

Aportes de Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos de pacientes con enfermedades terminales, bajo la modalidad de prestación de servicios intramurales hospitalarios

Wendy Mayerly Fonseca Alvarez

Mayra Katherine Martinez Peña

Trabajo de Grado para Optar al Título de Trabajador Social

Director

Adriana Vega Martínez

Trabajadora Social

Especialista en Gerencia de la Seguridad Social

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humana

Escuela de Trabajo Social

Bucaramanga

2025

Agradecimientos

A nuestras familias, quienes con amor, comprensión y confianza nos acompañaron de forma incondicional durante todo este camino, su apoyo nos dio la fortaleza para avanzar incluso en los momentos más retadores. Gracias por creer en nosotras, por alentarnos cuando dudamos y por celebrar cada uno de nuestros logros como propios.

A la profesora Adriana por su guía, sus enseñanzas y por acompañarnos con dedicación en cada etapa de este proceso, inspirándonos a crecer y creer en nuestro trabajo.

A nuestros amigos y compañeros, por su compañía sincera, por las palabras de ánimo, por las risas compartidas y por estar presentes en los momentos más importantes. Su presencia hizo este camino más ligero y significativo.

Con gratitud en el corazón, reconocemos que este proyecto es fruto del acompañamiento, la confianza y el cariño de quienes caminaron a nuestro lado, con él culminamos una etapa importante en nuestras vidas, llevándonos aprendizajes, experiencias y la certeza de que estamos listas para enfrentar los retos que vienen.

Mayra y Wendy

Tabla de Contenido.

| | |
|--|-----------|
| 1. Planteamiento del problema | 7 |
| 2. Justificación | 10 |
| 3. Objetivos | 11 |
| 3.1 Objetivo General | 11 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 12 |
| 4. Marco Teórico | 12 |
| 4.1 Teoría del Cuidado Humano. | 13 |
| 4.2 Enfoque Psicosocial. | 14 |
| 4.3 Enfoque Derechos Humanos. | 16 |
| 5. Marco Conceptual | 17 |
| 5.1. Enfermedades terminales | 17 |
| 5.1.1. Enfermedades crónicas y graves en el contexto paliativo | 17 |
| 5.1.2. Principales enfermedades en pacientes que requieren cuidados paliativos | 18 |
| 5.1.3 Impacto multidimensional de las enfermedades terminales | 18 |
| 5.2 Los Cuidados Paliativos. | 19 |
| 5.2.1 Necesidades específicas de pacientes y familias | 20 |
| 5.3. Prestación de servicios intramurales hospitalarios en cuidados paliativos. | 20 |
| 5.3.1. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) | 20 |
| 5.3.2. Características de la atención intramural hospitalaria | 23 |
| 5.4. Trabajo Social en el ámbito hospitalario y cuidados paliativos | 23 |
| 5.5. El papel del Trabajo Social en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos | 24 |
| 6. Marco Normativo | 25 |
| 7. Metodología. | 28 |
| 8. Resultados | 35 |
| 8.1 Hallazgos | 35 |
| 8.1.1 Aportes de Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos | 36 |
| 8.1.2 Modalidad Intramural Hospitalaria de atención en salud. | 44 |
| 8.1.3 Atención en Cuidados Paliativos | 49 |
| 8.1.4 Experiencia profesional en Cuidados Paliativos | 54 |
| 8.1.5 Factores Críticos | 57 |
| 9. Estrategias de Abordaje | 62 |
| 10. Conclusiones | 67 |
| Referencias Bibliográficas | 71 |
| Apéndices. | 79 |
| Apéndice 1. Guía elaboración de las entrevistas. | 79 |

Lista de Tablas.

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Categorías apriorísticas y definición | 30 |
| Tabla 2. Subcategorías y categorías emergentes | 31 |

RESUMEN

Título: Aportes de Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos de pacientes con enfermedades terminales, bajo la modalidad de prestación de servicios intramurales hospitalarios.

Autores: Wendy Mayerly Fonseca Alvarez y Mayra Katherine Martinez Peña.

Palabras clave: Cuidado Paliativo, Rol del Trabajo Social, Rutas asistenciales, Factores críticos, Derechos.

Descripción:

Este Trabajo explora los aportes del Trabajo Social en la atención de pacientes terminales en cuidados paliativos intramurales hospitalarios; su propósito fue establecer el rol profesional, explorar las rutas asistenciales en las que participa el trabajo social e identificar los factores críticos que obstaculizan la atención en cuidado paliativo. Esto a través de una investigación cualitativa de corte fenomenológico-hermenéutico, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a profesionales en trabajo social del área de cuidado paliativo y a un médico especialista en medicina del dolor; la triangulación de la información se llevó a cabo contrastando los aportes y experiencias narradas por las trabajadoras sociales con la visión del médico especialista como integrante del equipo interdisciplinario, con el propósito de mostrar cómo desde distintas disciplinas se reconoce y valora la labor del Trabajo Social en el ámbito hospitalario de los cuidados paliativos. A este ejercicio analítico se sumaron las teorías y conceptos expresados en el marco teórico, así como la interpretación de las investigadoras. Se identificaron como principales funciones la intervención psicosocial, la gestión de recursos y continuidad del cuidado, la educación y sensibilización para familias, comunidad y equipos de salud, y restablecimiento de derechos.

ABSTRACT

Title: Contributions of Social Work in the Care of Terminally Ill Patients in Palliative Care under the Modality of Hospital-Based Intramural Service Delivery

Authors: Wendy Mayerly Fonseca Alvarez y Mayra Katherine Martinez Peña

Keywords: Palliative Care, Role of Social Work, Care Pathways, Critical Factors, Rights.

Description:

This study explores the contributions of Social Work in the care of terminal patients within intramural hospital-based palliative care. Its purpose was to establish the professional role, examine the care pathways in which social work participates, and identify the critical factors that hinder palliative care. This was achieved through a qualitative phenomenological-hermeneutic approach, applying semi-structured interviews with social work professionals in the field of palliative care and with a physician specialized in pain medicine. Data triangulation was carried out by contrasting the contributions and experiences narrated by the social workers with the perspective of the physician as a member of the interdisciplinary team, with the aim of showing how, from different disciplines, the role of Social Work in hospital palliative care is acknowledged and valued. This analytical exercise was complemented by the theories and concepts presented in the theoretical framework, as well as the interpretation of the researchers. The main functions identified were psychosocial intervention, resource management and continuity of care, education and awareness-raising for families, community and health teams, and the restoration of rights.

1. Planteamiento del problema

Desde el surgimiento del movimiento moderno de hospicios en la década de los 60 en Londres, con la creación del St. Christopher's Hospice por la pionera Cicely Saunders, se comenzó a incorporar el concepto de Cuidados Paliativos, transformando la forma en que se concebía la atención médica al final de la vida (SECPAL, s. f.). Desde entonces, la atención paliativa ha evolucionado significativamente, consolidándose como un componente esencial dentro de los sistemas de salud a nivel mundial, debido al creciente número de pacientes que enfrentan enfermedades terminales y a la necesidad de proporcionar cuidados que alivien el sufrimiento, controlen los síntomas, mejoren la calidad de vida y la atención médica; generando un resultado costo-efectivo para el paciente, la familia y los sistemas de salud. (Bonilla Sierra, 2020).

No obstante, a pesar de que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han enfatizado en la importancia de integrar y brindar acceso a los cuidados paliativos como parte de la cobertura sanitaria de los sistemas de salud, aumentar y priorizar las asignaciones presupuestarias, y ampliar la formación de profesionales en el área de los cuidados paliativos, con el fin de brindar una atención integral y multidisciplinaria que atienda las dimensiones físicas, emocionales y sociales del paciente (Bonilla Sierra, 2020) y que el panorama de los cuidados paliativos en Latinoamérica presenta importantes avances en las últimas décadas, aún persisten grandes desafíos en cuanto a cobertura, acceso, normatividad, formación y provisión de servicios.

Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica para el 2020 la región reportó un total de 1.562 equipos de cuidados paliativos, lo que representa una tasa de 2,6 equipos por

millón de habitantes, cifra aún insuficiente frente a la creciente demanda asociada al aumento de enfermedades crónicas y condiciones que generan sufrimiento grave en la salud. Además, esta distribución es desigual, pues Uruguay lidera con 24,5 equipos por millón de habitantes, mientras que, por ejemplo, Perú cuenta con tan solo 0,58 por millón. El 44,8% de los equipos funcionan exclusivamente en hospitales, el 30,3% son mixtos, es decir, intra y extrahospitalarios, y solo el 24,6% están en el primer nivel de atención. Por otro lado, los cuidados paliativos pediátricos representan solo el 7.95% del total de servicios (Pastrana et al., 2021).

En cuanto a políticas públicas, solo cinco países cuentan con leyes específicas en cuidados paliativos: Colombia, Costa Rica, Chile, México y Perú. Además, aunque diez países han desarrollado programas nacionales, algunos se enfocan únicamente en pacientes con cáncer y no siempre están acompañados del presupuesto necesario para su implementación. En el ámbito educativo, apenas el 15% de las facultades de medicina ofrecen una asignatura independiente en cuidados paliativos. En Trabajo Social y Psicología, la presencia es aún menor, con tan solo el 0,2% y 0,1% respectivamente. Y aunque ocho países han reconocido la medicina paliativa como especialidad, la formación sigue siendo limitada y desigual (Pastrana et al., 2021).

En este contexto regional, Colombia ha sido pionera en la implementación de cuidados paliativos en América Latina. El primer servicio formal fue fundado en Medellín en 1980 por el Dr Tiberio Alvarez, seguido por iniciativas como la fundación Omega en Bogotá en 1987 y el primer hospicio en Cali en 1988. Para 1995, el Instituto Nacional de Cancerología creó la primera especialidad médica en cuidados paliativos de la región, y en 1996 se fundó la asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. El país, para 2020, contaba con 79 recursos de

cuidados paliativos, un 1,6% por millón de habitantes; sin embargo, estaba por debajo de lo necesario para responder a la demanda nacional. De estos, 40 son equipos exclusivamente intrahospitalarios, 20 mixtos, 19 de primer nivel y tan solo 9 orientados a cuidados paliativos pediátricos (Pastrana et al., 2021).

En cuanto a la educación y formación profesional, en Colombia la medicina paliativa está oficialmente reconocida como especialidad desde 1998, bajo el título de “Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos”. Sin embargo, la formación académica aún es limitada y tan solo el 9,1% de las facultades de medicina ofrecen una asignatura independiente en cuidados paliativos. En Trabajo Social, el 13,3% lo incluye y en Psicología, apenas el 3,4%. (Pastrana et al., 2021).

Considerando además que el 78% de las personas que requieren cuidados paliativos viven en países de ingresos bajos o medios, y que solo un 14% recibe atención integral, lo que demuestra una gran brecha entre la necesidad y la cobertura (Connor & Gwyther, 2018, citado en Molina et al., 2018), y que el cuidado en salud, especialmente en cuidados paliativos, es una acción humana integral, que trasciende lo biológico e involucra dimensiones psicológicas, afectivas, espirituales, sociales y culturales, se enfatiza la importancia de brindar una atención con una mirada multidimensional basada en equipos interdisciplinarios que puedan abordar conjuntamente las dimensiones del proceso de enfermar y morir (Molina et al., 2018).

Por lo tanto, se reconoce que los profesionales de las ciencias humanas como Trabajo Social, deben formar parte activa del abordaje paliativo por su capacidad para intervenir en las alteraciones relacionadas con la enfermedad terminal. Sin embargo, aunque existen estudios que resaltan la importancia de los cuidados paliativos y la intervención psicosocial, la contribución

específica del Trabajo Social en el marco de la prestación de servicios intramurales hospitalarios aún presenta lagunas en la literatura. Se evidencia una brecha en la sistematización de los aportes y estrategias de intervención que optimicen la calidad del cuidado y el bienestar de los pacientes con enfermedades terminales. Esto resulta en desafíos para la planificación y ejecución de políticas que integren efectivamente la perspectiva del Trabajo Social en el proceso de atención (Hernández Gudiño, s. f.).

Con base en lo anterior, resulta pertinente preguntarse **¿Cuáles son los aportes del Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos de pacientes con enfermedades terminales, bajo la modalidad de prestación de servicios intramurales hospitalarios?**. Esta pregunta surge a partir de la necesidad de conocer y evidenciar la función del Trabajo Social dentro de un equipo interdisciplinario, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y el proceso de atención integral en pacientes terminales, y a optimizar la coordinación interprofesional en el contexto hospitalario.

2. Justificación

El Trabajo Social, como disciplina-profesión, ha logrado posicionarse en diversos escenarios individuales, sociales, políticos, familiares y de salud. No obstante, en este último —el campo de la salud— su participación, aunque esencial, continúa siendo limitada. En Colombia, apenas entre el 23 % y el 24 % de los trabajadores sociales se desempeñan en el sector salud (Observatorio Laboral, s. f.), y la producción investigativa en esta área es aún más escasa. Según el análisis bibliométrico realizado por el Observatorio Latinoamericano de Trabajo Social (OLATS) en 2023, menos del 6 % de los trabajadores sociales en Colombia participan activamente en procesos de investigación académica o publicaciones científicas. Esta

baja producción contribuye a una desactualización teórica que limita la capacidad de respuesta frente a los nuevos desafíos del ejercicio profesional.

En ese sentido, el área de la salud exige una constante reinención en las formas de intervención profesional. Los avances científicos y tecnológicos han permitido prolongar la vida, pero también han traído consigo nuevas necesidades en la atención al final de la vida, dando espacio a una nueva área de intervención, los cuidados paliativos. Aunque hoy en día se prestan estos servicios en diferentes niveles del sistema de salud, diversos estudios evidencian que muchos profesionales de la salud no están completamente capacitados para brindar cuidados paliativos de forma integral y humanizada, dato que se puede evidenciar en las cifras mencionadas en párrafos anteriores. Los profesionales en áreas de salud, como médicos, enfermeros, especialistas, etc... aunque se capaciten no podrían cubrir de manera integral algunas esferas que este nuevo campo reclama, para ello se necesita de un profesional preparado de manera holística que pueda conectar y trabajar con todas las áreas del paciente en estado terminal.

Aunque un Trabajador Social cuenta con las capacidades mencionadas, se necesita que su papel dentro del área hospitalario esté definido, que sus funciones y acciones sean claras al momento de la intervención, por ello, es fundamental investigaciones como esta que puedan aportar teóricamente a la definición de roles del trabajador social.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Identificar los aportes del trabajo social en la atención de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades terminales, bajo la modalidad de servicios intramurales hospitalarios en

Bucaramanga y el área metropolitana, a través de una investigación cualitativa, para diseñar estrategias de abordaje que guíen la intervención profesional.

