

**Sistematización de experiencias del proceso de relacionamiento desarrollado en la práctica I  
de Trabajo Social en la Fundación Cardiovascular de Colombia**

Silvia Alejandra Mariño Poveda

Trabajo de Grado para optar al Título de Trabajadora Social

Directora

Adriana Vega Martínez

Trabajadora Social

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Bucaramanga

2025

**Tabla de contenido**

1. Delimitación de la experiencia.....	6
1.1 Planteamiento del problema .....	6
1.2 Eje de Sistematización.....	11
1.3 Objeto de Sistematización .....	11
1.4 Objetivos.....	11
1.4.1 Objetivo General .....	11
1.4.2 Objetivos Específicos .....	12
1.5 Justificación .....	12
2. Marco Referencial.....	14
2.1 Marco teórico – conceptual .....	14
2.2 Marco contextual .....	26
2.3 Estado del arte .....	33
3. Metodología .....	39
3.1 Diseño y estructura metodológica .....	40
3.1.1 Fase 1 y 2.....	40
3.1.2 Fase 3.....	42
3.1.3 Fase 4.....	43
3.1.4 Fase 5.....	43
3.1.5 Fase 6.....	44
3.1.6 Fase 7.....	45
4. Reconstrucción, descripción y análisis del proceso de relacionamiento vivido .....	45
4.1 Reconstrucción de la experiencia del proceso de relacionamiento .....	46
4.2 Conocimientos y habilidades adquiridas .....	60
4.3 Barreras presentes.....	68
4.4 Facilitadores presentes.....	75
4.5 Recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social.....	81
5. Conclusiones .....	87
Referencias bibliográficas .....	91

**Lista de tablas**

Tabla 1. Identificación y descripción de los ejes de análisis .....	41
---	----

**Lista de apéndices**

Apéndice A. Matriz categorial .....	104
Apéndice B. Guía entrevista semiestructurada .....	105
Apéndice C. Carta de consentimiento informado .....	108

## Resumen

**Título:** Sistematización de experiencias del proceso de relacionamiento desarrollado en la práctica I de Trabajo Social en la Fundación Cardiovascular de Colombia\*

**Autor:** Silvia Alejandra Mariño Poveda\*\*

**Palabras clave:** Sistematización de experiencias, Trabajo Social, Salud, Relaciones interpersonales, Práctica académica.

**Descripción:** El presente trabajo de grado sistematiza la experiencia del proceso de relacionamiento desarrollado durante la práctica académica I de Trabajo Social en el Centro de Excelencia de Falla Cardíaca de la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV). A través del paradigma interpretativo con enfoque hermenéutico, se reconstruye la vivencia por medio del análisis del diario de campo de la investigadora y de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a pares institucionales, compañeros practicantes y la asesora académica. Lo que permitió identificar los conocimientos y habilidades adquiridas, así como las barreras y facilitadores presentes en la interacción con pacientes, familias y equipo multidisciplinar. Como resultado, se proponen recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social, orientadas a fortalecer el establecimiento de relaciones profesionales en contextos de salud de alta complejidad.

---

\*Trabajo de Grado.

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Adriana Vega Martínez. Trabajadora Social.

**Abstract**

**Title:** Systematization of experiences from the relationship process developed in Social Work Practice I at the Cardiovascular Foundation of Colombia\*

**Author:** Silvia Alejandra Mariño Poveda\*\*

**Key Words:** Systematization of experiences, Social Work, Health, Interpersonal relationships, Academic practice.

**Description:** This undergraduate thesis systematizes the experience of the relationship-building process developed during the first academic practicum of Social Work at the Heart Failure Center of Excellence of the Cardiovascular Foundation of Colombia (FCV). Through an interpretive paradigm with a hermeneutic approach, the experience is reconstructed by analyzing the researcher's field notes and semi-structured interviews conducted with institutional peers, fellow practicum students, and the academic advisor. This allowed for the identification of acquired knowledge and skills, as well as the barriers and facilitators present in the interaction with patients, families, and the multidisciplinary team. As a result, recommendations are proposed for future Social Work practicum students, aimed at strengthening the establishment of professional relationships in highly complex healthcare settings.

---

\*Degree Work.

\*\*Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Advisor: Adriana Vega Martínez. Social Worker.

## **1. Delimitación de la experiencia**

En este capítulo se desarrolla primeramente el planteamiento del problema, para continuar con la definición del eje y objeto de la presente sistematización. Dando paso a la presentación del objetivo general y específicos que plantean lo que se pretende abarcar y analizar de la experiencia, con el fin de proponer recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social. Igualmente se expone el porqué de la delimitación realizada y se resalta su importancia en la justificación al final del apartado.

### **1.1 Planteamiento del problema**

La práctica académica se considera como un medio para otorgar un nuevo significado al aprendizaje de la profesión, lo cual, abre un abanico de discusiones en torno a la concepción de ésta en Trabajo Social (Parola, N., 2019). La Práctica Social se define como una interacción realizada desde un conjunto de acciones y actividades que se basan en normas, enfoques teórico-metodológicos y ético-políticos dentro de un ambiente institucional, con el objetivo de intervenir y cambiar situaciones complejas que afectan a la comunidad, respondiendo a demandas específicas de los diferentes individuos (Parola, N., 2019).

De manera que, identificar y definir el lugar que ocupa la práctica académica en el proceso de formación en Trabajo Social es crucial, ya que constituye el punto de síntesis del proceso formativo y no meramente un espacio de “aplicación de la teoría a la práctica” (Bonfim, P., Repetti, G., 2023). Dado que, esta no es ni hace parte de un terreno experimental para verificar teorías, sino que representa un escenario para ejercitar de manera sintética, práctica y esencial una serie de aprendizajes teórico-metodológicos adquiridos a lo largo de la academia, contrastándolos con una realidad específica. Cabe mencionar, que la experiencia obtenida en la práctica puede presentar

barreras y facilitadores transversales que potencian el desarrollo de habilidades y conocimientos necesarios para el ejercicio profesional efectivo.

De este modo, en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander se constituye la práctica como el tramo final del proceso de formación profesional, por tanto, en el Manual de Prácticas de Trabajo Social (2013) se establece que la misma se divide en dos semestres académicos (noveno y décimo nivel), se especifica su carácter intensivo y se determina que cada estudiante debe contar con un/a asesor/a de prácticas trabajador/a social docente de la Escuela y con un/a par institucional preferiblemente profesional en Trabajo Social para guiar y supervisar el proceso formativo. Igualmente, hay un reconociendo que la experiencia debe ser integradora y desarrollarse a partir de un contenido conceptual sólido, proporcionando amplias oportunidades de contacto con la realidad. Además, define una serie de competencias cognitivas que el estudiante debe alcanzar, entre las cuales se incluye la capacidad de elaborar diagnósticos sociales y propuestas de intervención sustentadas en la lectura crítica, comprensiva y reflexiva de la realidad situacional, con la participación de los sujetos y colectivos sociales (Escuela de Trabajo Social UIS., 2013).

En este contexto, la práctica académica de Trabajo Social a sistematizar se encuentra inmersa en el área de Gestión Asistencial de la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), más específicamente en el Centro de Excelencia de Falla Cardíaca del Instituto Cardiovascular (ICV), desde el cual se tiene como propósito brindar una atención integral, oportuna y eficaz al paciente y a su familia en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad, realizando intervenciones intrahospitalarias y ambulatorias a través de un equipo multidisciplinar integrado por áreas como: Enfermería, Psicología, Fisioterapia, Nutrición, Trabajo Social y las distintas especialidades

Médicas, en el que cada profesión interviene desde su disciplina específica (Fundación Cardiovascular de Colombia., s.f).

Desde el campo de Trabajo Social la intervención social es entendida como “una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objetivo desencadenar procesos de cambio social (...) que irrumpe, que se impone y rompe con el acontecer dado, lo modifica y hace la diferencia” (Tello, N., 2008, p.3-4). En la FCV esta intervención se realiza inicialmente mediante valoraciones intrahospitalarias y ambulatorias con el objetivo de conocer sobre las dinámicas familiares y sociales de los pacientes para identificar los posibles riesgos que puedan afectar su proceso de tratamiento y de recuperación, ya sea dentro de la institución o en casa cuando sea dado de alta. Los riesgos que se han identificado se centran en casos con red de apoyo limitada, dinámica familiar disfuncional, presunta violencia, presencia de consumo activo de sustancias (alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas), pacientes con historial de reingresos por factores sociales, dificultades de acceso a servicios por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS) y pacientes sin comprensión de autocuidado - inadecuada adherencia al tratamiento.

Es de resaltar que en las valoraciones se realiza la recolección de datos sociodemográficos, diagnóstico social y de dinámica familiar, identificación de factores de vulnerabilidad, aspectos económicos y antecedentes de violencia para crear el concepto social, plan de atención, educación y conclusiones, estableciéndose compromisos con los pacientes y familiares para atender estos riesgos y mejorar en dichos aspectos. Estos criterios emitidos desde la profesión pueden abarcar tanto la importancia de la red de apoyo en la recuperación del paciente, así como la necesidad de ser adherente al tratamiento médico y orientaciones con respecto a procesos administrativos.

De esta forma, el trabajador social en el área de la salud se caracteriza por el apoyo y acompañamiento a los pacientes, su familia y entorno, al igual que a los miembros del equipo

multidisciplinario, trabajando sobre recursos internos y externos que facilitan el proceso de recuperación de la salud, determinando en primer lugar las necesidades, problemáticas familiares y sociales que han afectado en ésta. Asimismo, busca tener impacto en las comunidades, desarrollando estrategias donde se permita socializar y generar redes de apoyo que serán de utilidad para la recuperación del paciente en lo físico, social, familiar, etc (Correa, M., et al., 2019).

En este orden de ideas, es necesario realzar la importancia de las relaciones o procesos de relacionamiento profesional que se establecen en la primera fase de la práctica académica de Trabajo Social en el sector salud, ya que permiten a los estudiantes familiarizarse con el trabajo multidisciplinario y desarrollar habilidades de coordinación y colaboración. Durante esta etapa formativa, el estudiante aprende a interactuar de manera profesional con otros integrantes del equipo, comprendiendo cómo las diferentes disciplinas contribuyen al proceso de recuperación del paciente. Dicho trabajo en conjunto no solo enriquece la intervención en salud, sino que también aporta al desarrollo de competencias interpersonales, como la comunicación asertiva, la cooperación y el respeto por las diferentes perspectivas y roles.

Por lo tanto, esta experiencia fortalece la capacidad de los futuros trabajadores sociales para gestionar redes de apoyo, comprender la dinámica del sistema de salud y participar en la toma de decisiones clínicas y sociales, brindándoles la oportunidad de aprender a comunicar y defender su papel dentro de la institución, promoviendo una visión integral del cuidado e intervención que abarca tanto los aspectos médicos como los factores sociales y familiares, esenciales en la recuperación y el bienestar del paciente.

Sin embargo, adentrarse como practicante de Trabajo Social en un ambiente de alta complejidad en salud es una experiencia desafiante que pone a prueba no solo los conocimientos académicos, sino también las habilidades sociales esenciales para el relacionamiento profesional.

La empatía, la escucha activa, la comunicación y el asertividad se convierten en herramientas fundamentales para establecer vínculos significativos con pacientes, familias y equipos multidisciplinarios. En este escenario surgen situaciones como la jerarquización en los equipos de salud, la carga laboral del personal médico y la incertidumbre que rodea a los pacientes, que pueden dificultar la integración del trabajador social en la dinámica hospitalaria.

Por consiguiente, la práctica en salud no solo exige habilidades técnicas, sino también la fortaleza emocional para enfrentar realidades límite, aprender de ellas y consolidar una identidad profesional sólida y resiliente, debido a la presión inherente del medio clínico, la necesidad de adecuarse rápidamente a las dinámicas de trabajo en equipo y las demandas emocionales y éticas que surgen en la atención de salud. Además de la interacción constante con los diferentes profesionales de la salud, pacientes y familiares en contextos que exigen el desarrollo óptimo de habilidades de relacionamiento efectivas.

Aun así, existen facilitadores que permiten superar estos obstáculos, como la disposición al aprendizaje, la construcción de confianza con los profesionales de la salud y la capacidad de adaptación a un ritmo de trabajo acelerado.

No obstante, a pesar de la importancia del relacionamiento en el proceso formativo, hay poco conocimiento de guías prácticas y sistematizaciones de experiencias previas que orienten a los estudiantes sobre cómo establecer y fortalecer estas relaciones en escenarios de alta complejidad. Esta falta de recomendaciones prácticas específicas puede resultar en dificultades para que los practicantes logren integrarse efectivamente en los equipos de salud, lo que impacta su capacidad de intervención y, en última instancia, la calidad del servicio que brindan a los pacientes. La sistematización de estas experiencias es importante para identificar las prácticas que

facilitan o dificultan el relacionamiento, permitiendo mejorar los procesos formativos y optimizar la adecuación de los estudiantes en estos entornos.

Por ese motivo, la presente sistematización se propone analizar el proceso de relacionamiento desarrollado en la práctica académica I de Trabajo Social en la FCV para satisfacer la necesidad de contar con recomendaciones aplicables que orienten a futuros practicantes en la construcción de relaciones profesionales sólidas en el sector salud. Para alcanzar este objetivo, se busca reconstruir la experiencia vivida, identificar los conocimientos y habilidades adquiridos, y explorar las barreras y facilitadores presentes en el relacionamiento, lo cual permitirá responder a la pregunta eje de esta sistematización: ¿Cómo se desarrolla la experiencia del proceso de relacionamiento en el marco de la práctica académica I de Trabajo Social realizada en la Fundación Cardiovascular de Colombia?

## **1.2 Eje de Sistematización**

¿Cómo se desarrolla la experiencia del proceso de relacionamiento en el marco de la práctica académica I de Trabajo Social realizada en la Fundación Cardiovascular de Colombia?

## **1.3 Objeto de Sistematización**

La experiencia del proceso de relacionamiento desarrollado en el marco de la práctica académica I de Trabajo Social realizada en la Fundación Cardiovascular de Colombia durante el segundo semestre académico del año 2024, a partir de la identificación de los conocimientos - habilidades adquiridas en la práctica y de la exploración de las barreras y facilitadores presentes en el proceso.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Analizar el proceso de relacionamiento desarrollado en la práctica académica I de Trabajo Social realizada en la Fundación Cardiovascular de Colombia, con el fin de aportarle a futuros practicantes recomendaciones que fortalezcan el establecimiento de sus relaciones profesionales en instituciones de salud de alta complejidad.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Reconstruir la experiencia del proceso de relacionamiento en la práctica I de Trabajo Social realizada en la Fundación Cardiovascular de Colombia.
- Identificar los conocimientos y habilidades adquiridas en el marco del proceso de relacionamiento de Trabajo Social en práctica I en la Fundación Cardiovascular de Colombia.
- Explorar las barreras y facilitadores presentes en las relaciones profesionales desarrolladas en la práctica I de Trabajo Social de la Fundación Cardiovascular de Colombia.
- Proponer recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social que aporten en su proceso de relacionamiento en instituciones de salud de alta complejidad.

#### **1.5 Justificación**

La presente sistematización de la experiencia en el marco de la práctica académica de Trabajo Social en la Fundación Cardiovascular de Colombia se lleva a cabo debido a la intención de conocer de manera profunda las dinámicas y particularidades del proceso de relacionamiento de Trabajo Social en un escenario específico de salud. Por lo que esta focalización permite un análisis detallado de la experiencia, habilidades, conocimientos adquiridos, barreras y facilitadores que emergen en este entorno de la práctica, posibilitando así la generación de conocimientos aplicables y transferibles a situaciones similares. Esto configura un proceso integral que asegura no sólo una comprensión, reconstrucción y reflexión de la experiencia de la práctica preprofesional sino

también el desarrollo de propuestas concretas para aportar en futuras experiencias, enriqueciendo la disciplina en su desarrollo y adaptación a las cambiantes necesidades del área de la salud.

Así pues, la sistematización de las relaciones desarrolladas en la práctica I constituye un pilar fundamental, dado que en esta fase inicial se sientan las bases para la construcción de vínculos con colegas, pacientes y otros actores del sector salud. Es claro que la capacidad de establecer relaciones de colaboración y respeto mutuo es relevante para un óptimo ambiente laboral, dado que las decisiones y estrategias de atención requieren una comunicación clara y un compromiso conjunto entre profesionales. La importancia de esta investigación radica en su potencial para dotar a los futuros trabajadores sociales de herramientas que faciliten interacciones significativas y eficientes, promoviendo un clima de confianza en el que los pacientes sientan seguridad y respaldo en su proceso de recuperación, desde el manejo de habilidades interpersonales que les permita a los practicantes adaptarse y responder a las necesidades de cada caso con mayor empatía y sensibilidad.

En este orden de ideas, la importancia de la sistematización radica en su potencial para influir positivamente en la calidad de la formación académica y profesional de los estudiantes de Trabajo Social. Por lo que la experiencia sistematizada aporta en lo práctico ofreciendo conocimientos directos para fortalecer y contribuir en los procesos de relacionamiento de Trabajo Social dentro del ámbito de la salud, contribuyendo en la mejora de la atención e intervención de la población objeto. Teóricamente, enriquece la literatura existente sobre prácticas preprofesionales en Trabajo Social, especialmente en el contexto de la salud, ofreciendo un marco referencial para futuras sistematizaciones e intervenciones.

Finalmente, a nivel metodológico, se efectúa una sistematización de experiencias en modalidad de investigación cualitativa, bajo el paradigma interpretativo con enfoque hermenéutico

(Ghiso, A., 1998), pues este enfoque permite realizar una mejor profundización del ejercicio preprofesional desde la interpretación de la perspectiva de la investigadora, ahondando en sus aprendizajes para finalmente posibilitar la creación de acertadas recomendaciones. De este modo se demuestra cómo la sistematización de experiencias puede ser utilizada como una herramienta eficaz para el aprendizaje continuo y la mejora de prácticas en el Trabajo Social, destacando la importancia de su reflexión para potenciar su impacto.

Con ello, la investigación además de contribuir al desarrollo formativo de los futuros trabajadores sociales también mejora la calidad del ejercicio profesional en instituciones de alta complejidad, beneficiando tanto a los equipos inter/multidisciplinarios, como a los usuarios del sistema de salud.

## **2. Marco Referencial**

El siguiente apartado está conformado por varios elementos teóricos que son importantes para esta sistematización de experiencias, incluyendo un marco teórico-conceptual que aborda los conceptos principales que guían el análisis de la experiencia de la investigadora, los cuales son: Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Rol del Trabajo Social en el ámbito de la Salud, Relaciones Interpersonales, Trabajo en equipo en Salud, Habilidades Sociales, Sistematización de Experiencias y la Teoría del Poder de Michel Foucault.

Además, se realiza un acercamiento sobre el entorno en el que se desarrolló la experiencia, el cual está presentado en el marco contextual, para finalmente, desde el estado del arte presentar una revisión bibliográfica con el propósito de descubrir la producción académica sobre estudios que abarcan procesos de relacionamiento.

### **2.1 Marco teórico – conceptual**

Para comprender el proceso de relacionamiento desarrollado en la práctica académica realizada en el área de Trabajo Social de la Fundación Cardiovascular de Colombia, es importante abarcar diversos elementos teórico - conceptuales que están presentes e impactan en el ejercicio de esta.

Es fundamental iniciar este apartado desde una aproximación teórica sobre la salud, la cual está definida por la Organización Mundial de la Salud (1946) como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, en donde el bienestar físico abarca el llevar un estilo de vida activo, manteniendo una alimentación saludable y descansar de forma adecuada; el mental está conformado por el bienestar emocional y psicológico; y el social promueve el crear y mantener buenas relaciones interpersonales y la participación en comunidad, estando estos tres tipos de bienestar íntimamente interrelacionados.

Y aunque antes de esto se consideraba sana a la persona que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible, siguen habiendo críticas en cuanto a la definición de la OMS, debido a que se cree que la idea de un completo estado de bienestar es imposible, ya que como afirma Vergara (2007) “la salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción” p.45.

Es así como hoy día se puede presentar una definición dinámica y cambiante de salud; su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que la formula y que la acepta, comprendiéndose como un periodo relativo, individual y colectivo entre salud-enfermedad producto de todos los determinantes sociales genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en el entorno, que se distribuyen socialmente y se manifiestan en nuestra biología (Valenzuela, L., 2016).

En concordancia con lo expuesto, cabe profundizar en el tema de los Determinantes Sociales de la Salud que son definidos por la Organización Panamericana de la Salud (2009) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana", esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. Asimismo, al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales (De la Guardia, M., & Ruvalcaba, J., 2020). Lo señalado muestra que este enfoque surge como respuesta a las mencionadas desigualdades en salud, las cuales son originadas por diferencias étnicas, raciales, socioeconómicas, entre otras que limitan e influyen en el estado de bienestar de las personas.

Los determinantes sociales de la salud pueden estar relacionados con los aspectos biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos del contexto en el que se vive, ejerciendo gran influencia en el estado de salud de los individuos (Alfaro, N., 2014). De este modo, desempeñan un rol esencial en el bienestar individual y comunitario, pues afectan la disponibilidad de servicios médicos, las elecciones de hábitos de vida, el acceso al servicio de salud y la capacidad para tomar decisiones que promuevan la salud, cabe mencionar que estos determinantes son modificables y pueden presentarse en magnitudes diferente en cada uno de los grupos sociales, países, estados, regiones y comunidades (Alfaro, N., 2014).

Por lo tanto, se hace relevante abarcar el rol del Trabajo Social en el ámbito de la salud que está definido como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud - enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad” (Alava, L., Lino, L., & Anchundia, V., 2017). Se observa que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso conlleva el estudiar al paciente e identificar sus redes de apoyo y relaciones interpersonales.

Este quehacer profesional está orientado a conocer las problemáticas de salud de la población a través de la investigación; “buscando el cumplimiento efectivo de las políticas sociales, coordinando acciones con el equipo interdisciplinario, así como las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y sociedad en general” (Alava, L., Lino, L., & Anchundia, V., 2017). El trabajador social reconoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad y promueve la utilización de los recursos disponibles a través de funciones de “investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones de salud” (Alava, L., Lino, L., & Anchundia, V., 2017).

