

Artículo metodológico

“Buenas prácticas para la intervención del Trabajo Social en el ámbito hospitalario”

Development of a methodological guide of good practices for social work intervention in the hospital setting

Lily Espinosa de Pereira¹*



<https://doi.org/10.54167/phddp.v2i1.2035>

¹ Columbus University. Don Carlos, entre Ave 2a y 3a Oeste, Calle B Nte, David, Chiriquí, República de Panamá

*Correspondencia: lily.espinosa@columbus.edu (Lily Espinosa de Pereira)

Recibido: 14/08/2025; **Aceptado:** 19/06/2026

Publicado por la Universidad Autónoma de Chihuahua, a través de la Dirección de Investigación y Posgrado.

Resumen

El trabajo social hospitalario constituye un componente esencial de la atención integral en salud, al abordar los factores sociales, familiares, emocionales y económicos que inciden en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. No obstante, la práctica hospitalaria requiere lineamientos que orienten la intervención profesional y faciliten su integración a los equipos multidisciplinarios. Este artículo presenta el proceso de construcción de una guía metodológica de buenas prácticas para el trabajo social en el ámbito hospitalario. El diseño metodológico fue cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo, combinando: (a) sistematización de la práctica reflexiva a partir de 31 años de experiencia profesional en el sistema de salud público de Panamá (periodo 1982-2013) y (b) revisión narrativa de la literatura especializada. Como resultado principal, se presenta un marco de intervención estandarizado que define objetivos, funciones, etapas del proceso de atención (documental, operativa, seguimiento y cierre), instrumentos de valoración validados (escala de Zarit, APGAR familiar, índice de Barthel) y criterios de evaluación del desempeño. La guía constituye un referente metodológico aplicable a distintos entornos hospitalarios, orientado a estandarizar la práctica, fortalecer la integración en equipos multidisciplinarios y buscar el aseguramiento de una atención social integral basada en la evidencia.

Palabras clave: trabajo social hospitalario, buenas prácticas, diagnóstico social, equipos multidisciplinarios, guía metodológica.

Abstract

Hospital social work is an essential component of comprehensive health care, addressing the social, family, emotional and economic factors that affect the prevention, treatment and rehabilitation of patients. However, hospital practice requires guidelines to guide professional intervention and facilitate its integration into multidisciplinary teams. This article presents the construction process of a methodological guide of good practices for social work in the Panamanian hospital setting. The methodological design was qualitative, descriptive-interpretative, combining: (a) systematization of reflective practice based on 31 years of professional experience in the Panamanian public health system (1982-2013 period); and (b) narrative review of specialized literature. The main outcome is a standardized intervention framework that defines objectives, functions, stages of the care process (documentary, operative, follow-up and closure), validated assessment instruments (Zarit scale, Family APGAR, Barthel index) and performance evaluation criteria. The guide constitutes a methodological reference applicable to different hospital settings, aimed at standardizing practice, strengthening integration in multidisciplinary teams and ensuring comprehensive, evidence-based social care.

Keywords: *hospital social work, good practices, social diagnosis, multidisciplinary teams, methodological guide.*

1. Introducción

Las enfermedades, discapacidades, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas producen transformaciones profundas en la vida de las personas y sus entornos, modificando dinámicas familiares, laborales y comunitarias.

La literatura sobre trabajo social en hospitales de alta complejidad enfatiza que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado deben comprenderse desde enfoques relacionales que integren dimensiones sociales, históricas y vinculares de los sujetos atendidos. En este contexto, la complejidad institucional y terapéutica de los entornos hospitalarios refuerza la necesidad de modelos de intervención sistematizados que permitan articular prácticas interdisciplinarias, continuidad del cuidado y respuestas centradas en la persona (Álvarez et al., 2021).

Diversos modelos contemporáneos de colaboración interprofesional reconocen al trabajo social hospitalario como un componente clave para la articulación entre atención clínica, apoyo familiar y recursos comunitarios, fortaleciendo la toma de decisiones centrada en la persona (Craig et al., 2020).

1.1 Marco teórico

La noción de diagnóstico social representó un punto de inflexión en la consolidación del trabajo social como campo profesional diferenciado, al reconocer que las problemáticas humanas no podían comprenderse únicamente desde perspectivas médicas o psicológicas, sino también a partir de las relaciones sociales y condiciones contextuales que atraviesan la vida de las personas.

En el ámbito hospitalario, el trabajo social constituye un componente esencial en la atención integral de la salud, al abordar factores sociales, familiares, emocionales y económicos que influyen en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes (Richmond, 1917; 1922).

La intervención del trabajo social en el ámbito hospitalario se fundamenta en los modelos teóricos que reconocen la multidimensionalidad de los procesos de salud-enfermedad. según la Organización Mundial de la Salud (OMS), salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2020, p. 1).

Modelo Biopsicosocial

Propuesto por Engel (1977), postula que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción compleja y dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo, publicado en la revista Science, fue desarrollado como crítica al modelo biomédico tradicional que sugería que cada proceso de enfermedad podía explicarse únicamente en términos de desviaciones biológicas subyacentes.

Engel argumentó que la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, no puramente biológicos. Este marco legitima la inclusión del trabajador social (TS en adelante) en el equipo de salud, al reconocer los determinantes psicosociales como componentes intrínsecos, y no accesorios, del proceso salud-enfermedad.