3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer el rol del profesional de Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos de pacientes con enfermedades terminales atendidos en servicios intramurales hospitalarios.
2. Explorar las rutas asistenciales en las que participa el trabajo social dentro de la atención a pacientes con enfermedades terminales en cuidados paliativos.
3. Identificar los factores críticos que afectan la atención en cuidados paliativos, con el fin de proponer desde el trabajo social estrategias de abordaje para mejorar la prestación del servicio.

4. Marco Teórico

En el ámbito de los cuidados paliativos, la atención exige una mirada integral y humanizada por parte del equipo interdisciplinario de salud. En este sentido, la presente investigación se sustenta teóricamente en la teoría del cuidado humano propuesta por Jean Watson, la cual propone una comprensión del cuidado como un acto relacional, ético, y compasivo, que trasciende lo puramente técnico para situarse en el ámbito del encuentro humano (Riegel et al., 2018). Asimismo, desde el Trabajo Social bajo el enfoque psicosocial y de derechos humanos, que permiten una comprensión integral de la atención en cuidados paliativos desde el quehacer profesional en contextos intrahospitalarios, integrando los principios de la atención de cuidados paliativos: la autonomía del paciente, su calidad de vida, el manejo del

dolor y el acompañamiento integral al paciente y su familia durante esta etapa (L. del Río y Palma, 2007).

4.1 Teoría del Cuidado Humano.

La teoría del cuidado humano, desarrollada por Jean Watson, enfatiza la relación transpersonal entre el profesional de la salud y el paciente, donde el cuidado va más allá de lo técnico para enfocarse en la conexión humana y espiritual (Watson, 2008). Un aspecto central de su propuesta son los diez factores de cuidado, que incluyen: el desarrollo de valores humanísticos y altruistas, la promoción de la fe y la esperanza, la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, la construcción de relaciones de confianza, la expresión de emociones, la creatividad en la resolución de problemas, el proceso transpersonal de enseñanza-aprendizaje, el fortalecimiento de entornos protectores, la atención a necesidades humanas y el reconocimiento de las fuerzas existenciales-espirituales (Riegel et al., 2018). Estos factores refuerzan la necesidad de una atención centrada en la dignidad y singularidad de cada individuo.

Los cuidados paliativos, por su parte, se fundamentan en principios como la calidad de vida, el alivio del dolor y el acompañamiento integral al paciente y su familia durante la etapa terminal. En este sentido, la teoría del cuidado humano de Watson se constituye en un soporte teórico fundamental, ya que orienta la práctica hacia la humanización y la integralidad del cuidado. Su propuesta invita a superar la mirada biomédica centrada exclusivamente en lo fisiológico, incorporando la espiritualidad, los valores y las creencias como parte esencial del acompañamiento en el final de la vida (Riegel et al., 2018).

Asimismo, la teoría del cuidado humano sostiene que la misión del equipo interdisciplinar es cuidar de otros y de sí mismos, puesto que la práctica humanista requiere de interacciones constantes en las que se enfatice la importancia, el valor y la dignidad de cada individuo. Su finalidad no se limita a curar una enfermedad, sino a sanar y procurar un bienestar integral (Caballero & Alves, 2023). En esta línea, Watson subraya la necesidad de incluir al paciente en todos los procesos involucrados en su situación de salud, fomentando espacios de participación donde se escuche su opinión respecto a los tratamientos ofrecidos, integrando además a su familia y contexto cultural (Caballero & Alves, 2023).

Finalmente, el énfasis de Watson en la dimensión transpersonal del cuidado legitima la importancia del acompañamiento social y emocional, lo cual constituye uno de los aportes centrales del Trabajo Social en contextos de enfermedad terminal. Desde esta perspectiva, la labor del trabajador social no se limita a un apoyo instrumental, sino que se configura como un espacio de escucha, contención y fortalecimiento de la dignidad del paciente como sujeto de derechos.

4.2 Enfoque Psicosocial.

Bajo la premisa de los cuidados paliativos, lo que se busca desde el enfoque psicosocial es comprender al ser humano en la interrelación entre su subjetividad y los factores sociales, culturales y familiares, es decir, articular lo individual y lo social para entender al paciente como un ser integral (Sanches, et al., s.f.). Este enfoque pretende considerar simultáneamente la dimensión psicológica y social del sujeto, con el fin de lograr una comprensión integral de la situación (Aranguren, 2020). En el contexto de los cuidados paliativos, permite reconocer cómo la enfermedad terminal afecta no solo la salud física del paciente, sino también su bienestar

emocional, los vínculos afectivos, las creencias, la esperanza y el sentido otorgado a la vida (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2020).

En Trabajo Social, el enfoque psicosocial se concreta en la articulación de lo individual con lo comunitario, abordando las problemáticas desde una perspectiva integral y relacional. Como señala Lillo y Roselló (2019), la comunidad y la sociedad se entienden como un tejido de relaciones sociales donde se producen los procesos necesarios para la vida, y es allí donde el profesional interviene para potenciar los recursos y acompañar las crisis. En este sentido, el Trabajo Social aporta una mirada que integra los factores psíquicos y sociales, lo que resulta fundamental en los procesos de cuidado al final de la vida.

En el ámbito de la salud, este enfoque se ha incorporado en programas de atención interdisciplinaria que reconocen los impactos emocionales y sociales en los procesos de enfermedad. El programa de Atención Psicosocial y Salud en Integral a víctimas (PAPSIVI), desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección social en Colombia ejemplifica esta visión al integrar actividades dirigidas a atender los daños psicosociales y las afectaciones en la salud física y mental de las personas, reconociendo la necesidad de mitigar el sufrimiento y reconstruir el tejido social (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f).

De este modo, el enfoque psicosocial en cuidados paliativos se convierte en una herramienta fundamental para el Trabajo Social, al permitir la atención integral del paciente con enfermedad terminal y el acompañamiento a su familia, integrando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales en un proceso de cuidado centrado en la dignidad humana.

4.3 Enfoque Derechos Humanos.

El enfoque de derechos es una perspectiva que ubica los derechos humanos en el centro de la acción social, política y económica, buscando transformar las relaciones de poder y promover la justicia social. Este enfoque tiene como objetivo garantizar que todas las personas, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, puedan ejercer plenamente sus derechos (Vega, 2020). No se limita únicamente a la protección de derechos civiles y políticos, sino que también aboga por la inclusión de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, reconociendo que el bienestar individual y colectivo depende de una justicia equitativa y el respeto por la dignidad humana.

Este enfoque se basa en principios como la no discriminación, la participación activa, la rendición de cuentas y la transparencia, y promueve la idea de que el Estado debe ser el principal responsable de garantizar estos derechos, con la colaboración de la sociedad civil. Además, el enfoque de derechos reconoce que los derechos están interrelacionados y que la pobreza, la exclusión y las desigualdades estructurales deben abordarse de manera integral.

Los cuidados paliativos, con el paso del tiempo, y por su creciente intervención en la salud, se ubican internacional y nacionalmente como derecho fundamental. Se encuentra como hito importante del reconocimiento de los cuidados paliativos la Resolución WHA67.19 de la OMS (2014); esta resolución reconoce que estos son fundamentales e insta a la OMS y los estados que la conforman a integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud, en todos los niveles de atención y dentro de la cobertura universal, destacando la atención primaria y comunitaria. En Colombia se encuentra la Ley 1733 de 2014 – Ley Consuelo Devís Saavedra la cual reconoce el derecho a los cuidados paliativos como parte del derecho fundamental a la

salud. En esta norma se establece que deben prestarse desde el diagnóstico y por un equipo interdisciplinario.

5. Marco Conceptual

5.1. Enfermedades terminales

Las enfermedades terminales constituyen el núcleo de atención en el contexto de los cuidados paliativos. El Ministerio de Salud de Colombia (2020) las define como "aquella condición médica que no responde a tratamientos curativos, es progresiva, irreversible y se espera que conduzca a la muerte en un periodo relativamente breve, usualmente inferior a seis meses". Esta definición se complementa con la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (2022), que caracteriza la enfermedad terminal como "aquella condición patológica avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, con gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, y con un pronóstico de vida limitado". Esta conceptualización abarca no solo enfermedades oncológicas, sino también otras patologías crónicas avanzadas como insuficiencia renal o hepática en estadios finales, enfermedades neurodegenerativas avanzadas y demencias severas.

5.1.1. Enfermedades crónicas y graves en el contexto paliativo

En el continuo de atención paliativa, las enfermedades crónicas y graves también requieren consideración. Según la OMS (2023), las enfermedades crónicas "son aquellas que tienden a ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales". Por su parte, la Asociación Internacional de Cuidados

Paliativos (IAHPC, 2018) define una enfermedad grave como "aquella que impacta profundamente la calidad de vida de una persona y puede acarrear consecuencias físicas, emocionales y sociales severas, incluso si no conduce inmediatamente a la muerte".

5.1.2. Principales enfermedades en pacientes que requieren cuidados paliativos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), las enfermedades más comunes en pacientes que requieren cuidados paliativos a nivel mundial incluyen cáncer (34%), enfermedades cardiovasculares (38.5%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), y VIH/SIDA, entre otras afecciones que causan sufrimiento severo. Esta diversidad de patologías demanda un abordaje multidimensional que trasciende el manejo clínico convencional.

5.1.3 Impacto multidimensional de las enfermedades terminales

Las enfermedades terminales generan un impacto que va más allá de lo físico, afectando profundamente las dimensiones social, emocional y económica tanto del paciente como de su entorno familiar. En el ámbito social, estas condiciones suelen provocar aislamiento, ruptura de redes de apoyo, pérdida de roles familiares o laborales, y una creciente dependencia de los cuidadores primarios. A nivel emocional, los pacientes y sus familias enfrentan ansiedad, depresión, desesperanza, miedo a la muerte y procesos de duelo anticipado. Desde la perspectiva económica, estas enfermedades implican gastos continuos y elevados en atención médica, medicamentos, transporte, adecuaciones del entorno doméstico y pérdida de ingresos laborales.

Como señalan Arias-Casais et al. (2018), estas patologías comprometen profundamente la estabilidad emocional, social y financiera de los hogares, lo cual puede llevar a las familias a situaciones de vulnerabilidad o pobreza, especialmente cuando los costos directos e indirectos se

vuelven insostenibles. En concordancia, De Lima y Pastrana (2016) destacan que los cuidados paliativos deben contemplar este impacto multidimensional del sufrimiento, el cual no se limita al dolor físico, sino que abarca también el sufrimiento social por la pérdida de rol, el sufrimiento emocional por los cambios afectivos y relacionales, y el sufrimiento económico derivado de la sobrecarga para los sistemas familiares y de salud.

5.2 Los Cuidados Paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (2020) define los cuidados paliativos como "un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales" (p. 3). Los principios fundamentales que rigen estos cuidados incluyen el respeto por la dignidad y autonomía del paciente, la atención personalizada, el alivio del sufrimiento, el acompañamiento continuo y la atención al duelo.

En palabras de Gómez-Batiste y Connor (2021), "el objetivo principal de los cuidados paliativos en enfermedades terminales es proporcionar el máximo confort y calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia, controlando eficazmente los síntomas físicos, ofreciendo apoyo emocional y espiritual adaptado a sus valores y preferencias, facilitando la comunicación abierta sobre el proceso de enfermedad, respetando la autonomía en la toma de decisiones, y preparándose para un final de vida digna, con un adecuado control del sufrimiento en todas sus dimensiones" (p. 47).

5.2.1 Necesidades específicas de pacientes y familias

Los pacientes con enfermedades terminales y sus familias enfrentan necesidades complejas que requieren un abordaje integral. Para los pacientes, estas incluyen el alivio del dolor y otros síntomas físicos, el acompañamiento en el afrontamiento del proceso de enfermedad y muerte, y el respeto por su autonomía y dignidad. Las familias, por su parte, requieren información clara y oportuna, apoyo emocional para lidiar con el sufrimiento anticipado y el duelo, y orientación para el cuidado en casa o en diferentes instituciones.

Torres et al. (2020) señalan que las familias de pacientes en cuidados paliativos viven una sobrecarga emocional y física que muchas veces no es reconocida, por lo cual necesitan espacios de contención y estrategias para fortalecer su capacidad de cuidado. Igualmente, Gómez-Batiste y Connor (2017) afirman que tanto pacientes como cuidadores experimentan necesidades dinámicas que varían a lo largo del proceso de enfermedad, y que deben ser atendidas mediante un enfoque centrado en la persona y su contexto.

5.3. Prestación de servicios intramurales hospitalarios en cuidados paliativos.

5.3.1. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) constituyen una estrategia del sistema de salud colombiano diseñada para garantizar el acceso efectivo, continuo e integral a los servicios de salud según las necesidades específicas de la población en cada momento de su curso de vida y condición de salud. En el caso de los pacientes con enfermedades terminales, las RÍAS buscan articular acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,

rehabilitación, paliación y cuidados al final de la vida, con el fin de reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Estas rutas están diseñadas para ser implementadas territorialmente, adaptándose a las realidades locales como ocurre en Bucaramanga y su área metropolitana. En este contexto, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen la responsabilidad de garantizar la continuidad del cuidado, el acceso oportuno a cuidados paliativos y la articulación con servicios sociales, especialmente en el ámbito hospitalario e intramural.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), las RÍAS representan un enfoque centrado en las personas y sus necesidades, permitiendo la gestión del riesgo y el cuidado progresivo, con énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables, como las personas con enfermedades terminales, quienes requieren una atención humanizada, coordinada y sostenida en el tiempo. Además, cuentan con un respaldo normativo fundamental establecido en la Resolución 3280 de 2018, que define los lineamientos técnicos y operativos, establece sus modalidades (Promoción y Mantenimiento de la Salud, Grupos de Riesgo y Eventos Específicos) y fija los plazos para su implementación progresiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En la práctica, las RÍAS se operativizan a través de redes integradas de atención que coordinan los distintos niveles asistenciales (primario, complementario y hospitalario), articulando acciones individuales, colectivas y poblacionales, y vinculando la atención clínica con las estrategias de salud pública de cada territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, s.

f.). De igual forma, incorporan un enfoque diferencial que contempla variables como género, etapa del ciclo vital, pertenencia étnica, discapacidad y contexto geográfico (rural o urbano), lo que permite adaptar los servicios a las características y necesidades específicas de cada población, priorizando a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

Para ser más específicos, según el Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.), para que las RÍAS presten los servicios mencionados deben estar conformadas por tres tramos. El primero corresponde a la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud a lo largo del curso de vida, tanto de manera individual como colectiva. Estas rutas están orientadas a fortalecer la salud, reducir riesgos, prevenir la aparición de enfermedades y fomentar hábitos de autocuidado en las personas, sus familias y comunidades. Entre las atenciones que deben garantizarse a toda la población colombiana se encuentran la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de posibles alteraciones, la implementación de medidas de protección específicas y la educación en salud, que incluye el apoyo y cuidado a quienes ejercen labores de cuidado.