Unido a lo anterior desarrolla procesos de actuación desde la intervención individual, familiar, grupal e intervención comunitaria, teniendo en cuenta las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de las personas, hogares y comunidades, desarrollando su labor tanto en las instituciones de salud, como en espacios donde tienen lugar las relaciones sociales y se generan redes de apoyo que soportan y ayudan a la persona (Correa, M., et al, 2019).

De esta forma, en el sector salud las practicas académicas de Trabajo Social tiene lugar como pieza clave dentro del equipo multidisciplinar, donde los estudiantes cooperan con los trabajadores sociales en la defensa de los derechos humanos y la dignidad de los pacientes, teniendo en cuenta su estado de vulnerabilidad en cuestiones de salud, además tienen un papel importante como informadores al brindar conocimiento y asesorar en procedimientos de manera clara para agilizar los trámites de los usuarios en las instituciones de salud. Asimismo, proyectan una influencia positiva hacia el equipo multidisciplinario para generar cambios integrales a favor de los pacientes de los servicios de salud (Ávila, G., 2020).

También, actúan como promotores de estilos de vida saludable y de prevención de diversas enfermedades, aportando en la coordinación de grupos de psicoeducación o grupos de ayuda mutua (GAM) para que los pacientes y familiares generen un proceso de reflexión y socialicen la experiencia de su condición médica (Ávila, G., 2020). Es así como entonces, además de contribuir en el proceso de tratamiento y recuperación de los pacientes, los practicantes de Trabajo Social fortalecen sus bases y habilidades como defensores, asesores, comunicadores, observadores, promotores y lideres para sus futuras intervenciones en el campo laboral.

Ahora bien, existe la necesidad de desarrollar el concepto de relaciones interpersonales que son definidas por Portugal (2000) como “las vinculaciones y relaciones directas que se van conformando en la vida real, entre los individuos que piensan y sienten” p.91 (como se citó en Gallegos, W., et al. 2018), se trata de las habilidades que tienen las personas para interactuar y proyectarse ante otros dentro de una sociedad. Estas capacidades deben cultivarse de forma que favorezcan la convivencia con quienes integran el entorno familiar, social y laboral. A lo largo de su vida, cada individuo establece múltiples vínculos, como los que mantiene con padres, hijos,

amistades, compañeros de trabajo o de estudio, y por medio de estas relaciones se comparten maneras de sentir y de percibir la vida, así como necesidades e intereses (García, F., et al. 2023).

Las relaciones interpersonales son fundamentales en el proceso de humanización, ya que permiten el enriquecimiento mutuo y la construcción de la identidad personal a través de la comunicación. Según García (1995) la comunicación interpersonal no solo satisface necesidades psicológicas, sino que también facilita la socialización y el crecimiento personal, destaca que el ser humano no puede realizarse en soledad, sino en interacción con los demás, donde la donación, la reciprocidad y el respeto a la libertad son elementos clave; asimismo el diálogo auténtico y la escucha activa promueven la comprensión y el desarrollo integral (García, M., 1995). En esencia, las relaciones interpersonales son un pilar para la convivencia armónica y la realización tanto individual como colectiva.

Por ende, se puede afirmar que las relaciones interpersonales juegan un papel clave tanto en la formación profesional como dentro de las instituciones en las que se ejerce, debido a que influyen a nivel organizacional. En palabras de Martínez (2017) estas relaciones no solo son relevantes para el bienestar emocional de los trabajadores, sino también para la eficacia laboral. El autor menciona que habilidades como la comunicación, el respeto y la inteligencia emocional son esenciales para evitar conflictos y fomentar un clima organizacional positivo, también expone que las "habilidades suaves" son tan importantes como las técnicas, ya que permiten construir equipos cohesionados y mejorar la productividad (Martínez, R., 2017).

De igual forma, en la formación profesional estas relaciones conforman un factor primordial en la transferencia de conocimientos, aprendizajes y mejora de la calidad educativa, ya que generan espacios de interacción saludable entre los miembros de la comunidad educativa a través del fortalecimiento de habilidades sociales que favorecen en la creación de un ambiente

escolar ameno, especialmente entre docentes y estudiantes (Ramírez, J., & Tesén, J., 2022). En el contexto universitario, las relaciones interpersonales en ocasiones enfrentan desafíos como la desconfianza, la falta de comunicación y la resistencia al trabajo colaborativo. Loáiciga (2020) identifica que estos problemas surgen durante actividades grupales, donde algunos estudiantes muestran desinterés o dificultad para socializar, lo que afecta la convivencia y el aprendizaje.

Para superar estas barreras, el autor propone dinámicas que fomenten la participación activa, la empatía, comunicación y la reflexión sobre el rol docente, con el fin de mejorar las interacciones en el aula (Loáiciga, J., 2020). Cedeño et al. (2022) destacan que las habilidades socioemocionales permiten a los estudiantes gestionar conflictos y adaptarse a entornos sociales diversos, creando un clima de respeto y colaboración. La práctica de la inteligencia emocional en las instituciones educativas no solo mejora la convivencia, sino que también prepara a los estudiantes para enfrentar desafíos futuros en su vida personal y profesional.

Con lo dicho anteriormente, no está de más decir que estos vínculos o lazos establecidos entre las personas resultan indispensables para el desarrollo integral del ser humano, ya que influyen en su crecimiento personal, profesional, afectivo, etc.

Por lo tanto, es pertinente considerar cómo se configura y desarrolla el trabajo en equipo en el ámbito de la salud. Cazzaniga (2001) identifica que los equipos interdisciplinarios en salud enfrentan obstáculos epistemológicos, administrativos y políticos que dificultan su consolidación. La fuerte estructuración de las disciplinas, heredada de la ciencia moderna, promueve una fragmentación del conocimiento y una jerarquización profesional que dificulta la construcción de un marco común de intervención (Cazzaniga, S., 2001). Además, la organización institucional, con divisiones por departamentos según profesiones, favorece la derivación de casos en lugar de un trabajo integrado genuino.

En este sentido, la formación académica temprana en trabajo en equipo se revela como una estrategia crucial para superar estos obstáculos. Alvarado (2021) sostiene que fomentar el trabajo colaborativo durante la formación de los profesionales de la salud permite desarrollar habilidades sociales, profesionales y personales esenciales, como la comunicación, el liderazgo, la empatía y el respeto. El autor enfatiza que esta preparación no solo mejora la calidad de la atención al usuario, sino que también incrementa la seguridad del paciente y la satisfacción del personal, minimizando errores y evitando la mala praxis (Alvarado, D.,2021).

La implementación de estrategias didácticas específicas en la educación superior es un componente clave para Alvarado (2021), sugiere la utilización de metodologías activas como el aprendizaje basado en problemas, el estudio de casos o los proyectos, supervisadas por docentes con liderazgo conciliador que fomenten la armonía y la lealtad dentro del grupo. Este enfoque busca trascender la mera articulación o interconsulta para construir un auténtico equipo interdisciplinario, donde el conocimiento se articule de manera transversal y se logre una intervención integral (Alvarado, D., 2021; Cazzaniga, S., 2001).

Se coincide en que el trabajo en equipo ya sea inter o multidisciplinario, es una herramienta indispensable y una condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas actuales en salud. Mientras que Cazzaniga (2001) lo ve como una estrategia de intervención y resistencia frente a contextos adversos, Alvarado (2021) lo concibe como un medio para garantizar una atención de calidad, con humanismo y basada en una comunicación efectiva, que beneficia tanto a los usuarios como a los propios profesionales.

Por eso la implementación de habilidades sociales es esencial para interactuar de manera efectiva en diversos entornos, ya sea familiar, académico, laboral o social, debido a que estas competencias facilitan la construcción de relaciones más sólidas, armoniosas y productivas.

En el ámbito personal, las habilidades sociales permiten establecer conexiones emocionales profundas, fomentando la confianza y el apoyo mutuo. Autores como Goleman (1998) y Bisquerra (2003) destacan que la capacidad de expresar emociones, escuchar activamente y resolver conflictos de manera asertiva contribuye a relaciones más satisfactorias y duraderas. Además, estas competencias ayudan a prevenir problemas como el aislamiento social o la ansiedad interpersonal, favoreciendo un mayor bienestar psicológico.

En el contexto laboral, su relevancia es aún más evidente. Estudios como el de García (2019) demuestra que profesionales con habilidades sociales desarrolladas como la comunicación asertiva, la empatía y el trabajo en equipo logran un mejor desempeño, mayor adaptabilidad a los cambios y un clima organizacional positivo. Esto se traduce no solo en productividad, sino también en oportunidades de crecimiento profesional, ya que, estas competencias son clave para liderazgos efectivos y negociaciones exitosas.

Finalmente, en entornos educativos, su impacto es igualmente significativo. Investigaciones como la de Contini (2009) vincula el dominio de habilidades sociales con un mejor rendimiento académico y una mayor integración grupal. Estas capacidades permiten a los individuos adaptarse a dinámicas diversas, desde colaborar en proyectos hasta manejar críticas constructivas, lo que refuerza su resiliencia y autoestima.

Así pues, es necesario exponer que esta investigación concibe la sistematización de experiencias como un proceso interpretativo y crítico que trasciende el mero ordenamiento de datos, para asumirse como una reconstrucción reflexiva de prácticas sociales vividas (Jara, O., 2009). Siendo un ejercicio dialéctico que recupera la voz de los protagonistas, identificando no solo lo que se hizo, sino los significados, contradicciones y aprendizajes emergentes. Para ello, Jara (2009) propone examinar seis componentes inseparables: las condiciones del contexto, las

situaciones particulares, las acciones realizadas, las interpretaciones de los participantes, los resultados obtenidos y las relaciones construidas. Esta mirada holística permite comprender las experiencias como procesos vitales irrepitibles, donde los sujetos son agentes activos de transformación y no solo receptores pasivos.

En la visión de Ghiso (2011) este proceso debe resistirse a las lógicas dominantes de estandarización y burocratización, que suelen invisibilizar los conflictos y las voces de los actores involucrados. En cambio, propone una sistematización crítica y hermenéutica a través del diálogo y la reflexión colectiva donde las narrativas de los participantes se entrelazan para construir significados compartidos (Ghiso, A., 2011). Lejos de buscar fórmulas universales, valora la diversidad de experiencias y contextos, reconociendo que toda práctica está sujeta a reinterpretaciones. Así, la sistematización se convierte en una herramienta para cuestionar las estructuras de poder y promover alternativas pedagógicas y sociales más justas Ghiso (2011), su propuesta no solo aporta a la cualificación de las prácticas, sino que también invita a repensar los marcos teóricos y metodológicos enriqueciendo el conocimiento sobre el quehacer.

Desde esta perspectiva, la sistematización se erige como una herramienta emancipadora, arraigada en las corrientes críticas latinoamericanas como la Educación Popular y la Reconceptualización del Trabajo Social. Jara (2009) vincula su propuesta con la epistemología de Paulo Freire, para quien sistematizar es un acto político-pedagógico que desvela las relaciones de poder y fortalece la agencia colectiva. En el contexto del Trabajo Social, esto implica trascender la burocracia institucional y recuperar el saber situado de las comunidades, la sistematización, así entendida, no solo produce conocimiento válido para futuras intervenciones, sino que cuestiona los paradigmas dominantes al priorizar los aprendizajes surgidos desde la práctica (Jara, O., 2009). Como señala Jara (2009) su valor radica en comunicar lo vivido para transformar lo establecido,

articulando la reflexión teórica con el compromiso ético por la justicia social. Este enfoque resulta fundamental para investigaciones como la presente, donde se busca analizar el relacionamiento profesional en espacios de salud.

Por otra parte, es importante mencionar que esta sistematización se construye desde la perspectiva de la Teoría del Poder de Michel Foucault pensada en las relaciones de poder dentro de la práctica académica de Trabajo Social, ya que este enfoque no concibe el poder como un atributo estático que se posee, sino como una red de relaciones que se ejerce de manera constante y bidireccional en los intercambios sociales que se ejercen en la práctica cotidiana (Pelegrí, X., 2018). Foucault plantea que el poder es inherente a toda relación social y se manifiesta a través de mecanismos como la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen, los cuales operan en la intervención profesional del Trabajo Social que se traduce en el binomio saber-poder donde el conocimiento técnico legitima la autoridad del trabajador social (Pelegrí, X., 2018) e influye en las dinámicas con usuarios, equipos inter/multidisciplinarios y la institución. Se enfatiza que el poder no es necesariamente negativo; puede ser productivo si se gestiona éticamente (Pelegrí, X., 2018), especialmente en un entorno de alta complejidad médica, donde este se ejerce en decisiones clínicas, acceso a recursos o en la construcción de diagnósticos sociales.

Pelegrí (2018) resalta cinco dimensiones del poder en el área e intervención profesional: la dimensión burocrática (normas institucionales que condicionan la intervención), simbólica (lenguaje, espacios físicos y roles que refuerzan asimetrías), comunicacional (discurso técnico como herramienta de poder), procedimental (técnicas de intervención que pueden emancipar o controlar), y la dimensión actitudinal (actitudes del profesional que perpetúan o reducen desigualdades). Estas dimensiones permiten analizar críticamente la práctica profesional, identificando cómo se negociaron relaciones de poder.

La propuesta foucaultiana, complementada con Pelegrí (2004) mencionan que las relaciones de poder en el Trabajo Social son multidimensionales, por un lado, el profesional actúa como sujeto de poder al tomar decisiones que afectan la vida de los usuarios, pero también como objeto de poder al someterse a normas institucionales y políticas sociales. Señalándose que donde hay poder, hay resistencia, lo que permite a los usuarios y a los profesionales cuestionar y transformar dinámicas. En el ámbito organizacional, el poder se manifiesta a través de la burocracia que condiciona la autonomía del trabajador social, y en la comunicación, donde el lenguaje técnico puede reforzar desigualdades, por lo que Pelegrí (2004) invita a reflexionar sobre cómo el Trabajo Social puede revertir prácticas represivas hacia un poder colaborativo, alineado con la justicia social y la autonomía de los usuarios.

Por lo tanto, la Teoría del Poder de Michel Foucault ofrece un marco analítico idóneo para comprender el proceso de relacionamiento vivido durante la práctica académica de Trabajo Social en la Fundación Cardiovascular de Colombia. En este sentido, las interacciones sostenidas con trabajadores sociales, otros practicantes y el equipo multidisciplinar no solo estuvieron mediadas por jerarquías formales propias de la institución, sino también por flujos de saber y autoridad que se negociaban en el día a día, configurando dinámicas que influyeron en el aprendizaje y en la forma de aportar a los procesos de intervención.

En este contexto, el poder se manifiesta a través de normas, protocolos y discursos institucionales que orientan las acciones de todos los profesionales. Foucault denomina a este fenómeno poder disciplinario, el cual regula comportamientos, distribuye roles y establece procedimientos para garantizar la atención y el cuidado de los pacientes, en donde la labor de practicante se insertaba en estas estructuras, participando en la aplicación de lineamientos institucionales y, a la vez, observando cómo cada miembro del equipo interpretaba y adaptaba

dichas directrices según su área de conocimiento y su relación con el paciente y su familia. Esta interacción permitía ver cómo el poder se ejerce no solo desde la autoridad médica, sino también desde la capacidad de cada profesional para influir en las decisiones y en la comprensión de la salud.

Para finalizar, el poder en este entorno no se limita al control individual de conductas, sino que se extiende hacia una dimensión biopolítica, donde las acciones de los distintos profesionales buscan incidir en el bienestar colectivo y prevenir riesgos a nivel poblacional, por lo que la mirada foucaultiana permite reconocer que el proceso de relacionamiento en la práctica de Trabajo Social no fue una simple ejecución de tareas, sino un entramado de interacciones donde el poder circulaba y se transformaba constantemente. La posición como practicante se colocaba simultáneamente en un rol de aprendiz y de agente activo, experimentando cómo el saber profesional, las experiencias de los pacientes y las dinámicas del equipo se entrelazaban para generar intervenciones más completas. Esta comprensión evidencia que el poder, lejos de ser únicamente un mecanismo de control, puede convertirse en una fuerza productiva que posibilita la cooperación, la construcción conjunta de estrategias y el fortalecimiento del vínculo entre los diferentes actores del proceso de atención.

## **2.2 Marco contextual**

Teniendo en cuenta el entorno en el que se enmarca la experiencia a sistematizar, se considera elemental realizar una profundización del lugar en donde se llevó a cabo la práctica académica, el cual es la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) que es una institución de salud de categoría nivel cuatro de complejidad, sin ánimo de lucro de carácter privado, ubicada en Floridablanca – Santander.

Desde su creación en el año 1982 se ha comprometido con el mejoramiento de la salud y el bienestar de la comunidad a través de diversos proyectos y la prestación de servicios integrales que cuentan con altos criterios de excelencia, innovación y sentido social, ofreciendo soluciones basadas en la mejor experiencia y atención a la población (Fundación Cardiovascular de Colombia, s.f).

En la actualidad la Fundación Cardiovascular de Colombia es un importante Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en el ámbito regional, nacional e internacional que dispone de más de 10 subespecialidades en cardiología y cirugía cardiovascular. Gracias a la calidad de su equipo humano se ha mantenido entre las mejores prácticas en el manejo de falla cardíaca, infarto, asistencia ventricular, entre otros servicios. Además, es la institución líder en el trasplante de órganos y soporte vital extracorpóreo, donde a disposición de la comunidad, opera la unidad de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) más extensa de Latinoamérica (Fundación Cardiovascular de Colombia, s.f).

En este orden de ideas, es importante saber que las enfermedades cardiovasculares (ECV) atendidas por la institución son enfermedades del corazón y del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f). Implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causados por daño al corazón o la aterosclerosis; “una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, que puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos y puede conducir a un ataque al corazón, angina o derrame cerebral” (OMS, 2021). Estas condiciones de salud pueden ser: presión arterial alta, enfermedad coronaria (infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad cardíaca

congénita y cardiomiopatías. Las cuales producen alrededor del 30 % de las muertes anuales a nivel global, lo que la convierte en la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (Escobar, G., et al, 2021). Por ende, son la primera causa de muerte en el mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud cada año cobran la vida de aproximadamente 17.9 millones de personas, lo que representa el 32% de todas las muertes a escala mundial. De estas, el 85% se debieron a infartos de miocardio y a accidentes cerebrovasculares (FCV, 2024). En otras palabras, más de cuatro de cada cinco defunciones por enfermedades cardiovasculares se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, y una tercera parte de ellas son prematuras, es decir, de personas menores de 70 años (OMS, 2021).

En Colombia, de acuerdo con cifras preliminares, estas patologías representaron la primera causa de mortalidad en 2022 (175,73 por 100.000 habitantes), principalmente a expensas de la enfermedad isquémica coronaria (96,57 por 100.000 habitantes), la enfermedad cerebro vascular (33,53 por 100.000 habitantes) y las enfermedades hipertensivas (21 por 100.000 habitantes). Para 2022, según datos preliminares, 100,5 de cada 100.000 personas de 30 a 70 años fallecieron por enfermedades cardiovasculares en el país (24.395 defunciones), siendo la segunda causa de muerte en esta población. Los territorios que reportaron mayor número de muertes fueron: Tolima, Norte de Santander, Risaralda, Caldas, Guaviare, Archipiélago de San Andrés, Valle del Cauca, Atlántico, Huila y Quindío (Minsalud, 2023).

En Santander se ha reportado un alarmante número de casos, debido a que la principal causa de mortalidad en la región son las enfermedades cardiovasculares, con una tasa alarmante de 183.8 por cada 100,000 habitantes en el año 2022. Se destacan los municipios de Guapotá, Betulia, Charta, Landázuri y Chipatá como los más afectados por mortalidad prematura, según datos de estadísticos vitales del SISPRO (Gobernación de Santander, 2024).

Por lo que resulta necesario hacer un abordaje más detallado de una de estas ECV, debido a que en el Centro de Excelencia de Falla Cardíaca de la FCV es donde se encuentra ubicada específicamente la práctica académica mencionada. La falla o insuficiencia cardíaca es “una entidad compleja en la que los cambios estructurales o funcionales impiden que el corazón bombee sangre a presiones fisiológicas, lo que altera su funcionalidad y requiere inicio y apoyo de tratamiento farmacológico” (Chapoñan, C., 2022, p.7). Se desarrolla como falla cardíaca aguda y crónicamente estable o reagudizada y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Chapoñan, C., 2022). De esta forma cuando se habla de esta condición médica se hace referencia a un problema de salud pública mundial que afecta a más de 23 millones de personas (Gómez, J., et al, 2021).

Según Chapoñan (2022):

En los países desarrollados, esta entidad afecta de 1 a 2 por ciento de la población adulta total, con una prevalencia de hasta el 10% en personas mayores de 70 años. En los Estados Unidos, 5,1 millones de personas tienen insuficiencia cardíaca clínicamente presente, y se estima que los pacientes menores de 20 años tienen un 20 % de posibilidades de desarrollar la afección a lo largo de su vida. En América Latina, la mayor esperanza de vida, las altas tasas de enfermedad coronaria, diabetes e hipertensión arterial (HTA), combinados con padecimientos como la cardiopatía reumática, ha aumentado en la incidencia de la población adulta mayor de 65 años. Esta región del mundo está experimentando una “epidemia” de factores de riesgo de insuficiencia cardíaca a gran escala, exacerbada por la caída del gasto per cápita en atención médica que limita el acceso a una estrategia completa de prevención y tratamiento (p.4).

Se estima que la incidencia de la Falla Cardíaca en América Latina puede ser de aproximadamente 200 casos por cada 100.000 habitantes anualmente, con una prevalencia cercana al 1% del total de la población. Además, esta condición afecta en su mayoría a personas en edad avanzada y con riesgo de muerte prematura, teniendo una media de fracción de eyección (medida del porcentaje de sangre que sale del corazón cada vez que se comprime) del 36% alrededor de los 60 años (Batista, G., et al, 2023). Asimismo, según estudios realizados, Colombia estaba conformada por una población de 47.704.472 habitantes en el año 2013 y una prevalencia de la Falla Cardíaca estimada del 2,3%, lo cual se traduce a una cifra de aproximadamente 1.097.201 de pacientes diagnosticados con esta patología (Gómez, E., 2016), demostrándose la alta presencia de esta ECV en el país.

