de transformación en medio de las vicisitudes humanas, representadas en enfermedad, dolor, sufrimiento, soledad y desesperanza.

Referencias

- Ahmad, M. M., Khan, I. A., & Priyanka, N. (2024). The crucial role of community medicine in improving public health. *Digital Journal of Community Medicine*, 6(3), <https://acortar.link/OJwPmd>
- Alcaldía de Medellín. (2019). *Ficha de caracterización territorial: Aranjuez* [PDF]. <https://acortar.link/eQPoNM>
- Álvarez Bueno, E. L. (2015). *Modelo psicodinámico y modelo sistémico* [Monografía de titulación, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://acortar.link/SmNqmS>
- Anguiano Molina, A. M., Plascencia Vázquez, C., Jiménez, S. E., López Terríquez, S., Pérez Hernández, G., & Robledo, C. L. (2009). Del desarrollo comunitario a la promoción social y geopolítica: Innovación en la intervención de Trabajo Social. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 55, 1–12. <https://acortar.link/UlBI1c>
- Anónimo. (s. f.). *Estructura del mapa de red (Carlos Sluzki)* <https://redessocialesengestionsocial.weebly.com/estructura-de-la-red-social.html>
- Arboleda, J. C. (2024). Del sentir y pensar al comprender y edificar. *Revista Boletín Redipe*, 13(4), 16–27. <https://doi.org/10.36260/rbr.v13i4.2120>
- Asprilla, T. (2025). *Reclamos, tutelas y cobertura en riesgo: Así está el acceso a la salud en Colombia en 2025*. Consultorsalud. <https://acortar.link/dwUASh>
- Ávila Cedillo, G. J. (2021). Diagnóstico social en trabajo social: Conceptos clave y metodología para su elaboración. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 100, 1–15. <https://acortar.link/jM4nlu>
- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, F., Ramos, V., Cedeño, L., & Medina-López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*, 9(2), 127–134. <https://acortar.link/0hWVbu>
- Carbelo Baquero, B., Romero Llor, M., Casas Martínez, F., Ruiz Ureña, T., & Rodríguez de la Parra, S. (1997). El cuidado desde una perspectiva psicosocial. *Cultura de los Cuidados*, 2, 54–59. <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.09>
- Carmona Aranzazu, I. D. (2019). *Cuidado de sí: Fragmentos cotidianos del existir* [Versión digital]. Universidad Pontificia Bolivariana. <https://acortar.link/DXnldV>
- Castillero, O. (2017, 20 de mayo). La teoría fenomenológica de Carl Rogers. *Psicología y Mente*. <https://acortar.link/4se4J0>
- Cifuentes, R. M. (s. f.). *Aportes para “leer” la intervención en trabajo social*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones* (Ley 100 de 1993). Diario Oficial 41.148.

- Colombia. Congreso de la República. (2015). *Ley 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. <https://acortar.link/b4ZGZh>
- Colombia. Congreso de la República. (2023). *Ley 2304 de 2023 Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales*. <https://acortar.link/shYWHI>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Prevención y promoción*. <https://acortar.link/ifgMAM>
- Colombia. Presidencia de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. (Art. 49). Asamblea Nacional Constituyente. <https://acortar.link/61AILZ>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81–90. <https://acortar.link/eQLEks>
- De las Heras, P., & Cortajarena, E. (1978). *Introducción al bienestar social: El libro de las casitas*. Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, & ONU Mujeres. (2020). *Tiempo de cuidados: Las cifras de la desigualdad* [Resumen ejecutivo]. DANE; ONU Mujeres. <https://acortar.link/FnQ2Dg>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2025). *Proyecciones de población con base en el censo nacional de población y vivienda 2018*. DANE. <https://acortar.link/SsKnd>
- Escobar, A. (2016). *Sentipensar con la Tierra: Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Ediciones UNAULA.
- Fernández, M., & Gutiérrez, M. J. (2013). Trabajo social y cuidadores informales: Análisis de la situación actual y propuesta de intervención. *Trabajo Social Hoy*, (69), 7–36.
- Fierro, A. (2000). El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(76), 35–47. <https://acortar.link/LI8um9>
- Fundación Pasqual Maragall. (2023). “Síndrome de la persona cuidadora quemada”: Qué es y cómo evitarlo. <https://acortar.link/tvaZoP>
- Garcés Giraldo, L. F., & Giraldo Zuluaga, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 187–201. <https://acortar.link/URRCOP>
- García Alcaraz, F., Alfaro Espín, A., Hernández Martínez, A., & Molina Alarcón, M. (2006). Diseño de cuestionarios para la recogida de información: Metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(5), 232–236.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado* (N.º 30). Fundació Víctor Grífols i Lucas. <https://acortar.link/f22UUe>