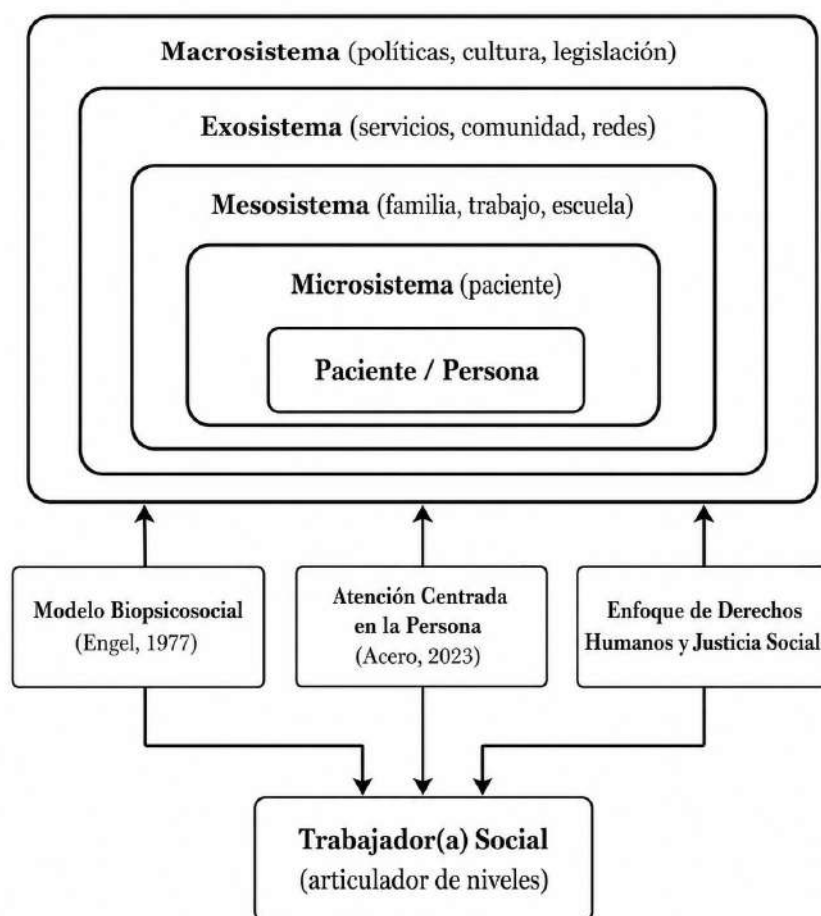
Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Desarrollada por Bronfenbrenner (1979), propone que el desarrollo humano se da en interacción con múltiples sistemas ambientales: microsistema (entorno más cercano: familia, amigos), mesosistema (interconexiones entre microsistemas), exosistema (contextos que afectan indirectamente), macrosistema (influencias culturales y políticas más amplias) y cronosistema (dimensión temporal). En el trabajo social hospitalario, este modelo facilita el análisis de los distintos niveles de influencia que afectan la recuperación del paciente y orienta la intervención hacia la articulación de redes de apoyo en cada uno de estos sistemas.

Atención Centrada en la Persona

Este modelo de intervención, de creciente difusión en el ámbito sanitario, busca la mejora de la calidad de vida de las personas trascendiendo los cuidados clínicos para incorporar las dimensiones psicosociales del paciente y su familia. La Atención Centrada en la Persona se alinea directamente con los principios del trabajo social, especialmente con la autodeterminación y la corresponsabilidad del paciente en su proceso de salud, y, con el enfoque de derechos humanos; la complejidad ética y relacional de la intervención exige marcos sistematizados que aseguren prácticas coherentes centradas en la persona (Acero, 2023).

Figura 1. Modelo teórico integrado para la intervención del Trabajo Social hospitalario



Nota: elaboración propia a partir de la información de Engel (1977), Bronfennbrener (1979) y Acero (2023).

Su aplicación en el contexto hospitalario fortalece la intervención del TS al promover que el paciente sea reconocido como sujeto activo de su propio proceso de recuperación y no como mero receptor de prestaciones (Cacace y Giménez-Lascano, 2022). Estos tres marcos teóricos —el biopsicosocial, el ecológico y el enfoque centrado en la persona— convergen en la propuesta metodológica de este artículo, proporcionando el soporte conceptual para la guía de buenas prácticas que se presenta (Figura 1).

1.2 Propósito y aportación

Este documento tiene como finalidad presentar el proceso de construcción y los contenidos de una guía metodológica de buenas prácticas para la intervención del trabajo social en el ámbito hospitalario, sustentada en más de tres décadas de experiencia profesional en instituciones de salud en Panamá (período 1982-2013, como Trabajadora Social y como Supervisora 1) y en una revisión narrativa de la literatura especializada.

Si se toma en cuenta que el trabajo social, expresado también por algunos en la literatura como servicio social, se va difundiendo por Latinoamérica entre 1925 y 1936, adoleciendo de origen de una desvinculación entre dichos procesos y las convenciones, formas y costumbres locales (Corella, 2024), condición que ha ido manteniéndose desde la academia, muestra de ello la aporta Llerena Velasteguí (2026) que “analiza, desde la pedagogía social, las prácticas educativas que acontecen fuera del aula en la formación médica hospitalaria, identificando un vacío teórico en la intersección entre educación médica y enfoques socioeducativos” (p.5).

Colmenares-Roa et al. (2024) destacan estudios etnográficos llevados a cabo recientemente en hospitales latinoamericanos donde se revelan las tensiones entre funciones administrativas y la intervención psicosocial directa que el trabajo social hospitalario continúa enfrentando, situaciones que pueden limitar su capacidad de respuesta integral.