En cuanto al departamento de Santander según el Registro colombiano de falla cardiaca (2021) en un estudio realizado de 2.528 pacientes con falla cardiaca agudamente descompensada se encontró un 7.08% que pertenecía al departamento de Santander, de los cuales 179 (7.08%) de ellos residían en Bucaramanga (Gómez, J., et al, 2021).

Es así como el Centro de Excelencia en Falla Cardíaca centra sus objetivos en prestar una atención integral, oportuna y eficaz en el tratamiento de los pacientes diagnosticados con dicha afección, siendo líderes en el manejo de la Falla Cardíaca Avanzada, con terapias como trasplantes, ECMO e Implante de Corazón Artificial, con el fin de lograr la recuperación y mejorar la salud de las personas cumpliendo con altos estándares de calidad (Fundación Cardiovascular de Colombia, s.f).

Este centro está conformado por profesionales en Medicina, Enfermería, Nutrición, Fisioterapia, Psicología y Trabajo Social, siendo un equipo multidisciplinario que ofrece servicios que permiten mantener y mejorar la salud del paciente, controlar sus síntomas y prevenir

hospitalizaciones, asegurando el adecuado control de su tratamiento de forma intrahospitalaria, ambulatoria y en consulta de seguimiento pos-egreso (Fundación Cardiovascular de Colombia, s.f).

Con lo anterior expuesto, no está de más afirmar que cada vez se hace más pertinente la implementación de hábitos de vida saludables en la sociedad, por lo tanto, desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades se puede garantizar un enfoque integral en el cuidado de la salud por medio del Trabajo Social. De este modo Alava, Lino & Anchundia (2017) presentan las funciones de los trabajadores sociales en estos campos:

Promoción. Orientar a las personas y sus familias sobre las rutas de atención del sistema de salud; Brindar información sobre la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática; Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud; Promover en las personas y sus familias estilos de vida saludables. Prevención. Prevención de factores de riesgo en familiares de usuarios con problemática de salud mental específicamente; Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y/o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida; Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que aseguren la salud; Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud; Elaborar planes de tratamiento conjuntamente con el usuario y el equipo interdisciplinario para resolver los problemas o deficiencias del individuo o la familia (p.7-8).

En este sentido, la función del profesional de Trabajo Social en el sector salud en torno a la promoción y prevención de la enfermedad tiene como objetivo el reconocimiento, comprensión y abordaje de los factores sociales que afectan al paciente y su familia, mediante la utilización de

técnicas y estrategias específicas que propicien el desarrollo de acciones destinadas a promover, proteger, mantener y recuperar la salud, desde las necesidades propias de los sujetos y sus familias.

El área de Trabajo Social dentro del C.E de Falla Cardíaca se encarga de la identificación y abordaje de factores sociales que inciden directamente en el proceso de tratamiento del paciente y su recuperación. A través de procesos de valoración intrahospitalaria y ambulatoria se desarrollan intervenciones individuales y familiares orientadas a comprender las condiciones del contexto familiar y social para poder establecer estrategias que favorezcan la continuidad del cuidado pos-egreso.

Entonces, en cuanto a las valoraciones intrahospitalarias de la profesión, estas son realizadas a los pacientes diagnosticados con falla cardíaca que están hospitalizados en la institución y son incluidos en el censo diario del Centro de Excelencia, ya sea porque son nuevos o antiguos pacientes en el programa, reingresaron, necesitan un seguimiento intrahospitalario o que desde otras disciplinas pidieron realizar una interconsulta por Trabajo Social debido a sospecha de riesgo social. Y cuando se habla de valoraciones ambulatorias es una atención que se brinda a pacientes que no necesitan ser ingresados en la institución y pueden regresar a casa después de la intervención social, los pacientes atendidos hacen parte de seguimientos ambulatorios o de pos-egreso, consultas al equipo multidisciplinario, citas de transición al alta hospitalaria y consultas de trasplante cardíaco o pulmonar, de las cuales si se aprueba el trasplante las profesionales de Trabajo Social hacen la respectiva visita domiciliaria donde se evalúan las condiciones habitacionales y sociales de los pacientes que se someterán al procedimiento.

En dichas valoraciones ya sean intrahospitalarias o ambulatorias, se desarrolla la recolección de datos sociodemográficos de los usuarios, diagnósticos sociales y de dinámica familiar, identificación de factores de vulnerabilidad, aspectos económicos y antecedentes de

violencia para crear el concepto, plan de atención, educación y conclusiones, estableciéndose compromisos con los pacientes y familiares para atender estos riesgos y mejorar en dichos aspectos. Todo con el propósito de intervenir de manera adecuada frente a problemáticas como red de apoyo limitada, dinámica familiar disfuncional, presunta violencia, presencia de consumo activo de sustancias (alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas), pacientes con historial de reingresos por factores sociales, dificultades de acceso a servicios por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS) y pacientes sin comprensión de autocuidado - inadecuada adherencia al tratamiento. Así, el Trabajo Social en Salud se constituye como un componente clave para garantizar las necesidades particulares de los pacientes, contribuyendo a la prevención de recaídas, la promoción del bienestar y el fortalecimiento de sus capacidades para afrontar su situación de salud.

### **2.3 Estado del arte**

Para iniciar, es relevante mencionar que desde la producción académica de conocimientos sobre investigaciones y estudios que abarcan el proceso de relacionamiento de Trabajo Social en el campo de la salud, se encuentra un vacío literario debido a la escasez de textos que aborden temas sobre relaciones interpersonales en contextos de alta complejidad, por lo que fue indispensable recorrer otros escenarios de búsqueda para contribuir en la presente sistematización de experiencias y desarrollar su correspondiente estado del arte.

De esta forma, la ejecución de la revisión bibliográfica implica la búsqueda exhaustiva en bases de datos públicas (Scielo, Redalyc, Dialnet, Tylor and Francis, ScienceDirect, Sage Journals, Google Académico), mediante palabras claves como: (“relaciones interprofesionales”) OR (“relaciones interpersonales”) AND (“salud”), (“clima organizacional”) AND (“relaciones laborales”) AND (“salud”), (“Trabajo Social”) AND (“salud”) OR (“alta complejidad”). Revisándose así una cantidad de 72 artículos científicos de diferentes disciplinas y países, de los

cuales fueron seleccionados 20 por su pertinencia con el tema y relación con el objeto de sistematización; sin dejar de lado que sólo estos cumplen con el carácter investigativo de la búsqueda.

Se descubre que los artículos seleccionados cuentan con temáticas comunes, por lo que debido a los tres temas predominantes encontrados en la revisión: Relaciones interprofesionales en el área de la Salud (8), Clima organizacional y su vínculo con las relaciones en el ámbito de la Salud (8) y Trabajo Social en instituciones de alta complejidad (4). El presente estado del arte se va a organizar y desarrollar teniendo en cuenta las bases teóricas que cada uno proporciona al tema.

Entonces, a partir de la bibliografía recopilada sobre la temática relaciones interprofesionales en el área de la Salud, en primer lugar, se evidencia que la colaboración interprofesional es indispensable para garantizar una atención integral y de calidad, especialmente en contextos de creciente complejidad clínica y sociosanitaria. Por lo tanto, la práctica colaborativa interprofesional (PCI) es definida por Miró (2016) como un proceso donde proveedores de distintas disciplinas trabajan juntos para resolver problemas, compartir decisiones y asumir responsabilidades conjuntas, lo que impacta positivamente en la seguridad, eficiencia y satisfacción tanto de pacientes como de profesionales. Sin embargo, persisten desafíos como las jerarquías tradicionales, la socialización profesional diferenciada y la falta de comunicación efectiva, que dificultan una colaboración plena (Miró, M., 2016).

Según Cía y Delgado (2018), las relaciones interprofesionales deben basarse en principios de respeto, lealtad, confraternidad y comunicación abierta, tal como lo establecen los códigos deontológicos de diversas profesiones sanitarias. Un aspecto crítico que afecta las relaciones interprofesionales y la práctica clínica es el manejo de los conflictos de interés, especialmente en

la relación entre los profesionales de la salud, Rotondo (2006) destaca la obligación moral de transparentar y evitar estas situaciones, respaldada por normativas internacionales y códigos de ética que buscan preservar la integridad de la práctica médica y la confianza pública. Este marco ético es esencial para mantener relaciones interprofesionales basadas en la honestidad y el compromiso con el paciente, por encima de influencias externas.

Hernández (s.f) resalta que principios éticos como la deferencia, respeto, lealtad y asistencia mutua son la base para la cooperación entre médicos, enfermeras y demás profesionales, lo cual exige delimitar funciones, reconocer la autoridad legítima y mantener la confidencialidad como pilares del ejercicio profesional. De manera complementaria, Lajes et al. (2021) argumentan que el trabajo colaborativo interprofesional no solo garantiza mejores resultados clínicos, sino que debe incorporarse desde la formación universitaria, de manera que los futuros profesionales adquieran competencias en comunicación, coordinación y toma de decisiones compartidas. Así, la tendencia apunta a la construcción de una cultura de equipo en la que la ética y el respeto mutuo se traduzcan en calidad de servicio y satisfacción de los pacientes (Lajes, M., et al. 2021).

La educación interprofesional (EIP) se presenta como una estrategia clave para fomentar la colaboración efectiva y fortalecer las relaciones desde la formación inicial de los profesionales. Soto (2017) y Miró (2016) coinciden en que la EIP permite a estudiantes de distintas disciplinas aprender juntos, desarrollar competencias compartidas y comprender los roles y aportes de cada profesión, lo que facilita un trabajo en equipo más cohesionado, cooperativo y eficaz en el futuro ejercicio profesional (Lajes M., et al., 2021). En la misma línea, se evidencian a partir de entrevistas con estudiantes de medicina, que las interacciones con enfermeras, fisioterapeutas y otros profesionales generan oportunidades prácticas, aprendizajes observacionales y apoyo emocional,

consolidando tanto la identidad profesional como el bienestar de los futuros médicos (Yance, P., & Hernández, Y., 2024).

Los hallazgos señalan la necesidad de integrar estas experiencias en los currículos para promover competencias interprofesionales desde etapas tempranas, superando los límites de una enseñanza exclusivamente intraprofesional, debido a que la implementación de la EIP enfrenta desafíos estructurales y culturales, como la organización curricular disciplinar y la resistencia al cambio, pero su integración temprana y experiencial es crucial para superar estereotipos, promover una cultura de colaboración y mejorar los resultados en salud (Soto, P., 2017; Miró, M., 2016; Lajes, M., et al. 2021; Yance, P., & Hernández, Y., 2024).

Finalmente, las investigaciones también muestran que las condiciones organizacionales influyen en la calidad de las relaciones interprofesionales. Rivera et al. (2018) encontraron que la motivación laboral y un clima organizacional saludable fortalecen las relaciones interpersonales dentro del sector salud, favoreciendo la cooperación, la satisfacción laboral y la productividad. Esto sugiere que no basta con formar a los profesionales en trabajo colaborativo, sino que es necesario que las instituciones sanitarias generen entornos laborales motivadores y respetuosos que potencien la interdependencia positiva (Rivera D., et al., 2018). En conjunto, los estudios revisados plantean que el avance hacia una práctica interprofesional efectiva requiere tanto de la preparación académica (EIP) como de condiciones éticas y organizacionales que favorezcan la sinergia entre disciplinas en beneficio del paciente.

Ahora bien, en lo que respecta los documentos sobre el clima organizacional y su vínculo con las relaciones en el ámbito de la Salud, los estudios revisados coinciden en que el clima organizacional es un factor determinante en la calidad de los servicios de salud, destacando su conexión con las relaciones interpersonales (Carrión, B., et al, 2022; Adriazola, F., et al, 2019).

Bustamante et al. (2015) y Bernal et al. (2014) identifican dimensiones como la comunicación, la gestión de conflictos y el apoyo entre colegas como elementos centrales que median entre el clima laboral y los resultados organizacionales (Adriazola, F., et al, 2019). Por su parte, Ortiz et al. (2019) confirman mediante análisis correlacional que un ambiente social positivo incide directamente en la productividad y satisfacción del personal.

Pues bien, el clima organizacional y las relaciones interpersonales están estrechamente vinculados, como lo demuestra el estudio de Gallegos et al. (2018). Los autores encontraron que un clima laboral positivo, especialmente en dimensiones como flexibilidad, responsabilidad, estándares, reconocimiento, claridad y espíritu de equipo, predicen relaciones interpersonales satisfactorias. Esto sugiere que las organizaciones deben priorizar políticas que promuevan la confianza, el reconocimiento y la colaboración, ya que estas variables no solo mejoran el ambiente de trabajo, sino que también impactan en el desempeño y la satisfacción laboral de los empleados.

Yáñez et al. (2010) enfatizan el impacto directo de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. Su investigación reveló que la confiabilidad percibida en las relaciones con jefaturas y compañeros explica más del 50% de la satisfacción laboral, siendo la relación con los superiores la más influyente. Estos hallazgos subrayan la necesidad de que los líderes fomenten entornos basados en integridad, benevolencia y comunicación efectiva, ya que esto no solo beneficia a los trabajadores, sino que también fortalece la cohesión y los resultados organizacionales.

Además, March et al. (2010) introducen el concepto de clima emocional, vinculado al reconocimiento profesional, las relaciones interpersonales y la existencia de un proyecto común. Este estudio revela que el tamaño de los equipos influye en la percepción del clima emocional, siendo los grupos más grandes los que reportan mejores niveles de confianza, naturalidad y

resolución de conflictos. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias que fortalezcan las relaciones interpersonales y la gestión emocional en entornos sanitarios para mejorar tanto el bienestar del personal como la calidad de la atención.

Por otro lado, en cuanto a los artículos seleccionados acerca del Trabajo Social en instituciones de alta complejidad, estos exponen que los profesionales de esta disciplina desarrollan funciones que trascienden el modelo asistencial tradicional, orientándose hacia una intervención integral y sistémica que considera los determinantes sociales de la salud. Correa et al. (2018) menciona que su labor se centra en el diagnóstico social, el acompañamiento a pacientes y familias, la gestión de recursos, y la articulación interinstitucional, todo ello desde una perspectiva biopsicosocial. Esta visión es compartida por Álvarez et al. (s.f.), quienes destacan el rol del trabajador social en la mediación entre instituciones, la contención emocional, la traducción del lenguaje médico y la garantía de derechos en contextos de alta complejidad. Ambos textos coinciden en que la intervención profesional se sustenta en un enfoque relacional e interdisciplinario, que reconoce la multicausalidad de la salud y la enfermedad (Correa, M., et al., 2018; Álvarez, D., et al., s.f).

Entre las tendencias comunes se identifica la centralidad de la familia y las redes de apoyo como ejes de la intervención, así como la necesidad de articular políticas públicas y recursos comunitarios para asegurar la continuidad de los tratamientos. Correa et al. (2018) enfatizan el papel del trabajador social en la humanización de los servicios y la accesibilidad, mientras que Álvarez et al. (2021) subrayan el impacto del desarraigo territorial y la disrupción de la vida cotidiana en pacientes que requieren trasplantes. Ambos estudios concluyen que el trabajador social es un actor clave en la construcción de autonomía y en la facilitación de procesos de adaptación y resiliencia frente a situaciones críticas de salud, aunque señalan limitaciones en su participación en

la formulación de políticas y en la investigación formal (Correa, M., et al., 2018; Álvarez, D., et al., 2021).

Para finalizar, desde la mirada de Carreón (2015) la intervención del Trabajo Social en contextos hospitalarios enfrenta tensiones entre la creciente burocratización de la labor social y la necesidad de fortalecer un enfoque humanista y crítico, orientado a la defensa de derechos y al acompañamiento de pacientes y familias en situaciones de vulnerabilidad. En sintonía, Casas & Casas (2023) evidencian, a partir de un hospital de tercer nivel en España, que el reconocimiento del trabajo social hospitalario ha crecido en la medida en que se ha demostrado su aporte a la planificación proactiva y precoz del alta hospitalaria, la continuidad asistencial y la reducción de reingresos, aunque persiste el riesgo de limitar la profesión a la mera gestión de altas. Ambas investigaciones señalan una tendencia común: la necesidad de avanzar hacia un Trabajo Social hospitalario con vocación universal y enfoque proactivo, que articule la atención médica con la dimensión social, promoviendo una práctica que priorice la ética del cuidado, la justicia social y la interdisciplinariedad (Carreón, J., 2015; Casas, G., & Casas, J., 2023).

### **3. Metodología**

En el panorama de la presente sistematización de experiencias se lleva a cabo una investigación cualitativa en la que es empleado el paradigma interpretativo con enfoque hermenéutico, debido a su capacidad para “hacer explícitos y poner en claro: las intencionalidades, predisposiciones, sentidos y valoraciones que subyacen en la acción” (Ghiso, 1998, p. 8), lo cual permite una interpretación profunda y contextualizada de las vivencias y percepciones de los actores y participantes involucrados en la intervención, brindando una visión significativa para el análisis y las propuestas de mejora (Ghiso, 1998).

Por lo tanto, desde este enfoque se pretende reconstruir la experiencia de la investigadora en el marco del modelo de atención de Trabajo Social en la FCV, para así identificar sus conocimientos y habilidades adquiridas, explorar las barreras y facilitadores emergentes, con el fin de generar recomendaciones reflexivas que enriquezcan el proceso de relacionamiento de los futuros practicantes en el ámbito de Trabajo Social en salud.

### **3.1 Diseño y estructura metodológica**

El proceso metodológico elaborado en esta sistematización de experiencias es una adaptación de la metodología propuesta por Chávez (2006), la cual guía la creación de las siguientes fases: 1 Definición del punto de partida, 2 Delimitación de la experiencia, 3 Reconstrucción del proceso vivido, 4 Descripción de la experiencia, 5 Análisis, 6 Reflexiones y recomendaciones y 7 Redacción del documento. Fases que serán definidas a continuación:

#### **3.1.1 Fase 1 y 2**

En la primera y segunda etapa *Definición del punto de partida* y *Delimitación de la experiencia* se tiene como propósito seleccionar la experiencia y definir la línea, momento y tema que se desea sistematizar (Chávez, J., 2006). Entonces, con esa finalidad se escogen las vivencias de (la investigadora) estudiante de noveno semestre de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander (UIS); en su trayectoria por practica 1 en la Fundación Cardiovascular de Colombia durante el segundo semestre académico del año 2024 (Agosto – Diciembre), haciendo énfasis en su proceso de relacionamiento desarrollado en la institución. En este orden de ideas, se determina la pregunta eje y el objeto de sistematización, además de los objetivos que dispone la investigación.

Asimismo, se realiza una exploración teórica - conceptual de temas que están relacionados e influyen en el ejercicio de la práctica a sistematizar. También se desarrolla una investigación

sobre el contexto en el que se desarrolla la experiencia y se elabora una revisión bibliográfica con el propósito de descubrir la producción académica sobre procesos de relacionamiento.

De igual forma, se hace la identificación y descripción de los ejes de análisis presentes en los objetivos de la sistematización:

**Tabla 1**

*Identificación y descripción de los ejes de análisis*

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>
<b>Experiencia del proceso de relacionamiento</b>	Hace referencia al conjunto de vivencias personales que se dieron en el marco del proceso de relacionamiento en la FCV; partiendo desde la selección del campo de práctica y la llegada a la institución, hasta la culminación de práctica I. Además del clima organizacional y relaciones interpersonales que influyeron en la experiencia, como también los momentos significativos presentes en esta.
<b>Conocimientos y habilidades adquiridas en el proceso de relacionamiento</b>	Comprende los aprendizajes, capacidades y nuevas destrezas desarrolladas por la practicante a nivel personal y profesional, a través de su proceso de relacionamiento en la FCV.
<b>Barreras presentes en el proceso de relacionamiento</b>	Comprende los obstáculos, dificultades y desafíos que se presentaron a nivel personal, profesional y contextual, en el marco del proceso de relacionamiento en la FCV, asimismo, también la forma como estos se pudieron superar.
<b>Facilitadores presentes en el proceso de relacionamiento</b>	Comprende los elementos, aspectos y características desarrollados a nivel personal, profesional y contextual; que facilitaron y permitieron la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales en la FCV.

<b>Recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social</b>	Hace referencia al conjunto de sugerencias, aspectos por mejorar y consejos para estudiantes de Trabajo Social, con el propósito de guiar el desarrollo de futuras prácticas académicas en torno al proceso de relacionamiento en la FCV.
---	---

Nota: Elaboración propia.

En la fase dos también se fijan los criterios de la población participante en la sistematización, por lo que en las características de la población se tiene en cuenta a la protagonista (la investigadora) que vive la experiencia en la práctica académica a sistematizar. Y se involucran a los principales actores que se relacionaron con ella, como lo fueron: las dos pares institucionales (trabajadoras sociales de la FCV), los dos compañeros practicantes (estudiantes de Trabajo Social de la UIS de noveno y décimo semestre) y la asesora de prácticas (docente del programa de Trabajo Social de la UIS), para complementar las percepciones del proceso de relacionamiento desarrollado.

Además, en esta fase se establecen los instrumentos y técnicas de recolección de información para la sistematización, se opta por utilizar principalmente para la reconstrucción de lo vivido el diario de campo creado y desarrollado en practica 1 por la protagonista de la experiencia, donde describe todos los sucesos, aspectos importantes percibidos y reflexiones vinculadas a el proceso de relacionamiento, semanalmente. Además, se elige la técnica de diálogo semiestructurado, teniendo como instrumento la entrevista semiestructurada para la recolección de información de las vivencias y percepciones de los demás actores involucrados que se relacionaron con la investigadora, por lo que para su participación se elaboran los criterios éticos fundamentales para la sistematización y entrevista, plasmados en una carta de consentimiento informado.

### 3.1.2 Fase 3

Para la tercera etapa *Reconstrucción del proceso vivido*, se utiliza lo plasmado en el diario de campo y se lleva a cabo el ejercicio de aplicación del instrumento de recolección de información (guía de la entrevista semiestructurada). Se hace contacto por vía mensaje de texto con los actores involucrados mencionados anteriormente, fijándose la fecha, hora y medio virtual de la entrevista (reunión en *Google Meet*), y se procede a realizar una grabación de voz de esta, con el previo consentimiento de los y las participantes. De esta forma, con el punto de partida establecido se busca dar cuenta de los ejes de análisis, para así realizar la reconstrucción, descripción e identificación de las percepciones de los/as entrevistados/as.