El segundo tramo hace referencia a las rutas integrales de atención para grupos de riesgo, con intervenciones individuales y colectivas, orientadas a identificar oportunamente los factores de riesgo y actuar sobre ellos, ya sea para prevenir la aparición de una condición específica de salud o para asegurar un diagnóstico y remisión temprana que permita iniciar el tratamiento de forma oportuna. Finalmente, como tercero las rutas integrales de atención específica para eventos, también con intervenciones individuales y colectivas, se enfocan principalmente en lograr un diagnóstico temprano, brindar el tratamiento necesario, facilitar procesos de

rehabilitación y ofrecer cuidados paliativos para los eventos o condiciones de salud priorizados (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

5.3.2. Características de la atención intramural hospitalaria

En el contexto hospitalario intramural, la atención paliativa se caracteriza por desarrollarse en un entorno institucional que integra recursos especializados para el manejo de síntomas complejos, intervenciones multidisciplinarias y acompañamiento continuo. Este modelo de prestación facilita el acceso a tecnologías sanitarias avanzadas, intervenciones clínicas oportunas y atención integral coordinada, pero también presenta desafíos relacionados con la humanización del cuidado en entornos tradicionalmente tecnificados.

5.4. Trabajo Social en el ámbito hospitalario y cuidados paliativos

El Trabajo Social en el ámbito hospitalario se define como una disciplina profesional que "interviene en los procesos y situaciones sociales que afectan a las personas durante su experiencia de salud-enfermedad, actuando sobre los factores que inciden en la aparición de la enfermedad, su tratamiento y recuperación, y promoviendo la efectividad de los sistemas de atención sanitaria desde una perspectiva bio-psico-social" (Colom Masfret, 2021, p. 35). Este profesional actúa como enlace entre el sistema sanitario, el paciente, la familia y los recursos comunitarios, facilitando el acceso equitativo a la atención integral en salud.

Según Fernández-Montaña y Esteban-Carbonell (2022), las funciones del trabajador social en contextos de atención médica comprenden: "la valoración social integral; el diseño y ejecución de planes de intervención social individualizados; la gestión y coordinación de recursos socio-sanitarios; el acompañamiento psicosocial durante el proceso de enfermedad; la

mediación entre el paciente, la familia y el equipo sanitario; y el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud desde una perspectiva comunitaria" (p. 112). Estas funciones se orientan a mitigar el impacto social de la enfermedad y garantizar una atención centrada en la persona y su contexto sociofamiliar.

5.5. El papel del Trabajo Social en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos

Moreno-Garriga et al. (2023) señalan que "el papel del Trabajo Social en equipos interdisciplinarios de salud consiste en aportar la visión social y contextual del proceso de enfermedad, complementando el enfoque biológico con la comprensión de los factores sociales, familiares, económicos y culturales que influyen en la salud. El trabajador social actúa como facilitador de la comunicación entre los diferentes profesionales, promueve la toma de decisiones compartidas, contribuye a la humanización de la atención sanitaria y defiende la inclusión de los aspectos psicosociales en los planes de tratamiento integral" (p. 219).

En el contexto hospitalario intramural, el Trabajo Social cumple un papel clave en el abordaje integral de pacientes con enfermedades terminales y sus familias. Su labor no se limita al acompañamiento emocional, sino que se extiende a la gestión de recursos, articulación con redes de apoyo comunitarias, orientación jurídica básica y facilitación de procesos de adaptación ante el deterioro progresivo y el final de la vida.

Dentro de las unidades de hospitalización, los profesionales en Trabajo Social actúan como mediadores entre el equipo de salud, el paciente y su entorno familiar. Aportan en la evaluación de condiciones sociales que puedan afectar la adherencia al tratamiento, identifican situaciones de vulnerabilidad, y diseñan planes de intervención que promuevan el respeto por la

dignidad, autonomía y calidad de vida del paciente. Asimismo, acompañan el proceso de duelo anticipado, orientan sobre derechos en salud y gestionan el egreso con continuidad del cuidado.

De acuerdo con Munévar y Sepúlveda (2017), el trabajo social en cuidados paliativos permite reconocer al sujeto como una totalidad bio-psico-social, y su intervención está orientada a minimizar el sufrimiento desde un enfoque humanista y de justicia social. Además, según los lineamientos del Ministerio de Salud (2018), el profesional en Trabajo Social es indispensable en la implementación del enfoque biopsicosocial en la atención intramural, especialmente cuando se requiere una intervención coordinada que incluya apoyo emocional, atención espiritual, y acompañamiento familiar.

Este marco conceptual establece las bases teóricas y contextuales para comprender los aportes específicos del Trabajo Social en la atención de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades terminales bajo la modalidad de servicios intramurales hospitalarios en Bucaramanga y su área metropolitana, permitiendo identificar oportunidades para el diseño de estrategias de abordaje que orienten la intervención profesional desde una perspectiva integral y humanista.

6. Marco Normativo

Con el avance científico en el campo de la medicina, la prestación de los servicios de salud ha experimentado transformaciones significativas, exigiendo con el tiempo una adecuación del marco legal. En este contexto, los cuidados paliativos surgen como una respuesta a la necesidad de una atención más humana e integral para personas con enfermedades crónicas o en fase terminal. Es aquí donde el Trabajo Social, como disciplina que interviene en el abordaje

integral del paciente y su entorno, requiere también un respaldo normativo que regule y legitime su accionar profesional en este ámbito.

Inicialmente, desde el ámbito internacional, se establecen bases fundamentales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), que en su artículo 12 reconoce el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, exigiendo acceso a servicios adecuados, accesibles y de calidad. También, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la salud es un derecho humano fundamental y que los gobiernos deben garantizar las condiciones para alcanzarla.

En Colombia, la evolución normativa inicia con la Ley 53 de 1977, que regula el ejercicio del Trabajo Social en el país, estableciendo que debe centrarse en el bienestar humano, el desarrollo social y la justicia. Posteriormente,

Para 2014, a nivel internacional, la Resolución WHA67.19 de la OMS reconoce los cuidados paliativos como fundamentales e insta a los Estados miembros a integrarlos en los sistemas de salud, en todos los niveles de atención, destacando la atención primaria y comunitaria, así como la importancia de la atención psicosocial. Ese mismo año, en Colombia, se expide la Ley 1733 – Ley Consuelo Devís Saavedra, que reconoce el derecho a los cuidados paliativos como parte del derecho fundamental a la salud, estableciendo su prestación desde el diagnóstico y por un equipo interdisciplinario. También en 2014, la Sentencia T-970 de la Corte Constitucional reafirma que negar cuidados paliativos vulnera el derecho a la salud y que deben prestarse sin barreras administrativas.

Además, en 2015, la Ley Estatutaria 1751 reconoce la salud como un derecho autónomo, esencial e irrenunciable, estableciendo que la atención integral debe prestarse sin barreras, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Ese mismo año, el Acuerdo 013 del Consejo Nacional de Trabajo Social adopta el Código de Ética profesional, definiendo principios como el respeto por la dignidad humana, la autodeterminación y la defensa de derechos, especialmente en contextos de vulnerabilidad como la enfermedad terminal o el sufrimiento social.

Asimismo en 2016, con la Resolución 1051 se regulan los servicios de salud en el hogar, con énfasis en pacientes con enfermedades crónicas o terminales, exigiendo articulación entre niveles de atención y la participación del trabajador social en el equipo domiciliario. En 2018, la Resolución 3280 adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que articulan intervenciones desde el autocuidado hasta la atención especializada, incluyendo la paliación. Ese mismo año, la Resolución 2665 reglamenta la voluntad anticipada, permitiendo a las personas manifestar cómo desean ser tratadas en caso de enfermedades terminales e incorporando el papel del trabajador social como testigo del documento.

En 2019, la Resolución 3100 define las condiciones de habilitación para prestadores de servicios de salud, incluyendo la obligatoriedad del acompañamiento psicosocial y la presencia del trabajador social en equipos hospitalarios y de cuidados paliativos. En 2020, la Resolución 229 adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que busca garantizar un sistema de salud equitativo, centrado en el usuario y su contexto.

En 2021, el Acuerdo 032 del Concejo Municipal de Bucaramanga crea lineamientos locales para desarrollar un programa de cuidados paliativos, fomenta la educación comunitaria y la creación de un comité técnico con participación del Trabajo Social como actor clave. Ese mismo año, la implementación territorial de MAITE en Santander orienta la organización de los servicios de salud priorizando necesidades locales, y el Plan de Desarrollo Departamental de Santander 2020–2023 “Santander para el Mundo” integra estrategias de humanización y calidad en los servicios, fortaleciendo la atención domiciliaria y paliativa.

En 2022, la Sentencia T-066 de la Corte Constitucional refuerza la obligación del Estado y los prestadores de ofrecer cuidados paliativos desde el diagnóstico, sin dilaciones ni discriminación. Finalmente, en 2023, la Resolución 825 adopta la Política Nacional de Cuidados Paliativos, estableciendo ejes estratégicos para el acceso, la calidad y el fortalecimiento del talento humano, y reconociendo expresamente el papel del Trabajo Social en la atención integral.

7. Metodología.

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico-hermenéutico; se eligió este enfoque porque justificaba la necesidad de comprender la experiencia profesional de los trabajadores sociales en el contexto de los cuidados paliativos intramurales. La investigación cualitativa “busca comprender fenómenos sociales o humanos en profundidad, interpretando experiencias significativas desde la perspectiva de los participantes en su contexto natural” (Finol de Franco & Morillo, 2024). El paradigma fenomenológico-hermenéutico, a su vez, “se centra en describir y comprender la esencia de la experiencia vivida e interpretarla de forma intersubjetiva” (Finol de Franco & Morillo, 2024).

Asimismo, la elección del paradigma hermenéutico se justifica en la orientación a comprender e interpretar las experiencias humanas vividas por los trabajadores sociales dentro del contexto de los cuidados paliativos intramurales. Este paradigma reconoce que la realidad social no es única ni objetiva, sino una construcción intersubjetiva mediada por el lenguaje, la cultura y la historia. Desde este marco epistemológico, el propósito fue interpretar en profundidad los significados y sentidos que los participantes atribuyen a su quehacer profesional, considerando sus contextos institucionales y personales, así como los valores, creencias y emociones que orientan su práctica.

El proceso interpretativo se desarrolló mediante una reflexión continua y dialógica, orientada a comprender el sentido que los trabajadores sociales otorgan a su rol y a las acciones que desempeñan en la atención paliativa intramural; reconstruir los significados asociados a su práctica profesional a partir de los discursos, relatos y narrativas emergentes; y situar dichas experiencias en el contexto institucional de los cuidados paliativos, con el fin de evidenciar la relevancia de sus funciones dentro del equipo interdisciplinario. El proceso interpretativo se sustentó en la **técnica de análisis de contenido con enfoque hermenéutico**, la cual permitió organizar la información en categorías y subcategorías, además de interpretar los significados subyacentes en los discursos de los participantes. Este enfoque posibilita una comprensión más profunda de las experiencias relatadas, reconociendo los sentidos que los trabajadores sociales atribuyen a su labor dentro del ámbito de los cuidados paliativos.

Este diseño fue adecuado en esta investigación pues se consideró la naturaleza compleja y multidimensional de los cuidados paliativos intramurales, que involucran aspectos subjetivos,

intersubjetivos y contextuales que difícilmente podrían ser estudiados mediante aproximaciones cuantitativas.

El proceso metodológico cumplió con los principios éticos de investigación; se contó con un consentimiento informado, todos los participantes firmaron un consentimiento donde se explicaban los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación. Según Mondragón (2009), “el investigador tiene el deber [...] de asegurarse de que el participante comprenda adecuadamente toda la información”, y que la participación sea voluntaria y consciente. Asimismo, se brindó confidencialidad, garantizando el anonimato mediante la codificación de entrevistas y la eliminación de datos identificables, como lo recomiendan los enfoques éticos en investigación cualitativa (ATLAS.ti, s. f.)

Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo intencional, dado que se buscó entrevistar a trabajadores sociales con experiencia directa en cuidados paliativos intramurales hospitalarios, quienes podían aportar información pertinente y significativa para los objetivos del estudio. Inicialmente fueron contactadas tres profesionales con experiencia directa y comprobada en el trabajo hospitalario relacionado con los cuidados paliativos. Cada una de estas profesionales ha sido protagonista en el proceso de atención directa, especialmente en lo que respecta al acompañamiento de pacientes y familias en etapas terminales. Es importante mencionar que una de las profesionales declinó de manera voluntaria su participación y la muestra quedó conformada por dos trabajadoras sociales que se constituyeron en informantes clave para aportar información significativa y diversa.

Para enriquecer la comprensión del objeto de estudio desde otras disciplinas, se decidió incluir un médico especialista en Cuidados paliativos respondiendo a un criterio de triangulación de perspectivas. Con esto, es claro que los participantes elegidos poseen conocimiento, experiencia y trayectoria profesional relevante, que garantiza una exploración profunda, situada y multidisciplinaria del fenómeno estudiado.

Las técnicas de recolección de información y análisis a empleados fueron:

1. **Revisión documental:** Se analizó previamente documentación bibliográfica en la web sobre protocolos, guías de atención, documentación institucional relacionada con la intervención del Trabajo Social en la atención paliativa.

2. **Entrevistas semiestructuradas:** Se realizaron entrevistas con trabajadores sociales vinculados a instituciones hospitalarias de Bucaramanga y su

3. área metropolitana con unidades de servicios que incluyen en sus rutas y/o modelos de atención, los cuidados paliativos. Estas entrevistas permitieron explorar sus experiencias, percepciones y aportes específicos en la atención integral.

4. **Entrevista con profesional médico experto en el área de cuidados paliativos:** Se realizó una entrevista a un médico especialista con experiencia en el área de cuidados paliativos, con el fin de obtener una visión complementaria sobre el rol del trabajador social dentro del equipo interdisciplinario.

La elección de estos métodos de recolección permitió acceder a las distintas percepciones del fenómeno, desde la visión de los profesionales en sus prácticas institucionales hasta la visión

de otro profesional médico experto en el tema, lo que facilita la identificación de los aportes específicos del Trabajo Social y las oportunidades de mejora en la atención paliativa. Así mismo, facilitó mapear rutas asistenciales desde ambas perspectivas y detectar factores críticos que afectan la atención.

