



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN TRABAJO SOCIAL

Alumno/a: Natalia de la Torre Quesada

Tutor/a: Anna M^a Rucabado Sala
Dpto: Psicología

Febrero, 2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA.....	3
4. UNAS DEFINICIONES PREVIAS	4
4.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.....	4
4.2 DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	5
4.3 DEFINICIÓN DEL DUELO.....	6
5. LEGISLACIÓN BÁSICA DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	7
6. EL DUELO.....	8
7. RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA.....	11
7.1 ALGUNAS CIFRAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA.....	13
8. EL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN CON LA SALUD.	14
9. EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
9.1 CON EL ENFERMO.....	19
9.2 CON LA FAMILIA	20
9.3 CON EL EQUIPO.	21
9.4 CON LA COMUNIDAD	23
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
10.1 REFERENCIAS LEGALES	26

RESUMEN

El envejecimiento de la población y el incremento de la morbimortalidad asociada a enfermedades terminales como el cáncer, suponen una implicación mayor por parte del sistema sanitario y una búsqueda de nuevas técnicas y métodos de tratamiento que si bien no logren erradicar de forma absoluta la enfermedad, si consigan mejorar la calidad de vida del paciente, y valorar la dignidad de la persona hasta el último momento de su vida.

De igual modo, se debe prestar especial atención a las personas cercanas a los pacientes, pues es bastante duro y difícil, para las familias y cuidadores, llevar a cabo esta labor sin verse afectados emocionalmente.

Por lo tanto, cada vez hay más personas de avanzada edad, en las que la morbilidad de enfermedades crónicas es mayor. Por ello, al sufrir la población un envejecimiento, este tipo de cuidados adquiere más relevancia, ya que se requiere un mayor esfuerzo de atención.

1. INTRODUCCIÓN.

La revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo trata sobre los cuidados paliativos, en concreto la labor que realiza el Trabajador Social de salud, específicamente los que se encuentran en hospitales en áreas de cuidados paliativos o de tratamiento del dolor.

El proceso final de la vida es importante para todo ser humano, es todavía aún más relevante el hecho de que hay que afrontar un deterioro físico que genera dolor, en muchos casos, y es duro de pasar, tanto para el usuario como para la familia. El Trabajador Social debería tener una serie de intervenciones para hacer este paso más llevadero a las personas afectadas, tanto al enfermo como a las personas o familiares de su entorno, que no solo pueden sentir un dolor emocional por la pérdida o el proceso, sino que puede afectar a otros ámbitos socioeconómicos en los que también se debe plantear apoyos y formas de gestionar el cambio que supone.

En un estudio realizado en el año 2013, publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015), se puede apreciar que los tumores fueron la principal causa de muerte en los hombres y las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres. Entre las principales causas de muerte por grupos de enfermedades también se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema nervioso, que incluyen al Alzheimer. Este hecho conlleva a que el enfermo y su entorno atreviesen un proceso avanzado y terminal de la enfermedad.

En cuanto al término enfermedad terminal, en este trabajo se referirá como al enfermo no tiene posibilidad de cura, aquí el trabajador social del sistema de salud cobra gran importancia, junto al equipo interdisciplinar son los encargados de atender y cubrir las necesidades tanto del paciente como de la familia.

Estos pacientes requieren de cuidados que les proporcionen confort y soporte, tanto médico como personal, esto son los llamados cuidados paliativos, que además incluyen a las familias en este soporte del proceso final de la vida.

La estructura del trabajo que se presenta es la siguiente: una parte introductoria que incluirá los objetivos y el proceso metodológico, pasando al apartado definitorio de los términos que se usan más frecuentemente y en el sentido que la autora quiere indicar. Seguido de la legislación sobre tema y posteriormente, se entrará a hablar de la labor del trabajador social en el sistema de salud, más tarde en otro apartado más concretamente en cuanto a las cuatro áreas de actuación del trabajo social en cuidados paliativos, el paciente, familia, equipo y la comunidad, a los recursos que tienen acceso estos pacientes y sus

familias y por supuesto, al proceso del duelo, donde existen una serie de etapas que tanto la familia como el enfermo atraviesan al descubrir la enfermedad, en el transcurso de ella, e incluso cuando la persona enferma fallece.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- El objetivo general de esta revisión bibliográfica es profundizar y conocer los cuidados paliativos, así como las diferentes actividades y tareas que realiza el Trabajador Social en los cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- Conocer los equipos multidisciplinares de atención de cuidados paliativos y el rol del trabajador social en ellos.
- Indagar sobre los métodos que utilizan los Trabajadores Sociales en los cuidados paliativos para conseguir el confort y calidad de vida tanto para la familia y el enfermo.
- Conocer los distintos recursos existentes que pueden acceder los enfermos terminales y sus familias.
- Conocer los diferentes programas de atención al duelo planteados por el Trabajo Social.