### **3.1.3 Fase 4**

La cuarta fase hace referencia a la *Descripción de la experiencia*, donde se busca textualizar el antes, durante y después de la vivencia (con base en el diario de campo); a partir de una reconstrucción escrita en primera persona para favorecer una comprensión profunda del proceso de relacionamiento desde una narración auténtica, permitiendo reconocer los aprendizajes, emociones, decisiones y transformaciones que emergieron a lo largo de la experiencia, así como comprender el sentido y el impacto que ésta tuvo en la propia formación y práctica profesional. Al igual, con la información recolectada de las entrevistas semiestructuradas aplicadas en la fase tres, se tiene como propósito identificar y describir los datos correspondientes a cada uno de los ejes de análisis, como los conocimientos y habilidades adquiridas, las barreras y facilitadores presentes en el proceso, para así proponer las recomendaciones.

### **3.1.4 Fase 5**

La siguiente etapa es el *Análisis*, el cual es desarrollado de acuerdo con las características y el alcance de cada objetivo específico. El primer objetivo: *Reconstruir la experiencia del proceso de*

*relacionamiento*, se desarrolla a través de un análisis secuencial narrativo en primera persona, que se establece como método adecuado para el análisis del diario de campo, comprendiendo la posibilidad de reconstruir la experiencia mediante narraciones a que a su vez reconstruyen procesos biográficos (Flick, U. 2007). Respecto al segundo objetivo: *Identificar los conocimientos y habilidades adquiridas*, se aborda desde el análisis estructurante del contenido, puesto a que desde este tipo de análisis se busca identificar estructuras formales en el material textual (Flick, U. 2007), se desarrolla el análisis en torno a los diferentes capacidades y nuevas destrezas que los practicantes adquieren durante su práctica académica, se emplea la estructuración con respecto al contenido para categorizar y organizar los aspectos identificados.

A su vez, en lo que corresponde al tercer objetivo: *Explorar las barreras y facilitadores*, se implementa el análisis explicativo del contenido, con el fin de aclarar pasajes ambiguos o contradictorios y en integrar información contextual para comprender mejor la información recolectada (Flick, U. 2007), mediante la exploración de las obstáculos que enfrentan los y las estudiantes en el proceso de relacionamiento, así como los factores que facilitan la creación y mantenimiento de relaciones en sus prácticas académicas. Por último, frente al cuarto objetivo: *Proponer recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social*, se construye a partir de la información del resumen del análisis del contenido, facilitando la síntesis del material textual (Flick, U. 2007), recogiendo los elementos para la construcción de posibles recomendaciones y sugerencias para el desarrollo de futuros procesos de relacionamiento en instituciones de salud de alta complejidad.

### **3.1.5 Fase 6**

En la sexta fase *Reflexiones y Recomendaciones*, se estudian los hallazgos y la información obtenida a través de la población participante con motivo de llevar a cabo un proceso de creación

y síntesis de posibles recomendaciones y sugerencias a los estudiantes de Trabajo Social, que aporten en sus futuros procesos de relacionamiento en la FCV u otras instituciones de salud de alta complejidad.

Estos hallazgos y recomendaciones alcanzadas se comparten con los actores clave que participaron en la recolección de información mediante una socialización de resultados, presentada a través de un video. En este material audiovisual se exponen las principales novedades derivadas del análisis de las entrevistas en torno a los ejes de análisis, así como las recomendaciones construidas a partir de ellas.

### **3.1.6 Fase 7**

Por último, en la etapa de *Redacción del Documento* se construye el presente informe final de trabajo de grado en modalidad de sistematización de la práctica, plasmándose la experiencia reconstruida, así como un panorama general del análisis de ésta, los hallazgos, y por supuesto las respectivas recomendaciones y reflexiones de todo el proceso en general. Que puede ser visualizado en el Repositorio de la Universidad Industrial de Santander en la sección de trabajos de grado de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Humanas.

## **4. Reconstrucción, descripción y análisis del proceso de relacionamiento vivido**

En este capítulo se reconstruye la experiencia del proceso de relacionamiento de la práctica académica I de Trabajo Social realizada en la FCV durante el segundo semestre académico del año 2024, teniendo en cuenta el antes, durante y después que determinó su vivencia, desarrollándose un apartado de los conocimientos y habilidades adquiridas en ésta. Además, se hace una descripción de las barreras y facilitadores que se le presentaron a la investigadora en diversos momentos de su

experiencia, con su respectivo análisis. Para finalizar con la presentación de las recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social en instituciones de salud de alta complejidad.

#### **4.1 Reconstrucción de la experiencia del proceso de relacionamiento**

Para iniciar, es fundamental comprender la dinámica institucional de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander (UIS) en lo relacionado con la asignación de plazas de práctica para los/as estudiantes de noveno semestre. En mi caso, este proceso comenzó con una reunión virtual dirigida por la directora de la Escuela, en la cual se presentaron los lineamientos generales, recomendaciones y se resolvieron inquietudes acerca de la Práctica I y de los diferentes campos de intervención disponibles. Posteriormente, se envió un archivo en formato *Excel* que contenía una tabla con la oferta institucional del semestre, detallando el nombre de cada entidad, las funciones, el perfil requerido, el área de intervención y el número de cupos disponibles. Con base en esta información, cada estudiante debía seleccionar tres opciones de práctica, priorizando aquella que más se ajustara a sus intereses y en la que desearía desarrollar su proceso académico durante los siguientes dos semestres.

Esta selección se registraba a través de un formulario en *Google Forms* y, posteriormente, desde la Escuela se realizaba la asignación de plazas teniendo en cuenta dichas preferencias. Es crucial señalar que, en caso de que varios estudiantes eligieran la misma institución, el cupo se otorgaba a quien tuviera el promedio académico más alto en el semestre anterior; los demás continuarían con su segunda o tercera opción. De este modo, se garantizaba que todos los/as estudiantes contaran con una plaza de práctica acorde a sus intereses y al proceso de selección establecido.

Sin embargo, es importante recalcar que mi historia en la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) no comenzó dentro de las paredes de la institución, sino en una sala de reuniones de la UIS en la asignación de campos de prácticas, con un sentimiento de frustración que se apoderó de mí al recibir una plaza de práctica que no era la que esperaba (área de educación), debido a que tenía la ilusión de aprender y ejercer en el área de la salud en un entorno clínico.

Encontrada en esta situación me tomé el tiempo de pensar en que otras opciones tenía o que personas podrían saber de algún cupo libre en este campo que pudieran orientarme, y tomé una decisión que marcaría todo lo que vendría después: busqué a una profesora que sentía que me podía ayudar, ya que en semestres anteriores me había dictado una materia relacionada con la salud, además ella sabía cómo era el proceso de prácticas en ese contexto, su nombre surgió como un faro de posibilidad. Entonces la contacté para explorar si había un cupo en el área de salud. Hablar con ella fue el primer paso para construir las relaciones que tendría durante mi práctica.

“usted tenía unas expectativas diferentes y aprovechando un poquito el contacto que tuvimos en la catedra tal vez vio como una alternativa comunicarse conmigo para ver qué podía pasar porque le entendí en ese momento que estaba siendo asignada a un campo que bien, podía ser de interés para usted, no la movía tanto como un campo del área de la salud, entonces también en algún momento recordó lo que les dije en el aula que yo era la líder del área de protección social y buscó por ahí una salida, en ese momento pues hay que tener claro que nosotros no tenemos vinculación con la universidad, yo soy docente catedra, esto fue espontáneo” ES\_AC\_ProfAse\_SIS\_FCV – R 4-10

Su receptividad me llenó de alivio, pero también de una ansiedad contenida, porque la profesora se comunicó con la líder de Trabajo Social de la FCV (a quien conocía desde que había

sido su estudiante en la UIS) y estaba la posibilidad de que yo pudiera reemplazar a una practicante que no se presentaría en la institución ese semestre.

“pues la profesora me comentó que tú estabas sin asignación de práctica en salud y pues me preguntó por la viabilidad de que tú pudieras ingresar a realizar tus prácticas ahí en la institución. Yo pues seguí todo el conducto regular, dialogué con mi jefe directa, y ella me dio el aval para que tú pudieras ingresar. Ahí ya pues yo le informo a la jefe del programa que sí es viable y ahí es donde empezamos” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 595-600

Pero todo dependía de una reunión con la directora de la Escuela de Trabajo Social, por lo que se programa un encuentro presencial junto ella, en el cual se llega a la conclusión de integrarme en este campo de prácticas, y así acordamos mi traslado a la FCV. De esta forma, ese "sí" que recibimos no fue solo una autorización administrativa; fue la primera puerta que se abría en este nuevo campo de acción. La emoción y la gratitud hacia la profesora, quien al pasar los días fue asignada desde la escuela como mi asesora de prácticas por su experiencia en el área de la salud, fueron inmensas. Ella fue mi primer y fundamental nexo.

“digamos yo lo que de pronto rescataría mucho es que todo se da por el interés manifiesto de usted como practicante, de pronto la situación no hubiera llegado a este fin si el estudiante renuncia y dice no listo yo no me meto en estos problemas y me voy para otro lado, pero ahí primó el interés suyo, o sea, y la motivación que usted tenía también para estar en el sector salud, arranca en todo ese proceso cierto” ES\_AC\_ProfAse\_SIS\_FCV – R 94-100

Posteriormente me son indicados los requisitos a presentar en la FCV para el inicio de la práctica, los cuales son documentos personales que debían ser enviados a mi designada par

institucional (la líder de Trabajo Social de la FCV), con quien previamente había interactuado por medio de *WhatsApp*.

“la primera interacción de nosotras fue por WhatsApp, pidiéndote a ti toda la documentación que requerían allá en el instituto para lo de afiliación a la ARL y pues el tema de que tú pudieras ingresar la de hoja de vida y esas cosas” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 589-591

Asimismo, por parte de mi asesora de prácticas, me son enviados los archivos fundamentales para mi proceso de prácticas I. A partir de ahí inició una cadena de tareas como enviar documentos a mi par institucional, y ponerme al día con las lecturas que mi asesora me remitió. Pasé de la incertidumbre a una tranquilidad llena de entusiasmo: me aceptaron en la FCV y sentí que, por fin, mi práctica tendría el foco que deseaba.

Me dediqué a leer todo lo que me enviaron y también a investigar por mi cuenta sobre la institución. Paralelamente hice un reconocimiento del entorno para buscar vivienda, porque necesitaba mudarme a Floridablanca - Santander, debido a que ahí queda la institución. Había emoción y nervios con las nuevas reglas, el ambiente laboral desconocido y la inquietud de mudarme. El temor de no encontrar un lugar donde sentirme bien y el miedo a no encajar en el espacio al que llegaría era fuerte, pero la expectativa y motivación podían más.

Para poder ingresar a la institución debía antes recoger mi carnet en el Hospital Internacional de Colombia (HIC) de la FCV, donde está la sede administrativa, entonces eso hice. Y también asistí a una reunión con mi asesora de prácticas, junto a otros compañeros que también llegaban al área de salud, nos explicaron las fases de la práctica y el plan de entregas del semestre. Me sentí cada vez más cerca de comenzar. Además, ese día encontré cerca de la institución un lugar donde vivir, fue como si todo se alineara.

Llegó el día de la presentación institucional, nos reunimos con las dos trabajadoras sociales de la FCV, mi asesora y también estaba una compañera practicante de Trabajo Social que ya llevaba un semestre en la institución, cuyo rol ese día sería crucial. Me explicaron la dinámica de atención a los pacientes, las funciones y responsabilidades de Trabajo Social, las reglas, incluso los detalles la presentación personal y fijamos mi horario. Todo aquello me dio seguridad y me gustó el estilo de la institución porque era exigente, pero con apertura al aprendizaje.

“yo recuerdo que el primer contacto se hizo también con el acompañamiento de la profesora, que en ese momento era tu profe de práctica. Ella inició presentando sus estudiantes, entre esos obviamente estabas tú, nos explicó más o menos cuál era, digamos, la idea de la práctica, que nosotros de todas maneras ya teníamos un poco de conocimiento por lo que ya habíamos también adelantado ese mismo proceso de práctica en nuestro momento. Y básicamente se hizo eso, como la presentación del estudiante y nosotros presentar también el espacio de la práctica, que en este caso específico, pues iba a ser el Instituto Cardiovascular, comentarles un poquito a ustedes más o menos qué era lo que se iba a hacer, cuál eran como nuestras expectativas, qué vacíos teníamos también, pues digamos, en el área de Trabajo Social, específicamente en la institución, en donde ustedes pudieran entrar a apoyarnos, también como para darles a ustedes ese espacio de flexibilidad para que pudieran escoger de pronto en donde se sentían más cómodos para poder desarrollar pues su proceso de práctica”

ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 860-871

No obstante, fue mi compañera practicante, al compartir su experiencia propia, quien más me motivó. Ella había estado en mi lugar, conocía mis dudas y los miedos por los había pasado. Sus palabras no eran una descripción institucional; eran un relato de conocimientos. Salí de esa reunión no solo con información, sino con una sensación de bienvenida.

La semana siguiente inició mi verdadera inducción. Comenzó la capacitación y orientación de la mano de mi par institucional. La acompañé en la rotación de valoraciones intrahospitalarias por los diferentes pisos, Centros de Excelencias (en donde fui presentada a los equipos multidisciplinares) y unidades de cuidado, para observar los pasos de la intervención y cómo se identifica el riesgo en la dinámica familiar y social del paciente; verla interactuar con los pacientes y familiares y escucharla intervenir era fundamental. Además, me inscribieron a los cursos virtuales que todos los trabajadores y practicantes de la FCV debían realizar y aprobar. Me parecía retadores los contenidos extensos y temas nuevos. Paralelamente, mi par me pidió leer rutas y protocolos de la FCV. Leerlos después de haber visto la práctica en vivo les daba otro sentido. Yo ya no era una observadora externa; era una estudiante integrada a un equipo de trabajo. La confianza que mi par depositaba en mí al compartir su conocimiento me hizo sentirme cómoda y segura.

“tú inicias y hacemos todo el proceso para la inscripción de los cursos para que inicies con todos los cursos y ya empieza pues todo el tema del entrenamiento que pues como tú dices el entrenamiento fue de cinco semanas, donde las primeras semanas pues fue toda la parte documental, de compartir pues todos los documentos que estaban ahí establecidos para el área de Trabajo Social, también en esas semanas ustedes pues tienen la oportunidad de realizar los cursos que solicitan que se hagan allá en la institución y ya creo que empezamos nosotras dos a ir a piso” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 611-618

Cuando ya comprendía mejor el modelo de atención, comencé a participar desde la toma de notas en la rotación. Aún no intervenía sola; debía estar acompañada por alguna de mis pares institucionales. Entonces, desde el celular registraba datos sociodemográficos, dinámicas familiares, condiciones habitacionales, aspectos económicos y factores de vulnerabilidad para identificar riesgos, lo que me hacía sentir útil, ya que les aportaba en esos aspectos.

De vuelta en las oficinas de los Centros de Excelencia, mis pares me enseñaron la plataforma virtual de la FCV donde se encuentra toda la información clínica de los pacientes y en la que se sube la nota de intervención del área de Trabajo Social: diagnóstico social, conclusión, plan de atención y educación. Empecé a elaborar notas completas para los pacientes con riesgo. Percibir que lo hacía bien, que mis notas eran válidas y que tenía un rol más activo me llenó de una confianza nueva. Me sentía no solo integrada, sino necesaria.

Con supervisión puntual de mis pares y con el apoyo de mi compañera practicante, me fui soltando para preguntar directamente a pacientes y familias durante la intervención en donde volvían a aparecer los datos clave y, con ellos, la identificación de riesgos. Había temor, pero me alegraba comprobar que la observación participante que había hecho por semanas daba frutos. Poco a poco se notaba el aprendizaje, y todo gracias a la orientación que me dieron.

Al cierre de mi período de capacitación, empecé a realizar sola las valoraciones intrahospitalarias de Trabajo Social durante la rotación. Pero pasaba algo, cuando me supervisaban, me presionaba el saber que evaluaban mi desempeño; a veces cometía errores que no aparecían cuando estaba sin observador. Con los consejos de mis pares fui mejorando. Descubrí que debía confiar más en mí, no dejarme dominar por los sentimientos de inseguridad. Además, me aplicaron un examen escrito para evaluar mis conocimientos y lo que había aprendido en ese mes, el cual pasé. Y también entregué en físico los certificados de aprobación de los cursos virtuales ya completados.

Hubo una etapa intensa en la que, junto con mi compañera practicante, asumimos el censo completo del Centro de Excelencia de Falla Cardíaca. En la mayoría de los casos identificábamos riesgos y hablábamos con familiares presentes. A veces atendíamos juntas, otras veces nos dividíamos los pacientes para optimizar el tiempo. Recibimos recomendaciones importantes de

nuestras pares respecto a nuestros procesos de valoración intrahospitalaria: poner límites en la intervención, darle lugar a nuestra profesión y respetar los espacios de otras disciplinas, evitar que las conversaciones se desbordaran, cuidar nuestra salud mental y no involucrarnos de más en la vida de los pacientes. Estas no eran solo instrucciones laborales; eran enseñanzas que nos daban desde la experiencia y la preocupación por nuestro bienestar. En este lapso de tiempo me sentí cansada, pero también serena y con actitud positiva porque quería aprender y fortalecerme para la vida profesional.

Luego hubo un cambio en la estrategia de intervención del área de Trabajo Social que consistía en reducir el número de pacientes para hacer intervenciones más completas, ya no se trataba de ver la totalidad del censo, sino de valorar a tres o cuatro pacientes por jornada, incluyendo, si hacía falta la llamada a un familiar y dejar la nota hecha en el computador; para que mis pares solo tuvieran que subirla al sistema. Al principio no me convenía, me preocupaba ver “pocos” casos, la limitación de espacios físicos para el encuentro profesional y la disponibilidad de equipos; debido a que nuestras reuniones comúnmente eran en la sala de espera de la institución porque el área de Trabajo Social no tenía su propia oficina, sino un cubículo en uno de los centros de excelencia, en donde solo teníamos acceso a un computador, el cual debíamos turnarnos.

“el tema, digamos, de los espacios para nosotros como institución no teníamos un espacio, tú eres consciente de que no teníamos un espacio como tal para ustedes, teníamos que compartir todo el tiempo, digamos, esos espacios y a veces si teníamos una urgencia o algo teníamos que quitarles esos espacios. Entonces, eso también era bastante complejo porque ustedes de una u otra manera tenían que tener su espacio, por ejemplo, para hacer notas, para hacer investigación, para lo que necesitaran durante la mañana, pero que de pronto no

podíamos brindárselo 100% por cosas ya, digamos, de la institución”

ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1008-1015

Pero su insistencia en que lo importante era la calidad y el aprendizaje completo, no la cantidad, demostraba su compromiso con nuestra formación. Fue una decisión que generó diálogo, y ese diálogo fortaleció nuestra comunicación y confianza mutua. Ellas creían en nuestra capacidad para hacer un trabajo profundo. Entonces me di cuenta de que funcionaba: menos volumen, más profundidad, y los casos quedaban terminados.

Es importante destacar que a lo largo de todo mi proceso prácticas tanto de capacitación como adaptación institucional conté con la guía y orientación de mi asesora prácticas, con quien me reunía presencialmente una vez a la semana para comentarle mis avances y sobre los conocimientos que adquiría, también para desarrollar y revisar mi propuesta de intervención y demás compromisos académicos, acordar fechas de entrega de los informes de prácticas, expresar mis dudas e inquietudes y recibir retroalimentación que me permitiera fortalecer mis habilidades profesionales. Estas sesiones resultaron fundamentales para afianzar mi proceso formativo, ya que me brindaron seguridad al momento de ejecutar las actividades asignadas y me motivaron a asumir con mayor compromiso cada una de las responsabilidades dentro de la institución.

En paralelo, con las dos pares institucionales y dos compañeros practicantes empezamos a preparar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25N). Aporté ideas y, como equipo de practicantes, definimos el lema “Rompe el círculo”. Antes de terminar aquella jornada, acompañé a mi par institucional a una intervención con un paciente en proceso de trasplante pulmonar, lo que fue una valoración extensa, educación distinta, muchos temas importantes. Observé con atención todo era nuevo para mí y me resultó muy interesante.

Continuamos con la estrategia de menos pacientes por jornada, dejando cada caso cerrado. A veces, para terminar la intervención, llamaba a familiares y hacía procesos de educación sobre trámites administrativos para superar barreras de la Entidad Promotora de Salud, adherencia al tratamiento, fortalecimiento de la red de apoyo y cese del consumo activo de sustancias. También hubo días en los que mi par estaba en visitas domiciliarias o en reuniones y debíamos ver todo el censo; entonces como practicantes nos relacionábamos y apoyábamos mucho con el equipo multidisciplinar, mayoritariamente con el área de psicología y enfermería, profesionales con las cuales nos uníamos para crear planes de atención pertinentes a la situación y contexto de los pacientes. Además, dentro del equipo tenían muy en cuenta nuestro punto de vista social y familiar, confiando en nuestros conocimientos e intervenciones. Con quienes menos se tenía relación en los equipos multidisciplinarios y a la hora de las valoraciones era con algunos médicos y diversos especialistas, quienes en ocasiones dejaban claros sus límites.

Cabe mencionar que en cuanto a las relaciones con el equipo multidisciplinar a veces surgían tensiones con los demás profesionales, debido a que cada disciplina realizaba su valoración intrahospitalaria y a raíz de eso emitía su concepto sobre el estado del paciente, esta información la mayoría de las veces coincidía entre las diversas intervenciones hechas. Sin embargo, había momentos en los que los pacientes cambiaban de versión dependiendo del profesional que los visitara, entonces eso hacía que cada disciplina tuviera una percepción diferente del estado del paciente, generando ciertos desacuerdos frente a la interpretación de la situación, ya que mientras para algunos profesionales el paciente podía encontrarse en condiciones estables, para otros existían indicadores de alerta que requerían un seguimiento. En este sentido, se evidenciaba la importancia de mantener una comunicación constante y clara entre los miembros del equipo multidisciplinar, con el fin de contrastar la información recolectada, llegar a consensos y construir

un plan de intervención integral que respondiera de manera coherente a las necesidades reales del paciente y su familia.