Participantes

La población participante fue conformada por profesionales de Trabajo Social que laboran en servicios de cuidados paliativos en instituciones hospitalarias de Bucaramanga y su área metropolitana. Entre ellos se incluyeron dos trabajadoras sociales con trayectoria en el área, identificadas bajo el código TS2-F, TS1-P y el médico especialista MD1-O, con el fin de preservar la confidencialidad y garantizar un análisis objetivo de los discursos. La codificación alfanumérica asignada a cada participante permitió organizar la información, de modo que, las letras iniciales hacen referencia a su profesión y la última letra a la inicial de su nombre, esto para proteger la identidad y facilitar la sistematización de las categorías durante el análisis cualitativo. La selección de los participantes se realizó siguiendo los criterios:

- Profesionales en Trabajo Social con experiencia en cuidados paliativos intramurales hospitalarios
- Médico profesional especialista en Cuidados Paliativos.
- Disposición para participar voluntariamente en el estudio.

Proceso de análisis de datos:

1. **Transcripción y codificación:** Las entrevistas con los profesionales de Trabajo Social y un médico especialista en el área fueron grabadas (con autorización previa), transcritas textualmente, codificadas y analizadas. Igualmente, estas se diseñaron y orientaron con el fin de generar un diálogo en torno a las categorías apriorísticas definidas previamente en el marco teórico de la investigación.

Tabla 1

Tabla de categorías

| Técnica | Categoría | Definición |
|------------|---|--|
| Entrevista | Aportes del Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos | Conjunto de funciones, acciones y responsabilidades que el profesional aporta en la atención integral a pacientes en fase terminal. |
| | Modalidad Intramural Hospitalaria de atención en salud | Dinámicas, condiciones y características propias de la atención en cuidados paliativos dentro del ámbito hospitalario, considerando los recursos institucionales, la organización interna y la interacción entre equipos de salud. |
| | Experiencia profesional en cuidados paliativos | Trayectoria y vivencias de los profesionales |
| | Atención en Cuidados Paliativos | Conjunto de acciones orientadas desde las instituciones en donde el trabajador Social participe enfocadas a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia frente a una enfermedad terminal. |
| | Factores Críticos | Aspectos que dificultan, limitan o condicionan la atención integral en cuidados paliativos desde lo social. |

Nota; Categorías apriorísticas para la elaboración de las entrevistas semiestructuradas (Elaboración propia)

2. **Análisis temático:** Se realizó un análisis temático para identificar patrones, conceptos emergentes y categorías relacionadas con las funciones del Trabajo Social. Este proceso se desarrolló bajo un **análisis de contenido con enfoque hermenéutico**, el cual permitió no solo organizar la información en categorías y subcategorías, sino también interpretar los significados y sentidos presentes en los discursos de los participantes. Esta perspectiva hermenéutica posibilita una comprensión más profunda de las experiencias relatadas, reconociendo los significados que los trabajadores sociales atribuyen a su labor dentro del ámbito de los cuidados paliativos.

Tabla 2.

Tabla de Subcategorías y categorías Emergentes.

| Categoría | Subcategoría | Categoría Emergente |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| Aportes del Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos | Intervención psicosocial. | Restablecimiento de derechos. |
| | Gestión de Recursos | |
| | Educación y Sensibilización | |
| Modalidad Intramural Hospitalaria de atención en salud | Contexto Institucional | |
| | Equipo Interdisciplinar | |
| Experiencia profesional en cuidados paliativos | Sentido de la experiencia | |
| | Retos Profesionales | |
| Atención en Cuidados Paliativos | Acompañamiento Psicosocial. | |
| | Mediación familiar / red de apoyo | |

| | Protocolos y guías de atención | |
|--------------------------|---|---|
| Factores Críticos | Barreras al momento de prestar los servicios de cuidados paliativos | Falta de formación académica en cuidados paliativos dentro del proceso formativo de los trabajadores sociales |

Nota; Subcategorías y Categorías emergentes (Elaboración propia)

3. **Triangulación de datos:** Se contrastó la información obtenida de las diferentes fuentes (entrevistas a Trabajadores sociales, documentos encontrados en la web y percepciones de un profesional médico) para aumentar la validez y confiabilidad de los hallazgos.

8. Resultados

8.1 Hallazgos

En este apartado se presentan los hallazgos y resultados de la investigación, obtenidos a partir del análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a dos profesionales de Trabajo Social y a un médico especialista en medicina del dolor y cuidado paliativo. La triangulación de la información se llevó a cabo contrastando los aportes y experiencias narradas por las trabajadoras sociales con la visión del médico especialista como integrante del equipo interdisciplinario, con el propósito de mostrar cómo desde distintas disciplinas se reconoce y valora la labor del Trabajo Social en el ámbito hospitalario de los cuidados paliativos; a este ejercicio analítico se sumaron las teorías y conceptos expresados en el marco teórico, así como la interpretación de las investigadoras. El análisis se desarrolló partiendo de las categorías apriorísticas, definidas previo a la recolección de la información, complementadas con las subcategorías y con las categorías emergentes que surgieron durante el trabajo de campo.

Los participantes de esta investigación fueron, por un lado, dos Trabajadoras Sociales egresadas de la Universidad Industrial de Santander (UIS), con experiencia laboral en el campo de la salud y, en particular, en el área de cuidado paliativo de instituciones hospitalarias. La entrevistada TS1- P vinculada al Hospital Universitario, ejerce como trabajadora social en el área de pediatría y en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátricos y neonatales; y la entrevistada TS2 - F, vinculada a Painfree, una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) especializada en medicina del dolor y cuidado paliativo, ejerce como coordinadora de los programas de cuidado paliativo y de cuidados avanzados para pacientes crónicos atendidos en diferentes modalidades de atención, combinando funciones administrativas y asistenciales.

Por otro lado, se entrevistó a MD1-O, médico anestesiólogo especialista en dolor y cuidado paliativo, con más de 30 años de experiencia en el campo, quien fue director de la clínica de dolor y cuidado paliativo del Hospital Internacional y es docente de la Facultad de Medicina de la UIS. La experiencia y trayectoria de los participantes garantizan la pertinencia de la información, en tanto aportan miradas complementarias que enriquecen la comprensión de los objetivos planteados.

A continuación, se presentan los hallazgos organizados en torno a las categorías de análisis, apoyados en citas textuales de los participantes y su interpretación.

8.1.1 Aportes de Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos

El Trabajo Social desempeña un papel esencial en la atención integral de los pacientes en fase terminal, dado que sus aportes permiten articular la dimensión clínica con la realidad psicosocial. Así lo sustenta la teoría del cuidado humano de Jean Watson, que plantea que el

cuidado trasciende lo técnico para situarse en la esfera de la conexión humana, reconociendo al paciente y a su familia como una unidad de cuidado en la que las dimensiones clínicas y sociales se complementan (Riegel et al., 2018). Esta perspectiva se ve reflejada en los relatos de los profesionales entrevistados, quienes destacan que “la parte médica y la parte social no están aisladas, sino todo lo contrario, (...) la mirada de Trabajo Social siempre es muy tenida en cuenta” (TS2-P); lo que permite evidenciar que el quehacer del Trabajo Social es reconocido como un aporte indispensable para la integralidad del cuidado en salud. (F. Montaña y E. Carbonell, 2022)

Una vez identificado lo esencial del papel de Trabajo Social en la atención de pacientes en cuidado paliativo, el análisis de la información recolectada en las entrevistas permitió profundizar en el conjunto de funciones, acciones y responsabilidades específicas que asume el profesional en el marco de los cuidados paliativos; dichas funciones no se limitan a un acompañamiento individual, sino que abarcan la atención a la familia y cuidadores primarios, la orientación sobre procesos complejos y la gestión de apoyos externos que garanticen un cuidado integral y digno. A partir de este análisis, se delimitaron cuatro ejes centrales que estructuran los aportes del Trabajo Social: Intervención psicosocial, educación y sensibilización, gestión de recursos y restablecimiento de derechos.

Desde la **intervención psicosocial**, las trabajadoras sociales describen dentro de su labor el acompañamiento que le brindan a las familias durante el diagnóstico y la evolución del tratamiento terapéutico; según lo expresa una de ellas “se debe ir preparando a la familia en caso de que si se da un resultado positivo, y una vez confirmado el diagnóstico entonces cómo vamos a trabajar con esa familia, explicarles, (...) para que tanto el paciente como la familia puedan

comprender y estar de acuerdo también con esos manejos” (TS1-P). Esta función implica la explicación de los procesos terapéuticos, el ajuste de expectativas y la promoción del consenso familiar, elementos que favorecen la adherencia al tratamiento y reducen la incertidumbre.

A su vez, la dimensión operativa de esta intervención queda institucionalizada mediante mecanismos como la interconsulta, herramienta que las profesionales usan para integrar la valoración social en la historia clínica y en la toma de decisiones clínicas, “cada vez que requiere un paciente intervención, nos cargan la interconsulta, (...) es el soporte como tal de todas las atenciones que se le realizan al paciente y claramente es importante hacer la intervención y dejar registro por escrito de qué se hizo, entonces, el medico carga la interconsulta y Trabajo Social hace su valoración, (TS1-P); de este modo, la interconsulta actúa como un puente entre lo social y lo médico, garantizando que la valoración psicosocial sea tomada en cuenta en el plan terapéutico y que sus efectos queden registrados como soporte de las decisiones asistenciales.

No obstante, la intervención psicosocial no se limita únicamente al acompañamiento durante el tratamiento; también incorpora acciones dirigidas a procesos de duelo y crisis familiar, donde el trabajador social facilita y orienta la gestión emocional y la comunicación entre los miembros de la familia; en palabras de las profesionales “hacemos hasta atención al duelo, (...) nosotros estamos capacitados para hacer atenciones a las familias” y “también hacemos intervención familiar en crisis, (...) actividades de perdón, escucha o agradecimiento” (TS2-F). Estas funciones resaltan la capacidad del Trabajo Social para abordar dimensiones emocionales, generando un espacio de cuidado integral que trasciende lo clínico.

Otro aspecto central es la capacidad de Trabajo Social para crear y fortalecer redes de apoyo tanto en el núcleo familiar como en el ámbito comunitario, con el propósito de garantizar

la continuidad de los tratamientos terapéuticos y la estabilidad del paciente en su entorno. Así lo señala una de las entrevistadas al afirmar que “el Trabajo Social tiene que hacer una red de cuidado, tiene que crear tejido social” (TS2-F), resaltando que el acompañamiento trasciende la atención individual para vincular a familiares y otros actores comunitarios en el sostenimiento del cuidado. Esta función resulta aún más relevante cuando los pacientes carecen de redes familiares sólidas, “hacemos, un trabajo también interinstitucional porque tenemos que empezar a activar ruta de protección con entes territoriales” (TS1-P), lo que exige gestionar apoyos externos e interinstitucionales que respalden el proceso de atención.

Adicionalmente, se evidencia que el quehacer profesional no se limita a una mediación técnica, sino que busca generar confianza y articulación entre los distintos actores del entorno social del paciente, una de ellas señala que “nosotros, los trabajadores sociales vamos un poquito más allá, entonces las familias generan mucha más conexión con Trabajo Social” (TS1-F). Esta mirada coincide con la percepción del médico especialista, quien reconoce que la labor del Trabajo Social trasciende el plano asistencial para convertirse en un factor de articulación social y comunitaria; “la imagen de Trabajo Social, va muchísimo más allá (...) por ejemplo roles como el de organizar la comunidad es fundamental, el de coordinar las familias, el de poder hacer evaluaciones (...) el verdadero profesional capacitado para entender la realidad social y el nivel socioeconómico de los pacientes son los trabajadores sociales” (MD1-O).

Lo anterior se vincula con el enfoque psicosocial, que entiende que la enfermedad terminal afecta simultáneamente las dimensiones individuales, familiares y sociales y que la atención no puede reducirse a lo médico, sino que debe abordar los factores psíquicos y sociales (Sanches, et al., s.f.); desde esta perspectiva, la intervención psicosocial que realizan los

trabajadores sociales no solo apoya a las familias y al paciente en la comprensión del proceso de enfermedad y en la toma de decisiones, sino que constituye un eje articulador de la atención integral en cuidados paliativos, garantizando que lo humano, lo emocional y lo social tengan un lugar central en el cuidado del paciente.

Dentro del proceso de atención a pacientes en cuidados paliativos, **la gestión de recursos** se constituye como otra de las funciones centrales del Trabajo Social, en tanto busca garantizar que el paciente y su familia cuenten con los medios necesarios para asegurar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida; tal como lo expresa una de las participantes “en Trabajo Social, entonces nosotros facilitamos recursos socioeconómicos” (TS1-P). Además, de la búsqueda de apoyos, la función del trabajador social incluye la valoración del entorno y la planeación de estrategias que permitan identificar y articular posibilidades de cuidado: “se hace una valoración humana desde Trabajo Social que permita mirar si la casa donde viviría el paciente luego de salir de hospitalización cuenta con los recursos para tener el paciente, nosotros tenemos que hacer estrategias de mapeo e incorporación” (TS2-F).

Sin embargo, este rol se desarrolla en un contexto de fuertes limitaciones tanto a nivel institucional como familiar, lo que representa un reto constante para la profesión: “los recursos socioeconómicos son recursos muy limitados, tanto para las familias como para nosotros institucionalmente porque no contamos con apoyos o con programas definidos para este tipo de cosas sí, y que pues uno sabe que principalmente el tema económico es muy determinante en ciertos aspectos” (TS1-P). En este sentido, puede afirmarse que una de las principales funciones del Trabajo Social dentro de esta categoría es identificar si el paciente cuenta con todo lo

necesario para su cuidado y, en caso contrario, articular los recursos disponibles para responder a esas necesidades.

La educación y sensibilización es una labor que se realiza desde el Trabajo Social en el contexto de los cuidados paliativos, dirigida a pacientes, familiares y cuidadores, que no se limita a espacios formales, sino que se reconoce como un proceso constante y transversal a la atención, tal como lo señala una profesional “la educación se les puede brindar en todo momento, de hecho ese es un tema también muy transversal porque todas las áreas estamos permanentemente brindándoles educación al familiar y al usuario” (TS1-P); desde esta perspectiva, el rol educativo del trabajador social se articula no solo con la transmisión de información sobre el manejo del paciente y el proceso paliativo, sino también con la promoción de la adherencia terapéutica y la orientación en torno a derechos y deberes. Así se evidencia en lo narrado por la trabajadora social quien dice “hacemos controles entonces nos toca hacer educación, y hacer adherencia, educar sobre la política del cuidador responsable, (..) nosotros somos los responsables de hacerles conocer cuáles son sus derechos y sus deberes” (TS2-F).

En este contexto, otro aspecto clave es la sensibilización dirigida tanto al equipo de salud como a la comunidad, en torno al respeto por la autonomía del paciente y la necesidad de comprender la filosofía de los cuidados paliativos. Una de las trabajadoras sociales explica que “desde Trabajo Social se sensibiliza un poco al personal médico para que el manejo que se dé con el paciente no sea arbitrario, porque aunque el médico está haciendo su trabajo no se pueden desconocer las creencias del paciente (...) incluso al momento de dar el manejo o de la adecuación del esfuerzo terapéutico es importante respetar la autonomía del paciente; puede

pasar que el paciente diga, yo sé que ya en este momento no estoy bien y deseo la eutanasia, eso también puede pasar, y ahí es importante respetar la autonomía del paciente” (TS1-P).