No obstante, la literatura especializada ha documentado algunas experiencias exitosas de planificación proactiva del alta hospitalaria, donde la incorporación temprana del trabajo social desde el ingreso reduce estancias innecesarias y mejora la continuidad asistencial (Casas-Martí y Casas-Martí, 2023). La presente guía recoge esa lógica proactiva y la operacionaliza para el contexto panameño

Es en dicho tenor que el presente texto se suma a las discusiones y reflexiones sobre el trabajo social y las condiciones estructurales y coyunturales de las sociedades en que opera, con miras a eficientar su capacidad de respuesta, intención que ya lleva algunos años constituyéndose en una necesidad prioritaria (Aquín, 2006).

Este documento resulta indispensable para quienes inician labores en el campo del trabajo social hospitalario; el contar con material de apoyo, de referencia que guíe las buenas prácticas, que proporcione lineamientos claros, favoreciendo la

adaptación institucional, el conocimiento de las funciones propias del cargo y la integración en equipos multidisciplinarios. Se detallan procesos organizados de tal forma que sirvan de guía a Trabajadores Sociales que se inician en el campo de la salud, específicamente en hospitales.

Se destaca especialmente el esfuerzo por focalizarse en el abordaje de los factores sociales que interfieren (y son interferidos por) el estado de salud de las personas hospitalizadas, además de la preocupación por avanzar hacia una planificación proactiva y precoz del alta hospitalaria que asegure una gestión responsable de los flujos de pacientes, una transición adecuada después del alta (Casas-Martí y Casas-Martí, 2023).

La estructura del documento se organiza del siguiente modo: tras esta introducción, se presenta la metodología empleada (sección 2), los resultados de la guía desarrollada (sección 3), la discusión de los hallazgos y sus limitaciones (sección 4) y finalmente las conclusiones (sección 5).

2. Métodos

Se empleó un diseño metodológico cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo, cuyo propósito central fue la elaboración de un documento que guíe las buenas prácticas de intervención del trabajo social hospitalario. La estrategia metodológica combinó dos componentes fundamentales: una sistematización de la práctica reflexiva y una revisión narrativa de la literatura, a fin de integrar el conocimiento experiencial con el marco teórico de la disciplina.

2.1 Sistematización de la práctica reflexiva

El núcleo empírico del documento se derivó de la sistematización crítica de 31 años de ejercicio profesional continuo (período 1982-2013) en el sistema de salud público de Panamá. Esta experiencia se desarrolló en tres instituciones de la provincia de Chiriquí: Hospital Rural de San Félix (hoy área comarcal), Policlínica Dr. Gustavo A. Ros (consulta externa) y Hospital Regional Dr. Rafael Hernández L. (atención médica de adultos- como Supervisora 1 de Trabajo Social).

El proceso de sistematización implicó: (a) reflexión crítica, mediante análisis retrospectivo y contextualizado de intervenciones, casos y procedimientos en servicios de salud mental, epidemiología, hemato-oncología, nefrología, entre otros; (b) identificación de buenas prácticas, a partir de la detección de técnicas y enfoques de eficacia contrastada en la resolución de problemáticas sociofamiliares en el contexto hospitalario; y (c) síntesis del conocimiento práctico, organizando el conocimiento tácito adquirido en lineamientos explícitos y funciones estandarizadas aplicables (Leiva, 2025).

2.2 Revisión narrativa de la literatura

Para fundamentar teórica y conceptualmente las propuestas operativas y buscar un acercamiento a su alineación con los estándares profesionales, se realizó una revisión narrativa de la literatura. Para el efecto, se realizaron búsquedas en Google Académico, Scopus y SciELO durante el período comprendido de febrero del 2025 hasta abril del 2026, utilizando términos como “trabajo social hospitalario”, “diagnóstico social”, “buenas prácticas trabajo social salud”.

Se priorizaron artículos de acceso abierto en español publicados en los últimos 10 años, incluyendo también literatura clásica fundacional. No se establecieron restricciones por tipo de diseño, pero se excluyeron editoriales, cartas al editor y resúmenes de congresos sin texto completo disponible (Fortich, 2013). La revisión incluyó:

1. Fuentes documentales: bibliografía clásica y contemporánea sobre trabajo social hospitalario, diagnóstico social y ética profesional, desde precursoras como Mary Richmond hasta autores investigadores iberoamericanos contemporáneos como Joan Casas-Martí y Leila María Álava Barreiro.
2. Marco normativo panameño: análisis del Decreto Ejecutivo N.º 420 de 2018 (Ministerio de Salud de Panamá, 2018) del modelo de atención en salud), Código de Ética del Trabajador Social Panameño (Asociación de Trabajadores Sociales de Panamá, 2016), Ley 68 que regula los derechos de los pacientes (Asamblea Nacional de Panamá, 2003), Ley 16 de 12 de febrero de 2009 y el Decreto Ejecutivo 173 de 3 de septiembre de 2014, ambos sobre el escalafón y nomenclatura de cargos de los trabajadores sociales (Asamblea Nacional de Panamá, 2003;2009; 2018).
3. Clasificaciones internacionales: criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10/ICD-10) de la Organización Mundial de la Salud, (World Health Organization [WHO], 2019) para la codificación de diagnósticos sociales.

Dado que se aplicaron instrumentos de evaluación con la intención de medir el impacto en la calidad de la atención social, incluyendo escalas de valoración psicosocial y formatos de seguimiento de casos, buscando sistematizar las experiencias locales al tiempo que se obtiene evidencia empírica sobre buenas prácticas, y entendiendo el esfuerzo investigativo como una propuesta y un punto de partida para futuras investigaciones.

Para su diseño se consideraron el APGAR familiar de Smilkstein (1978) validado para el contexto regional —colombiano— por Díaz et al. (2015), dada su utilidad para medir la perceptibilidad del desempeño familiar ante estímulos de escenarios diversos (enfermedad y problemas de salud, complicaciones del embarazo, y en campañas de salud y seguimiento a historiales familiares), la escala de Zarit para sobrecarga del cuidador (con versiones validadas en español) y el índice de Barthel para actividades básicas de la vida diaria.