3. METODOLOGÍA

El trabajo fin de grado sobre cuidados paliativos es una revisión bibliográfica; en primer lugar, se ha consultado diferentes bases de datos y posteriormente se ha realizado una lectura crítica de los estudios que se han ido seleccionando.

Para la consecución de la búsqueda documental, se han llevado a cabo dos tipos de estrategias de las que obtener la información relevante para la realización del trabajo:

1. Se ha llevado a cabo una búsqueda en distintas bases de datos, públicas (INE, Hospital...) y los de la red: Google académico ScienceDirect, Scopus,...
2. Información de artículos y monografías por lo que se obtenido de la biblioteca y hemeroteca de la UJA.

Se han tenido en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión a la hora de seleccionar el material, ya que se han aceptado solamente aquellos materiales que hacían referencia a los cuidados paliativos con el trabajo social y temas relacionados con salud. Además, para el apartado de resultados se han excluido todos aquellos artículos que centran la atención a los cuidados paliativos a través del rol de otro tipo de profesionales (médicos, enfermería...).

Posteriormente se ha analizado el contenido de todos ellos para dar como resultado este trabajo.

4. UNAS DEFINICIONES PREVIAS

4.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL.

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2000) define la enfermedad terminal como:

Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermo, familias y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

Todas las enfermedades provocan una serie de síntomas que pueden ser cambiantes y multifactoriales en su causa, debido a los múltiples factores que causan el agravamiento, dando lugar en una gran proporción de casos a un sufrimiento físico y psicológico al paciente y a su entorno familiar.

El término paciente terminal se refirió en un principio a personas con cáncer en una fase avanzada y más tarde este concepto se extendió a otras enfermedades, las cuales comparten algunas características similares.

Teniendo en cuenta a Zamora (2002), algunos autores han dejado aportaciones importantes de este término, entre ellos podemos destacar a Calman y Cols. (1980) que afirman que “la fase terminal en los pacientes cancerosos se da cuando se les ha diagnosticado con exactitud, la muerte nos parece demasiado lejana y el esfuerzo médico ha pasado de ser curativo a paliativo”.

Otros autores que también hacen referencia a este término son Gil y Cols. (1988) que exponen que “la enfermedad terminal es un estado clínico que va a dar lugar a la muerte en corto periodo de tiempo, donde ya no existen porque se han agotado las soluciones posibles a la enfermedad”.

Además, añaden que los factores que incluyen los criterios de diagnósticos de enfermedad terminal son los siguientes:

- Estado general grave.
- Insuficiencia orgánica, única o múltiple.

- Ausencia de otros tratamientos activos.
- Complicación irreversible final.
- Ineficacia comprobada de los tratamientos.
- Pronóstico de supervivencia inferior a un mes.
- Enfermedad causal de evolución progresiva.

La SECPAL (2015), en su última Guía de Cuidados Paliativos, expone que las enfermedades a las que se le reconocen procesos terminales de estas características, son las siguientes:

- Cáncer.
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
- Cirrosis hepática y otras enfermedades hepáticas que conllevan degeneración
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Arteriosclerosis, hipertensión arterial (HTA), miocardiopatía, diabetes, senilidad.

4.2 DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Antes de comenzar a adentrarnos con más profundidad en este tema, vamos a definir un término primordial para poder comprender de qué trata dicha revisión.

En cuanto al término de cuidados paliativos, he aquí algunas aportaciones significativas de la OMS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala en uno de sus documentos más importantes publicado en el año 1990, en lo que se refiere al desarrollo de los cuidados paliativos, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial” (AECC, 2015).

Esta Asociación indicaba como aspecto relevante que este tipo de cuidados debían aplicarse de forma continua conforme avanzase la enfermedad, atendiendo a las necesidades de pacientes y familias, y no centrándose, por tanto, en los últimos días de vida.

Según la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional Salud (2011), expone que la Organización Mundial de la Salud declara que existen una serie de premisas para completar esta definición, entre ellas se pueden destacar las siguientes:

- ✓ Facilita alivio del dolor y otra serie de síntomas que sufre el paciente.
- ✓ Consideran que la muerte es un proceso normal que todas las personas experimentaremos.
- ✓ El propósito no es alargar la vida, pero tampoco acortarla.