De este mismo modo, el médico especialista, enfatiza que la educación y sensibilización también puede involucrar a la comunidad, con el fin de transformar imaginarios que obstaculizan el manejo digno del paciente al final de la vida, lo anterior se puede evidenciar en el siguiente fragmento “Estoy haciendo una columna de Vanguardia liberal donde estoy tratando de tomar estos temas, para que la comunidad también comprenda, porque muchas veces tengo pacientes que están sufriendo y sintiendo mucho dolor y yo le doy unas goticas de morfina y sale el hijo, ay, cómo va a volver adicto a mi papa, faltando tres días para la muerte, y yo le digo lo prefiero adicto a que esté sufriendo de dolor, (...) la filosofía de esto cambia mucho la forma en cómo se ven las cosas y en cómo se entiende la enfermedad y la muerte, por lo que al menos se debería tener conceptos básicos sobre cuidados paliativo” (MD1-O).

Ambos relatos reflejan que la educación y la sensibilización trascienden lo informativo y se constituyen en un proceso de transformación cultural que busca humanizar la atención, reconocer las creencias del paciente, disminuir prejuicios y garantizar que las decisiones terapéuticas se fundamenten en la autonomía y el bienestar del usuario. Con base en todo lo anterior, surge una categoría emergente denominada **Restablecimiento de derechos**, entendida como el conjunto de acciones orientadas a garantizar que los pacientes y sus familias accedan a decisiones libres, informadas y en condiciones de dignidad. El rol del Trabajador Social dentro de esa categoría se entiende, por un lado, en la mediación frente a conflictos o inconformidades, donde los trabajadores sociales actúan como facilitadores de diálogo y garantes de procesos transparentes “mediamos en situaciones de conflicto o inconformidad, yo siento que en estas

situaciones más que conflicto, sí puede llegar a haber una inconformidad por parte de los familiares” (TS1-P).

Además, se reconoce el derecho que tienen los pacientes y familias a obtener una segunda opinión médica, aspecto que contribuye a la confianza en el proceso terapéutico. Como lo describe una de las trabajadoras sociales “desde Trabajo Social, ¿qué podemos hacer? y muchas veces las familias lo solicitan, una segunda opinión; entonces nosotros desde Trabajo Social gestionamos y coordinamos para que esa segunda opinión sé de (...) esas segundas opiniones siempre se deben tramitar con las EPS, entonces nosotros desde Trabajo Social debemos hacer ese trámite administrativo para que ese segundo concepto se dé (TS1-P). Esta gestión no solo responde a una necesidad práctica, sino que constituye una forma concreta de garantizar el derecho fundamental a la salud regulado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, que contempla explícitamente el derecho a una segunda opinión médica, la cual debe estar sustentada por una necesidad real. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Otro componente esencial del restablecimiento de derechos está relacionado con la promoción y acompañamiento en la suscripción de voluntades anticipadas, un recurso legal que protege la autonomía del paciente frente a decisiones críticas en el final de la vida. Como se da a entender en el siguiente fragmento “las voluntades anticipadas son unipersonales, son intransferibles, en las voluntades anticipadas yo digo que quiero y que no quiero, nosotros tenemos que buscar que el paciente tenga y conozca sobre las voluntades anticipadas” (TS2-F); a pesar de que en Colombia esta práctica aún no es habitual, las Trabajadoras sociales impulsan su socialización mediante estrategias pedagógicas “nosotros en la IPS tenemos un folleto sobre que

es una voluntad anticipada, que puede conllevar, puedes decidir si o no, cuando la puedes modificar o sustituir, con el que socializamos a nuestros usuarios sobre este derecho” (TS2-F).

Desde la mirada médica, esta práctica también ha cobrado relevancia, en tanto reafirma el derecho del paciente a decidir sobre la forma en que desea ser tratado en la etapa final de vida, el médico señala que “hoy en día hacemos mucho énfasis en voluntades anticipadas (...) al entender filosóficamente que eso no es eutanasia, simplemente permitir que el curso de la enfermedad actúe (...) y no tenemos éticamente la obligación de tratarlo si el paciente no lo quiere” (MD1-O).

A partir de los relatos expuestos anteriormente se comprende que, desde Trabajo Social, el restablecimiento de derechos se configura como un proceso transversal que va más allá de la gestión administrativa; implica la defensa activa de la autonomía, la promoción y el reconocimiento de la dignidad del paciente en el proceso de morir. Desde el enfoque de derechos humanos, esta práctica reafirma que la atención en salud no se limita a procedimientos clínicos, sino que incorpora el derecho a la información, a la decisión y a la no discriminación, garantizando que los pacientes sean sujetos plenos de derechos hasta el final de la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

8.1.2 Modalidad Intramural Hospitalaria de atención en salud.

En esta categoría se busca comprender la atención brindada dentro de las instituciones de salud que ofrecen el servicio de cuidado paliativo, a partir del contexto institucional y la organización del equipo interdisciplinar. En los datos recolectados se observan diferencias importantes según el régimen de afiliación que puede ser, contributivo, subsidiado o regímenes especiales (Fuerzas militares, los docentes oficiales, empleados de Ecopetrol, etc.) y el tipo de

institución, pública o privada (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.-a). Las cuales condicionan el perfil de los pacientes, el acceso, la cobertura y las funciones que asume el trabajador social.

Por un lado, se evidencia que el **contexto institucional** en el que se atienden pacientes afiliados a regímenes especiales varía en función de las necesidades emergentes del entorno socioeconómico; los beneficiarios de estos regímenes suelen contar con mayor solvencia económica y, por ende, con carencias distintas a las de quienes pertenecen al régimen subsidiado o contributivo, lo cual repercute en la demanda asistencial y la disponibilidad de recursos institucionales; esto se refleja en lo expresado por una de las participantes quien menciona “hay pacientes que no hay muchas cosas que hacer de parte de Trabajo Social porque el paciente Ecopetrol por lo general va a tener un ingreso superior a un salario mínimo, no van a necesitar mucho... entonces lo que nosotros hacemos es hacer una revisión con ellos, escucharlos para saber qué quieren o necesitan” (TS2-F); en contraparte, la profesional que labora en una institución pública refiere que sus pacientes tienen unas condiciones socioeconómicas más complejas que los hace susceptibles a vulnerabilidades, “aquí llegan niños con cualquier tipo de vulneración de derechos, debido a las condiciones económicas y sociales de sus familias, eh lo que hace más compleja nuestra labor” (TS1-P).

Asimismo, desde las instituciones que atienden regímenes especiales suele observarse un acceso más ágil a medicamentos como los opioides y a procedimientos de mayor complejidad, “Nuestros usuarios afiliados a Ecopetrol, por ejemplo, en ocasiones cuando se le solicita un medicamento, la autorización y la dispensación del medicamento se da casi de forma inmediata” (TS2-F). Esta situación contrasta con la perspectiva del médico especialista, quien advierte que

durante su experiencia trabajando en el sector público, evidenció que “la disponibilidad de opioides es un problema gigantesco, desde que yo tengo memoria he vivido mínimo unos dos meses de desabastecimiento” (MD1-O) a partir de lo anterior, se vislumbra que el acceso desigual y la falta de disponibilidad afectan el ejercicio pleno del derecho a la salud y a morir sin dolor, lo que exige medidas equitativas de regulación y suministro.

Resulta pertinente analizar cómo, además de esas condiciones institucionales que inciden en las prioridades del servicio en cuanto a acceso y cobertura; condicionan también las responsabilidades concretas que asume el trabajador social dentro de cada tipo de institución. Por un lado el rol del Trabajo Social para los regímenes especiales suele centrarse en el acompañamiento psicosocial, la escucha activa y la articulación con la familia “lo que nosotros hacemos es hacer una revisión con ellos, escuchar que quieren y establecer un objetivo” (TS2-F). Sin embargo, en hospitales públicos, y teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, el rol del trabajador social incorpora con mayor frecuencia acciones orientadas al restablecimiento de derechos y a la garantía de prestación del servicio.

Si se analiza lo anterior desde el enfoque de derechos humanos, es posible determinar que el régimen de afiliación no es un dato aislado, por el contrario es un determinante estructural del acceso y la equidad; la capacidad financiera y los mecanismos institucionales condicionan la disponibilidad de recursos y la orientación de las intervenciones. Desde esta perspectiva, se entiende que garantizar una atención paliativa digna exige políticas y prácticas que neutralicen las desigualdades; este enfoque busca que todas las personas, en especial quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, puedan ejercer plenamente sus derechos, bajo principios como la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas, entendiendo además que estos son

interdependientes y que la pobreza y la exclusión deben abordarse de forma integral (Vega,2020).

También se identificaron diferencias en los niveles de complejidad y en los servicios ofrecidos según la modalidad de atención. En los regímenes especiales, por ejemplo, los pacientes oncológicos son pocos. Así lo explica TS2-F: “la mayoría de mis pacientes, a diferencia de en otros lugares, la pirámide poblacional está del revés, pues nosotros atendemos más pacientes no oncológicos que oncológicos; lo normal en todo el mundo son oncología, entonces nosotros atendemos más pacientes con demencia, Alzheimer, Parkinson y demás”. En contraste, la participante TS1.P, desde el hospital público, describe una población más diversa: “ya uno maneja con paciente pediátrico, pacientes oncológicos pediátricos y tenemos pacientes en la unidad neonatal también con distintos padecimientos y diagnósticos”.

De igual manera, se destaca que en esta modalidad de atención se tiene un **enfoque interdisciplinar**. Las decisiones no se toman de manera aislada, sino en conjunto con otros profesionales de la salud, lo cual adquiere mayor relevancia en el contexto de los cuidados paliativos. Tal como lo señala TS2-F: “desde que nosotros ingresamos al equipo es como todos vamos a hablar el mismo idioma”. Al respecto, la otra profesional expresa que: “el trabajo interdisciplinario es bastante importante, sí, es un trabajo fuerte; nosotros acá como institución creo que eso lo tenemos muy bien articulado; cuando nosotros tenemos un paciente de esas características, generalmente el médico tratante lo identifica, toda la parte médica hace sus intervenciones y cuando se requiere la intervención por Trabajo Social o por Psicología lo remite” (TS1-P). Se enfatiza en que la labor interdisciplinaria en el ámbito hospitalario está

estructurada, la identificación inicial la realiza el médico tratante, pero la intervención se complementa con otras áreas como Trabajo Social y Psicología según las necesidades del caso.

En esta misma línea, tal como lo señala TS1-P “en este tipo de pacientes siempre va a haber algo y es una junta médica, ¿para qué es? Precisamente para tomar decisiones respecto a ese manejo que se va a hacer con el paciente” y de manera complementaria, TS2-F explica la dinámica en los casos de hospitalización: “se debe establecer con ellos un objetivo, si quieren fallecer en casa o en el hospital, si la familia o el paciente deciden que en el hospital debemos empezar a hacer los tramites, hacer la intervención y brindar el acompañamiento desde cada área para que esto sea posible, igual si la voluntad del paciente es fallecer en casa, se debe seguir un protocolo para que pueda ser reubicado” Lo anterior, permite comprender que la interdisciplinariedad no se limita a un ejercicio técnico de coordinación, sino que constituye una intervención basada en principios éticos y en la gestión de las relaciones, en la medida en que las decisiones se construyen colectivamente en función del bienestar integral del paciente.

A partir de lo expuesto, se puede concluir que la modalidad intramural hospitalaria en cuidados paliativos refleja cómo los contextos institucionales determinan tanto el perfil de los pacientes como las funciones del trabajo social. Mientras que en instituciones privadas que atienden regímenes especiales se prioriza el acompañamiento psicosocial y la articulación con familias y redes de apoyo, en hospitales públicos el rol se amplía hacia el restablecimiento de derechos y la garantía de acceso a servicios, dada la alta incidencia de situaciones de vulnerabilidad. No obstante, en ambos escenarios se reafirma la centralidad del enfoque interdisciplinario y la toma de decisiones conjuntas como principios orientadores de la práctica profesional.

Este hallazgo puede leerse a la luz de la teoría del cuidado humano, que resalta la importancia de un abordaje transpersonal y de una atención que trascienda lo biomédico, incorporando la voz del paciente y de su familia al momento de hacer la adecuación del esfuerzo terapéutico; en esta misma línea, la política de Atención Integral en Salud en Colombia enfatiza que la integralidad del cuidado solo es posible mediante equipos interdisciplinarios capaces de articular los determinantes sociales de la salud con los aspectos clínicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), con la intención de no solo optimizar la atención clínica, sino de fortalecer la garantía de derechos, la humanización del cuidado y la capacidad institucional de responder a la complejidad de los casos. Esto confirma que el rol del trabajador social no puede entenderse de manera aislada, sino en diálogo constante con otras disciplinas y en función de las particularidades organizacionales de cada institución.

8.1.3 Atención en Cuidados Paliativos

La atención en cuidado paliativo constituye un proceso especializado y sensible, que busca garantizar la mejor calidad de vida posible para los pacientes con enfermedades terminales y sus familias. La atención integra componentes clínicos, psicosociales, espirituales y éticos, y se materializa en acciones como el acompañamiento psicosocial, la mediación familiar y la articulación con redes de apoyo, en el marco de un equipo interdisciplinario que asume conjuntamente las decisiones del cuidado. En este apartado, el análisis se centra en comprender de qué manera las instituciones estructuran y desarrollan la atención paliativa mediante protocolos y rutas asistenciales destacando el momento en que interviene el trabajador social para garantizar un abordaje integral y humanizado.

Los Protocolos y Rutas asistenciales constituyen el andamiaje operacional mediante el cual las instituciones traducen la filosofía de los cuidados paliativos en prácticas concretas, desde el momento del diagnóstico hasta la definición del lugar y modo del final de la vida. El protocolo a seguir en las instituciones hospitalarias inicia con la identificación clínica del paciente y la comunicación del pronóstico a la familia; tal identificación suele producirse cuando el equipo médico constata que las posibilidades terapéuticas se han agotado, tal como lo expresó una de las participantes “la decisión de mandar un paciente a cuidado paliativo se toma, digamos que porque médicamente las posibilidades están agotadas, en la parte médica eso se llama una disminución del esfuerzo terapéutico (...) se lleva a una junta médica interdisciplinar y todas las áreas, pues, revisan el caso y se determina que es lo mejor para el paciente” (TS1-P). En esa junta interdisciplinar se evalúan el pronóstico, la funcionalidad y las alternativas terapéuticas, con el fin de que la decisión no quede en manos de un solo profesional, sino que integre diversas perspectivas clínicas y psicosociales.