- González Londoño, A. L., & Villada Osorio, D. (2024). Diálogo de saberes y conciencia crítica: Una mirada desde el pensamiento de Paulo Freire. *Revista Boletín REDIPE*, 13(6), 92–113. <https://acortar.link/jAM7F7>
- Granger, C., Ramos-Forero, J. E., Melo-Becerra, L. A., & Silva-Samudio, G. T. (2023). *Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Fuentes y usos* (Documento de trabajo N.º 1233). Banco de la República. <https://acortar.link/m6S7hw>
- Gutiérrez, G. (2016). ¿Qué es el taller reflexivo? Definición y principios. *Arce Metodologías*. <https://acortar.link/bnA7Df>
- Hernández Sánchez, B. Y., & Toro Jaramillo, I. D. (2017). Foucault y el cuidado de sí mismo: Una posibilidad para la gestión humana. *Revista Espacios*, 38(53), 35–49.
- Hospital Alma Máter. (2021). *Estructura organizacional Hospital Alma Máter* [Organigrama]. <https://acortar.link/kg8Xln>
- Hospital Alma Máter. (2024). *Políticas estratégicas*. <https://acortar.link/NSY5Tr>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (s. f.). *Salud mental*. <https://acortar.link/nCxnZa>
- Lämmel, R., & Rivas, J. (2020). *El tríptico* [Material docente]. Universidad San Sebastián. <https://acortar.link/ogKS7F>
- Lanz, C. (2012). El cuidado de sí y del otro en lo educativo. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 17(56), 39–46. <https://acortar.link/oVCbMh>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). <https://acortar.link/2yCNgn>
- Max-Neef, M. (2010, 26 de noviembre). *Manfred Max-Neef, economista chileno, habla sobre la economía descalza, la pobreza y por qué Estados Unidos se está transformando en “un país en vías de subdesarrollo”* [Entrevista]. Democracy Now! <https://acortar.link/ICpXRN>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42–80. <https://acortar.link/QdNQ6j>
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83. <https://acortar.link/CHU0c2>
- Mercado, D. (2025). Gobernación de Antioquia transfiere cerca de \$4.700 millones a la UdeA para ayudar a solventar crisis financiera que atraviesa: ¿A dónde va la plata? *El Tiempo*. <https://acortar.link/9QWx2G>
- Miranda Beltrán, S., & Ortiz Bernal, J. A. (2020). Los paradigmas de la investigación: Un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(21), e113. <https://acortar.link/STvPWM>

- Modelo sistémico y sus fases. (2025). *El modelo sistémico: Comprendiendo sus fases*. <https://acortar.link/XzG6iq>
- Mora-Jiménez, Y., Morales-Salazar, J., Rodríguez-Leiva, J., Herrera-Morales, A., & Miranda-Brenes, D. (2024). Integralidad y transculturalidad en enfermería: Perspectivas desde la teoría del cuidado cultural de Leininger. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 10(3), 155–159. <https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.103.814>
- Moreno-Poyato, S., Rodríguez-Nogueira, Ó., & Corrales-Morales, I. (2015). En torno al concepto de necesidad. *Enfermería Clínica*, 25(3), 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.005>
- Muñoz Franco, N. E. (2014). El cuidado de sí en salud en adultos jóvenes. *Revista Trabajo Social*, (5), 69–94. <https://acortar.link/YknzyJ>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Ávila Sánchez, M. (2019). Adaptación de la teoría de Dorothea Orem a personas con diabetes mellitus complicada con úlcera neuropática. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(1). <https://acortar.link/asVqex>
- National Institute of Mental Health. (s. f.). *El cuidado de su salud mental*. National Institute of Mental Health. <https://acortar.link/nBeBQ8>
- Olivero, I. V. (2025). Evolución histórica del proceso salud–enfermedad–prevención. *Educación y Salud: Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, 13(26), 125–134. <https://acortar.link/tpNN2W>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *El informe sobre los resultados de 2024 de la OMS muestra avances en materia de salud en todas las regiones a pesar de importantes dificultades*. <https://acortar.link/iHK4tT>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (Preámbulo, párr. 1). <https://acortar.link/t2Ha6H>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Acerca de la OMS*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (versión en línea). Organización Mundial de la Salud. <https://acortar.link/YueUHv>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe general: Concurso de experiencias significativas en promoción de la salud en las Américas 2017*. OPS. <https://acortar.link/gEVdmG>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 11 de septiembre). *Semana del bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad compartida*. <https://acortar.link/sDPw57>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Acerca de la Organización Panamericana de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://acortar.link/N9VH70>

- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Colombia: Informe anual de país 2024*. <https://acortar.link/hbFzYG>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Salud en las Américas: Resumen ejecutivo 2024*. <https://acortar.link/ckgG6K>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Informe anual 2024: Colombia*. <https://acortar.link/gp9yh4>
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2021, 16 de noviembre). Dificultad: Qué es, definición y concepto. *Definicion.de*. <https://definicion.de/dificultad/>
- Piña-Ferrer, L. S. (2023). El enfoque cualitativo: Una alternativa compleja dentro del mundo de la investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 8(15), 1–3. <https://doi.org/10.35381/r.k.v8i15.2440>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2025). *¿Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible?* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://acortar.link/7FzryY>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2025). *Objetivo 3: Salud y bienestar*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://acortar.link/LT3oiJ>
- Rico, S. (2024, 10 de marzo). 8 de 10 colombianos experimentan dificultades para el acceso a la salud. *Consultorsalud*. <https://acortar.link/jUsAf3>
- Rincón Gómez, W. A. (2014). Preguntas abiertas en encuestas: ¿Cómo realizar su análisis? *Comunicaciones en Estadística*, 7(2), 137–151.
- Rivas, J., & Ostigüín, R. (2010). Cuidador: ¿Concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1), 49–54.
- Ruiz de Galástica, M. (2017). Breves notas sobre el interaccionismo simbólico. *Orbis Cognita*, 1(1), 1–12.
- Sage. (s. f.). *Asesoría*. Sage Advice España. <https://acortar.link/azYVMM>
- Salazar-Cobeña, C. N., & Ponce-Alencastro, J. A. (2024). Proceso salud-enfermedad en Latinoamérica: Perspectivas desde la economía sanitaria, ambiental y ecológica. *Reincisol*, 3(6), 6943–6969. <https://acortar.link/iHnHR1>
- Sánchez de la Cruz, J. (2022). Cuidado de sí y educación. *MF. Artículos*, 54(enero–junio). <https://acortar.link/sa4VC8>
- Segovia, J. D. (2010). Comprender y redireccionar las prácticas de asesoría. *Revista Iberoamericana de Educación*, 54, 1–23. <https://rieoei.org/RIE/article/view/542/1016>
- Superintendencia de Seguridad Social. (s. f.). *Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. <https://acortar.link/GF4lcm>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Editorial Paidós.

- Telencuestas. (2025). *Cuántos habitantes tiene Medellín, Antioquia en 2025*. <https://acortar.link/iczvuk>
- Tello, C. (2024). La categoría de intervención social como intervención educativa en trabajo social. *Fronteras*, 22, 105–117. <https://doi.org/10.47428/22.1.5>
- Universidad Veracruzana. (2018, febrero). *Modelo de la Acción Razonada* [Material de curso]. Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx>
- Vázquez Verdera, V. (s. f.). *Ética del cuidado: Definición* [PDF]. Universitat de València, Cátedra UNESCO de Estudios sobre Desarrollo y Pobreza. <https://acortar.link/2fv8N7>
- Vélez Restrepo, O. L. (2003). *Reconfigurando el trabajo social: Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio Editorial.
- Vida Mural. (2023, 23 de julio). Murales participativos: Una herramienta de cohesión social. *Vida Mural* <https://acortar.link/JfFn1R>
- Zapata, F., & Rondán, V. (2016). *La investigación-acción participativa: Guía conceptual y metodológica*. Instituto de Montaña.

Anexos

Anexo 1 *Consentimiento informado para la realización del cuestionario con cuidadoras y cuidadores de personas hospitalizadas en el Hospital Alma Máter de Antioquia*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

CUIDADORES DE PACIENTES DEL HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA.