- ✓ Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.
- ✓ Ayudan al paciente a través de un soporte a vivir de forma activa hasta su fallecimiento.
- ✓ Ayudan a las familias en la adaptación de la enfermedad del paciente y en el duelo a través de un soporte.
- ✓ Satisfacen las necesidades de los pacientes y de su entorno familiar. También se puede incluir en este caso el proceso del duelo
- ✓ Ayuda a mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes influenciando a su vez en el transcurso de su enfermedad.
- ✓ Se aplican precozmente en el proceso de su enfermedad acompañado de otros posibles tratamientos que tienen como objetivo prologar la vida, incluidas la quimioterapia, radioterapia...

Los cuidados paliativos se brindan a la misma vez que el tratamiento de la enfermedad, estos cuidados se reciben en el momento que es diagnosticada la enfermedad.

Según Mengual y cols. (2005), los cuidados paliativos son ofrecidos a personas que tienen enfermedades degenerativas del SNC: demencias, Parkinson, Ictus, Coma, ELA; pacientes geriátricos pluri- patológicos terminales (individuos que viven con múltiples enfermedades, 3 o más); pacientes terminales afectados de SIDA; insuficiencias orgánicas avanzadas de tipo cardíaco, hepático y renal, respiratorio y otras (son los órganos y sistemas que se encuentran expuestos a entrar en disfunción, en pacientes que se encuentran en estado crítico).

4.3 DEFINICIÓN DEL DUELO

El duelo es un estado anímico que puede definirse y enfocarse de muchas formas, dependiendo del contexto y la época, se ha optado por la definición de Gómez Sancho (2004) que es la que reúne más confluencias que el enfoque que se le ha querido dar al trabajo.

Según Gómez Sancho (2004), el duelo es “un periodo de crisis, un estado de choque en todo el organismo que puede dar a lugar a complicaciones psiquiátricas y alteraciones físicas. En unos casos puede tratarse de alteraciones somáticas de las que la persona no se sabía portadora y que aparecen o se agravan durante el duelo. Otras veces será una descompensación, en el curso del duelo, de una enfermedad crónica previa”.

Esta pérdida es vista y vivida de formas muy diferentes según la persona a la que le afecte este proceso, las variables como el lugar, la cultura, el grado de vínculo afectivo con el paciente, o el momento y las circunstancias son claves para afrontar la pérdida.

Bucay (2006) describe el duelo como el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida pendiente a la adaptación y armonización de la situación interna y externa, frente a una nueva realidad. El duelo normal no es estar enfermo, más bien lo contrario, el proceso conlleva la superación de una pérdida es garantía de desarrollo, crecimiento y salud.

Elaborar un duelo significa ponerse en contacto con el vacío que deja la pérdida del que no está, valorar la importancia y traspasar el dolor y la frustración que conlleva.

Espina, Gago y Pérez (1993) exponen que, para Freud, la elaboración del duelo es un trabajo, queriendo decir que es una tarea que tiene que realizar todo individuo para aceptar la nueva realidad que se le presenta.

Se dice que el duelo está elaborado cuando se puede hablar de la pérdida sin dolor, aunque siga añorando a la persona que falta o a la situación vivida.

5. LEGISLACIÓN BÁSICA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

En el marco legal se recoge una revisión a toda normativa jurídica que es aplicada a los diferentes factores que se encuentran relacionados con cuidados paliativos.

La ley del marco es estatal y las demás leyes que se han propuesto en el trabajo son autonómicas, concretamente de Andalucía.

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

En su artículo 43, lo define como el conjunto de medios organizativos, de recursos y las distintas actuaciones de las Administraciones sanitarias en el ámbito público de Andalucía. Se encuentran orientados de manera que satisfacen el derecho a la protección de la salud mediante la promoción de esta, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

En el artículo 27 de la ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, habla de las prestaciones sanitarias y tiene en cuenta las siguientes: cuidados paliativos, atención domiciliaria, atención en estancias diurnas y atención de larga duración y atención en períodos de convalecencia y rehabilitación.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.

Artículo 20. Testamento vital y dignidad antes el proceso de la muerte.

- 1- Se reconoce el derecho a declarar la voluntad anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley.
- 2- Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. En el artículo 4 la ley plantea los siguientes principios básicos:

- 1- La garantía del pleno respeto del derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- 2- La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
- 3- La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de su muerte.
- 4- La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor en el proceso de su muerte.
- 5- La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso de la muerte.