2.3 Proceso de integración

La integración de ambos componentes se basó en un diálogo reflexivo entre teoría y práctica: los hallazgos de la revisión literaria se utilizaron para contrastar, validar y enriquecer las prácticas identificadas en la experiencia de campo, mientras que la experiencia práctica permitió contextualizar y adaptar los conceptos teóricos a la realidad específica del sistema de salud panameño.

El resultado es una guía que representa una síntesis entre el conocimiento académico-procedimental y la sabiduría práctica acumulada. Tal como se propone en el artículo: “Metodología de intervención en Trabajo Social: contribuciones para su análisis”, de Guzmán-Heredia, A., Mina-Urrutia, T. y Gil-Ríos, A. M. (2023), publicado en la Revista Eleuthera, 25(1), 203-223.

3. Resultados

Como producto principal del proceso metodológico descrito, se desarrolló una guía metodológica de buenas prácticas para la intervención del trabajo social en el ámbito hospitalario. A continuación, se presentan sus componentes estructurales organizados en los siguientes apartados.

3.1 Objetivos del trabajo social hospitalario

La guía establece que el objetivo primordial del trabajo social hospitalario es contribuir al tratamiento integral del paciente, ayudándole a resolver los problemas sociales, emocionales y familiares que interfieren con su tratamiento médico, su adaptación al hospital, su rehabilitación y su reinserción social. Complementariamente, los objetivos específicos incluyen:

- Identificar y evaluar necesidades y problemáticas sociales o familiares que limitan la recuperación y rehabilitación del paciente.
- Intervenir en conflictos sociales o familiares que afecten al paciente, promoviendo la búsqueda conjunta de alternativas de solución.
- Brindar apoyo emocional y orientación a pacientes y familias respecto al proceso salud-enfermedad, fortaleciendo el afrontamiento ante la situación médica.
- Gestionar recursos, redes de apoyo y programas de asistencia social en la comunidad, en beneficio del paciente, su entorno familiar y la comunidad.
- Colaborar con el equipo médico y multidisciplinario para garantizar una atención integral, continua y de calidad.

3.2 Funciones transversales del profesional

La guía define un conjunto de funciones esenciales que el TS debe desempeñar en todos los servicios hospitalarios, con independencia de su asignación específica. Estas funciones, sintetizadas en la Tabla 1, se derivan de la integración de la sistematización de la práctica reflexiva (1982-2013) y la revisión narrativa de la literatura especializada. Se organizan en ocho categorías que abarcan desde la participación interdisciplinaria hasta la atención a grupos y la educación colectiva, proporcionando un marco claro y operativo para la actuación profesional.

Tabla 1. Funciones transversales del trabajador social en el ámbito hospitalario

Categoría de función	Descripción sintética
Participación interdisciplinaria	Integrarse activamente en equipos de salud de diferentes áreas o servicios médicos (Medicina Interna, Cirugía, Salud Mental, Epidemiología, Nefrología, Cuidados paliativos, Urgencias, etc.) para discutir casos y formular estrategias de intervención social.
Investigación y registro	Desarrollar investigaciones sociales aplicadas al ámbito hospitalario; registrar estadísticas diarias, diagnósticos sociales e indicadores según códigos Z de la CIE-10.
Formación continua y docencia	Participar en reuniones locales de docencia, actualización profesional, análisis de casos e intercambio de experiencias para fortalecer competencias del equipo.
Atención directa	Realizar entrevistas, visitas domiciliarias, visitas a salas hospitalarias y estudios sociales para identificar factores sociales, económicos y familiares que afectan la recuperación o adaptación del paciente.
Diagnóstico y plan de intervención	Elaborar historia y diagnóstico social; diseñar un plan de tratamiento social e integrarlo al plan médico, con seguimiento continuo y evaluación de resultados.

Categoría de función	Descripción sintética
Gestión de recursos y redes sociales	Coordinar con autoridades locales, instituciones cívicas y programas comunitarios para gestionar recursos materiales y humanos que faciliten la rehabilitación y reinserción social del paciente.
Plan de salida hospitalaria	Preparar al paciente y a la familia con el plan de salida; movilizar recursos comunitarios, albergues o familias de acogida para garantizar un egreso seguro y la continuidad médico social en su entorno.
Atención a grupos y educación colectiva	Organizar grupos de apoyo para pacientes y familiares en torno a problemáticas específicas (enfermedades crónicas, salud mental, cuidados paliativos), grupos promocionales y terapéuticos fomentando la resiliencia y la solidaridad comunitaria

Nota: elaboración propia, con información de la sistematización de la práctica reflexiva (1982-2013) y de la revisión narrativa de la literatura (Rodríguez Alava et al., 2017; Nucci et al., 2018; Casas-Martí y Casas-Martí, 2023).

La guía define funciones esenciales que el TS debe desempeñar en todos los servicios hospitalarios. A continuación, se presentan sintetizadas:

- Participación interdisciplinaria: integrarse activamente en los equipos de salud de las diferentes áreas (Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Salud Mental, Epidemiología, Nefrología, Clínica de heridas, Cuidados paliativos, Urgencias) para discutir casos y formular estrategias de intervención social.
- Investigación y registro: desarrollar investigaciones sociales aplicadas al ámbito hospitalario, registrar estadísticas diarias, diagnósticos sociales e indicadores de atención de acuerdo con los códigos Z de la CIE-10.
- Formación continua y docencia: participar en reuniones locales de docencia y actualización profesional para el análisis de casos, intercambio de experiencias y fortalecimiento del equipo.
- Atención directa: realizar entrevistas, visitas domiciliarias y estudios sociales para identificar factores sociales, económicos y familiares que afectan la recuperación.