“el tema de la confiabilidad de los pacientes, sí es que a veces digamos que como que se omitía información o a veces no era digamos tan certera y con algunos, con otros profesionales digamos que había mayor profundización, entonces eso generó como en algún punto algunas tensiones porque sobre todo con, creo que era con los profesionales de psicología, que digamos ellos como que obtenían más información que la que a veces nos brindaban a nosotros, entonces como que había esa tensión de ¿a quién le cuentan más? ¿qué es verdad? ¿será que no estamos haciendo las cosas bien? ¿por qué de pronto conmigo esta persona no se abre tanto? sí creo que eso fue como lo que identificó así en el momento. De pronto la falta de comunicación a veces con los pacientes, pues de alguna manera con los pacientes a veces pues obviamente entendiendo la situación de salud en la que estaban y eso, pero también siento que pues dentro del equipo como que a veces eso nos jugaba de pronto malas pasadas y por eso se podían presentar ahí también como problemas”

ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1312-1326

Por otro lado, en ratos libres, ayudé a buscar formatos de encuestas habitacionales para pacientes en lista de trasplante de pulmón; aunque la información era escasa, logramos preguntas adicionales útiles con mi par institucional. En medio de ese ritmo, celebraron el Día del Trabajador Social en la FCV, ese día hubo detalles y reconocimientos por parte del equipo multidisciplinario que me hicieron sentir valorada.

Más adelante, mi par me pidió acompañar y observar a un compañero practicante que había ingresado casi un mes después que yo. Debía valorar su desempeño y darle mi retroalimentación. Pasamos juntos toda la jornada. Para mí fue un reto porque estoy acostumbrada a trabajar sola, y

su estilo de intervención era muy distinto al mío. Ese día me costó adaptarme y terminé más tarde de lo habitual. Reconocí que soy estructurada y organizada, y que me es difícil acoplarme cuando el método cambia.

En esa misma etapa ocurrió algo muy especial, celebré mi cumpleaños en la práctica, con las felicitaciones de mis pares institucionales, compañeros practicantes y el cariño de personas del equipo multidisciplinario. Compartimos anécdotas universitarias y conversamos sobre los preparativos del 25N; acordamos que ese día yo asistiría la jornada completa ya que ellas necesitarían mi apoyo en toda la actividad.

Después, siguieron jornadas de rotación, hice llamadas a familiares para contrastar y corroborar información, para luego reforzar educación en temas clave. Hubo días en los que mi compañera practicante no pudo asistir por temas de salud y me correspondió ver todo el censo del Centro de Excelencia de Falla Cardíaca, realizando cuando era pertinente, intervención con familiar. Además, con mi par institucional acordamos socializar mi diagnóstico social estratégico (DOFA) para recoger su percepción y recomendaciones en mi proceso de intervención que realizaría el próximo semestre. Fue un periodo exigente, pero me sentí satisfecha con lo realizado.

Antes de la conmemoración del 25N tuvimos la última reunión de organización; como practicantes estaríamos a cargo del stand, la educación a pacientes y una actividad interactiva; debíamos llegar con camisa blanca, teniendo lista la educación y las preguntas para realizar a los participantes. En la tarde yo apoyaría el cine foro de la película Romper el Círculo dirigido a familiares y colaboradores de la institución. También socialicé con mis compañeras la DOFA de la FCV, del área de Trabajo Social y de las redes de apoyo del Centro de Excelencia de Falla Cardíaca; sus ideas y puntos de vista me sirvieron mucho para afinar mi diagnóstico social estratégico.

“se pudo como profundizar un poquito más y mejor en el tema de hacer el diagnóstico, como todo ese proceso de investigación, de hacer caracterización de la población, sí como más, como más cosas de la academia, pero también siento que fue el espacio idóneo para poder de pronto como hacer ese empalme entre teoría y práctica y ya empezar como a aterrizar todos los conocimientos que a lo largo de la carrera uno va adquiriendo”

ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1291-1297

Sin más llega el 25N. En la mañana realizamos educación sobre violencias para pacientes, familiares y colaboradores: ¿qué es la violencia?, tipos, cómo identificarla, ciclo de la violencia y cifras recientes de feminicidios. Entregábamos listones naranjas (color con el que se conmemora) y snacks a quienes participaban. En la tarde realizamos una dinámica de plasmar la huella de la mano pintada de naranja en una cartelera como acto simbólico antes de ingresar al auditorio para ver la película. Asistieron sobre todo colaboradores y trabajadores de la FCV, quienes resaltaron la pertinencia de las actividades.

En ese mismo periodo, con mi asesora y mi par, calificamos y seleccionamos las estrategias surgidas de la DOFA; quedaron las que obtuvieron un promedio mayor a 4,5. Definimos avanzar en el diseño de los planes operativos de tres estrategias: 1) sesiones grupales de ayuda mutua con pacientes y familias del Centro de Excelencia de Falla Cardíaca, para compartir experiencias y formas de superar obstáculos del proceso salud–enfermedad; 2) guías pedagógicas simples (infografías, folletos, etc.) sobre fortalecimiento de dinámicas sociales y familiares, rol y funciones de Trabajo Social y recomendaciones post egreso; y 3) propuesta para fortalecer el seguimiento post egreso desde Trabajo Social con pacientes que presentan riesgos en sus dinámicas sociales y familiares. Me sentí muy satisfecha porque mis pares consideraron adecuadas las propuestas y yo quedé motivada para implementarlas en Práctica II.

El cierre de la práctica trajo más experiencias. Participé en un seminario final de prácticas presencial de la UIS donde presentamos un póster con el contexto de la práctica y compartimos experiencias con estudiantes que pronto llegarían a prácticas. Ver a otros estudiantes interesados en la FCV porque yo contaba mi experiencia y reencontrarme con compañeros, todo ello me hizo sentir que representaba no solo a mí misma, sino a la institución que me había acogido tan bien.

Para finalizar mi proceso realicé la sustentación de Práctica I ante mis pares institucionales y mi asesora de prácticas, con diapositivas expuse todo el proceso y la propuesta de intervención con objetivos, planes operativos, conclusiones y recomendaciones. Esta presentación fue crucial como último acompañamiento en este cierre académico.

Y aunque no pude asistir al último día por una calamidad familiar. Cerramos con una cena de despedida para mi compañera practicante, quien terminaba su proceso en práctica II; fue un momento agradable con nuestras pares institucionales. Sentí nostalgia y alegría, me fui tranquila, orgullosa de haber dado lo mejor de mí, agradecida con lo aprendido y con expectativas altas para el siguiente semestre, deseando mejorar y seguir cultivando relaciones de empatía y colaboración con mis pares y el equipo multidisciplinar.

Terminé este proceso con una mezcla de emociones encontradas, pero, sobre todo, con la certeza de que el relacionamiento había sido el pilar fundamental en mi formación y aprendizajes en práctica I, porque fueron la base de una experiencia positiva que me confirmó mi elección profesional y mejoró mis habilidades sociales. Desde el primer contacto con mi asesora hasta la última cena con todas, cada interacción había construido un conjunto de confianza, respeto y apoyo mutuo. Mis pares institucionales con su guía constante, paciencia y disponibilidad; mi compañera practicante, con su amabilidad y consejo; y mi asesora de prácticas, con su apertura inicial y

orientación por todo el camino, fueron figuras significativas en la práctica académica que influyeron en mi quehacer profesional como futura trabajadora social.

#### **4.2 Conocimientos y habilidades adquiridas**

Este apartado comprende los aprendizajes, capacidades y nuevas destrezas desarrolladas por la practicante a nivel personal y profesional, a través de su proceso de relacionamiento en la FCV. A lo largo de esta experiencia se identifica que la estudiante fortalece y desarrolla diversas competencias, entre ellas las *habilidades blandas*, *habilidades técnicas*, *habilidades profesionales*, *habilidades sociales* y *habilidades personales*, complementadas con la adquisición de *conocimientos clínicos* que enriquecieron su formación profesional y ejercicio en el ámbito hospitalario.

En primer lugar, las *habilidades blandas* se reconocen como unas de las principales competencias adquiridas por la practicante; las mismas están relacionadas con la manera de interactuar, comunicarse y adaptarse en cualquier ámbito, destacándose la comunicación asertiva, la empatía, la escucha activa, la adaptabilidad y el manejo de situaciones sensibles en el contexto hospitalario.

“yo creería que como la más notoria fue el tema de las habilidades comunicativas y de escucha, sí, yo siento que estar en ese espacio, estar todo el tiempo conversando, preguntando, escuchando, apuntando, hizo o facilitó como que pudiéramos digamos adquirir de pronto el lenguaje, la empatía o como construir como esa cercanía con los pacientes, las familias, el equipo multidisciplinar también, entonces siento que esa fue como la primera y la más fuerte” ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1268-1273

“o pues esa capacidad también de manejar a los pacientes, porque hay pacientes un poquito más complejos, hay dinámicas en la vida de las personas que son diferentes, entonces uno también tenía que empezar a aprender a cómo manejar esas diversas situaciones que se presentaban en cada paciente” ES\_AC\_ComPrac2\_SIS\_FCV – R 1534-1539

De esta forma, las habilidades blandas constituyen un elemento esencial para el desarrollo profesional, ya que permiten responder de manera humana y efectiva a las necesidades sociales de los pacientes y a la interacción con los demás profesionales. De acuerdo con Macas & Romero (2025), estas competencias socioemocionales, como la comunicación, la escucha activa y la empatía, no solo inciden positivamente en el rendimiento académico, sino que refuerzan la permanencia y el éxito en entornos de alta exigencia como el hospitalario, permitiendo a los practicantes generar un vínculo de confianza con los pacientes y sus familias, favoreciendo la comprensión de su situación y la orientación hacia pertinentes soluciones.

En el ámbito profesional, estas habilidades se proyectan como herramientas indispensables para enfrentar los desafíos propios de la intervención social. Marrero, Mohamed & Xifra (2018) sostienen que las habilidades blandas actúan como un complemento de las competencias técnicas, posibilitando al futuro profesional desenvolverse con la capacidad de trabajar en equipo, lo que asegura una práctica más integral. Desde la perspectiva de Trabajo Social, Corral et al. (2024) enfatizan que estas competencias, al ser adquiridas durante las prácticas académicas, se convierten en la base para el ejercicio profesional, dado que permiten adaptarse a situaciones cambiantes, intervenir en problemáticas sociales y establecer relaciones colaborativas con los demás.

De igual manera, se potenciaron sus *habilidades técnicas* que son las competencias específicas y medibles, adquiridas en la formación profesional y práctica académica; las cuales

están vinculadas con el manejo de instrumentos, protocolos institucionales y herramientas de registro propias del ámbito clínico.

“pues adquirieron la facilidad en temas del sistema de salud, digamos, de redacción y registro de notas del área de Trabajo Social, manejo de la plataforma virtual de la institución. Todo eso también fue algo que fue muy fortalecido en ustedes, sobre todo, pues, en los primeros días, que es como el primer proceso o el primer contacto. Y también en todo el tema de la revisión documental. Ustedes también nos apoyaron mucho en eso, sobre todo porque había de pronto conocimientos que ustedes tenían frescos de la escuela o de la teoría que nosotras tal vez no aplicábamos y que ustedes llegaron también a fortalecer en esa parte”

ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 926-932

Estas competencias son cruciales para garantizar un desempeño profesional eficaz y alineado con los parámetros que exige el contexto de la salud. Como señalan Berrocal, Alonso & Ramírez (2021), las habilidades técnicas representan “aquellas descripciones de lo que las personas tienen que saber (conocimientos) y saber hacer (habilidades) para desempeñar sus funciones de manera efectiva según los estándares y niveles de calidad establecidos por la organización” (p. 113), permitiendo al trabajador social no solo realizar intervenciones de forma adecuada, sino también adaptarse a las demandas dinámicas del entorno clínico, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales y a la mejora continua de la atención al paciente.

En el ejercicio profesional dentro de la fundación, estas habilidades se traducen en una gestión más estructurada de casos, una aplicación rigurosa de los protocolos de intervención y una capacidad de registro y análisis de información que sustenta la toma de decisiones, asegurando así una práctica basada en criterios técnicos y éticos sólidos.

Además, se consolidaron sus *habilidades profesionales* siendo la integración de las técnicas y las blandas aplicadas en el entorno laboral. Evidenciadas en la planeación y ejecución de intervenciones desde Trabajo Social, la elaboración de informes y el seguimiento de procesos con pacientes y familias.

“ustedes ahí salen capacitados para de una vez iniciar con cualquier trabajo de valoraciones sociofamiliares, ¿sí? Visitas domiciliarias, cualquier porque la estructura que usamos ahí, la forma en que nosotros realizamos las intervenciones básicamente es lo que uno sale a hacer en el ámbito laboral, entonces considero que sí, sí va a ser de gran ayuda en tu ejercicio profesional” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 649-653

“también, digamos, al momento de abordar un paciente. Y ya cuando nos dimos cuenta, eras, mejor dicho, la más experta hablando con pacientes. Ya sabías por dónde abordar el paciente. Si de pronto te estaba diciendo mentiras, ya habías adquirido ese, digamos, esa facilidad para identificar que de pronto algo no estaba correcto, que algo no se hacía bien o también, digamos, aprendiste, digamos, a interpretar las situaciones, porque había veces en los que los pacientes de pronto nos decían algo, pero estaba como incompleto. Y tú intentabas como volver a otro punto de la intervención precisamente por lo mismo para terminar de reconfirmar que eso que te estaban diciendo o que estabas haciendo estaba verdaderamente correcto” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 918-926

La adquisición de habilidades profesionales en la práctica académica conforma un espacio donde se integran los conocimientos teóricos con la experiencia práctica, fortaleciendo así la formación del futuro profesional. Según González & Ortiz (2011), las competencias profesionales son una respuesta integral que combina conocimientos, habilidades, actitudes y valores para resolver eficazmente las demandas del ejercicio laboral, permitiendo al estudiante adaptarse a

contextos cambiantes y complejos. En este sentido, la práctica en escenarios hospitalarios favorece la construcción de un perfil profesional idóneo, capaz de enfrentar problemáticas sociales y de salud desde una perspectiva multidisciplinaria.

Tal como mencionan Ronquillo, Cabrera & Barberán (2019), la formación profesional debe orientarse a la capacidad de actuar e intervenir en situaciones reales, utilizando los conocimientos y valores para ofrecer acertadas y responsables soluciones. Destacan que las competencias profesionales no residen solo en la posesión de saberes, sino en la capacidad de movilizarlos de manera articulada para resolver problemas concretos, promoviendo así un desempeño que combina el “saber hacer” con el “saber ser” (Ronquillo, L., Cabrera, C., & Barberán, J. 2019), indispensable para la calidad en la atención de Trabajo Social.

En cuanto a las *habilidades sociales* centradas en las interacciones con otras personas, se desarrolla la capacidad de interactuar en escenarios multidisciplinarios, propiciando un trabajo colaborativo con diferentes áreas de la salud.

“tú siempre estuviste muy dispuesta, muy receptiva a aprender, ¿sí? A que pronto pues tanto la otra par, como yo te pudiéramos compartir esos conocimientos y pues la experiencia que ya habíamos adquirido. Siempre fuiste muy colaboradora, muy servicial, cualquier cosa que, pues yo te solicitaba, tú siempre estabas ahí súper dispuesta a apoyarme, a colaborarame, entonces considero que fue muy buena pues esa relación, también siento que, pues personalmente se logró tener como buena conexión, buen *feeling* y pues ayudó bastante en todo el proceso” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 630-636

“un punto bastante importante y es que acá el contacto no es solamente, digamos, con pacientes o con familiares, sino que también es con el grupo multidisciplinario. Entonces,

qué pasa con estos grupos que en muchas ocasiones cada uno tiene que entrar, digamos, a exponer su punto de vista, por ejemplo, cuando hay juntas médicas, cuando hay que tomar decisiones respecto a un paciente, también uno aprende en estos casos, a, digamos, a exponer lo que uno identifica y con lo que uno está de acuerdo y con lo que uno de pronto no está de acuerdo. Y eso hace parte también de, digamos, del profesionalismo de un trabajador social. Y en este caso ustedes pudieron aprender, digamos, muy de la mano o muy de cerca a saber poner su opinión y dar su ideal de forma respetuosa” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 956-968

La relevancia de las habilidades sociales radica en cómo la capacidad de establecer relaciones positivas y cooperativas es primordial para el ejercicio de la profesión, ya que permiten a los futuros trabajadores sociales desenvolverse en contextos de interacción al resolver conflictos, expresar opiniones, defender derechos y brindar acompañamiento tanto a individuos y familias, como a equipos de trabajo y comunidades (Villegas, E., et al. 2018). Dichas habilidades se entienden como conductas aprendidas y socialmente aceptadas que facilitan en ámbitos clínicos acompañar procesos de orientación, intervención, mediación, apoyo y promoción social, aportando en el bienestar de las personas y consolidando un perfil profesional competente y sensible frente a los desafíos sociales y emocionales de los pacientes.

Villegas, et al. (2018) concluyen que la sola formación universitaria no garantiza un alto nivel de dichas competencias, por lo que se resalta la necesidad de una formación específica y progresiva. En suma, plantean que las habilidades sociales no solo son un apoyo en la vida personal, sino un requisito indispensable para el desempeño profesional del Trabajo Social en ámbitos diversos, entre ellos la salud, la educación y la intervención comunitaria.

Asimismo, en el plano de las *habilidades personales* relacionadas con el manejo de sí mismo, se afianzaron aspectos de inteligencia emocional como la autogestión, el

autoconocimiento, la autorregulación, el autocuidado y la capacidad de establecer límites en el ejercicio profesional.

“y también ahí priman en mi concepto también algunas características personales, o sea, ¿quién es usted? ¿cómo es su personalidad? Entonces, una persona metódica, una persona que no improvisa, entonces, pues la salud es un campo necesita ese tipo de características, entonces sus cualidades individuales, pues le iban a aportar, como también podían, algunas características de personalidad que pueden ser debilidades, es importante encontrar un equilibrio en eso... usted misma desarrolló su estilo de intervención y desarrolló esa habilidad, eso es una habilidad que sabía, pero solamente en la medida en que tengan la posibilidad de conocerse, de perder miedo y no sentir temor a relacionarse con los pacientes”

ES\_AC\_ProfAse\_SIS\_FCV – R 256-271

“Otra habilidad o conocimiento, siento que el tema por ejemplo de la regulación emocional y el autocuidado, pues por digamos que situaciones personales por las que se atraviesa se puede reconocer la importancia de cuidar mi salud mental, de no sobrecargarme, de poner límites también, de saber que, si no estoy bien, pues no, digamos lo ideal no es hacer intervención con otras personas porque pues no estoy bien” ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1283-1290

Las habilidades personales en conjunto con la inteligencia emocional, entendida como la capacidad de reconocer, comprender y manejar las propias emociones y las de los demás, contribuyen a que los estudiantes en formación desarrollen una actitud empática, asertiva y resiliente frente a situaciones de alta carga emocional (Mira, J., Parra, M., & Beltrán, M. 2017); aportando en la capacidad de respuesta en los diversos entornos, manteniendo un equilibrio

psicológico, evitando el desgaste mental y generando la creación de relaciones de confianza con los demás.

En el ejercicio profesional, estas competencias se traducen en la posibilidad de afrontar de manera adecuada conflictos interpersonales, manejar el estrés y promover la toma de decisiones éticas y responsables. Se sostiene que los profesionales con un alto desarrollo de habilidades personales presentan mayores niveles de bienestar, establecen vínculos sociales más sólidos y son menos propensos a conductas disruptivas, lo cual repercute directamente en su quehacer (Mira, J., Parra, M., & Beltrán, M. 2017).

Finalmente, todo este proceso estuvo acompañado de la adquisición de *conocimientos clínicos* gracias a la interacción con los profesionales del equipo multidisciplinar, que le permitieron comprender de manera más amplia las dinámicas del entorno hospitalario y las particularidades de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

“por la parte de las jefes de enfermería, entonces ya teníamos más información con respecto al tema de salud, de medicamentos. Y nos sentíamos más seguras al intervenir y conceptualizar algo, como qué; bueno, este paciente es mal adherente, porque ya habíamos hablado con alguna jefe. Exacto, digamos, yo también me apoyaba mucho de una de las jefes, pues con el tema por lo menos de medicamentos, sí, a veces ellos mencionaban que no tenían tal cosa, pero yo a veces decía esto será como un insumo, será un medicamento. Y siempre me apoyaba, entonces era como eso también, como de verdad esa intención de analizar a los pacientes como desde todos los ámbitos para poder, digamos, hacer como un diagnóstico más acertado” ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1399-1410

En este orden de ideas, el poseer conocimientos clínicos en escenarios de salud no se trata únicamente de la acumulación de saberes, sino de la posibilidad de intercambiarlos y generar un nuevo conocimiento en la intersección de distintas disciplinas. Como resalta Menéndez (1998), la multidisciplinariedad implica la puesta en común de perspectivas que permiten abordar fenómenos complejos desde una mirada integral, favoreciendo la articulación de intervenciones sin reduccionismos ni imposiciones. Para el Trabajo Social, esta dinámica potencia el ejercicio profesional al facilitar la cooperación con otros saberes, respetando los límites de cada disciplina y promoviendo intervenciones coordinadas y contextualizadas en las necesidades de los pacientes.

### **4.3 Barreras presentes**

En cuanto a las barreras presentes, estas comprenden los obstáculos, dificultades y desafíos que surgieron a nivel personal, profesional y contextual, en el marco del proceso de relacionamiento en la FCV, asimismo, se tiene en cuenta la forma como estos fueron superados por la practicante.

Dentro de los diversos obstáculos explorados en las entrevistas realizadas se resaltaron *las barreras relacionales, los factores que influyen en la comunicación, los límites del actuar profesional, el rol de los asesores de prácticas y las tensiones multidisciplinarias*, los cuales marcaron desafíos significativos en las relaciones desarrolladas en la práctica.

Entre ellos se destacan las *barreras relacionales*, que reflejaron retos al momento de establecer vínculos de confianza, colaboración y acompañamiento con pacientes, familias y equipo de trabajo.