6. EL DUELO

El duelo debe ser considerado como parte inseparable del tratamiento que se da en cuidados paliativos, ya que este hace referencia al término de la situación que está siendo vivida, y que afecta tanto a los miembros de la familia como a los conocidos más cercanos del enfermo. De ahí la implicación del trabajador social dentro del equipo de tratamiento, intentando siempre que esta situación sea lo menos traumática posible y que pueda ser asumida por todos los familiares y conocidos.

El duelo se trata de un proceso característico en cada persona, ya que cada una lo vive de manera individual. Por ello, los autores que se arriesgan a definirlo, lo hacen para describir lo que una persona podría sentir en tal situación, entendiendo de esta manera, que la reacción en unas personas y otras no son iguales.

Con respecto a las fases del duelo, no existe una duración determinada para cada una de ellas, además se ha de destacar que no se entra ni se sale de cada etapa en particular de forma lineal, sino que se trata de un proceso que se desarrolla poco a poco.

Existen dos autores, Kubler-Ros (1974 y Parkes (1975), que destacan las características más relevantes del duelo en sus estudios, clasificándolo en las cinco etapas que se explican a continuación.

La primera fase del duelo corresponde con la incredulidad-negación, en la que la persona se encuentra en estado de shock, refugiándose en la insensibilidad, como defensa ante esa realidad que supera su psique.

La siguiente fase es la de furia/ira. En ella la persona manifiesta sentimientos de ira hacia el ser querido que se ha marchado y la ha abandonado, y hacia la causa que podría haber provocado la muerte. Se debe destacar que en esta etapa pueden surgir también sentimientos muy intensos de tristeza, dolor, pánico, soledad, llanto y desesperación.

La tercera fase se denomina negociación-culpa, y en ella la persona intenta hacer cualquier cosa para no sentir las emociones anteriormente dichas. La culpa que se desarrolla está asociada a los pensamientos de no haber podido salvar al ser querido o no haber hecho todo lo posible.

La desolación-depresión es la siguiente fase por la que pasa la persona. En esta se llega a un nivel más profundo del duelo y se caracteriza por aparecer una sensación de vacío. La depresión se entiende como la reacción que se tiene como respuesta a esa gran pérdida.

Por último, la quinta fase corresponde con la aceptación, en la que la persona acepta definitivamente la realidad en la que el ser querido se ha marchado físicamente. La curación de la persona se manifiesta en acciones como recordar, recomponerse y reorganizarse.

De acuerdo con estos dos autores mencionados anteriormente, el duelo puede adquirir las cuatro formas siguientes:

- ✓ Fisiológicas: opresión en el pecho y en la garganta, falta de aire, debilidad muscular, dolor generalizado, vértigo, hipersensibilidad al ruido, etc.
- ✓ Afectivas: tristeza, enfado, confusión, preocupación, soledad, ansiedad, fatiga, impotencia, alivio, insensibilidad.
- ✓ Cognitivas: incredulidad, preocupación, confusión, sentido de presencia, alucinaciones visuales y/o auditivas.
- ✓ Conductuales: trastornos del sueño, trastornos alimenticios, conductas distraídas, aislamiento social, evitar recordatorios del fallecido, atesorar objetos del fallecido, hiperactividad.

La atención primaria es un nivel asistencial excelente para ayudar a las personas en el duelo.

De acuerdo con Worden (1997), se pueden identificar dos niveles en cuanto a la intervención en el proceso del duelo: el asesoramiento y la terapia.

El asesoramiento del duelo trata el modo de intervenir en dicho proceso, en el que participan diversos profesionales, entre ellos el trabajador social. En cuanto a la terapia, se puede destacar que requiere un mayor entrenamiento y formación, al tratarse de un nivel más especializado.

Teniendo en cuenta a Novellas (2000), la atención que se da en el proceso del duelo tiene un significado muy importante para los equipos de cuidados paliativos. El trabajador social ayuda interviniendo para que los familiares asimilen la normalidad a través de las diversas etapas por las que se desarrolla el duelo, además actuará para detectar posibles trastornos o dificultades, con el fin de que las personas involucradas reconozcan que deben recibir atención especializada.