- Diagnóstico y plan de intervención: elaborar historia y diagnóstico social, diseñar un plan de tratamiento social e integrarlo al plan médico, con seguimiento continuo y evaluación de resultados.
- Gestión de recursos y redes sociales: coordinar con autoridades locales, instituciones cívicas y programas comunitarios para gestionar recursos que faciliten la rehabilitación y reinserción social.
- Plan de salida hospitalaria: preparar al paciente y familiares con el plan de salida, movilizar recursos comunitarios y familias de acogida para garantizar un egreso seguro y control médicosocial ambulatorio.
- Atención a grupos: organizar grupos de apoyo para pacientes y familiares en torno a problemáticas específicas (enfermedades crónicas, salud mental, cuidados paliativos), fomentando la resiliencia, la comprensión de la enfermedad y la solidaridad comunitaria.

La importancia de las funciones transversales se percibe sobre todo durante la admisión, en el hospital, dado que el TS frecuentemente trata con síntomas de ansiedad y miedo, y preguntas que responder a los pacientes, familiares y amigos.

Los médicos y enfermeros dan atención médica, pero es el TS quien provee del apoyo emocional a los pacientes y familiares mientras el evento emocional traumático prevalece. El TS está capacitado para trabajar con individuos y familias para ayudarlos a superar la crisis causada por la hospitalización (Garcés Carranza, 2013).

3.3 Etapas del proceso de atención

La operatividad del trabajo social en el contexto hospitalario sigue una secuencia técnico-metodológica que se ha sistematizado en cuatro etapas críticas (Tabla 2), las cuales siguen un flujo integrador de actores con sus actividades y los instrumentos utilizados en cada fase (Figura 2).

Tabla 2. Etapas del proceso de atención social hospitalaria

Etapas	Descripción	Actividades clave
1. Etapa Documental	Recepción de la demanda en el Departamento de Trabajo Social	Registro de datos generales del paciente, motivo de consulta, situación social, servicio y profesional que emite interconsulta.

Etapas	Descripción	Actividades clave
2. Etapa Operativa	Intervención directa en sala hospitalaria y/o domicilio	Entrevista social inicial, visita a sala, elaboración de historia social y diagnóstico social, elaboración de plan de tratamiento inicial, movilización de recursos y redes de apoyo.
3. Seguimiento y Evaluación	Monitoreo continuo del plan de tratamiento social	Valoración del cumplimiento de metas, evaluación de carga del cuidador (escala de Zarit), funcionalidad familiar (APGAR) y autonomía (Barthel).
4. Etapa de Cierre	Finalización de la intervención	Evaluación de metas, alta social, egreso o traslado formal a unidad de seguimiento ambulatorio, registro en expediente.

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Flujo del proceso de intervención en el trabajo social hospitalario



Nota: elaboración propia con información de la sistematización de la práctica reflexiva (1982; 2013) y de la revisión narrativa de la literatura (Rodríguez Alava et al., 2017; Nucci et al., 2018; Casas Martí y Casas Martí, 2023).

Con el propósito de sintetizar el proceso descrito sin perder su coherencia analítica, es que se presenta la representación esquemática que integra los momentos clave de la intervención en trabajo social hospitalario. La figura 1 condensa, en una secuencia lógica, los componentes esenciales previamente desarrollados —desde la recepción de la interconsulta hasta el cierre del caso—, privilegiando una lectura estructurada del proceso sobre su descripción operativa detallada.

Este recurso gráfico no pretende sustituir la complejidad del procedimiento, sino ofrecer una visualización que facilite la comprensión de su lógica interna, así como la articulación entre los distintos niveles de intervención, los actores involucrados y los principios que orientan la práctica profesional.

3.4 Instrumentos de valoración estandarizados

La guía incorpora instrumentos validados en población hispanohablante para la evaluación sistemática de las dimensiones psicosociales relevantes en el contexto hospitalario:

Tabla 3. Instrumentos de valoración psicosocial incluidos en la guía

Instrumento	Autor/año	Objetivo	Validación en español
Escala de Zarit (<i>Zarit Burden Interview</i>)	Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980)	Cuantificar el grado de sobrecarga del cuidador principal de personas dependientes	Validada en población española
APGAR familiar	Smilkstein (1978)	Evaluar la funcionalidad familiar a través de cinco dimensiones (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad resolutive)	Validada al español por Bellón y cols. (1996)
Índice de Barthel	Mahoney y Barthel (1965)	Medir la capacidad funcional del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria	Ampliamente utilizado y validado en contextos hispanohablantes

Nota: elaboración propia con información de los instrumentos originales (Zarit et al., 1980; Smilkstein, 1978; Mahoney y Barthel, 1965) así como de sus validaciones empíricas en contextos ibéricos (Bellón et al., 1996; Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997; Álvarez et al., 2008) y latinoamericanos (Vélez et al., 2012; Cousirat-Sanabria, 2020; Ortiz Ramos et al., 2024).

Los instrumentos mencionados han sido validados para su uso en contextos latinoamericanos, para el caso de la escala Zarit —en su forma abreviada— (Vélez, et al., 2012) conocido en nuestro medio como cuestionario de Zarit es un

instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes (Álvarez et al., 2008, p. 1), el Índice de Barthel (Cousirat-Sanabria, 2020) y el APGAR familiar (Ortiz Ramos et al., 2024), lo que permite asumir una aplicabilidad eficaz en los contextos nosocomiales panameños.