“bueno, yo creo que de pronto un obstáculo puede llegar a ser, digamos, en algún punto el tema de los pacientes, porque a veces de pronto íbamos a hacer intervención y los pacientes estaban groseros o los pacientes no eran muy colaboradores. Entonces, digamos que en ese

momento no se podía dar el espacio de aprendizaje. Lo mismo con los profesionales, no todos los profesionales, digamos, eran colaboradores, acogedores o querían aportar y eso podría generarnos de pronto como una pared, como una barrera de que aquí no puedo pasar más porque ya no me colaboraron más.” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 989-993

Por lo tanto, se podría mencionar que estas barreras relacionales dificultan el ejercicio profesional del Trabajo Social en el ámbito clínico, ya que obstaculizan la construcción de procesos comunicativos eficaces y, con ello, la generación de vínculos de apoyo y acompañamiento. Como plantea Pons (2006): la comunicación entre profesional-profesional y profesional-paciente puede verse afectada por actitudes, prejuicios o tensiones que impiden alcanzar significados compartidos, lo cual repercute en la calidad de la intervención.

A su vez, se identificaron *factores que influyen en la comunicación*, los cuales en ocasiones limitaron la claridad en la transmisión de información y exigieron el fortalecimiento de habilidades de escucha activa y retroalimentación, lo que en ocasiones podía retrasar el proceso de capacitación del practicante.

“pero sí han habido casos de pronto de estudiantes en los que es una barrera bastante grande porque de pronto no podemos ir un poquito más allá porque el estudiante tampoco lo permite, sí, porque de pronto no comunica bien, porque simplemente hay cosas que no le parecen importantes al estudiante y no las informa, porque de pronto, por ejemplo, con cosas tan sencillas como no sé, un permiso, una incapacidad, cosas así que de pronto uno no se entera de eso puede llegar a ser también una barrera porque daña, digamos, todo el tema del ambiente del equipo como tal, sí, se puede tornar un ambiente más bien incómodo también en parte por la disposición de cada estudiante, sí ... han habido casos en los que de pronto han sido un dificultante en el proceso y que también se nos puede tornar el proceso un poquito

más demorado, sobre todo en temas de capacitación, porque no se le ve de pronto la disposición al estudiante de aprendizaje, sino es más bien como un proceso simplemente el paso a paso, sí, entonces es un poquito más difícil porque en temas de salud específicamente todo es de actitud, porque en salud todas las profesiones que intervienen tienen siempre demasiada trabajo porque siempre hay muchas dificultades” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1024-1037

Sin duda, dichos factores generan interferencias que dificultan el establecimiento de un diálogo efectivo, limitan la expresión y comprensión; afectando la construcción de relaciones de confianza lo que influye negativamente en la transmisión de información clave y en la adherencia a los procesos de intervención (Concha, M. 2024).

De igual forma, se reconocieron los *límites del actuar profesional*, aspecto que llevó a delimitar el rol y funciones de Trabajo Social frente a otras disciplinas y en la institución, debido a la falta de recursos disponibles y a las dinámicas de los contextos de alta complejidad.

“Sí, es que es muy propio este tipo de instituciones, la alta especialidad, sí o sea es algo muy propio también del sector salud, por ejemplo aquí en la institución de cuarto nivel de complejidad hay una gran especialidad de todo, esa gran especialidad hace que cada profesión, cierto, cada disciplina tenga su alcance, entonces como nosotros estamos acostumbrados a tener una lectura sistémica general, una visión holística, que todo es como quiere, o sea, ni siquiera quiere, uno empieza a medirse en otros campos sin darse cuenta ... nosotros no estamos acostumbrados mucho a esos alcances, a tener claro hasta dónde podemos llegar, en una institución, puede ser que en otra institución usted hubiese logrado más, muchas más cosas, pero en una institución de alta especialización, y particularmente en ese centro de excelencia donde usted está ubicada, pues todos los alcances están

claramente definidos, entonces sí, es eso lo que en algún momento si uno no lo maneja muy bien puede convertirse como una barrera, como un limitante” ES\_AC\_ProfAse\_SIS\_FCV – R 381-396

“también las barreras en ocasiones del actuar de nosotros venían en temas, digamos, de programas, de actividades que nosotros pudiéramos hacer, de acciones que pudiéramos ejercer, porque como tú bien sabes, digamos que todo el actuar de nosotros iba encaminado también en parte a los recursos que tuviéramos gubernamentales y eso es muy limitado. Entonces eso también para nosotros era mucho limitante, porque a veces ustedes hacían una intervención y resulta que era un paciente de pronto sin red de apoyo que necesitaba alguien que lo cuidara y resulta que el paciente no cumplía los requisitos, por ejemplo, para ingresarlo a un centro de bienestar. Entonces también ahí ustedes tienen esas barreras y como es un limitante es en el actuar porque había cosas que se nos salían de las manos o que nosotros no podíamos gestionar de manera directa” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1037-1046

De lo anterior se logra inferir que, en el ámbito de la salud, estos límites se manifiestan con particular intensidad, y aunque son necesarios para garantizar la organización institucional y el respeto por las competencias de cada disciplina, pueden convertirse en un reto para el Trabajo Social, ya que restringen la posibilidad de intervenir de manera integral en las situaciones que afectan a los pacientes y sus familias, reduciendo el margen de acción del profesional a funciones específicas. Gianna (2011) afirma que: la vida cotidiana institucional está condicionada por “la heterogeneidad, la inmediatez y la superficialidad extensiva” de las demandas, las cuales obstaculizan el ejercicio del trabajador social, pues imponen una lógica operativa fragmentada y urgente que no permiten analizar las múltiples determinaciones que subyacen a los problemas.

También emergió el papel del *rol de los asesores de prácticas* como obstáculo, debido a la ausencia del acompañamiento y orientación por parte de algunos supervisores de prácticas, lo que generaba afectaciones en el proceso de intervención de los estudiantes, por lo que las pares institucionales de la FCV comenzaban a cumplir con funciones extras de guía académica para apoyar a los practicantes.

“pero hemos tenido casos en los que ese acompañamiento no se brinda, en los que el estudiante tiene que rogarle al docente para que por favor le dé un espacio porque está perdido en el desarrollo como tal de su propuesta, porque desde la institución le dicen por favor haz tal cosa, fortalece, mete al espacio que tenemos en la institución y resulta que el docente no sabe cómo hacerlo y aparte de todo, de pronto no brinda también ese acompañamiento al estudiante. Entonces, en alguna u otra medida nosotros también hemos tenido que entrar a apoyarles en el tema del desarrollo, por ejemplo, de la propuesta, ya hablándolo en temas de documento que se presenta a la universidad. En muchas ocasiones hemos nosotros tenido que entrar de pronto a apoyarles a ustedes, no en tu caso específico, pero sí de pronto cuando el docente, aparte de no ser de pronto conocedor del área de la salud, no es un docente que brinde disposición al acompañamiento, simplemente es un docente que está ahí para presentar en reuniones y demás, pero hay docentes que tal vez no se interesan como están en el proceso de práctica y lo dejan como muy individual del estudiante. Y eso también frustra al estudiante. Al ver esa frustración a nosotros nos gusta apoyarles en todas las posibilidades y de una u otra manera empezamos también a apoyarles en eso. Entonces no es lo ideal porque nosotras no somos las personas representantes de la universidad como tal. Entonces obviamente no es algo que sea como lo mejor que se pueda hacer, pero entramos a apoyarlos porque tal vez

tenemos ahí como esa dificultad, esa barrera que obviamente no les permite a los practicantes desarrollarse de la mejor manera” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1192-1213

En definitiva, el rol de los asesores de prácticas debe estar encaminado a garantizar un acompañamiento reflexivo y sistemático que trascienda la mera vigilancia o control. La supervisión académica es un proceso relacional de aprendizaje que busca co-construir, junto al estudiante, un análisis crítico de las problemáticas sociales intervenidas (Orozco, V., et al. 2024). Este acompañamiento, lejos de ser solo técnico, implica guiar al futuro profesional en la integración de marcos teóricos, metodológicos y éticos en contextos reales de intervención. Además, el supervisor o asesor debe poseer habilidades como la flexibilidad, la capacidad autorreflexiva y la distancia óptima que le permitan orientar sin perder la objetividad (Orozco, V., et al. 2024). De esta forma, no solo contribuye a la formación de competencias profesionales específicas, sino que también fortalece la capacidad del estudiante para enfrentar la complejidad e incertidumbre propias del ejercicio del Trabajo Social, promoviendo una práctica fundamentada, ética y situada (Orozco, V., et al. 2024).

Finalmente, se presentaron *tensiones multidisciplinares*, que evidenciaron las diferencias de enfoques, las prioridades entre áreas de la salud y el desconocimiento de las funciones de la profesión, convirtiéndose en oportunidades para promover el diálogo y la articulación en el trabajo colaborativo.

“Yo creo que unas de las cosas que más digamos no molestaba, pero si era como: Dios mío, extraño. Era como la percepción que tenía cada área dentro de lo que era de pronto analizar a cada paciente, si de pronto para nosotros veíamos un paciente y estaba normal, si o sea no estaba mal, de pronto no era un paciente complejo. Pero cuando uno cruzaba la información de pronto con psicología, o sobre todo a veces con enfermería y psicología como que pintaban

la cosa muy diferente, si, entonces uno como que se llenaba de dudas, como de incertidumbre y decía: ¿yo sí habría hecho bien la valoración? porque pues ellas son las que llevan más tiempo entonces era como esa parte de la percepción que tenía cada persona después de haber visto cada paciente y lo que creía uno” ES\_AC\_ComPrac2\_SIS\_FCV – R 1646-1663

“pues también como que estar ahí en ese espacio, como que abrir campo ahí a que la práctica se pudiera llevar a cabo fue un poquito complicado ... entonces sí como que siento que fue complejo al principio explicar qué era lo que íbamos a hacer, de qué manera íbamos a apoyar. Por lo menos en mi caso en el programa específico en el que hice toda la intervención social sí fue como un poquito compleja esa parte de decir no pues es que yo vengo es hacer esto y no de pronto lo que ustedes esperan, que se realizará, pero en general siento que esas eran como los retos que se presentaron ... o sea, digamos en resumen como ese desconocimiento de la profesión lo que hacía lo que dificultaba un poco ese posicionamiento y esa relación con los otros profesionales que desde otros programas y espacios pues tenían como cero conocimiento” ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1326-1336

Con esto se puede deducir que, como señala Bottinelli (2013), la mera co-presencia de profesionales de distintas áreas no garantiza un trabajo multidisciplinario efectivo, ya que este requiere un análisis consciente tanto a nivel epistemológico como metodológico. Estas dinámicas se ven complicadas por tensiones de poder y hegemonía entre las disciplinas, donde la necesidad de consolidar una disciplina frente a otras puede llevar a modos imperativos de intercambio que obstaculizan la colaboración y empobrecen los resultados (Bottinelli, M. 2013). Además, la tendencia a recurrir a formalismos y tecnicismos, en lugar del aporte sustancial de cada profesional, dificulta aún más el ejercicio profesional integrado y refleja la complejidad de articular saberes y prácticas diversas en un marco de trabajo colectivo.

#### 4.4 Facilitadores presentes

Por otro lado, los facilitadores presentes hacen referencia a los elementos, aspectos y características desarrollados a nivel personal, profesional y contextual, que facilitaron y permitieron la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales en la FCV.

De esta forma, entre los principales facilitadores descubiertos se encuentran *la orientación de pares institucionales, las relaciones y experiencias previas a la práctica, la comunicación y retroalimentación entre practicantes, el apoyo multidisciplinar y la orientación de el/la asesor/a de prácticas*, los cuales favorecieron el desarrollo del proceso de relacionamiento en la FCV.

De este modo, el aspecto que más impacta es la *orientación de pares institucionales*, que aportó acompañamiento y guía en el proceso de inducción, capacitación, adaptación e integración a la práctica, permitiendo el intercambio de conocimientos y teniendo claridad en el rol que debía cumplir el practicante.

“Entonces, independientemente de que pronto no estuviera la otra par o que no estuviera yo, siempre la otra persona, digamos, como que asumía ese rol de guiar, de, digamos, acompañar el proceso. Entonces, de una u otra manera, esa fue una estrategia y era nunca dejarlos solos a ustedes. O sea, ustedes podían ser independientes, obviamente, en la medida de las posibilidades, pero sabían que todo el tiempo contaban con el apoyo de nosotros de manera permanente. Entonces, de una u otra manera, eso también les brindaba seguridad a ustedes frente a la intervención y frente a la manera en la que se podían proyectar con los pacientes y con los familiares. Otra estrategia que usábamos era mantener comunicación constante con ustedes. Eso significaba que todo el tiempo estábamos en reuniones, que todo el tiempo estábamos haciendo retroalimentación. Que todo el tiempo estábamos de pronto

preguntándoles cómo se sentían, si tenían dudas, si había preguntas, si necesitaban algo. Todo el tiempo, digamos, que tuvieron ese contacto directo con nosotros” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1081-1096

En efecto, la orientación de los pares se configura como una estrategia que facilita la apropiación tanto de contenidos académicos como de dinámicas institucionales, generando un espacio de aprendizaje colaborativo donde los profesionales median entre la institución y quienes inician su proceso (Guadalupe, E., Pérez, D., & Ramírez, N. 2018). A su vez, este acompañamiento no solo favorece la adaptación de los practicantes, sino que también potencia el desarrollo de competencias académicas, metodológicas y profesionales, enriqueciendo las habilidades de comunicación, planeación e intervención de los estudiantes, lo que mejora la experiencia formativa (Guadalupe, E., Pérez, D., & Ramírez, N. 2018).

Por consiguiente, las *relaciones y experiencias previas a la práctica* entre la asesora de prácticas y las pares institucionales sirvieron como base para la creación y mantenimiento de vínculos en el entorno de la práctica I, que facilitaron a la estudiante su proceso académico para desenvolverse con mayor seguridad, cultivándose un ambiente de confianza y “colegage”.

“influyó bastante pues, no sé si tú sabes pero la profesora fue también mi directora de práctica, mi supervisora y durante la práctica pues logramos establecer como una relación bastante bonita, yo siempre pues he considerado a la profe es una excelente profesional y tú sabes que en el área de protección social la más pro de las pro es la profe, entonces sí siento que influyó bastante en que tú lograras quedar ahí porque pues venías de una u otra forma con ese visto bueno por parte de la profe, que ella pues muy bien sabe, ella se conoce el sistema, sabe del entorno de salud, del contexto de salud y sabe cómo ir perfilando los

estudiantes, entonces ella la tiene clara y sabía que tú tenías el perfil para estar en la institución, entonces siento que sí influyó” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 764-772

“Sí, bueno, yo creo que, por decir, para mí algo clave en esas relaciones que se presentaron fue la confianza ... aquí ya había unas relaciones de confianza, ¿sí? Y esa confianza generó un respeto, o sea, el respeto al estudiante, el respeto al supervisor, el respeto a la colega, porque ya estábamos todos en un nivel de colegage, aquí ya no hay profesor y alumno ni nada, sino entre todos compartimos una relación de colegage, eso iba a facilitar todo el desarrollo de la práctica, un mismo escenario con lectura diferente, pero siempre buscando el mismo fin. Siempre tuvimos claros los objetivos comunes, qué es lo que se busca, ¿cierto? ... Claro, es que el hecho de todo esto fue por los vínculos, por los lazos que ya existían y que se logran crear, el relacionamiento no es un relacionamiento frío, sino que había lazos”

ES\_AC\_ProfAse\_SIS\_FCV – R 193-208

Con esto, puede afirmarse que las trayectorias y vínculos previos entre la asesora de prácticas y las pares institucionales aportaron un valor significativo al proceso formativo, ya que no solo facilitaron la integración de la estudiante en el campo de práctica, sino que también sentaron las bases de un trabajo colaborativo cimentado en la confianza mutua. Dichas experiencias compartidas permitieron que las relaciones se transformaran en un espacio de respeto y reconocimiento profesional, en el que cada actor asumió un rol desde la horizontalidad, configurando un ambiente de colegage. Este tipo de dinámica disminuyó las tensiones propias del inicio de la práctica, favoreció la construcción de objetivos comunes y brindó un acompañamiento más cercano y eficaz, lo que reforzó tanto el aprendizaje de la estudiante como la cohesión del equipo en torno a la práctica.

Asimismo, la *comunicación y retroalimentación entre practicantes* contribuyó al fortalecimiento del trabajo colaborativo y al aprendizaje compartido entre estudiantes. Esta interacción generó un entorno de apoyo donde los practicantes, al compartir un mismo nivel y experiencias similares, podían sentirse más relajados y en confianza para resolver dudas mutuas sin presión.

“Bueno, a mí al principio sí, cuando yo estaba de pronto supervisado por las pares, obviamente como ellas son, uno se llenaba como de mucha tensión, era lo que me pasaba a mí, a mí me tensionaba mucho el hecho de que ellas me escucharan, me vieran, estuvieran ahí como encima mío analizando cada palabra, cada detalle para no embarrarlo, ¿no? Entonces ya cuando me iba de pronto contigo o con la otra compañera, para mí era mucho más sencillo” ES\_AC\_ComPrac2\_SIS\_FCV – R 1710-1717

“Entonces, pues, obviamente, cuando uno está con ustedes, yo decía, ah, bueno, pero ellas ya también manejan la información, ellas me resuelven dudas, ¿sí? De pronto cosas que en su momento a uno le daba como pena volverle a preguntar a las pares ... pues ahí están ustedes como para para resolver también esa duda. Entonces, eso siempre también sirvió bastante como ese ese apoyo entre nosotros para para que pues nos fuera mucho mejor” ES\_AC\_ComPrac2\_SIS\_FCV – R 1724-1730

Por tal razón, se debe afirmar que la comunicación y retroalimentación entre practicantes constituyen un proceso de aprendizaje cooperativo en el que ambos estudiantes se benefician: mientras uno orienta y transmite conocimientos, el otro refuerza su aprendizaje, mejora su adaptabilidad y enriquece sus métodos de estudio, todo ello en un ambiente de cercanía y confianza (Gradaille, E., & Gradaille, L. 2020). Esta dinámica horizontal fomenta la construcción compartida del conocimiento, la empatía y el entendimiento mutuo, permitiendo que los estudiantes no solo

fortalezcan competencias académicas, sino también habilidades sociales y comunicativas fundamentales para su formación profesional (Gradaille, E., & Gradaille, L. 2020).

A su vez, el *apoyo multidisciplinar* favoreció la interacción con profesionales de distintas áreas, enriqueciendo la mirada frente a las situaciones abordadas y la ejecución de la intervención. Este intercambio constante, donde médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos se tomaban el tiempo para explicar procedimientos, patologías y contextos específicos, permitió a los practicantes comprender integralmente las circunstancias del paciente.

“en el centro de Excelencia de Falla Cardíaca todo el tiempo estaban de pronto dispuestos a apoyarles, aprenda a que haga esto, que incluso en muchas ocasiones los demás profesionales se sentaban y les explicaban patologías médicas y un montón de cosas ... Y eso obviamente también fortalecía el proceso de ustedes también, digamos, de comprender la enfermedad o de comprender el proceso médico que estaba, pues, abogando el paciente. Y en ese sentido ustedes también modificar la intervención. Eso también influye mucho”

ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1121-1130

“eso de digamos hacer como una intervención psico-social en la que estuvieran las dos partes de psicología y trabajo social a hacer para mí, eso era súper chévere porque era como ver también que en realidad sí se hacía un trabajo integral con los pacientes, entonces ahí nosotros teníamos como la visión psico-social” ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1386-1399

Teniendo esto en cuenta, el trabajo multidisciplinario en salud implica un esfuerzo continuo por trascender las fronteras disciplinares y generar un diálogo entre distintas perspectivas, lo cual posibilita un abordaje más completo de los procesos de salud-enfermedad-atención (Bandala, M. 2017). Este enfoque, además de aportar saberes técnicos, integra dimensiones socioculturales y

contextuales que enriquecen la comprensión de cada caso, permitiendo diseñar intervenciones más humanas, pertinentes y adaptadas a las realidades de los pacientes. Así, la labor conjunta de profesionales de diferentes disciplinas no solo incrementa la calidad de la atención, sino que también fortalece la formación de los futuros trabajadores sociales en el ámbito de la salud (Bandala, M. 2017).

Para finalizar, la *orientación de el/la asesor/a de prácticas* resultó clave para integrar de manera efectiva los dos ámbitos del proceso: el institucional y el universitario. Su profundo conocimiento en el área de la salud permitió que la guía estuviera encaminada adecuadamente, adaptándose a las necesidades específicas del campo. Su apoyo no solo fue profesional, sino también personal, lo que hizo que su acompañamiento fuera fundamental para el éxito de la experiencia.

“yo creo que en tu caso específico el tema del docente, digamos que el docente es un punto fundamental para nosotros, porque no es solo el hecho de tener contacto con el estudiante, sino también con la otra parte del proceso, porque eso es digamos que el estudiante básicamente se divide en dos. Lo que es proceso de institución como tal, en donde fue ubicado y lo que es proceso de universidad. Y si no hay, digamos, una sintonía entre estos dos procesos, para ustedes va a ser mucho más difícil el trabajo, porque nosotros podemos pedir algo, pero en la universidad están pidiendo algo diferente. Entonces el docente, la comunicación con el docente que se tuvo también fue fundamental y fue básica. En tu caso fue un facilitador grandísimo porque digamos que pudimos llegar a acuerdos de manera sencilla ... una u otra manera, las otras dos partes tenían que estar de acuerdo y ese consenso siempre se podía generar sin ningún tipo de inconveniente, también en parte porque el docente tenía conocimiento de cómo debía hacer verdaderamente el proceso y de qué manera

se debía abordar, digamos, en el área específica, por ejemplo, en este caso que tú escogiste, que fue salud. Entonces siempre para nosotros fue muy importante que el docente que guiara tu proceso tuviera conocimiento en el área de la salud, porque si no, en muchas ocasiones, digamos, no se ve tal vez tan enfocado, tan encaminado de la manera en la que verdaderamente se puede encaminar, teniendo en cuenta también los limitantes”

ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1054-1072

“la profesora pues como ella siempre ha tenido como experiencia en el campo de la salud en particular siento que era, hacía como de asesora de prácticas muy espectacular la verdad ... entonces porque ella sabía muy bien cómo funcionaba una institución en el campo de la salud y demás, entonces eso fue bastante complementario para uno y sobre todo pues a nivel personal la profesora también me ayudó muchísimo, sí, me daba mucho aliento, me daba mucho ánimo entonces esto era bastante bueno en ese sentido”

ES\_AC\_ComPrac2\_SIS\_FCV – R 1687-1695

De lo anterior, se puede inferir que la supervisión de prácticas en Trabajo Social constituye un proceso formativo esencial, ya que no solo orienta al estudiante en la integración de la teoría y la práctica, sino que también le brinda un espacio de reflexión sobre sus propias experiencias, emociones y competencias en el ejercicio preprofesional (Escartín, M., et al. 2017). Por lo que el rol de la asesora se convierte en un recurso de apoyo técnico y humano, pues facilita la adquisición de habilidades profesionales, promueve la autocrítica constructiva y ayuda a fortalecer la capacidad de intervención en contextos sociales complejos, lo cual beneficia en una formación más sólida (Escartín, M., et al. 2017).