Medellín, 2025.

La intención de este consentimiento informado es dar a conocer a cada una/o de las/os cuidadoras/es que asumen el rol de cuidado de pacientes hospitalizados, las características del cuestionario y su rol protagónico dentro de la realización del proyecto.

Las preguntas están orientadas a acompañantes de pacientes que asumen el rol de cuidado, indagando sobre sus sentires; recursos; problemas de salud que han o experimentan a nivel físico, mental y emocional; técnicas de cuidado de sí, que se tejen en el vínculo que implica asumir el rol de cuidado no solo con relación a la persona que se cuida sino además con respecto a sí mismas/os, sin descartar por parte de ellas/os su elección sobre posibles temas de intervención que les puedan beneficiar para cuidar de sí y de otros.

En ese sentido, todo ello se realiza, con el fin de que desde el área de Trabajo social asistencial se brinde acompañamiento a través de un proyecto de intervención que genere estrategias de atención y apoyo psicosocial.

Esta encuesta es realizada por **Laura Castañeda** y por **Mateo Ríos**, estudiantes en formación de Trabajo social de la Universidad Externado de Colombia y de la Universidad de Antioquia, respectivamente.

La información brindada será confidencial y las respuestas se presentarán en anonimato, y no serán utilizadas para ningún otro propósito u objetivo que esté fuera del proyecto y de su carácter académico.

Según la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013. Yo _____ autorizo el tratamiento de mis datos personales y manifiesto que he sido informado(a) por parte del equipo de Trabajo Social Asistencial del Hospital Alma Máter de Antioquia sobre el propósito y alcance de la presente encuesta. Asimismo, he sido informado(a) que mi participación en esta encuesta es voluntaria, y que puedo abstenerme de responder alguna(s) pregunta(s) o retirarme en cualquier momento.

Anexo 2 *Instrumento de Diagnóstico: Cuestionario – Participantes personas cuidadoras.*

DIAGNÓSTICO SOCIAL - CUESTIONARIO - CUIDADO DE SÍ Y DE
OTRAS/OS.

1. Diagnóstico de la/el paciente.

2. Nombre de la cuidadora o cuidador.

3. Diagnóstico/s de la/el cuidador.

- _____
4. Relación de la/él cuidador con la persona que cuida (madre, padre, hermana, primo, etc).

- _____
5. Edad.

- _____
6. Lugar dónde vive

- _____
7. Autorizo el tratamiento de mis datos personales...

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

POR FAVOR SELECCIONA POR CADA PREGUNTA LA OPCIÓN QUE MÁS TE REPRESENTA CON RELACIÓN A TU LABOR DE CUIDADO.

¿QUÉ SIENTES?

8. ¿Sientes culpa por lo que sucede?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

9. ¿Por qué?

10. ¿Sientes enojo con la persona que cuidas?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

11. ¿Por qué?

12. ¿Sientes temor por lo que pueda traer el futuro?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ NO

13. ¿Por qué?

14. ¿Te sientes sola/o?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ NO

15. ¿Por qué?

16. ¿Te sientes discriminada/o por ser cuidadora/or?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐

NO

17. ¿Por qué?

18. ¿Otras?

¿CON QUÉ RECURSOS CUENTAS?

19. Paciencia

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

20. ¿Por qué?

21. Sabes cómo cuidar de ti y de tu familiar.

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

22. Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué manera te cuidas y cuidas a tu familiar?

23. Tus familiares y amigos te apoyan.

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

24. Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué manera te apoyan?

25. Respaldo por parte del equipo profesional en salud.

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

26. ¿Tienes alguna/s creencia/s que te fortalece?

Marca solo un óvalo.

☐

Sí

☐

No

27. ¿Cuál es tu creencia y cómo te fortalece?

28. ¿Otras?

¿HAS LLEGADO A EXPERIMENTAR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD DESDE QUE CUIDAS?

A nivel mental y emocional:

29. Depresión (sentimientos persistentes de tristeza)

Marca solo un óvalo.

☐

Sí

☐

No

30. Insomnio (no puedes dormir bien)

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

31. Ansiedad (nerviosismo, inquietud)

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

32. ¿Otras?

¿HAS LLEGADO A EXPERIMENTAR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE
SALUD DESDE QUE CUIDAS?