3.5 Criterios de evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño del TS se fundamenta en lo establecido en la Ley N.º 16 de 12 de febrero de 2009 (Escala-fón y Nomenclatura de Cargos) y comprende criterios e indicadores evaluables:

- Criterios administrativos: cumplimiento normativo, conocimiento del reglamento interno y código de ética, cumplimiento de normas de productividad, entrega oportuna de estadísticas e informes, actualización de archivos, asistencia y puntualidad, uso de herramientas digitales, cumplimiento de normas de bioseguridad.
- Trabajo Social clínico: número de casos atendidos, identificación y definición del problema en la relación salud/enfermedad, elaboración e implementación de modelos de intervención según diagnóstico social, manejo de la entrevista en profundidad, número de visitas a sala con equipo multidisciplinario, número de consejerías realizadas, identificación del diagnóstico social según CIE-10, número de visitas domiciliarias programadas, número de casos en tratamiento social, trasladados a unidades ejecutoras para seguimiento, presentación de hallazgos al equipo multidisciplinario, respuesta oportuna a interconsultas, gestión de recursos comunitarios, confidencialidad y reserva.
- Trabajo Social de grupos: número de grupos organizados según diagnóstico social, número de sesiones de consejería realizadas sobre las programadas, actualización de relatos de grupos, manejo de herramientas tecnológicas en labor docente.

4. Discusión

4.1 Interpretación de los hallazgos

La guía presentada contribuye a la estandarización de la práctica del trabajo social hospitalario, tal como ha sido identificada en la literatura especializada que señala la importancia de protocolos unificados en este ámbito.

La labor del TS debe ir más allá de las funciones básicas esperadas (Garcés Carranza, 2013, p. 1) como preparar al paciente con un “plan de alta una vez que su condición médica ha sido controlada y puede regresar a su casa o a un asilo/centro

de rehabilitación. Algunos pacientes pueden necesitar de servicios de atención en la casa, de equipo médico (muletas, andadores, silla de ruedas, oxígeno, etc.).”

La preocupación por incorporar metodologías claras, estándares de calidad y enfoques basados en evidencia en las guías de práctica clínica sugiere la necesidad de fortalecer procesos de sistematización y homogeneización en las distintas áreas de atención sanitaria (Alva Díaz, et al., 2017) incluido el trabajo social hospitalario.

La literatura especializada señala que la práctica clínica requiere esquemas conceptuales y operativos de referencia, así como estándares profesionales institucionalizados, particularmente en contextos donde el trabajo social ha alcanzado mayores niveles de regulación y desarrollo. Desde esta perspectiva, la necesidad de lineamientos sistematizados en el trabajo social hospitalario puede entenderse como un componente fundamental para fortalecer la calidad, consistencia y legitimidad de la intervención profesional (Tellaache, 2017).

La principal contribución de este trabajo reside en la operacionalización de las actividades del TS en servicios de alta complejidad (Epidemiología, Hemato/Oncología, Salud Mental y Nefrología), así como en la estructuración del proceso de atención en etapas claramente definidas. Esta sistematización facilita la integración del profesional en los equipos multidisciplinarios, al proporcionar un lenguaje común y un marco de actuación predecible para el resto de los miembros del equipo de salud.

La inclusión de instrumentos estandarizados validados constituye un avance metodológico relevante, ya que permite evaluar de manera sistemática dimensiones clave como la funcionalidad familiar (APGAR), la sobrecarga del cuidador (escala de Zarit) y la autonomía del paciente (Barthel). Anteriormente, estas valoraciones quedaban a menudo supeditadas a la apreciación subjetiva del profesional; su incorporación estandarizada eleva la calidad y comparabilidad de las intervenciones y facilita la comunicación de hallazgos con otros miembros del equipo multidisciplinario.

4.2 Limitaciones del estudio

Es necesario reconocer las limitaciones de este trabajo, que condicionan el alcance de sus conclusiones y sugieren precaución en su generalización:

Las dinámicas institucionales y organizacionales pueden variar significativamente según el tipo de hospital y el contexto sanitario, lo que influye en la implementación de prácticas y protocolos profesionales (Glisson, 2002; Damschroder et al., 2009). En este sentido, es posible que determinadas particularidades presentes en hospitales metropolitanos o materno-infantiles no hayan sido completamente capturadas en la presente guía.

Futuras investigaciones podrían mitigar esta limitación mediante revisiones sistemáticas y procesos de actualización basados en evidencia, siguiendo estándares metodológicos ampliamente reconocidos (Page et al., 2021).

Base experiencial regional: La guía se fundamenta en la experiencia profesional de una sola región del país (provincia de Chiriquí). Su aplicabilidad a otras realidades institucionales del sistema de salud panameño requerirá adaptaciones contextuales.

Naturaleza narrativa de la revisión: La revisión de la literatura fue de tipo narrativa, no sistemática. Por tanto, no es exhaustiva y pueden haberse omitido contribuciones relevantes publicadas en revistas de suscripción o en idiomas distintos al español.

Falta de validación empírica: El documento presentado busca constituir una propuesta metodológica no sometida a validación empírica. Futuros estudios deberán implementar la guía en contextos reales y evaluar su efectividad en indicadores concretos de proceso (tiempos de atención, grado de integración multidisciplinaria) y de resultado (satisfacción del usuario, adherencia al tratamiento).

Posible sesgo de autora única: La sistematización de la práctica reflexiva fue realizada por una sola investigadora, lo que puede introducir sesgos en la identificación y selección de buenas prácticas. Sería recomendable en el futuro someter la guía a un proceso de validación por pares expertos externos.