Es así como, las instituciones sistematizan criterios para decidir la pertinencia de los cuidados paliativos, como lo indicó el médico especialista, “hay ciertos criterios específicos para entrar al cuidado paliativo, escalas de funcionalidad, escalas de pronóstico (...) estos criterios incluyen indicadores tales como: hospitalizaciones repetidas, pérdida significativa del estado nutricional, deterioro funcional progresivo, presencia de comorbilidades complejas, enfermedad avanzada y requerimiento de clínica de heridas complejas, pero en términos generales cuando nos enfrentamos ante una enfermedad que va a producir deterioro progresivo y que en la vida real sabemos que no se va a curar ese paciente debería entrar al cuidado paliativo,” (MD-O); lo descrito constituyen señales que orientan a considerar la transición de un modelo curativo a uno paliativo. Una vez confirmado el diagnóstico, el especialista en dolor y

cuidado paliativo “confirma la condición clínica, ordena el plan terapéutico y activa el código lila; institucionalmente esos pacientes que están al final de la vida los llamamos así, paciente en código lila” (TS1-P)

La activación del código lila marca el inicio de un protocolo integral que articula la labor de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, atención al usuario y acompañamiento espiritual, en concordancia con la política institucional de humanización “en la que se enmarcan las acciones de cuidado paliativo, específicamente en la estrategia de acompañamiento al final de la vida” (TS1-P). La política Nacional de Humanización en Salud configura la humanización como un principio transversal de la atención, orientado a garantizar un trato digno, la participación informada de las personas y el acompañamiento personalizado; en documentos oficiales la política incorpora líneas estratégicas como “el acompañamiento al final de la vida” (Ministerio de Salud y protección Social, 2021). Asimismo, la ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis) reconoce y regula los servicios de cuidados paliativos en Colombia como parte del derecho fundamental a la salud, lo que obliga a las instituciones a implementar rutas y protocolos que aseguren el acceso y la continuidad de estos servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior, y lo que narra una de las profesionales, las instituciones formalizan y evalúan estas acciones mediante los protocolos codificados por el área de calidad y la Política de Humanización. “Este es el protocolo general que manejamos acá en la institución para el manejo de pacientes paliativos, a nivel institucional esta es una fortaleza porque hace parte de la planeación estratégica y es como la guía o la base que tenemos nosotros de soporte para las atenciones que brindamos”; la integración de protocolos y la activación de rutas no anulan, sino que institucionalizan la dimensión ética del cuidado. El médico especialista recuerda que incorporar los cuidados paliativos significó un “cambio filosófico” en la práctica

clínica, “dejar que la enfermedad actúe, eso era casi una blasfemia al principio, por eso fue importante un cambio filosófico en la forma como entendemos la muerte y la enfermedad”; en consecuencia, las rutas deben asegurar que la decisión de adecuación terapéutica respete la autonomía y el derecho del paciente.

En la práctica, estas guías institucionales se operacionalizan mediante procedimientos claros: la interconsulta, la valoración sociofamiliar y la articulación de rutas internas y externas, según dice la participante TS2.F y como parte del protocolo de atención en cuidado paliativo “ dentro de la ruta interna, se deben revisar los criterios de ingreso, que el paciente sea el beneficiario, que se encuentre en Bucaramanga, que la familia esté dispuesta a brindar apoyo, se hace una llamada de acogida y se cuenta con un plazo máximo de 72 horas para valorar al paciente (...) entre otras cosas, también se gestiona los trámites administrativos con las aseguradoras o EPS para asegurar la continuidad de la adecuación del esfuerzo terapéutico”.

Dicho protocolo, lejos de ser solo un trámite administrativo, constituye la base para garantizar un abordaje coordinado e interdisciplinario en el que cada área asume responsabilidades específicas orientadas no solo a controlar síntomas físicos, sino también a atender necesidades emocionales, sociales y espirituales. Por otro lado, el ingreso del trabajador social en la ruta de atención paliativa se evidencia como un elemento estructural del proceso asistencial; su intervención se activa con la interconsulta médica y se materializa en la valoración sociofamiliar inicial; aporta su propio criterio profesional durante las juntas médicas en las que se toman decisiones entorno a la adecuación del esfuerzo terapéutico y se despliega durante la ejecución del protocolo tras la activación del código lila.

Además su labor tiene gran relevancia en las acciones y servicios que se le brindan al paciente durante la atención de cuidado paliativo, pues el beneficiario tiene acceso a un

acompañamiento psicosocial que asegura que reciba un cuidado integral que contemple su fragilidad emocional, su contexto familiar y sus redes de apoyo, una de las profesionales lo describe así: “primero se da una valoración integral de primera vez, una asignación de un plan de manejo (...), se identifica todo lo que tiene el paciente y cómo ingresa, se hace hasta la atención al duelo” (TS1-P).

Dicho acompañamiento se concreta en estrategias como la valoración sociofamiliar, la identificación de recursos disponibles y la generación de un plan que contemple tanto al paciente como a sus cuidadores, se incluyen evaluaciones específicas que permitan identificar las dimensiones físicas, emocionales y laborales afectadas por el cuidado según la TS2-F “para evitar la sobrecarga del cuidador se hace la medición con escalas, como la de Zarit, el plan de manejo y las estrategias, que por lo general incluyen que la familia haga un sistema de relevos”; este tipo de acciones muestra como la **mediación familiar y la articulación de redes de apoyo** no solo alivian el peso del cuidado, sino que fortalecen la capacidad de respuesta del núcleo cercano, evitando negligencias y promoviendo la corresponsabilidad en el proceso.

Por lo tanto, los hallazgos de esta categoría muestran que el paciente en programa de cuidados paliativos accede a un conjunto de servicios que integran la atención clínica y el acompañamiento psicosocial, la mediación familiar y la vinculación con redes de apoyo. Además, que en todas estas dimensiones el profesional en Trabajo Social de la mano de otras disciplinas, desempeña un papel clave al articular recursos institucionales y comunitarios, gestionar apoyos administrativos y legales, así como sostener emocionalmente al paciente y su familia, garantizando la integralidad del cuidado en coherencia con los protocolos institucionales y los principios de humanización.

8.1.4 Experiencia profesional en Cuidados Paliativos

La experiencia profesional en cuidados paliativos constituye un campo de análisis que permite comprender no sólo el quehacer técnico de los trabajadores sociales, sino también las vivencias emocionales y éticas que atraviesan en su práctica cotidiana. Pues, atender a pacientes con enfermedades terminales implica situarse en escenarios de profundo dolor y vulnerabilidad, en los que el profesional se convierte en mediador entre el paciente, la familia, el equipo interdisciplinar y la institución. En este orden de ideas, al explorar la experiencia de los trabajadores sociales permite reconocer, por un lado, el sentido de la experiencia, es decir la manera en que la labor realizada adquiere valor personal y profesional, marcada por reflexiones sobre la vida, la dignidad y la humanización del cuidado. Y, por otro lado, identificar también los retos profesionales que emergen del ejercicio profesional vinculados a las exigencias emocionales, éticas y contextuales que conlleva la atención en cuidados paliativos.

El sentido de la experiencia profesional en cuidados paliativos se encuentra profundamente atravesado por la dimensión emocional y sentimental de la labor realizada. En el caso de los escenarios pediátricos y neonatales, la trabajadora social reconoce que el trabajo con niños adquiere una connotación particular debido a la inocencia y vulnerabilidad que los caracteriza, lo cual genera un impacto emocional inevitable en quienes acompañan estos procesos “con los niños pues, digamos que eso lo hace un poquito más emotivo (...), por ejemplo, con los recién nacidos que básicamente ni se enteran de todo lo que está pasando” (TS1-P). En coherencia con la teoría del cuidado humano de Watson, esta sensibilidad no puede entenderse únicamente como una respuesta emocional espontánea, sino como parte de un acto de cuidado transpersonal, en el que el profesional se vincula de forma empática y reconoce al paciente como un ser integral más allá de lo clínico (Riegel et al., 2018).

Esta sensibilidad frente a la vida en sus primeras etapas refuerza la dificultad de mantener distancia emocional, pues, como lo expresa la trabajadora social, “aunque uno no quiera son casos que terminan tocándolo a uno y es imposible no empatizar con la persona, de hecho yo siento que eso es parte del trabajo, empatizar” (TS1-P). No obstante, esta disposición empática también expone a los profesionales a un desgaste emocional, que ellas mismas identifican como agotamiento por compasión; dicho fenómeno se entiende como un desgaste que afecta a quienes acompañan de manera constante el sufrimiento y la muerte de los pacientes, generando fatiga emocional y disminuyendo su capacidad de respuesta profesional (Tobon & Restrepo, 2021).

Ante este escenario, los trabajadores sociales recurren a estrategias personales y colectivas de gestión emocional, como la catarsis entre colegas “muchas veces sin quererlo entre nosotras terminamos haciendo catarsis, me paso esto o yo sentí que de pronto este paciente me generó cierta emocionalidad, y pasa mucho sobre todo aquí con los niños cuando el fallecimiento ocurre” (TS1-P). Tal como lo explica una de ellas “ni modo que tú como profesional no vayas a permitirte sentir, pero claramente hay que tener un manejo de emociones bastante fuerte para que en el momento tu puedas brindarle el apoyo a esa persona (TS2-F).

Finalmente, aceptar la propia vulnerabilidad emerge como un aprendizaje inevitable dentro de esta práctica; como lo expresa una de las participantes “es muy normal hacer la transferencia de emociones (...), lastimosamente duele, entonces el aceptar también eso, en general en las universidades no nos enseñan que seguimos siendo seres humanos, que sentimos y nos duele” (TS2-F), lo anterior desde el enfoque psicosocial se interpreta como la necesidad de considerar también al profesional como sujeto que siente y sufre dentro del proceso de atención.

Ahora bien, en este sentido desde el área médica, también se hace un reconocimiento a la labor del Trabajo Social en el campo de los cuidados paliativos, desde su experiencia el médico especialista resalta que “si he tenido que ver con Trabajo Social muchas veces, para mí es fantástica la ayuda que vale la pena tenerla” (MD1-O). Además, reconoce la evolución de la disciplina en el campo “su rol es mucho más valioso y creo que ahí está el verdadero propósito (...), hemos cambiado, llevamos 20 años y lo que vimos hace 20 años no es ni sombra de lo que estamos viendo hoy” (MD1-O). Lo anterior, nos permite evidenciar cómo, desde la perspectiva clínica el Trabajo Social ha dejado de ser percibido únicamente como un apoyo asistencial para posicionarse como un actor central en la orientación y acompañamiento de los servicios de cuidado paliativo.

Este reconocimiento del sentido y la evolución del rol profesional abre paso a la comprensión de los **retos profesionales** que aún persisten; si bien el avance en el posicionamiento del Trabajo Social es indiscutible, las experiencias relatadas muestran que persisten desafíos. Por un lado, uno de los principales retos identificados por las profesionales se relaciona con la necesidad de adaptarse a la terminología médica y a la lógica clínica para poder mediar entre el lenguaje técnico y la comprensión de las familias. Como lo expresa una de las participantes “es un reto para nosotros llegar y acoplarse a esa terminología médica y tratar de entender cómo es que funciona (...), para que la familia comprenda esa misma información” (TS1-P). Esta tarea no solo facilita la adherencia al tratamiento, sino que también se convierte en un mecanismo para garantizar el derecho de los pacientes y familias a recibir información clara y oportuna, principio fundamental del enfoque de derechos humanos.

Al mismo tiempo, los obstáculos administrativos de la organización del sistema de salud en torno a las EPS representan un desafío permanente. Desde la experiencia profesional “el tema

de las EPS (...), para ellos la parte social no tiene tanta relevancia” (TS1-P) el reto radica en “posicionar ese concepto y esas valoraciones que nosotros hacemos desde Trabajo Social para que sean tenidas en cuenta por ellos, también es un trabajo bastante fuerte” (TS2-F), lo anterior, evidencia cómo el Trabajo Social debe desplegar estrategias para posicionar sus valoraciones en un escenario donde prevalece una lógica centrada en la eficiencia y el control de recursos. Con base en el enfoque psicosocial, este hallazgo muestra la tensión entre una visión biomédica restrictiva y la necesidad de considerar los determinantes sociales de la salud como parte integral de la atención.

8.1.5 Factores Críticos

En los cuidados paliativos, los factores críticos se configuran como aquellos elementos estructurales, contextuales, familiares o sociales que limitan el alcance de la atención integral. Esta categoría busca analizar los riesgos y barreras identificados por los profesionales entrevistados, quienes señalan desde su experiencia condiciones institucionales y académicas que restringen la práctica del Trabajo Social en este campo y que se convierten en **barreras al momento de prestar una atención en cuidado paliativo** adecuada e integral.

Uno de los factores más señalado por los profesionales fue la importancia de garantizar un abordaje interdisciplinario, lo que se busca es comprender al ser humano en la interrelación entre su subjetividad y los factores sociales, culturales y familiares, es decir, articular lo individual y lo social para entender al paciente como un ser integral (Sanches, et al., s.f.). Sin embargo, en la práctica la realización de esta premisa se ve afectada por el desconocimiento que en ocasiones desde el área administrativa puede llegar a tener lo social, en este caso las profesionales entrevistadas manifiestan cómo en algunos hospitales de la región no cuentan con

sus servicios, ignorando la presencia del trabajador social y asignando funciones propias de su campo a otros actores que no cuentan con la formación. Ella menciona; “lastimosamente tienen que sonar como obligación para que el sistema de salud nos contemple dentro de los equipos interdisciplinarios, por lo menos la clínica Chicamocha y la clínica Bucaramanga no tienen suficientes trabajadores sociales” (TS 2-F) y agrega “entonces en la mayoría de los casos ellos solamente dependen de sus psicólogas y las psicólogas no saben lo que es una intervención social”.

Así mismo y como se mencionaba anteriormente, dentro de las instituciones se presentan problemas con el valor que desde lo administrativo e institucional se da a lo social; una participante señala que “el tema de las EPS, siempre van a estar muy regidas por toda la parte administrativa y como muy cerradas o muy sesgadas y esta parte social para ellos como EPS no tiene tanta relevancia, entonces eso también es un reto profesional para nosotros de cómo posicionamos nuestro criterio como profesionales para que sea tenido en cuenta a la hora de hacer un manejo médico con los pacientes” (TS1-P). Lo que lleva, como lo menciona la participante, a crear desafíos para la planificación y ejecución de políticas que integren efectivamente la perspectiva del Trabajo Social en el proceso de atención (Hernández Gudiño, s. f.).