A nivel físico:

33. Agotamiento.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

34. Dolor en la cabeza.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

35. Enfermedades gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, acidez, náuseas y/o vómitos) *Marca solo un óvalo.*

☐

SÍ

☐

No

36. ¿Otras?

¿CÓMO CUIDAS DE TI?

37. Dormir y descansar lo suficiente.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

38. Ejercitarse.

Marca solo un óvalo.

☐

Sí

☐

No

39. Alimentarse bien.

Marca solo un óvalo.

☐

Sí

☐

No

40. Leer sobre temas que te gustan.

Marca solo un óvalo.

☐

Sí

☐

No

41. Pasar el tiempo en el celular o en otros dispositivos móviles.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

42. Escuchar música.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

43. Si la respuesta es afirmativa. ¿Qué tipo de música?

44. Oración, meditación y/o ejercicios de respiración.

45. Hacer parte de una comunidad.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

46. ¿Otras?

¿TE GUSTARÍA RECIBIR CAPACITACIÓN SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS?

47. Autocuidado para el mantenimiento de la salud física.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

48. Autocuidado para el mantenimiento de la salud mental y emocional.

Marca solo un óvalo.

☐

SÍ

☐

No

49. Asistencia Jurídica (tutelas, derechos de petición, Supersalud) y líneas institucionales en caso de emergencia)

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

50. Técnicas de ejercicio, relajación, meditación.

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

51. Arteterapia (música, teatro)

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

52. ¿Otras?

¡MIL GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Link del Formulario: <https://forms.gle/nDUXH3K4KSi9rtng6>

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Anexo 3 Instrumento de diagnóstico – Participantes colaboradores (Psicología & Trabajo Social) Hospital Alma Máter de Antioquia.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Árbol del Cuidado

Objetivo: Mapear de forma visual y rápida, los siguientes aspectos: Recursos (Raíces), Prácticas que sostienen (Tronco), Resultados deseados (Hojas), Dificultades (Plagas) y Necesidades/Apoyos (Abono).

Materiales: cartulina, hojas de colores y marcadores

Deben escribir 1–2 ideas por zona: qué te sostiene (recursos), qué haces o acciones realizas que ayuda al autocuidado (prácticas), qué quisieras lograr, qué se te dificulta y qué necesitarías para mejorar tu autocuidado.

EJEMPLOS:

- Raíces: Recursos con los que cuento (internos/externos):
ejemplos: Tiempo flexible- Red familiar - Pausas activas -Información clara- Apoyo del equipo- Espiritualidad/propósito- Otro
- Tronco: Prácticas que me sostienen (lo que sí hago):
Hidratarme- Comer a horas - Pedir ayuda- Limitar visitas- Respiración/pausas-
- Hojas: Resultados que deseo (metas):
Dormir mejor-Menos estrés-Comunicación clara con el equipo- Más tiempos de descanso
- Plagas: Dificultades concretas:
Falta de tiempo- Cansancio extremo- Información confusa- Trámites- Conflictos familiares- Duelo/ansiedad

- Abono: Necesidades y apoyos que marcarían diferencia ya:
Guía escrita simple- Espacio de descanso- Taller breve de autocuidado-
Acompañamiento psicosocial- Pausas programadas- Transporte/comidas

Preguntas de reflexión:

- ¿Qué tanto te sostienen hoy tus Raíces?
- ¿Qué tan afectado por Plagas te sientes?
- ¿Qué tan factible ves tu Abono principal?

Semáforo de Necesidades - TRIAGE DEL CUIDADO

Objetivo: monitorear estado actual y prioridad de la intervención en tres dimensiones:
Autocuidado, carga Emocional, acceso a información y ayudas.

Materiales: Cartulina y hojas de colores (amarillo, rojo y verde)

Marca en cada semáforo el color que mejor te represente ahora mismo

Ítems

Autocuidado básico (sueño, comida, hidratación, pausas)

Estoy cubierto/a (8–10)

A medias (4–7)

Descuidado/a (0–3)

Carga emocional/estrés

Estoy cubierto/a (8–10)

A medias (4–7)

Descuidado/a (0–3)

Acceso a información clara para cuidar y de autocuidado

Estoy cubierto/a (8–10)

A medias (4–7)

Descuidado/a (0–3)

CATEGORÍAS PARA OBSERVAR:

1. AUTOCUIDADO

Físico: alimentación, descanso, salud.

Emocional: manejo del estrés, espacios de disfrute.