Finalmente, se debe reconocer que el estudio se basó en sistematización profesional y revisión documental, sin intervención directa con sujetos humanos.

4.3 Implicaciones para la práctica y futuras líneas de investigación

La implementación de esta guía puede contribuir a:

- Fortalecer la identidad profesional del TS dentro del equipo de salud, al delimitar con claridad sus funciones y competencias específicas.
- Mejorar la coordinación interdisciplinaria, al proporcionar un marco de actuación conocido y compartido.
- Favorecer la evaluación sistemática de la práctica, mediante la incorporación de instrumentos estandarizados y criterios de desempeño evaluables.

Como líneas de investigación futuras se proponen:

1. Realizar un proceso de validación por pares expertos con trabajadores sociales de diferentes hospitales del sistema público.

2. Desarrollar una implementación piloto controlada en servicios seleccionados (por ejemplo, Epidemiología y Salud Mental) para medir indicadores de proceso y resultado.
3. Ampliar la guía a otros servicios apenas esbozados (consulta externa, urgencias, cuidados paliativos, terapia antirretroviral, atención materno-infantil).

5. Conclusiones

La guía presente contribuye al conocimiento de la disciplina con la delineación de un documento que se constituya como un marco referencial metodológico para la región, con objetivos y funciones precisas sobre buenas prácticas en la gestión del TS en el ámbito hospitalario, así como en la operacionalización de los procesos integrales de atención enfatizando sus cuatro etapas sucesivas, la documental, la operativa, la fase de seguimiento y el cierre correcto de la atención.

Se han incorporado en la guía instrumentos estandarizados probados en Latinoamérica tales como la escala de Zarit, el APGAR familiar, y el índice de Barthel, para la evaluación de la atención y, por ende, para el mejoramiento de la calidad y sistematización de la experiencia de la intervención del TS.

Resulta esclarecedor que el cuidador sufre una mayor afectación por la carencia de una red de apoyos sociales que por el padecimiento del paciente incluso en los casos de mayor gravedad, lo que lo pone en una posición precaria. Incorporar la escala de Zarit en esta guía permite detectar esa fragilidad en la red de apoyo y orientar intervenciones específicas para prevenir el agotamiento del cuidador y un alta hospitalaria tensa y con fricciones (Zarit et al., 1980).

La incorporación específica del Índice de Barthel, validado y recomendado por sociedades científicas internacionales (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997), junto con la escala de Zarit y el APGAR familiar, dota a la guía de instrumentos de reconocido prestigio que facilitan la evaluación sistemática y la comparación de resultados

Se sintetizan en esta guía la convergencia entre casi tres décadas de experiencia práctica acumulada a través del ejercicio público en el sistema de salud panameño conjuntamente con los saberes derivados del conocimiento académico-procedimental como derivación de una revisión de la literatura de las disciplinas intervinientes.

De dicho proceso, teniendo como meta coadyuvar en una estandarización de la práctica, se establecieron lineamientos cuyo objetivo primordial es que los equipos multidisciplinarios integren de manera más orgánica al profesional de TS, todo con el propósito de mitigar cuando no erradicar los obstáculos psicosociales que inciden tanto directa como indirectamente en los pacientes en recuperación.

El documento que se presenta, para constituirse en un avance en las funciones del TS hospitalario requiere validación empírica, que permita la evaluación en cada una de sus fases por pares experimentados, y al tiempo el desarrollo de instrumentos de medición adaptados a sus entornos contextuales particulares.

Finalmente es relevante que el TS hospitalario cuente con las competencias necesarias para que sea reconocido como agente coordinador de conjuntos multidisciplinarios y cuente con las habilidades comunicacionales para fungir como voz institucional con rostro humano (Mannsaker y Vågan, 2023) para interactuar eficientemente entre pacientes y sus familias, autoridades, servicios comunitarios y equipos clínicos. Este acumulado de habilidades y competencias es deseable que sean incluidas en los programas de inducción a TS que se inician en el ámbito profesional.

6. Referencias

- Acero, Á. E. (2023). Trabajo Social y Atención Centrada en la Persona: funciones y claves profesionales en los cuidados de larga duración dirigidos a personas mayores. *RIAGE, Revista Ibero-Americana da Gerontología* (4), 744-759. <https://doi.org/10.61415/riage.120>
- Alva Diaz, C., García-Mostajo, J. A., Gil-Olivares, F., Timana, R., Pimentel, P., y Canelo-Aybar, C. (2017). Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 317-322. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96654350010>
- Álvarez, D., Ferradás, C. y Campagna, V. (2021). La intervención del trabajador social en hospitales de alta complejidad. En G. S. López y V. Michelli (Coords.), *Trasplante de médula ósea: La política pública y la intervención en salud del trabajo social en la atención de alta complejidad*. (pp. 62-69). Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/131539/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Álvarez, L., González, A. M., & Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618-619. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112008000600020
- Aquín, N. (2006). Trabajo social en America Latina: balance, desafíos y perspectivas. *Revista Katálisis*, 9, 137-138. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802006000200001>