En lo descrito se evidencia que el accionar del trabajo social, en ocasiones, es percibido de manera simplificada por diferentes actores, lo cual limita el alcance de la intervención. Esto se debe a que no siempre depende únicamente del profesional, sino de dinámicas más amplias que sobrepasan su ejercicio. Al respecto, la entrevistada señala que: “el trabajo de nosotros va más allá de pronto de estar en el momento de brindar el apoyo emocional, sino que es una

cadena de acciones bastante compleja que también en muchas situaciones no depende de nosotros, sino precisamente de los entes territoriales, de las políticas públicas que pueda llegar a tener en los municipios” (TS1-P).

Del mismo modo, la trabajadora social resalta cómo estas tensiones inciden en el proceso de egreso hospitalario, especialmente cuando el paciente ha culminado su atención en el hospital y debe continuar el cuidado en el hogar, pero este no cuenta con las condiciones mínimas requeridas. Surge una preocupación evidente al constatar que la EPS insiste en la salida del paciente con base en criterios administrativos, lo cual contrasta con la realidad social: “desde su punto de vista administrativo tiene que estar por fuera porque el medicamento no requiere ningún otro manejo intrahospitalario, sí, pero la parte social no le permite irse” (TS1-P). Este testimonio refleja cómo las decisiones administrativas pueden entrar en conflicto con las condiciones sociales de los pacientes, generando retrasos, limitaciones en las funciones del trabajador social y desarticulación en la atención paliativa.

Desde otra perspectiva, se evidencian limitaciones relacionadas con la formación académica en Trabajo Social para el abordaje de cuidados paliativos. Una de las profesionales sostiene que: “No hay formación en cuidados paliativos de Trabajo Social; actualmente, no puedo decir que en el mundo porque España es diferente, pero aquí tenemos que hacer una maestría interdisciplinaria para poder certificarnos como paliativistas. Hay muy poca formación; muy poco se ha escrito; entonces, como poco se ha hecho, lo que se hace es echar mano de las intervenciones en salud” (TS2-F).

Asimismo, enfatiza que los trabajadores sociales no cuentan con los conocimientos

necesarios para desempeñarse en el área de la salud y, en particular, en cuidados paliativos.

Desde su experiencia señala: “nos basamos en que el paciente tenga medicación y demás, y nos limitamos a lo inmediato, pero no empezamos a tratar estos síntomas sociales, porque hay síntomas sociales” (TS2-F).

Finalmente, la profesional agrega: “de verdad, en trabajo social estamos muy verdes en todo lo que tiene que ver con garantías de derechos. Usted cree que solamente es darle lo que necesita, pero venga, antes de darle lo que necesita, ¿qué le voy a dar, ¿qué voy a hacer por él y cómo voy a vincular a la familia? Si nosotros hacemos tejido social, ¿cómo voy a vincular a la familia dentro del cuidado paliativo?” (TS2-F).

Las dificultades en la formación académica no solo limitan la comprensión del rol del trabajador social en cuidados paliativos, también afectan su capacidad de intervenir en procesos emocionales tan complejos como el duelo. En este campo, resulta fundamental reconocer que la muerte y el sufrimiento generan impactos que trascienden lo físico y alcanzan lo social. Como lo señalan Lima y Pastrana (2016), el abordaje paliativo debe contemplar esta multidimensionalidad del sufrimiento, más allá del físico, está el sufrimiento social por la pérdida de rol, el sufrimiento emocional por los cambios afectivos y relacionales, y el sufrimiento económico derivado de la sobrecarga para los sistemas familiares y de salud. El abordaje de esta multidimensionalidad reclama una preparación académica más integral.

La trabajadora social expresa que el manejo del duelo, debido a la falta de conocimiento propio desde la profesión, es abordado desde otros enfoques; “vemos un duelo, pero como tal el manejo del duelo desde el trabajo social no lo hacemos (...) porque desconocemos que el duelo

tiende a ser también familiar, entonces nos toca irnos a otras disciplinas como la psicología para empezar a hablar de un duelo” (TS2-F).

Lo anterior refleja una carencia de herramientas metodológicas y conceptuales que permitan asumir la dimensión emocional del cuidado. Esta ausencia de formación genera un vacío que expone al profesional a la sobrecarga emocional y limita la respuesta frente a las necesidades de pacientes y familias. Así lo expresa la entrevistada: “no hay como ese manejo del duelo y tampoco hay la concepción de nosotros como seres dolientes y sintientes, entonces pues a ti te va a pegar durísimo ver gente joven con cáncer o un adulto mayor que tenga la similitud de algún familiar o de un niño” (TS2-F).

Esto evidencia, desde las voces de las entrevistadas, que el accionar de Trabajo Social en contextos hospitalarios, en ocasiones, puede quedar reducido a la gestión inmediata, sin lograr responder a la complejidad de la situación: “eso en cuidado paliativo no nos enseña a hacer lo justo y necesario. Entonces, nos vamos y nos proyectamos al ‘no vamos a dejar lo que salga, vamos a pedir salida temprana en el hospital’, y empezamos a gestionar todo, sin darnos cuenta de que el paciente está falleciendo” (TS2-F). Incluso señala las consecuencias que esto trae para la percepción social de la profesión: “en ningún momento nos paramos a decir de verdad lo necesita, entonces mejor dicho nos llenamos de la parafernalia, conseguimos medicamento, el traslado y todo, resulta que el paciente fallece antes de irse. Por esto no se llevan una muy buena impresión de nosotros los trabajadores sociales, lastimosamente” (TS2-F).

En relación con lo expresado por la trabajadora social, el médico agrega que “en la mayoría de servicios la figura del trabajador social se volvió una figura incómoda para las

directivas y por qué, porque al trabajador social le llegaba la señora que le habían cobrado mucho y era que voy a hacer, como pago esta cuenta, no tengo plata y el trabajo social qué hacía, se iba dónde las directivas mire que fulanita no tiene un peso ayúdenos a ver”; esto refleja que un profesional que académicamente desconoce algunas de sus funciones puede reaccionar de la manera que lo han descrito los participantes, y al encontrarse sumergido en el ámbito intrahospitalario termina formando parte en ocasiones de la inmediatez asistencial.

Finalmente, las voces de las trabajadoras sociales y del médico entrevistado muestran que los factores críticos en cuidados paliativos no se reducen únicamente a la escasez de recursos médicos, sino que abarcan también vacíos en la formación académica, dificultades en la preparación emocional de los profesionales y algunas tensiones con los sistemas administrativos de salud. Todos estos elementos limitan la posibilidad de brindar un cuidado integral y humanizado, y resaltan la urgencia de fortalecer la formación del Trabajador Social, las políticas públicas y la gestión de recursos que garanticen la dignidad del paciente y su familia en el proceso de atención.

9. Estrategias de Abordaje

Tras la identificación y el análisis de los factores críticos, se hace evidente la necesidad de generar estas estrategias de abordaje que pretenden fortalecer la presencia y el rol del Trabajo Social en la atención en cuidados paliativos. Estas propuestas buscan responder a las limitaciones señaladas por los profesionales entrevistados y contribuir a la construcción de un modelo de atención más integral y humanizado.

En primer lugar, se propone fortalecer la **formación académica especializada en**

cuidados paliativos para trabajadores sociales. Esto incluye la incorporación de asignaturas relacionadas con la atención al final de la vida, el manejo del duelo y la dimensión emocional del cuidado **dentro de los programas de pregrado**, así como el diseño de diplomados y posgrados interdisciplinarios. Una formación más sólida, incluso desde el pregrado, permitiría al profesional contar con mayores herramientas conceptuales y metodológicas para enfrentar los desafíos de este campo. De este modo, poder intervenir desde los fundamentos propios de la profesión, sin depender de teorías ajenas, y además podría impulsar investigaciones y estudios desde la etapa formativa, que fortalezcan su intervención en el ámbito de los cuidados paliativos.

En segundo lugar, se plantea la necesidad de consolidar la **participación efectiva del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios** de cuidados paliativos. Para ello, resulta clave visibilizar el aporte específico de la profesión, que no se limita a la gestión inmediata, sino que incluye la construcción de redes de apoyo, la articulación de la familia en el proceso de cuidado y la defensa de los derechos de los pacientes, entre otras. Se propone la **creación de espacios universitarios dirigidos a egresados** que se encuentren trabajando en el área y deseen investigar o escribir sobre los aportes de la profesión al campo de los cuidados paliativos. De esta manera, se fortalecería tanto el accionar práctico como el desarrollo teórico, lo cual permitiría trascender hacia nuevas perspectivas y aportar a la construcción de otras experiencias.

Asimismo, se fortalecería el posicionamiento del Trabajo Social como disciplina generadora de conocimiento y se impulsará el aumento de trabajadores sociales en el ámbito de la salud en Colombia. Esto, evitaría, en algunos casos, la asignación de funciones propias de la profesión a otros actores sin formación en este ámbito, garantizando una atención más coherente y centrada en las necesidades integrales de la persona.

En tercer lugar, se propone fortalecer la incidencia del Trabajo Social en las políticas públicas y en la gestión administrativa de los servicios de salud. La voz del trabajador social debe posicionarse en los espacios de toma de decisiones, de modo que los criterios sociales sean considerados al mismo nivel que los clínicos y administrativos. Para ello, se requiere de una organización gremial sólida que, desde el quehacer profesional, logre articularse con los gobiernos locales y regionales en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas relacionadas con la atención en salud y, de manera particular, con los cuidados paliativos.

El Trabajo Social puede **incorporarse en las políticas públicas** a través de diversas formas de acción concretas. En primer lugar, mediante la **promoción del enfoque de derechos, la equidad y la justicia social**, orientando las políticas hacia el reconocimiento de la dignidad humana y el acceso universal a los servicios de salud, sin discriminación. Este enfoque permite que las políticas en cuidados paliativos trasciendan la dimensión biomédica y garanticen una atención integral centrada en la persona, su familia y su entorno social.

En segundo lugar, el Trabajo Social contribuye al **fortalecimiento de los mecanismos de participación social en salud**, impulsando espacios de diálogo donde las comunidades puedan expresar sus necesidades, percepciones y propuestas frente al sistema de salud. Esta participación activa fomenta la corresponsabilidad ciudadana y la construcción colectiva de políticas más justas y pertinentes.

En tercer lugar, el profesional de Trabajo Social aporta desde la **investigación social aplicada y la producción de evidencia**, generando conocimiento sobre las condiciones sociales, económicas y culturales que inciden en el acceso, la calidad y la continuidad de los servicios

paliativos. Dichos aportes resultan esenciales para sustentar decisiones políticas basadas en evidencia y orientar reformas o ajustes institucionales.

De igual modo, el Trabajo Social promueve la **articulación intersectorial**, estableciendo puentes entre el sector salud y otros ámbitos como la educación, la protección social o el trabajo comunitario, con el propósito de abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud. Finalmente, al **identificar y visibilizar estos determinantes sociales**, el Trabajo Social contribuye a la formulación de políticas que reconozcan las desigualdades estructurales y promuevan entornos más equitativos para las personas en situación de enfermedad avanzada o terminal.

En conjunto, estas acciones reafirman que la incorporación del Trabajo Social en el diseño y desarrollo de políticas públicas no solo fortalece el enfoque humanizado de la atención, sino que también garantiza respuestas institucionales más inclusivas, sostenibles y coherentes con las necesidades reales de las poblaciones atendidas en el ámbito de los cuidados paliativos.

Finalmente, se considera fundamental implementar **estrategias de autocuidado y acompañamiento emocional para los profesionales** que trabajan en cuidados paliativos. Reconocer al trabajador social como un sujeto doliente y sintiente contribuye a reducir el riesgo de desgaste emocional, y a garantizar un ejercicio profesional más humano, consciente y sostenible. No obstante, es importante enfatizar que **este acompañamiento debe iniciar desde la formación académica**: durante el pregrado, el estudiante que decide convertirse en trabajador social debe contar con herramientas emocionales que le permitan afrontar de manera adecuada las demandas y desafíos propios de su futura práctica profesional.

En conclusión, las propuestas planteadas permiten fortalecer los aspectos identificados en los factores críticos de la atención en cuidados paliativos desde el Trabajo Social. Estas giran en torno a cuatro ejes fundamentales: la formación académica especializada, la consolidación de la participación interdisciplinaria, la incidencia en políticas públicas y la implementación de estrategias de autocuidado profesional.

Fortalecer la formación académica, tanto en el pregrado como en el posgrado, se configura como la base para que los trabajadores sociales cuenten con herramientas conceptuales, metodológicas y emocionales que les permitan enfrentar de manera integral los retos propios de trabajar en el sector de la salud, y específicamente en la atención paliativa. De igual manera, impulsar la investigación y la producción académica en este campo posibilita no solo enriquecer la teoría y la práctica, sino también posicionar a la profesión como generadora de conocimiento en un sector donde su participación aún es limitada.

La consolidación del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios representa otro desafío clave, pues permite visibilizar un aporte que trasciende la gestión asistencial e incorpora dimensiones como la articulación familiar, la defensa de derechos y la construcción de redes de apoyo. Reconocer este rol y garantizar su presencia efectiva contribuye a ofrecer una atención más coherente, integral y humanizada en esta área.

En el plano institucional y político, la organización gremial se presenta como una estrategia para incidir en la toma de decisiones y en el diseño de políticas públicas que reconozcan el valor del acompañamiento social en el sistema de salud. La participación activa del Trabajo Social en estos escenarios permitiría equilibrar la dimensión clínica con la social,

asegurando condiciones dignas de atención.

Por último, la necesidad de incorporar estrategias de autocuidado y acompañamiento emocional desde el pregrado refleja una mirada más consciente y humana hacia el propio profesional, que también se enfrenta al dolor. Preparar desde la formación inicial a los futuros trabajadores sociales en este aspecto es esencial para garantizar un ejercicio más adecuado.

Finalmente, estas propuestas no solo responden a las limitaciones identificadas en la investigación, sino que también abren la posibilidad de avanzar hacia un modelo de cuidados paliativos integral y digno para pacientes y familias que constituyen el eje central del cuidado, y donde el Trabajo Social consolide su papel como disciplina indispensable.

10. Conclusiones

Los aportes del trabajador social en cuidados paliativos resultan de gran relevancia para garantizar una atención humana e integral. Sus funciones, conocimientos y papel dentro de este ámbito no constituyen un añadido, sino que se configuran como elementos fundamentales e indispensables para el abordaje de las múltiples dimensiones que atraviesa el proceso de cuidado paliativo. Esta afirmación se sustenta en los hallazgos obtenidos durante las entrevistas, donde los profesionales participantes coincidieron en que desde la intervención psicosocial se acompaña emocionalmente a los pacientes y sus familias, gestionan recursos para garantizar la continuidad en el cuidado y mediar en situaciones de conflicto o toma de decisiones difíciles; dichas funciones son imprescindibles para cumplir con los principios de atención paliativa integral establecidos por la OMS y la legislación colombiana. Sin embargo, se evidencia que,

aunque su participación abarca una amplia variedad de acciones, en algunos escenarios todavía permanece poco conocida, desvalorizada y en otros, invisibilizada.