#### **4.5 Recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social**

En cuanto a las recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social, estas comprenden estrategias, sugerencias, aspectos por mejorar y consejos que son de utilidad para un adecuado relacionamiento en la práctica académica, sobre todo en el sector salud y escenarios de alta complejidad. En este caso se proponen desde el marco del proceso de relacionamiento realizado en la FCV.

En este orden de ideas, las sugerencias que serán planteadas para futuros practicantes de Trabajo Social incluyen: *el manejo de habilidades sociales, el perfil de el/la asesor/a de prácticas, la apertura al aprendizaje y la adaptabilidad*, aspectos cruciales para favorecer el desarrollo y relacionamiento de la práctica en el ámbito de la salud.

De modo que, dentro de las principales estrategias está *el manejo de habilidades sociales*, que permitan generar vínculos positivos con pacientes, familias y equipos multidisciplinares.

“bueno el tema de la escucha y la empatía pues más que una recomendación es como, no sé, como una invitación a cultivar esas cosas, sí, siento que en la profesión en la que estamos pues hay que aprender a reconocer que todas las historias y todo lo que nos cuentan y todo es muy importante, entonces digamos en ese contexto de salud pues tener como esa actitud sobre todo con el tema de los pacientes pues es fundamental” ES\_AC\_ComPrac1\_SIS\_FCV – R 1427-1432

“como consejo ese tema de la prudencia, la prudencia y el respeto porque pues como tú bien sabes también allá cada especialidad tiene su concepto y cada uno habla desde su saber entonces siento que la prudencia y el respeto y la asertividad al comunicarse son fundamentales para el proceso” ES\_AC\_Par1\_SIS\_FCV – R 852-855

“la comunicación es muy muy importante mantenerla no solo con el par institucional y no solo con el profesor que lo está acompañando uno, sino cruzar esa información entre los dos, sí ... mi recomendación es como esa, la comunicación de lo que desde un primer momento tener claridad o ir pensando en qué uno quiere hacer, ir comentando porque esa parte siempre es como lo más importante al fin y al cabo de prácticas uno” ES\_AC\_ComPrac2\_SIS\_FCV – R 1745-1761

Se recomienda cultivar la escucha activa, la empatía y el tacto al comunicarse, ya que esto posibilita generar vínculos sólidos de confianza, favoreciendo así un acompañamiento más humano y eficaz. De igual manera, la prudencia, el respeto y el asertividad resultan fundamentales en un contexto donde cada especialidad aporta desde su saber, siendo necesario reconocer y valorar la diversidad de perspectivas para garantizar una interacción armónica y colaborativa.

Asimismo, se sugiere mantener una comunicación constante y clara, tanto con los pares institucionales como con los asesores de práctica, dado que este intercambio contribuye a orientar las acciones y a reforzar el proceso de aprendizaje. Otro aspecto esencial es el autocuidado físico y emocional, el cual permite sostener intervenciones de calidad sin comprometer el bienestar personal del practicante, ni de la persona que será intervenida. En este sentido, se invita a priorizarse, establecer límites profesionales adecuados y reconocer la importancia de equilibrar la entrega hacia los demás con el cuidado propio, condición indispensable para un ejercicio ético y sostenible en el ámbito hospitalario.

De igual manera, se considera fundamental en el proceso *el perfil de el/la asesor/a de prácticas*, valorando su rol en la orientación, acompañamiento y retroalimentación constante.

“También pues ya más enfocado, digamos, al tema de la escuela directamente, cerciorarse de que los docentes que van a llevar a cabo ese proceso de acompañamiento de los practicantes en el área de salud tengan el conocimiento necesario. Por lo que hablábamos ahorita para que nos facilite el proceso también a nosotros, porque de una u otra manera nosotros tenemos mucha carga laboral en salud. Eso es sabido. Pero adicional a eso, entramos sobre todo en los primeros meses a tener la carga de la educación de ese practicante en nuestro lugar de trabajo. Y si a veces de pronto el docente no tiene conocimiento, pues digamos que es una capacitación extra que tenemos que llegar a hacer, porque no solo vamos a capacitar al estudiante, sino que en alguna medida también tenemos que entrar a capacitar al docente, porque de pronto no tiene los conocimientos necesarios o la experticia necesaria para poder orientar ese proceso desde la universidad. Entonces esa también es una, una, digamos, una recomendación bastante importante, porque no es lo mismo que a ti te oriente un docente que sabe de salud a que a ti te oriente un docente que no sabe nada de salud, porque de una u otra manera los dos van a llegar, digamos, como perdidos en el proceso y va a ser mucho más difícil no solo para los estudiantes, sino también para el docente y de una u otra manera también para el par institucional. Por lo que te comento, va a entrar a hacer mucho más trabajo” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1154-1169

En el marco de la práctica académica en escenarios de salud, se reconoce la relevancia del perfil del asesor o asesora como una figura clave en todo el proceso. Su rol no solo facilita la integración del practicante en el campo, sino que también brinda seguridad y claridad en los procesos de intervención, aspectos indispensables en contextos de alta complejidad. De esta manera, contar con docentes que posean las competencias necesarias para guiar y fortalecer el aprendizaje en el área de la salud resulta un elemento determinante para el éxito de la práctica.

Entonces, se plantea la necesidad de que los asesores de práctica dispongan de conocimientos específicos y experiencia en el sector salud, lo que permite reducir cargas adicionales al personal institucional y evitar duplicidad de esfuerzos en la formación del estudiante. Cuando el docente carece de experticia en el área, se generan dificultades tanto para el practicante, que enfrenta un acompañamiento limitado, como para el par institucional, que asume responsabilidades pedagógicas que exceden sus funciones. Por ello, garantizar que el acompañamiento académico se realice desde un conocimiento pertinente del campo se constituye en una recomendación prioritaria para fortalecer la práctica y asegurar una experiencia formativa idónea.

Por último, se invita a mantener una actitud de *apertura al aprendizaje*, aprovechando cada experiencia como oportunidad para el crecimiento personal y profesional. Y se aconseja fortalecer y consolidar la *adaptabilidad*, entendida como la capacidad de ajustarse a los cambios, dinámicas institucionales y particularidades de los casos atendidos.

“pues, primeramente, para el estudiante que fortalezca mucho, digamos, ese tema de la disposición a los cambios, de la disposición a las correcciones, de estar muy conscientes de que nos podemos equivocar, pero de una u otra manera vamos a aprender. Porque si no hay disposición, va a ser muy difícil o va a ser mucho más difícil el proceso de aprendizaje, porque en salud todos los días se aprende algo chiquito, grande, de pronto algo raro, algo que no nos interesaba, pero todos los días nosotros adquirimos un conocimiento nuevo en un diagnóstico, en un tratamiento, en cómo abordar un paciente, en signos o síntomas, en cosas de pronto que para nosotros de trabajo social no son tan importantes, sobre todo cuando estamos en la escuela. Pero cuando empezamos a ver ese verdadero que hacer profesional en el actuar y en el campo como tal, créeme que eso se vuelve muy importante en el día a día y

van facilitando la tarea de trabajador social, sobre todo en ámbitos de salud ... Entonces, en primera medida, recomendarles el tema de la disposición, que estén muy abiertos a los cambios, que estén muy dispuestos a aceptar que en algún punto nos podemos equivocar o que en algún punto no podemos saber algo, porque de pronto simplemente no lo pudimos aprender ya o simplemente no lo sabíamos, pero ya lo estamos aprendiendo. Entonces están muy dispuestos a los cambios también. Ese es el otro punto. Digamos, estar muy muy disponibles a que nos indiquen cosas en las que podemos mejorar, porque siempre hay algo que mejorar” ES\_AC\_Par2\_SIS\_FCV – R 1135-1154

En escenarios de salud, donde las dinámicas cambian constantemente y los retos son diversos, resulta esencial desarrollar disposición frente a las correcciones, aceptar la posibilidad de equivocarse y reconocer que en cada jornada se adquieren nuevos conocimientos. Esta apertura permite fortalecer la adaptabilidad y la flexibilidad, competencias que favorecen no solo la integración en el equipo multidisciplinario, sino también el ejercicio reflexivo de la práctica.

Se aconseja preguntar sin temor, aprovechar las orientaciones de pares institucionales y docentes, y observar las maneras en que estos referentes se desempeñan para aportar en el propio quehacer profesional. Reconocer el campo como un espacio formativo implica asumir con responsabilidad los errores, aprender de ellos y potenciar las oportunidades de mejora. Sin dejar de lado que también resulta fundamental conocer el funcionamiento del sistema de salud, dado que este conocimiento facilita la intervención y contribuye a la consolidación del rol del Trabajo Social en instituciones de alta complejidad.

En conjunto, estas recomendaciones buscan orientar a los futuros practicantes hacia una experiencia enriquecedora y consciente de las particularidades que implica intervenir en el ámbito de la salud. Más allá de las estrategias puntuales, se trata de asumir la práctica como un proceso

formativo en el que cada obstáculo se convierte en un escenario de aprendizaje y cada interacción ofrece la posibilidad de afianzar el quehacer profesional.

## 5. Conclusiones

La sistematización de experiencias realizada sobre el proceso de relacionamiento en la práctica académica 1 de Trabajo Social en la FCV contribuye de gran forma a conocer profundamente las dinámicas y particularidades de la atención de la profesión en un contexto específico del área de la salud, permitiendo la comprensión y reflexión de las relaciones interpersonales desarrolladas, a partir de la identificación de conocimientos y habilidades adquiridas, y la exploración de tanto barreras como facilitadores presentes en el proceso, dando paso a la generación de recomendaciones para futuros practicantes, demostrando así que los conocimientos y aprendizajes se pueden compartir a través del estudio de previas vivencias.

Por lo que, desde este preciso trabajo sobre el análisis hecho de los mencionados ejes, se hace un aporte a la literatura existente sobre prácticas académicas en Trabajo Social en el contexto de la salud, brindando una nueva producción académica a este marco referencial para posteriores sistematizaciones e intervenciones.

De este modo, partiendo de la reconstrucción de la experiencia de relacionamiento, esta permitió comprender el proceso de la práctica académica de manera profunda y precisa, en donde se desarrolla un recorrido dinámico y progresivo, que inicia incluso antes del ingreso formal a la institución, con la gestión activa de la estudiante para reorientar su práctica hacia el área de salud. Esta etapa inicial, marcada por la incertidumbre y la búsqueda de alternativas, evidencia la importancia de las redes de contacto y la iniciativa personal como factores determinantes para acceder a escenarios de práctica afines a los intereses profesionales.

Una vez en la institución, el relacionamiento se construye a través de un proceso estructurado de inducción, acompañamiento cercano de las pares institucionales y la integración gradual en equipos multidisciplinarios, lo que permite una transición desde la observación hasta la intervención autónoma. Se concluye que la experiencia de relacionamiento no es lineal, sino que está mediada por momentos de ajuste, diálogo constante y reflexión conjunta, donde la confianza, la comunicación abierta y el apoyo entre practicantes y profesionales consolidan un ambiente propicio para el aprendizaje significativo y la construcción de una identidad profesional en formación.

Con relación al eje de los conocimientos y habilidades, la experiencia de práctica I en la FCV permitió la adquisición y fortalecimiento de un conjunto integral de competencias que trascienden lo técnico para abarcar dimensiones personales, sociales y clínicas. Entre ellas, destacan habilidades blandas, técnicas, profesionales, sociales y personales, así como también conocimientos clínicos que enriquecieron la comprensión integral del paciente cardiovascular. Estas competencias no se adquirieron de manera aislada, sino en interacción constante con el entorno institucional y multidisciplinar, lo que facilitó una aproximación a la intervención social. Se concluye que el proceso de relacionamiento actuó como un escenario pedagógico clave para la integración teoría-práctica, permitiendo a la estudiante movilizar saberes previos y construir nuevos conocimientos desde la experiencia directa, lo cual fortalece su quehacer profesional para contextos de salud.

Por otro lado, con respecto al análisis de las barreras presentes se permitió identificar obstáculos tanto relacionales como estructurales que influyeron en el desarrollo de la práctica. Entre ellos, se encontraron dificultades en la comunicación con algunos pacientes y profesionales, límites claros en el actuar profesional debido a la alta especialización institucional, tensiones

multidisciplinares por diferencias en enfoques y percepciones, y en algunos casos, la falta de acompañamiento efectivo por parte de los asesores de práctica de los otros estudiantes que participaron en la investigación. Estas barreras reflejan la complejidad inherente a los escenarios de salud de cuarto nivel, donde la fragmentación de roles y la sobrecarga laboral pueden dificultar la articulación efectiva del trabajo social. Sin embargo, lejos de ser meros impedimentos, estos desafíos se convirtieron en oportunidades para desarrollar estrategias de adaptación, negociación y autorregulación, demostrando que el manejo adecuado de las tensiones es parte fundamental del aprendizaje en entornos profesionales reales.

Ahora bien, en lo que concierne a los facilitadores explorados que fueron determinantes para el éxito del proceso de relacionamiento, resaltó el acompañamiento continuo y personalizado por parte de las pares institucionales, la comunicación fluida entre practicantes, el apoyo multidisciplinar y el rol clave de la asesora de práctica con experiencia en el área de salud. Asimismo, la existencia de relaciones previas entre la asesora y las trabajadoras sociales de la FCV permitió una integración más orgánica y un clima de confianza desde el inicio. Además, la retroalimentación constante y la disposición al diálogo favorecieron un ambiente de aprendizaje colaborativo, donde el error fue visto como parte del proceso formativo. Se concluye que la calidad del relacionamiento no dependió únicamente de la estudiante, sino de una red de apoyo sólida y coherente entre la universidad y la institución, lo que subraya la importancia de alinear expectativas, roles y acompañamientos para garantizar una experiencia de práctica profesionalmente significativa.

De esta forma, hecha la comprensión de los diferentes aprendizajes, barreras y facilitadores que emergieron en la práctica académica, cabe mencionar que es posible generar conocimientos aplicables y transferibles a situaciones similares. A partir de la experiencia sistematizada, se derivan

recomendaciones orientadas a aportar en el relacionamiento profesional en instituciones de salud de alta complejidad. Entre ellas, se enfatiza la necesidad de cultivar habilidades sociales como la escucha activa, el asertividad y la comunicación, así como mantener una actitud de apertura al aprendizaje y flexibilidad ante los cambios. También se tiene en cuenta la importancia de los asesores de práctica con conocimiento específico en el área de salud en la articulación entre la formación académica y las demandas del contexto real. Invitándose a los futuros practicantes a asumir la práctica como un espacio de construcción reflexiva, donde el dialogo constante, la disposición a recibir retroalimentación y la capacidad de adaptación son claves para navegar exitosamente las dinámicas relacionales propias de estos escenarios. Estas recomendaciones buscan no solo optimizar el desempeño durante la práctica, sino también sentar las bases para un ejercicio profesional ético, resiliente y colaborativo en el campo de la salud.

Ya para finalizar, cabe añadir que a nivel metodológico en el panorama de esta sistematización de experiencias del proceso de relacionamiento se estableció el paradigma interpretativo con enfoque hermenéutico, el cual durante su desarrollo se encontró pertinente para este estudio, esto sustentado en los hallazgos encontrados a través del análisis riguroso del diario de campo de la investigadora y de las entrevistas semiestructuradas aplicadas, permitiendo una interpretación profunda de la experiencia vivida en la FCV, puesto que fue posible llevar a cabo la reconstrucción de su vivencia desde el antes, durante y después. Asimismo, gracias a este enfoque, se pudieron compartir perspectivas, intenciones, predisposiciones, sentidos y valoraciones que emergieron en la intervención. Así como sus barreras y facilitadores enfrentados, al igual que los conocimientos y habilidades desarrolladas, aportando aprendizajes que podrían ser clave para un próximo proceso de práctica preprofesional, no solo en la FCV, si no en cualquier institución que comparta similitudes como la naturaleza del ejercicio en el área de prestación de servicios de salud.

### Referencias bibliográficas

- Adrialoza, F., et al.. (2019). Percepción del clima organizacional en atención primaria de salud en la región del Maule, Chile. *Empresarial*, 13(1), 13-21.  
<https://editorial.ucsg.edu.ec/empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/view/146>
- Alava, L. A. R., Lino, L. L., & Anchundia, V. I. A. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de salud. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 4, 1-15.  
<https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html#:~:text=Brindar%20informaci%C3%B3n%20sobre%20la%20enfermedad,familias%20estilos%20de%20vida%20saludables.>
- Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. (1), p. 36-46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
- Alvarado, D. (2021). Beneficios del trabajo en equipo durante la formación académica entre áreas de la salud. *Revista Scientific*, 6(20), 311-326.  
[https://indteca.com/ojs/index.php/Revista\\_Scientific/article/view/618/1290](https://indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/618/1290)
- Álvarez, D. L., Ferradás, C., Campagna, V., López, G. S., & Michelli, V. (2021). La intervención del trabajo social en hospitales de alta complejidad. *Libros de Cátedra*. P. 62 – 69.  
[https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/129647/Documento\\_completo.pdf?sequence=1#page=62](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/129647/Documento_completo.pdf?sequence=1#page=62)
- Ávila, G. (2020). Trabajo social en salud: teoría y praxis innovadora. Margen N.97.
- Batista Mendoza, G., Giraldo Puentes, G. A., Rosero Palacios, E., Brett Cano, P. J., Ramírez Reyes, K. T., Zapata Valencia, C. M., ... & Acuña Picón-Jaimes, Y. A. (2023). Investigación

latinoamericana en falla cardíaca: análisis visual y bibliométrico de los últimos 20 años. Archivos peruanos de cardiología y cirugía cardiovascular, 4(4), 141-150. os 20 años. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/pdf/apcyccv/v4n4/2708-7212-apcyccv-4-](http://www.scielo.org.pe/pdf/apcyccv/v4n4/2708-7212-apcyccv-4-04-141.pdf)

04-141.pdf

Bandala, M. A. S. (2017). El trabajo multidisciplinario en salud pública. La aportación de una mirada antropológica. Revista de Salud Pública, 21(1), 65-67. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download/16605/16626>

Berrocal, F. B., Alonso, M. A. A., & Ramírez-Vielma, R. (2021). La elaboración de modelos de competencias técnicas y su aplicación en la detección de necesidades formativas. Gestión y análisis de políticas públicas, (26), 111-129. <https://www.redalyc.org/journal/2815/281567964008/281567964008.pdf>

Bernal, I. B., Melo, N. A. P., & Limón, M. L. S. (2014). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Estudios gerenciales, 31(134), 8-19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592314001624>

Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de investigación educativa, 21(1), 7-43. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>

Bottinelli, M. M., Díaz, F., Remesar, S., & Nabergoi, M. (2013). Tensiones y desafíos en las relaciones entre salud y comunicación. X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en salud y población. Capítulo 2. P. 39. <https://www.teseopress.com/jornadasnacionalessalud/wp->

[content/uploads/sites/249/2015/09/X-Jornadas-Nacionales-de-Debate-Interdisciplinario-en-Salud-y-Poblaci%C3%B3n-1440621970.pdf#page=39](https://content/uploads/sites/249/2015/09/X-Jornadas-Nacionales-de-Debate-Interdisciplinario-en-Salud-y-Poblaci%C3%B3n-1440621970.pdf#page=39)

Bustamante-Ubilla, M. A., Avendaño, M. L. G., & Maza, M. D. C. L. (2015). Caracterización del clima organizacional en hospitales de alta complejidad en Chile. *Estudios Gerenciales*, 31(137), 432-440. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592315000583>

Carreón, J. (2015). Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud. *Contaduría y administración*, 60(1), 31-51. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Compromiso+laboral+del+trabajo+social+en+el+sector+salud&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Compromiso+laboral+del+trabajo+social+en+el+sector+salud&btnG=)

Carrión, B., Ponce, R. A. L., & Moreno, T. M. E. (2022). Clima organizacional y su relación con la satisfacción laboral en instituciones de salud del Perú. *TecnoHumanismo*, 2(3), 193-207. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8510610>

Casas-Martí, G., & Casas-Martí, J. (2023). Más allá de la planificación del alta hospitalaria: el espacio del trabajo social en los hospitales de tercer nivel. [https://cuadernots.utem.cl/articulos/mas-alla-de-la-planificacion-del-alta-hospitalaria-el-espacio-del-trabajo-social-en-los-hospitales-de-tercer-nivel/?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss](https://cuadernots.utem.cl/articulos/mas-alla-de-la-planificacion-del-alta-hospitalaria-el-espacio-del-trabajo-social-en-los-hospitales-de-tercer-nivel/?utm_source=rss&utm_medium=rss)

Cazzaniga, S. (2001). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Ponencia desarrollada en las VI Jornadas de Medicina General y 1ª de Equipo de Salud organizada por la Asociación de Medicina General de Santa Fe. Reconquista. [https://www.edumargen.org/docs/2018/curso6/unid04/apunt06\\_04.pdf](https://www.edumargen.org/docs/2018/curso6/unid04/apunt06_04.pdf)

- Cedeño Sandoya, W. A., Ibarra Mustelier, L. M., Galarza Bravo, F. A., Verdesoto Galeas J.- R., & Gómez Villalba, D. A., (2022). Habilidades socioemocionales y su incidencia en las relaciones interpersonales entre estudiantes. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(4), 466-474. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v14n4/2218-3620-rus-14-04-466.pdf>
- Cía, P., & Delgado, M., (2018). Las relaciones entre profesionales en los códigos de deontología de diversas profesiones de la salud. *Cuadernos de bioética*, 29(97), 271-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87557374005>
- Contini, N. (2009). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, (9), 45-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645279>
- Concha Ponce, M. O. (2024). Rompiendo barreras: estrategias para fomentar la comunicación efectiva en estudiantes de niveles superiores (Master's thesis, La Libertad, Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2024). <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f9f2e51d-6b89-466a-a36f-2662c4becfab/content>
- Corral, F., et al. (2024). Marco teórico para la evaluación de las habilidades sociales/blandas, y actitudes propias de trabajo social, adquiridas durante el proceso de prácticas escolares. *EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN EL MARCO DE LAS CIENCIAS SOCIALES*. Capítulo 8. P. 111.
- Correa-Arango, M. E., Corena-Argota, A., Chavarriaga-Estrada, C., García-Valencia, K., & Usme-Baena, S. (2019). Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista*

eleuthera, 20, 199-217. <http://www.scielo.org.co/pdf/eleut/v20/2011-4532-eleut-20-00199.pdf>

Chapoñan Bances, C. Y. (2022). Factores asociados a mortalidad en pacientes con falla cardíaca en el HNAAA de 2020 a 2022. [file:///C:/Users/silvi/Downloads/Chapo%C3%B1an\\_Bances\\_Cristian\\_Yoel.pdf](file:///C:/Users/silvi/Downloads/Chapo%C3%B1an_Bances_Cristian_Yoel.pdf)

Chávez-Tafur, J. (2006). Aprender de la experiencia. Una metodología para la sistematización. Asociación ETC, Andes / Fundación ILEIA: Perú \_Metodología\_46p

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://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)

Escartín, M., et al. (2017). El proceso de supervisión en las prácticas de trabajo social. <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/b8d133f2-6c86-47c8-ae7-7e57217a2ec6/content>

Escobar Díaz, G. L., Orozco Molina, A. N. G. É. L. I. C. A., Núñez Montes, J. R., & Muñoz, F. L. (2021). Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en Colombia 1993-2017. Un análisis de las políticas públicas. *Revista Salud Uninorte*, 36(3), 558-570. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522020000300558](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000300558)

Escuela de Trabajo Social-Universidad Industrial de Santander. (2011). *Manual de Prácticas de Trabajo Social*. Consultado el 29 de marzo del 2024.