- Asamblea Nacional de Panamá. (2003, 24 de diciembre). *Ley N.º 68 por la cual se regulan los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada*. Gaceta Oficial Digital 24935, 57-59. <https://w3.css.gob.pa/wp-content/wdocs/Ley%2068%20de%202003.pdf>
- Asamblea Nacional de Panamá. (2009, 12 de febrero). *Ley N.º 16 que establece el Escalafón y la Nomenclatura de Cargos de los Trabajadores y Trabajadoras Sociales y dicta otras disposiciones*. Gaceta Oficial N.º 26226. <https://www.gacetaoficial.gob.pa/storage/gacetas/2009/02/26226/16473.pdf>
- Asociación de Trabajadores Sociales de Panamá. (2016). *Código de ética del trabajador(a) social en Panamá*. <https://sites.google.com/view/codigoetica-ts-panama/p%C3%A1gina-principal>
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 273-342. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. <https://ia800605.us.archive.org/28/items/bronfenbrenner-u.-la-ecologia-del-desarrollo-humano/Bronfenbrenner,U.%20La%20ecologi%CC%81a%20del%20desarrollo%20humano.pdf>
- Cacace, P. J., y Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista mexicana de medicina familiar*, 9(2), 63-72. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>
- Casas-Martí, G. y Casas-Martí, J. (2023). Más allá de la planificación del alta hospitalaria: el espacio del trabajo social en los hospitales de tercer nivel. *Cuaderno de Trabajo Social*, 15(21), 38-60. <https://doi.org/10.58560/cts.n21.023.001>
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Craig, S., Eaton, A., Belitzky, M., Kates, L., Dimitropoulos, G., & Tobin, J. (2020). Empowering the team: A social work model of interprofessional collaboration in hospitals. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100327>
- Colmenares-Roa, T., Espinosa-Escobar, C., Cervantes-Molina, M. L., & Peláez-Ballestas, I. (2024). Dual practices of the institutional social work role: a hospital ethnographic study. *Revista Médica del Hospital General de México*, 87(3), 107–113. <https://doi.org/10.24875/hgmex.23000045>

- Corella, F. E. (2024). Servicio social y social work en América Latina. *Revista Costarricense De Trabajo Social*, (45). <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/en/article/view/439/636>
- Cousirat-Sanabria, M. C. (2020). Dependencia física de pacientes internados en un hospital geriátrico según la escala de Barthel. *Rev UniNorte Med [Internet]*, 9(1), 106-130. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4110717>
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E. et al. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Díaz, S., Arrieta, K. y Ramos, K. (2015). Funcionalidad familiar y caries dental en niños de una institución educativa de Cartagena de Indias. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 6(16): 41-49. <https://scholar.archive.org/work/dd5p62zsvfg3tfistooxuwydi/access/wayback/https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/download/197/356>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <http://www.jstor.org/stable/1743658>
- Fortich, N. (2013). Revisión sistemática o revisión narrativa? *Ciencia y salud virtual*, 5(1), 1-4. <https://doi.org/10.22519/21455333.372>
- Garcés Carranza, C. M. (2013). Trabajo social y el plan de alta del hospital. *Análisis*, 14(1), 62-71. <https://revistas.upr.edu/index.php/analisis/article/download/13448/11105>
- Glisson, C. (2002). The Organizational Context of Children's Mental Health Services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 233-253. <https://doi.org/10.1023/A:1020972906177>
- Guzmán-Heredia, A., Mina-Urrutia, T. y Gil-Ríos, A. M. (2023). Metodología de intervención en Trabajo Social: contribuciones para su análisis. *Revista Eleuthera*, 25(1), 203-223. <http://doi.org/10.17151/eleu.2023.25.1.11>
- Leiva Sandoval, P. (2025). Prácticas reflexivas, narrativas de profesionales del Trabajo Social. *European Public & Social Innovation Review*, 10, 1-21. <https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1336>
- Leiva Sandoval, P. (2025). Prácticas reflexivas, narrativas de profesionales del Trabajo Social. *European Public & Social Innovation Review*, 10, 1-21. <https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1336>
- Llerena Velasteguí, J. G. (2026). Pedagogía social en la formación médica hospitalaria: prácticas educativas fuera del aula [Tesis de maestría, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/192253>

- Mannsåker, I. K.-R., & Vågan, A. (2023). Strengthening the relationships between different parties: Boundary-spanning competencies in hospital social work. *Qualitative Social Work*, 23(3). <https://doi.org/10.1177/14733250231167821>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2018, 12 de diciembre). Decreto Ejecutivo N.º 420 que establece el Modelo de Atención de Salud de Panamá. Gaceta Oficial No. 28676-A. <https://vlex.com.pa/vid/decreto-ejecutivo-n-420-749063797>
- Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C. y Miani, A. (2018). La intervención de trabajo social en el campo de la salud pública. *Conciencia Social. Revista Digital de Trabajo Social*, 1(2), 10-28. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Documentos básicos*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=7
- Ortiz Ramos, V. A., Itusaca Dueñas, N. N., Ulloa Ordoñez, L. V., Vela Ruiz, J. M., Desposorio-Robles, J. y Alatrística Gutierrez, M. S. (2024). Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(2), 155-167. <https://doi.org/10.51288/00840209>
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation. <https://archive.org/details/socialdiagnosisoorichiala/page/352/mode/2up?q=social+work>
- Richmond, M. E. (1922). *What is social case work?*. Russell Sage Foundation. <https://archive.org/details/whatisocialcaseoorichrich>
- Rodríguez Álava, L. A., Loo Lino, L. y Anchundia, V. I. (2017). Las funciones del trabajo social en el campo de la salud. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/660126/>
- Tellaache, A. I. (Coord.). (2017). *Prácticas del trabajo social clínico*. Nau Llibres.
- Vélez, J.M., Fernández, D.B., Arango, D.C., Cardona, A.S. y Ordoñez, J. (2012). Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención Primaria*, 44(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007>
- World Health Organization. (2019). International classification of diseases tenth revision (ICD-10) (6th ed.). https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2019.pdf

Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

2026 PHRŌNESIS DELIBERACIÓN-DIRECCIÓN-PRÁXIS

Esta obra está bajo la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial 4.0 Internacional.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>