Además, el Trabajo Social contribuye a la atención humanizada al reconocer el sufrimiento no solo físico sino también emocional, social y espiritual, brindando espacios de escucha activa y validación del sentir del paciente y de su red familiar. Este acompañamiento reduce la sensación de aislamiento, mejora la comunicación con el equipo de salud y fortalece el afrontamiento ante la pérdida, lo que impacta directamente en la calidad de vida durante el transcurso de la enfermedad, la etapa final y en los procesos de duelo posteriores.

Asimismo, los hallazgos evidenciaron que el quehacer profesional del Trabajo Social incide en la transformación institucional, al visibilizar las necesidades psicosociales que históricamente han sido desatendidas al promover prácticas más humanas dentro de los servicios hospitalarios. Cuando el Trabajo Social logra posicionarse dentro de las juntas médicas y en los procesos de egreso, se fortalece la articulación interinstitucional, la continuidad del cuidado y la defensa de derechos, generando entornos más sensibles y coherentes con los valores de la dignidad y la autonomía del paciente.

Por lo tanto, la incorporación plena del Trabajo Social en los equipos de cuidado paliativo mejora la calidad de la atención, favorece la toma de decisiones informadas y reduce la carga emocional de las familias, al tiempo que contribuye al cumplimiento de la Ley 1733 Consuelo Devis y de los estándares de humanización del sistema de salud.

No obstante, las profesionales que se desempeñan en cuidados paliativos han debido enfrentarse a retos significativos, como las limitaciones derivadas de la ausencia de formación especializada durante el pregrado, las restricciones institucionales en cuanto a recursos y cobertura, etc. Sin embargo, asumen el reto con compromiso defendiendo la importancia de su

labor. Estas experiencias proyectan la necesidad de una mayor inclusión académica, investigativa y política en los cuidados paliativos desde el Trabajo Social.

Este estudio permite afirmar que es urgente fortalecer la formación académica en pregrado y posgrado, consolidar la presencia del Trabajo Social en equipos interdisciplinarios, generar mayor producción investigativa que aporte al campo, y promover la incidencia en políticas públicas que garanticen una atención integral y equitativa. Asimismo, se hace necesario reconocer al profesional como un sujeto que también experimenta el dolor, lo que exige estrategias de autocuidado y acompañamiento emocional que permitan un ejercicio humano.

En conclusión, el Trabajo Social se consolida como una disciplina indispensable en los cuidados paliativos, no solo por su aporte directo en la atención de pacientes y familias, sino también por su capacidad de generar conocimiento, transformar prácticas institucionales y posicionar la dimensión social como parte central de un modelo de cuidado verdaderamente integral y digno.

En coherencia, se proponen líneas de investigación futura que fortalezcan la base académica del campo y amplíen la comprensión de la dimensión social de los cuidados paliativos, tales como:

- **Equidad en el acceso a los cuidados paliativos en contextos rurales:** las desigualdades territoriales y socioeconómicas que condicionan el acceso oportuno a servicios de cuidado paliativo.

- **Políticas públicas y determinantes sociales de la salud en cuidados paliativos:** vacíos existentes entre la normativa vigente, la implementación de las políticas y las realidades sociales que condicionan la atención de cuidado paliativo.
- **Cuidadores primarios de pacientes con enfermedades terminales:** impactos psicosociales del rol de cuidadores primarios que acompañan procesos de enfermedad terminal y final de vida; transformaciones familiares y condiciones sociales que determinan la capacidad de cuidado en contextos de vulnerabilidad.
- **Estrategias de autocuidado y bienestar en profesionales de Trabajo Social:** implicaciones emocionales del acompañamiento a pacientes con enfermedades terminales y sus familias; condiciones institucionales que pueden favorecer o dificultar el bienestar del trabajador social.

Referencias Bibliográficas

“Anales de Pediatría”. (2023). Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos.

Anales de Pediatría, 99(4), 234–239. doi:10.1016/j.anpedi.2023.05.010. Resumen

recuperado de

<https://www.analesdepediatria.org/es-etica-investigacion-principios-aspectos-practicos-articulo-resumen-S1695403323001467>

Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., Lima, L. de, Pons-Izquierdo, J. J., & Centeno, C.

(2018). Palliative care in the Americas: The current situation of education and practice.

Journal of Palliative Medicine, 21(S1), S39–S46. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0432>

Bermejo, JC, y Villaceros, M. (2021). Humanización de la atención al final de la vida: El

modelo de cuidados paliativos centrado en la dignidad. *Revista de Medicina Paliativa*,

28(3), 121-134.

Bonilla Sierra, P. (2020). Cuidados paliativos en Latinoamérica. *Revista de Nutrición Clínica y*

Metabolismo, 4(2), 4–13. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.226>

Caballero-Muñoz, Erika, & Alves-Pereira, Vilmar. (2023). Del cuidado humano al cuidado del

ambiente. *Index de Enfermería*, 32(2), e14274. Epub 14 de noviembre de 2023.

<https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235412>

Carballeda, AJ (2020). *La intervención en lo social como proceso: Una aproximación*

metodológica desde el Trabajo Social en salud. Espacio Editorial.

Colom Masfret, D. (2021). *El trabajo social sanitario: Fundamentos y práctica profesional en el sistema de salud actual*. Editorial Herder.

De Lima, L., & Pastrana, T. (2016). Palliative care in Latin America: Current progress and challenges. *Annals of Palliative Medicine*, 5(3), 125–133.

<https://doi.org/10.21037/apm.2016.03.08>

Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 32(1), 16-22. Recuperado de <https://www.paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CuidadosPaliativosHistoriaydesarrollo.pdf>

Estado Actual de los Cuidados Paliativos en Colombia Edición 5 - Febrero, 2022 Bogotá, Colombia. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. ISBN: 2805-6671 (Digital) <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/fc5d4358-191c-4cf7-b89b-571b04663b04/content>

Fernández Román, A. C. (2022). Rol del trabajador social con las familias de los pacientes en cuidados paliativos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*, 6(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/389396351_Rol_del_trabajador_social_con_las_familias_de_los_pacientes_en_cuidados_paliativos

Fernández-Montaña, P., y Esteban-Carbonell, E. (2022). Redefiniendo el papel del Trabajo Social Sanitario en contextos post-pandemia. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 11(2), 105-118.

- Finol de Franco, M., & Morillo, R. (2024). Investigación cualitativa y método fenomenológico–hermenéutico: Una mirada desde la intencionalidad. *Omnia*, 29(1), 24–43. Recuperado de <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/omnia/article/view/41957>
- Gómez-Batiste, X., y Connor, S. (2021). *Desarrollo de programas y servicios integrados de cuidados paliativos*. Cátedra de Cuidados Paliativos, Centro Colaborador de la OMS para Programas de Cuidados Paliativos de Salud Pública.
- González-Rey, F., & Martín, E. (2005). *La investigación cualitativa: un enfoque comprensivo de los procesos de intervención*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1234>
- Hernández Gudiño, R. L. (s. f.). *Estándares y competencias del Trabajo Social Paliativista*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). <https://www.secpal.com>
- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). (2018). *Palliative Care Definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Jaramillo Pérez, J. (2021). Aportes de Trabajo Social a los programas de cuidados paliativos Medellín 2021 [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional UdeA. <https://hdl.handle.net/10495/24689>

Lillo, Nieves & Rosello, Elena. (2004). *Manual para el Trabajo Social comunitario*. Narcea, S.A. de ediciones Madrid.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud – PAIS*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adoptan las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y otras rutas*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 20 de septiembre). *Abecé: Cuidados paliativos*. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos de política pública de cuidados paliativos en Colombia*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/lineamientos-politica-cuidados-paliativos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Programa de atención psicosocial y salud*

integral a víctimas – PAPSIVI. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/paginas/papsivi.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Rutas integrales de atención en salud - RIAS*.

GOV.CO.<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud-rias.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). *Guía de práctica clínica para la atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas y al final de la vida*.

Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GPC_atencion_integral_enfermedades_cronicas_avanzadas.pdf

Molina, E. M., Preciado, N. Y., & Puerto, H. M. (2018). Las necesidades de la formación interdisciplinar de profesionales de ciencias de la salud en el área de cuidados paliativos.

Revista de Desarrollo Profesional Universitario, 6(1), 7–18.

<https://doi.org/10.26852/2357593X.121>

Mondragón, J. (2009). Fundamentos éticos en el proceso de investigación social. *Revista de*

Metodología Social, 3, 1–12. Recuperado de

<https://portal.amelica.org/ameli/journal/386/3862147022/html>

analesdepediatria.org+3portal.amelica.org+3redalyc.org+3

Moreno-Garriga, C., Bascuñana, M., y López, D. (2023). La contribución del trabajo social en los equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos: Estudio cualitativo en hospitales de España. *Revista Internacional de Atención Integrada*, 23(1), 215-229.

Observatorio Laboral, Universidad del Rosario. (s. f.). *Observatorio laboral* [Informe].

Universidad del Rosario.

<https://es.scribd.com/document/126808999/observatorio-laboral>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Integración de los cuidados paliativos y el alivio de los síntomas en la atención primaria de salud: Guía de la OMS para planificadores, implementadores y gestores*.

Organización Mundial de la Salud. (2020, 20 de agosto). *Cuidados paliativos*. Recuperado de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Atlas global de cuidados paliativos* (3ª ed.). Alianza Mundial de Cuidados Paliativos de Hospicio.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Enfermedades crónicas*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Cuidados paliativos: un componente esencial de la atención integral*. Washington, D.C.: OPS.

<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

º. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2011/10/atlascuidadospaliativos2020.pdf>

Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez-Cárdenas, M., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J. J., & Centeno, C. (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020* (2ª ed.).

IAHPC Press. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/latin-american-atlas/>

Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., y Eisenchlas, J. (2022). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica* (2ª ed.). Prensa IAHPC.

Pérez, L., & López, M. (2020). Aplicaciones del diseño fenomenológico-hermenéutico en investigación social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12(2), 45–60. Recuperado de https://www.ejemplotfdoiario.es/cts/12_2_2020.pdf

Pérez Grosso, J. A. (2023). El rol del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos: estudio de situación en Sevilla [Trabajo Fin de Grado, Universidad Pablo de Olavide]. Repositorio Institucional Olavide. <https://hdl.handle.net/10433/16047>

Sanches, Ana. Echeverri, Maria & Cruz, Jonny. (s.f.) *Diálogos sobre la intervención y el acompañamiento psicosocial: Entre la experiencia de CASMUNAD y otros proyectos de mediación institucional*.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s. f.). *Historia de los cuidados paliativos*. Recuperado de <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

Vargas, J. (2018). El paradigma fenomenológico-hermenéutico: fundamentos y aplicaciones. *Revista Iberoamericana de Filosofía Práctica*, 2(1), 10–22. Recuperado de https://revistafilosofiapractica.es/v2n1/juan_vargas.pdf

<https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/6-modelo-soporte-integral-cuidado-paliativo>

Apéndices.

Apéndice 1. Guía elaboración de las entrevistas.

| Categoría | Subcategoría | Preguntas a Trabajador Social | Preguntas a Medico especialista. |
|-----------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Aportes de Trabajo Social | Intervención psicosocial. | ¿Qué experiencias ha tenido en la atención de pacientes con pacientes en cuidados paliativos y sus familias? | Desde su perspectiva clínica, ¿qué aportes considera que realiza el Trabajo Social en el manejo integral del paciente paliativo? |
| | | ¿Qué estrategias de acompañamiento emocional, social y familiar implementa con los pacientes en fase terminal y sus familias? | |
| | Gestión de Recursos | ¿Qué papel tiene el Trabajo Social en la identificación y articulación de recursos institucionales, comunitarios o familiares para responder a las necesidades de pacientes en cuidados paliativos? | ¿Qué importancia le atribuye a la labor del trabajador social en la gestión de recursos para la atención del paciente y su familia? |
| | Defensa de derechos | ¿Qué papel tiene el Trabajo Social en garantizar el acceso a servicios, apoyos o recursos que se consideran derechos de los pacientes en CP? | |
| | Educación y Sensibilización | ¿Cómo contribuye usted a educar y sensibilizar a los pacientes, familias y comunidad sobre la importancia de los cuidados paliativos? | ¿Cómo percibe el aporte del trabajador social en la formación y sensibilización de pacientes y familias sobre los cuidados paliativos? |
| Modalidad Intramural Hospitalaria | Contexto Institucional | ¿Cómo describiría las condiciones institucionales, facilitan o dificultan la atención en cuidados paliativos en este hospital? | |
| | | Desde su rol, ¿qué apoyos institucionales considera más necesarios para garantizar acompañamiento integral al paciente y su familia? | |
| | | | ¿Existen protocolos o guías institucionales que regulen la atención en cuidados paliativos en el hospital? |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| Experiencia profesional en CP | Sentido de la experiencia | ¿Qué ha significado para usted, en lo personal y lo profesional, trabajar en medicina del dolor y cuidados paliativos? | |
| | Retos Profesionales | ¿Cuáles considera que son los principales retos que enfrenta el Trabajo Social en el abordaje de pacientes en cuidados paliativos? | ¿Cuáles considera son los principales retos que se enfrenta un profesional durante la atención a pacientes en cuidados paliativos? |
| Atención en Cuidados Paliativos | Acompañamiento Psicosocial. | ¿Qué estrategias de acompañamiento psicosocial implementa en la atención de pacientes en fase terminal y sus familias? | |
| | Mediación familiar / red de apoyo | ¿Qué importancia tiene la familia en la atención que usted brinda? | |
| | | ¿Cómo involucra a la familia en la toma de decisiones o el acompañamiento? | |
| | Enfoque Interdisciplinar. | ¿Cómo describiría la relación del trabajo social con médicos, enfermeros y psicólogos en el equipo de cuidados paliativos? | ¿Cómo se lleva a cabo la colaboración entre médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales en el abordaje de pacientes en cuidados paliativos? |
| | | ¿Siente que su rol es reconocido dentro del equipo interdisciplinario? | ¿En qué momentos clínicos solicita con más frecuencia la intervención de Trabajo Social? |
| | Protocolos y normativas. | ¿Existen protocolos específicos que regulan su intervención en cuidados paliativos? | ¿En qué momento del proceso diagnóstico y bajo qué criterios clínicos considera usted que debe activarse la ruta asistencial de “eventos en salud” para garantizar el acceso oportuno a cuidados paliativos en la fase final de vida? |
| Factores Críticos | Barreras al momento de prestar los servicios de cuidados paliativos | ¿Qué barreras identifica el Trabajo Social en la prestación de los servicios de cuidados paliativos? | |