Fundación Cardiovascular de Colombia. (s.f). Falla cardíaca. <https://www.fcv.org.co/centros-de-excelencia/centro-de-excelencia-en-falla-cardiaca/quienes-somos>

Fundación Cardiovascular de Colombia. (s.f) Quienes somos. <https://www.fcv.org/co/fcv/quienes-somos>

Fundación Cardiovascular de Colombia. (s.f). Somos FCV. <https://www.fcv.org/co/fcv/linea-de-tiempo>

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. FUNDACIÓN PAIDEIA GALIZA. EDICIONES MORATA, S. L. (p. 192 - 234). [https://tic.uis.edu.co/ava/pluginfile.php/3096384/mod\\_resource/content/1/Lectura%2018\\_19\\_20%20\\_Flick.pdf](https://tic.uis.edu.co/ava/pluginfile.php/3096384/mod_resource/content/1/Lectura%2018_19_20%20_Flick.pdf)

Gallegos, W. L. A., Mora, J. L., & Cuentas, S. Q. (2018). ¿Es el clima organizacional determinante de relaciones interpersonales o son las relaciones interpersonales las que determinan el clima organizacional?. *Industrial data*, 21(2), 81-89. <https://www.redalyc.org/journal/816/81658967012/81658967012.pdf>

García, M. G. (1995). Comunicación y relaciones interpersonales. *Tendencias pedagógicas*, (2), 2-17. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2790951.pdf>

García Cisneros, P. A. (2019). La inteligencia emocional y su impacto en el desempeño laboral. *Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/03/inteligencia-emocional-laboral.html>

García, F. M. C., Bajaña, B. G. L., Cruz, J. H. C., & Silva, L. L. R. (2023). Relaciones interpersonales en la convivencia personal. *Recimundo*, 7(1), 372-380. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1961/2449>

Gianna, S. (2011). Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional.

<https://rehip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/10ee0ee5-7d32-47b0-a811-76151caafde5/content>

González, S., & Ortiz, M. (2011). Las competencias profesionales en la Educación Superior. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 25(3), 334-343. <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2011/cem113k.pdf>

Gómez, E. (2016). Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23, 6-12. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316000085>

Gómez-Mesa, J. E., Saldarriaga, C. I., Echeverría, L. E., & Luna, P. (2021). Registro colombiano de falla cardiaca (RECOLFACA): metodología y datos preliminares. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(3), 217-230. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v28n3/0120-5633-rcca-28-3-217.pdf>

Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional en la práctica*. Barcelona: Kairós. [http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Gerencia/\[PD\]%20Libros%20-%20Inteligencia%20emocional%20en%20la%20practica.pdf](http://www.elmayorportaldegerencia.com/Libros/Gerencia/[PD]%20Libros%20-%20Inteligencia%20emocional%20en%20la%20practica.pdf)

Guadalupe-Román, E., Pérez, D., & Ramírez, N. K. (2018). Competencias de la tutoría entre pares: La experiencia de formarse en la práctica. *Integración Académica En Psicología*, 6(16), 46-54. <https://www.integracion-academica.org/attachments/article/189/05%20Tutoria%20pares-%20EGuadalupe%20DPerez%20NK.pdf>

Ghiso, A. (1998). De la práctica singular al diálogo con lo plural aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en épocas de globalización. FUNLAM.

[https://tic.uis.edu.co/ava/pluginfile.php/3096365/mod\\_resource/content/1/Lectura%202.pdf](https://tic.uis.edu.co/ava/pluginfile.php/3096365/mod_resource/content/1/Lectura%202.pdf)

Ghiso, A. (2011). *Sistematización. Un pensar el hacer, que se resiste a perder su autonomía.* Medellín: Decisio enero-abril. Fundación Universitaria Luis Amigó\_ Conextos\_ Sentidos de la práctica. <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2015/10/S-un-pensar-el-hacer-Ghiso-A.M.-2011.pdf.pdf>

Gradaille Ramas, E., & Gradaille Martín, L. A. (2020). *Práctica laboral y tutoría de pares en carreras pedagógicas en dos universidades latinoamericanas.* *Revista Conrado*, 16(75), 280-283. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v16n75/1990-8644-rc-16-75-280.pdf>

Hernández, C. (s.f). *Profesionalidad y relaciones interprofesionales en la práctica de las Ciencias de la Salud.* [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/deontologia/Profesionalidad\\_y\\_relaciones\\_interprof.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/deontologia/Profesionalidad_y_relaciones_interprof.pdf)

Jara, O. (2009). *La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano una aproximación histórica.* *Diálogo de saberes* N° 3, 118-129. <https://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/389/JJara%20Holliday%20-%20sistematizac%cc%a7a%cc%83o%20de%20experiencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lajes Ugarte, M., Aúcar López, J., Martínez Morell, A., & Aguilar Rodríguez, Y. (2021). *El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud.*

Humanidades Médicas, 21(3), 951-966. <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v21n3/1727-8120-hmc-21-03-951.pdf>

Loáiciga, J. . (2020). ART Relaciones interpersonales y situaciones de convivencia en el aula universitaria. Revista Académica Arjé, 3(1), 15-a. <https://revistas.utn.ac.cr/index.php/arje/article/view/240/216>

Macas, B., & Romero, N. (2025). Influencia de las habilidades blandas en el desempeño académico de los estudiantes de educación superior. Investigación y Cultura Académica, 1(1). <https://investigacionycultura.com/index.php/ica/article/view/9>

Marrero, O., Mohamed, A., & Xifra, J. (2018). Habilidades blandas: necesarias para la formación integral del estudiante universitario. Revista científica ECOCIENCIA, 5, 1-18. <https://revistas.ecotec.edu.ec/index.php/ecociencia/article/view/144>

March, J., et al. (2010). Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía. Revista de calidad asistencial, 25(6), 372-377. [https://www-clinicalkey-es.bibliotecavirtual.uis.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134282X10001181.pdf?locale=es\\_ES&searchIndex=](https://www-clinicalkey-es.bibliotecavirtual.uis.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134282X10001181.pdf?locale=es_ES&searchIndex=)

Martínez, R. A. (2017). Las relaciones interpersonales en la empresa. Realidad empresarial, (3), 37-38. <https://camjol.info/index.php/reuca/article/view/5999/5698>

Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 18(65), 145-150. <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1998/revista-65/12-interdisciplinariedad-y-multidisciplinariedad-en-salud-mental.pdf>

Mira, J., Parra, M., & Beltrán, M. (2017). Educación emocional en la universidad: propuesta de actividades para el desarrollo de habilidades sociales y personales. *Vivat Academia*, (139), 1-17. <https://www.redalyc.org/journal/5257/525754431001/525754431001.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). Enfermedades cardiovasculares. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Enfermedades-cardiovasculares.aspx>

Ministerio de Salud. (2023). Minsalud conmemora el día mundial del Corazón. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-conmemora-el-dia-mundial-del-Corazon.aspx>

Miró, M. (2016). Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Educ Med [Internet]*, 17(1), 21-4. <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/148683/552467.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2021). Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

OPS & OMS. (2022). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Orozco, V., et al. (2024). Posicionamiento teórico para la evaluación de la supervisión escolar del programa de licenciatura en trabajo social de la universidad autónoma de ciudad Juárez, chihuahua, México. . *EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN EL MARCO DE LAS CIENCIAS SOCIALES*. Capítulo 6. P. 91.

- Ortiz-Campillo, L., Ortiz-Ospino, L. E., Coronell-Cuadrado, R. D., Hamburger-Madrid, K., & Orozco-Acosta, E. (2019). Incidencia del clima organizacional en la productividad laboral en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): un estudio correlacional. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(2), 187-193. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170263775012>
- Parola, N. (2019). Problematizando las prácticas preprofesionales en Trabajo Social. Desafíos y perspectivas. Universidad Nacional de Cuyo. <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n29/2389-993X-prsp-29-00073.pdf>
- Pelegrí Viaña, X. (2004). El poder en el trabajo social: una aproximación desde Foucault. *Cuadernos de Trabajo Social*. <https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/d596f391-2601-40b9-ae9-3e698e78dd39/content>
- Pelegrí Viaña, X. (2018). Repensando el poder de los profesionales del trabajo social. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, (212). <https://trabajosocialytal.com/documentos/ART%20EL%20PODER%20PELEGR%C3%8D.pdf>
- Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 73(20), 27-34. <https://raonss.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/10/komprof.pdf>
- Ramírez, J. N., & Tesén, J. (2022). Las relaciones interpersonales y la calidad educativa. *TecnoHumanismo*, 2(3), 17-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8356012>

- Repetti, G., Bonfim, P. (2023). Prácticas pre-profesionales y ética profesional: desafíos para la formación en el trabajo social brasileño. *Perspectiva Histórico-crítica en Trabajo Social*  
[https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/149775/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/149775/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rivera Porras, D. A., Hernández Lalinde, J. D., Forgiony Santos, J. O., Bonilla Cruz, N. J., & Roza Sánchez, A. C. (2018). Impacto de la motivación laboral en el clima organizacional y las relaciones interpersonales en los funcionarios del sector salud.  
<https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/65f7aba8-3b28-49cf-b279-b713dde0b21f/content>
- Rotondo, M. T. (2006). Relaciones profesionales: conflictos de intereses. *Revista Médica del Uruguay*, 22(2), 88-99. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v22n2/v22n2a04.pdf>
- Ronquillo, L., Cabrera, C., & Barberán, J. (2019). Competencias profesionales: Desafíos en el proceso de formación profesional. *Opuntia Brava*, 11(Especial 1), 1-12.  
<https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/653/615>
- Soto, P. (2017). De la educación interprofesional al trabajo en equipo en salud. *Horizonte de Enfermería*, 28(1), 3-6.  
<https://analesliteraturachilena.letras.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12194/10996>
- Tello, N. (2008). *Apuntes de trabajo social*. EOPSAC. México.  
[https://www.neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social\\_nelia-tello.pdf](https://www.neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social_nelia-tello.pdf)
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista de la Educación Física y el Deporte* (9), p. 50-59

<http://190.64.86.34:8090/bitstream/handle/20.500.12729/324/Valenzuela%2c%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41-50.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0121-75772007000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0121-75772007000100004&script=sci_arttext)

Villegas-Castrillo, E., Suriá Martínez, R., Escartín-Caparrós, M. J., & Lillo-Beneyto, A. (2018). Las Habilidades Sociales y su implicación en la formación de las y los futuros profesionales del Trabajo Social. <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/6040c040-ce27-42b5-b463-6c60f60acfbf/content>

Yance, P., Hernandez, Y., (2024). Influencia de las relaciones interprofesionales en el aprendizaje de los estudiantes en los ambientes prácticos de aprendizaje (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Javeriana Colombia 2024).  
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/e69943db-e75a-48d9-82ff-634ecd9899eb/content>

Yañez Gallardo, R., Arenas Carmona, M., & Ripoll Novales, M. (2010). El impacto de las relaciones interpersonales en la satisfacción laboral general. *Liberabit*, 16(2), 193-202.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200009&script=sci_arttext&tlng=en)

## Apéndices

## Apéndice A. Matriz categorial

Categoría	Descripción	Preguntas asociadas	Instrumentos/Actores
Experiencia del proceso de relacionamiento	Hace referencia al conjunto de vivencias personales que se dieron en el marco del proceso de relacionamiento en la FCV; partiendo desde la selección del campo de práctica y la llegada a la institución, hasta la culminación de práctica I. Además del clima organizacional y relaciones interpersonales que influyeron en la experiencia, como también los momentos significativos presentes en esta.	¿Cómo recuerda ese primer contacto/interacción entre nosotros/as? ¿Cómo describirías nuestra experiencia de relacionamiento durante la práctica I en la FCV?	Guía de entrevista semiestructurada / 2 pares institucionales, 2 compañeros practicantes y asesora de prácticas
Conocimientos y habilidades adquiridas en el proceso de relacionamiento	Comprende los aprendizajes, capacidades y nuevas destrezas desarrolladas por la practicante a nivel personal y profesional, a través de su proceso de relacionamiento en la FCV.	¿Qué capacidades o nuevas destrezas sientes que surgieron a lo largo de la práctica en la interacción que construimos con los compañeros, demás profesionales y pacientes? ¿Podría mencionar cuales podrían ser las habilidades que marcaron la evolución de mi capacidad para construir relaciones en la práctica académica? ¿Considera que las habilidades que adquirimos serán de ayuda en nuestra futura vida profesional? ¿Por qué?	
Barreras presentes en el proceso de relacionamiento	Comprende los obstáculos, dificultades y desafíos que se presentaron a nivel personal, profesional y contextual, en el marco del proceso de relacionamiento en la FCV, asimismo, también la forma como estos se pudieron superar.	¿Hubo momentos en que identifiqué retos o limitaciones en la interacción que construimos con los compañeros, demás profesionales y pacientes? ¿Cómo superamos esos retos? ¿Podría mencionar cuales podrían ser los obstáculos o desafíos que usted percibió que influyeron o dificultaron la creación de relaciones en el escenario de la práctica? Desde su perspectiva, ¿Cuál fue el mayor desafío durante el establecimiento de relaciones?	
Facilitadores presentes en el proceso de relacionamiento	Comprende los elementos, aspectos y características desarrollados a nivel personal, profesional y contextual; que facilitaron y permitieron la creación y mantenimiento de relaciones interpersonales en la FCV.	¿Recuerda cuales factores o aspectos facilitaron la creación y el mantenimiento de relaciones dentro de la práctica? ¿Qué características personales o profesionales facilitaron el establecimiento de nuestra relación, y con otros actores de la práctica? Desde su posición, ¿qué estrategias utilizó para facilitar y guiar la construcción de relaciones? ¿Cómo percibió la reciprocidad en la relación que construimos? ¿Fue una relación que facilitó el aprendizaje?	
Recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social	Hace referencia al conjunto de sugerencias, aspectos por mejorar y consejos para estudiantes de Trabajo Social, con el propósito de guiar el desarrollo de futuras prácticas académicas en torno al proceso de relacionamiento en la FCV.	Basándose en su experiencia, ¿qué le dirías o recomendarías a un estudiante de Trabajo Social que va a iniciar su práctica en la FCV sobre cómo manejar las relaciones con los diferentes actores de la institución? ¿Qué aspectos consideras que deberían fortalecerse en el acompañamiento institucional o académico para favorecer la creación de relaciones? Si tuvieras que dar un consejo sobre qué hacer y qué no hacer al construir y mantener relaciones en escenarios de alta complejidad en salud ¿Cuál sería?	

**Apéndice B. Guía entrevista semiestructurada****Información general**

<b>Investigadora</b>	
<b>Entrevistado/a</b>	
<b>Duración</b>	
<b>Fecha</b>	

**BLOQUE 1: PARA COMPAÑEROS/AS PRACTICANTES****Pregunta de apertura**

- ¿Como recuerdas ese primer contacto/interacción entre nosotros/as?
- ¿Cómo describirías nuestra experiencia de relacionamiento durante la práctica I en la FCV?

**Conocimientos y habilidades adquiridas en el proceso de relacionamiento**

- ¿Qué capacidades o nuevas destrezas sientes que surgieron a lo largo de la práctica en la interacción que construimos con los compañeros, demás profesionales y pacientes?
- ¿Consideras que las habilidades que adquirimos serán de ayuda en nuestra futura vida profesional? ¿Por qué?

**Barreras presentes en el proceso de relacionamiento**

- ¿Hubo momentos en que identificaste retos o limitaciones en la interacción que construimos con los compañeros, demás profesionales y pacientes? ¿Cómo superamos esos retos?
- Desde tu perspectiva, ¿Cuál fue el mayor desafío durante el establecimiento de relaciones?

**Facilitadores presentes en el proceso de relacionamiento**

- ¿Recuerdas cuales factores o aspectos facilitaron la creación y el mantenimiento de relaciones dentro de la práctica?
- ¿Qué características personales o profesionales facilitaron el establecimiento de nuestra relación, y con otros actores de la práctica?

### **Recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social**

- Basándote en tu experiencia, ¿qué le dirías o recomendarías a un estudiante de Trabajo Social que va a iniciar su práctica en la FCV sobre cómo manejar las relaciones con los diferentes actores de la institución?
- ¿Qué aspectos consideras que deberían fortalecerse en el acompañamiento institucional o académico para favorecer la creación de relaciones?
- Si tuvieras que dar un consejo sobre qué hacer y qué no hacer al construir y mantener relaciones en escenarios de alta complejidad en salud ¿Cuál sería?

### **Observaciones y otros aspectos relevantes**

---

## **BLOQUE 2: PARA PARES INSTITUCIONALES Y ASESORA DE PRACTICAS**

### **Pregunta de apertura**

- ¿Como recuerda ese primer contacto/interacción entre nosotros/as?
- ¿Cómo describiría nuestra experiencia de relacionamiento durante la práctica I en la FCV?

### **Conocimientos y habilidades adquiridas en el proceso de relacionamiento**

- ¿Podría mencionar cuales podrían ser las capacidades o nuevas destrezas que marcaron la evolución de mi capacidad para construir relaciones en la práctica académica?

- ¿Considera que las habilidades que se adquirieron serán de ayuda en la futura vida profesional? ¿Por qué?

### **Barreras presentes en el proceso de relacionamiento**

- ¿Podría mencionar cuales podrían ser los obstáculos o desafíos que usted percibió que influyeron o dificultaron la creación de relaciones en el escenario de la práctica?
- Desde su perspectiva, ¿cuál fue el mayor desafío durante el establecimiento de relaciones?

### **Facilitadores presentes en el proceso de relacionamiento**

- ¿Recuerda cuales factores o aspectos facilitaron la creación y el mantenimiento de relaciones dentro de la práctica?
- Desde su posición, ¿qué estrategias utilizó para facilitar y guiar la construcción de relaciones?
- ¿Cómo percibió la reciprocidad en la relación que construimos? ¿Fue una relación que facilitó el aprendizaje?

### **Recomendaciones a futuros practicantes de Trabajo Social**

- Basándose en su experiencia, ¿qué le dirías o recomendarías a un estudiante de Trabajo Social que va a iniciar su práctica en la FCV sobre cómo manejar las relaciones con los diferentes actores de la institución?
- ¿Qué aspectos considera que deberían fortalecerse en el acompañamiento institucional o académico para favorecer la creación de relaciones?
- Si tuvieras que dar un consejo sobre qué hacer y qué no hacer al construir y mantener relaciones en escenarios de alta complejidad en salud ¿Cuál sería?

### **Observaciones y otros aspectos relevantes**

**Apéndice C. Carta de consentimiento informado**

Yo \_\_\_\_\_, identificado/a con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, manifiesto que se me ha proporcionado una explicación detallada sobre mi involucramiento en el informe final de trabajo de grado titulado “Sistematización de experiencias del proceso de relacionamiento desarrollado en la práctica I de Trabajo Social en la Fundación Cardiovascular de Colombia”. Entiendo que mi colaboración incluye responder a una entrevista, la cual es fundamental para complementar las percepciones del proceso de relacionamiento sistematizado. He accedido a que la entrevista sea grabada en audio para su futura transcripción y análisis, siendo accesible para algunos miembros del cuerpo docente del programa de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander que supervisan y evalúan este proyecto. Por lo que se me ha garantizado que se mantendrá el anonimato y la confidencialidad de la información que proporcione. La investigadora a cargo, Silvia Alejandra Mariño Poveda, se ha comprometido a estar disponible para resolver cualquier pregunta o duda que pueda tener que esté relacionada con el estudio. Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en esta investigación, consciente de que los resultados contribuirán al trabajo de grado de la investigadora para optar por el título de trabajadora social. De esta forma, he leído y comprendido esta hoja de consentimiento, y acepto las condiciones bajo las cuales se llevará a cabo mi participación.

Bucaramanga, Santander \_\_\_ de Agosto de 2025

---

**Firma del/la participante**

---

**Firma de la investigadora**