Social: relaciones positivas, apoyo de otros.

2. CARGA EMOCIONAL

Estrés o tensión diaria.

Tristeza o desánimo.

Apoyo emocional disponible.

3. ACCESO A INFORMACIÓN Y AYUDAS

Información sobre derechos o servicios.

Acceso a ayudas o apoyos concretos (alimentación, salud, orientación, etc.).

Comunicación con instituciones o grupos.

Preguntas para la reflexión:

¿Cuáles son las cosas que me ayudan a sentirme tranquila/o o feliz?

¿Cómo manejo las situaciones que me generan estrés o tristeza?

¿Qué tan fácil me resulta darme un espacio solo para mí?

¿Con quién cuento cuando necesito apoyo o compañía?

¿Qué me gustaría cambiar para sentirme más tranquila/o?

¿Siento que puedo hablar de mis emociones con alguien?

¿Qué tipo de información siento que me falta o me gustaría recibir?

¿Qué obstáculos encuentro para obtener ese apoyo?

Preguntas de cierre:

¿Qué color se repitió más? ¿Qué me dice eso sobre mi momento actual?

¿Qué necesito para pasar del rojo o amarillo al verde?

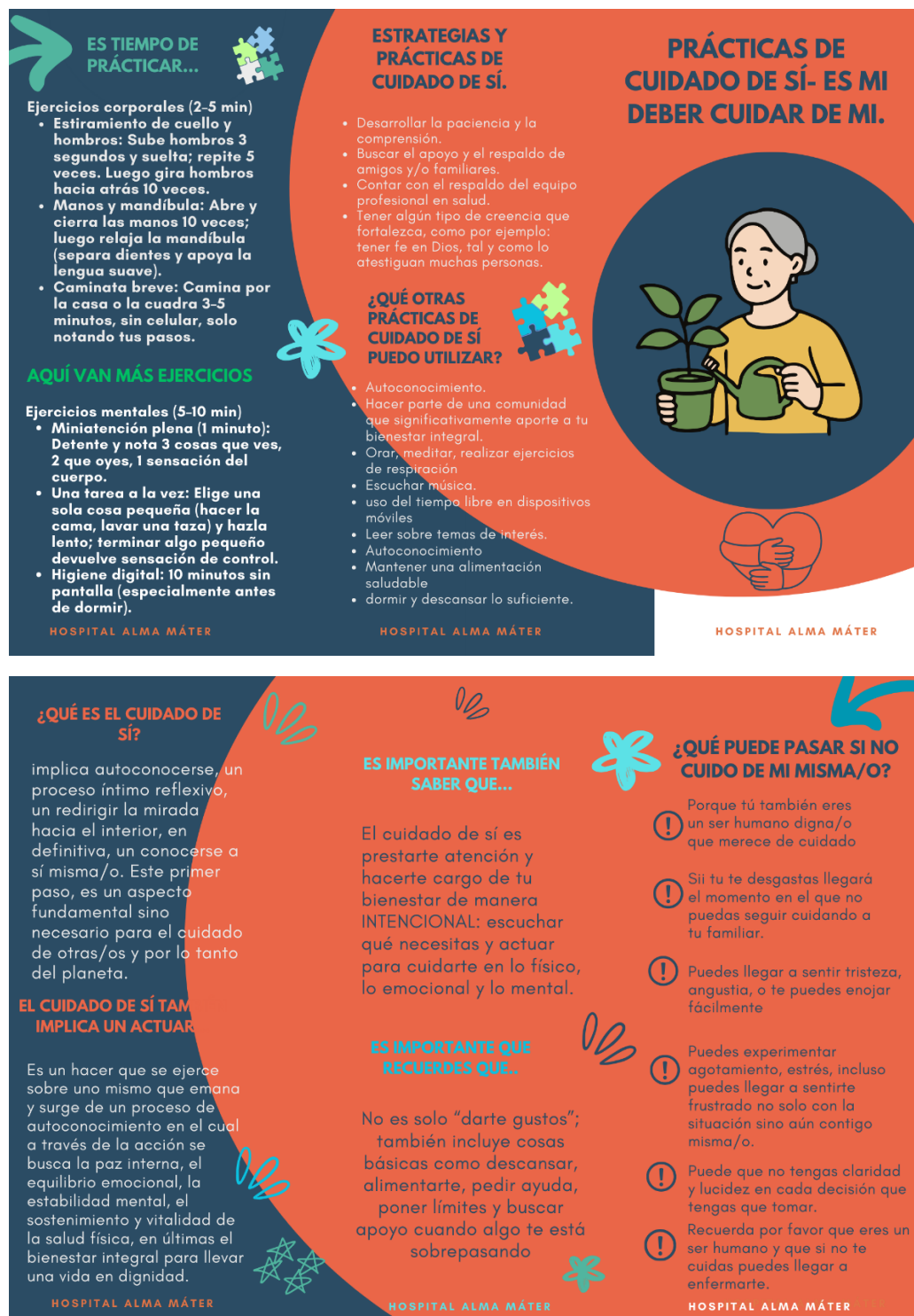
DIARIO DE EMOCIONES:

Objetivo: Identificar las emociones que experimentan diariamente las y los colaboradores del hospital durante dos semanas, reconociendo los momentos específicos en los que surgen y los factores que las generan.

Material: Papelería impresa

Link Canva:

https://www.canva.com/design/DAG0_NML30c/xAi5IQ2fh54RcJGNnKTtQw/edit

Anexo 4 Folleto informativo (Tríptico) 1

Anexo 5 Folleto informativo 2 (Tríptico)

¿Y SI RESPIRAS CONSCIENTEMENTE?

1) Respiración básica (mano en el abdomen)

- Pon una mano en el estómago.
- Respira como siempre, pero notando cómo sube y baja tu abdomen.
- Haz 8-10 respiraciones lentas, sin forzar.
- Sirve para "aterrizar" cuando estás acelerado/a.

AQUÍ VA OTRO EJERCICIO.

Respiración diafragmática (abdomen) 3-5 minutos

- Mano en el abdomen y otra en el pecho.
- Inhala por la nariz lento, intentando que se mueva más el abdomen que el pecho.
- Exhala lento por la boca.
- Ayuda a relajar el cuerpo y bajar el estrés.

ESTRATEGIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SÍ.

- Desarrollar la paciencia y la comprensión.
- Buscar el apoyo y el respaldo de amigos y/o familiares.
- Contar con el respaldo del equipo profesional en salud.
- Tener algún tipo de creencia que fortalezca, como por ejemplo: tener fe en Dios, tal y como lo atestiguan muchas personas.

¿QUÉ OTRAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SÍ PUEDO UTILIZAR?

- Autoconocimiento.
- Hacer parte de una comunidad que significativamente aporte al bienestar integral.
- Orar, meditar, realizar ejercicios de respiración.
- Escuchar música.
- uso del tiempo libre en dispositivos móviles.
- Leer sobre temas de interés.
- Autoconocimiento.
- Mantener una alimentación saludable.
- dormir y descansar lo suficiente.

RECONOCIENDO Y SUPERANDO LA SOBRECARGA DE CUIDADO

¿QUÉ ES LA SOBRECARGA DE CUIDADO?

Es lo que ocurre cuando la tarea de cuidar (a un familiar, paciente o persona dependiente) empieza a "pesar" más de lo que una persona puede sostener en su vida diaria, y se vive como un impacto que desgasta: en el cuerpo, en las emociones, en la mente y también en la vida social y económica.

RECUERDA POR FAVOR QUE...

No es solo "estar cansado/a": suele ser una percepción de que el cuidado te está cambiando la vida (horarios, descanso, trabajo, relaciones, proyectos personales) y que, aunque ames a la persona cuidada, el esfuerzo acumulado te va dejando sin recursos

¿QUÉ ORIGINA LA SOBRECARGA DE CUIDADO?

- **BAJO APOYO SOCIAL:** esto ocurre cuando toda la responsabilidad del cuidado de tu familiar recae sobre ti, cuando no tienes una mano amiga que te apoye en tu labor o que al menos te escuche cuando quieres hablar sobre lo que sientes.
- **PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O EMOCIONAL:** recuerda por favor que también los cuidadores se pueden enfermar. Por ejemplo muchos cuidadores mencionan que desde que están cuidando han experimentado tristeza, inquietud, estrés, preocupación, dolores de cabeza, algunos no logran dormir bien.
- **MUCHAS HORAS DE CUIDADO:** resulta que muchas/os cuidadores pasan mucho tiempo al cuidado de su familiar, pasan mucho tiempo cansados y no sacan ni un solo momento para cuidarse. Ten presente por favor que tú también necesitas descansar.

¿CÓMO PUEDES EVITAR LA SOBRECARGA DE CUIDADO?

- ❗ Pide ayuda cada vez que lo necesites.
- ❗ Busca un grupo de apoyo.
- ❗ Establece límites con la persona a la que cuidas.
- ❗ Si sientes la necesidad de descansar: ¡Por favor descansa!
- ❗ Consulta con tu médica/o cuando sientas que algo no va bien con tu estado de salud.
- ❗ Por favor no descuides tu alimentación.
- ❗ Si la persona a la que cuidas tiene más familiares, por favor siéntate con ellos y delega tareas.
- ❗ Por favor cuida de ti en todo momento.

HOSPITAL ALMA MÁTER

HOSPITAL ALMA MÁTER

HOSPITAL ALMA MÁTER

HOSPITAL ALMA MÁTER

HOSPITAL ALMA MÁTER

HOSPITAL ALMA MÁTER

Anexo 6 Folleto informativo (Tríptico) 3

ESTRATEGIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SÍ.

- Desarrollar la paciencia y la comprensión.
- Buscar el apoyo y el respaldo de amigos y/o familiares.
- Contar con el respaldo del equipo profesional en salud.
- Tener algún tipo de creencia que fortalezca, como por ejemplo: tener fe en Dios, tal y como lo atestiguan muchas personas.

¿QUÉ OTRAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SÍ PUEDO UTILIZAR?

- Autoconocimiento.
- Hacer parte de una comunidad que significativamente aporte al bienestar integral.
- Orar, meditar, realizar ejercicios de respiración.
- Escuchar música.
- uso del tiempo libre en dispositivos móviles
- Leer sobre temas de interés.
- Autoconocimiento
- Mantener una alimentación saludable
- dormir y descansar lo suficiente.

HOSPITAL ALMA MÁTER

COMPONENTES DE UNA ÉTICA DEL CUIDADO DE SÍ:

Dimensión relacional: recuerda por favor que el cuidado de sí implica fortalecer los vínculos y compartir tiempo con pares.

Evaluación del Cuidado: De manera periódica puedes evaluar si las prácticas de cuidado de sí que ejerces sobre ti misma/o están dando sus frutos. Si ese no es el caso siempre podrás buscar otras opciones.

Democratización del cuidado: Ten muy presente que el cuidar debe ser un acto de corresponsabilidad. Tanto hombres como mujeres pueden y deben cuidar y por favor no olvides solicitar ayuda si la llegas a necesitar.

HOSPITAL ALMA MÁTER

PARA UNA ÉTICA DEL CUIDADO DE SÍ.




HOSPITAL ALMA MÁTER

SABÍAS QUE...

El cuidado es una ética humana. Cuidar es lo que hacen los seres humanos; cuidar de uno mismo y de los demás es una capacidad humana natural.




ADemás...

En la ética del cuidado, cuidar se entiende como todo lo que hacemos para "mantener, continuar y reparar nuestro mundo" y ese mundo incluye el propio cuerpo y a "nosotras/os mismas", además del entorno.

HOSPITAL ALMA MÁTER

DE IGUAL MANERA

Una ética del cuidado de sí es importante porque nos recuerda que cuidarnos no es un acto egoísta: es una responsabilidad necesaria para sostener la vida cotidiana y nuestras relaciones de manera más humana.



POR LO DEMÁS...

Cuando practicamos el cuidado de sí, reconocemos que también tenemos límites, necesidades y vulnerabilidades. Eso nos ayuda a tomar decisiones más conscientes, a prevenir el desgaste emocional y a evitar que el "dar a otros" se convierta en sacrificio permanente o en una exigencia injusta.

HOSPITAL ALMA MÁTER

COMPONENTES DE UNA ÉTICA DEL CUIDADO DE SÍ:

Reconoce tus propias necesidades: es importante que tengas en cuenta que en medio de tu labor de cuidado debes reconocer y satisfacer tus necesidades propias.

Responsabilidad por el propio cuidado: recuerda por favor que está en tus manos principalmente cuidar de ti.

Prácticas concretas de cuidado de sí: es importante que diariamente saques un espacio para realizar algún tipo de acción que te genere bienestar y no haga daño a otros.

HOSPITAL ALMA MÁTER