Para ello, el trabajador social debe tener en cuenta una serie de objetivos, entre los cuales se pueden resaltar los siguientes:

- Ofrecer a las familias de los pacientes un espacio donde sea posible trabajar los diversos aspectos que surjan durante el proceso del duelo.
- Orientar y/o sugerir algunos elementos para cambiar la forma de pensar, sentir y actuar con el fin de conseguir un duelo propicio después de la pérdida.

Con respecto a la metodología que debe seguir el trabajador social, se hace referencia a la elaboración de un programa de atención al duelo que incluya objetivos, tareas, profesionales que van a intervenir y lugar donde se va a llevar a cabo.

Será muy relevante destacar aquellas situaciones en las que se pueda prever que van a resultar un riesgo para el desarrollo satisfactorio del proceso del duelo. Entre estas situaciones, se pueden encontrar complicaciones en el momento de la muerte, edad joven, complicaciones o mala praxis, unión interdependiente, antecedentes psiquiátricos, déficits de autoconfianza, proyecciones o culpas, diagnóstico de evolución muy rápida, miembros susceptibles de vulnerabilidad, etc.

Novellas (2000) expone que el trabajador social es el profesional más adecuado en la intervención del duelo, es la persona que debe hacer que se cumpla la función de cuidado antes de la muerte, a través de las tareas especificadas en el apartado de familia.

Este profesional junto con el equipo realizará una valoración sobre el desarrollo del proceso de muerte durante el momento de la muerte y durante la agonía, las complicaciones, y las impresiones familiares y del equipo.

El Trabajador Social es la persona que se encarga de explicar tanto a la familia y como al paciente en qué consiste el proceso del duelo y la importancia de seguirlo. La entrevista se trata de una técnica que sirve para detectar aquellos casos que sean susceptibles de duelo patológico.

7. RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA.

La legislación vigente estipula, en las distintas comunidades autónomas se ponen en marcha distintas modalidades de atención y recursos al alcance de aquellos que están en la situación de requerir los cuidados paliativos, y su entorno, que como se ha mencionado antes, está claramente involucrado, y se ve afectado, por el proceso.

Se presentan en este trabajo aquellos recursos que se ofrecen desde la comunidad autónoma andaluza para todos los residentes en la misma.

Se puede afirmar que se encuentra entre los primeros países del mundo en cuanto al número de recursos de cuidados paliativos, pero no podemos conformarnos con esta posición, sino que además es necesario aumentar la cantidad de recursos y optimizar su distribución.

Andalucía se encuentra dotada por una serie de recursos de atención paliativa. A partir de los años 80 y 90 surgen las unidades de cuidados paliativos (UCP) y los denominados (ESCP), que son equipos de soporte de cuidados paliativos.

Además de los recursos nombrados anteriormente, La Junta de Andalucía (2007-2012) el cual tiene como prioridad ordenar las prioridades en el campo de atención al problema de cáncer.

Gracias a la puesta en marcha del primer Plan de Calidad de la Consejería de Salud, se llevó a cabo la elaboración e implantación del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.

El plan da respuesta a esta necesidad y sirve a su vez para formular una propuesta de atención sanitaria.

Anteriormente se ha nombrado los UCP y los ESCP como una serie de recursos destinados a la atención de cuidados paliativos, por lo cual es conveniente explicar en profundidad en que están constituidos estos recursos avanzados.

UCP está compuesta por camas de hospitalización para pacientes en una situación terminal con la que se encuentran con una alta complejidad definida. Las UCP se encuentran ubicadas en los hospitales de primer o segundo nivel y tiene además la función de dar soporte a los enfermos afectados por una situación terminal.

En cuanto el equipo de soporte de cuidados paliativos (ESCP), se puede decir que este recurso de atención de cuidados paliativos está constituido por un espacio físico sin camas propias, se puede ubicar en los hospitales de cualquier nivel. Podemos encontrar con dos tipos de ESCP, por un lado, de tipo domiciliario, el cual da soporte al paciente en el entorno domiciliario, o bien nos encontramos con los mixtos, que son los encargados de dar soporte tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario.

Las unidades domiciliarias es una modalidad de atención sanitaria que se encuentra enfocada con el objetivo de proporcionar atención especializada de carácter hospitalario a los pacientes en su domicilio.

En la tabla siguiente, se resume la situación actual por provincias andaluzas de los ESCP y UCP, 2007.

Provincia	UCP	ESCP	ESCP AECC	ESCP CUDEC A	UCP OHSJ D	TOT AL
Almería	Hospital Torrecárdenas	H.Huércal Overa	Ejido Torrecárdenas			4
Cádiz	H. Puerta del Mar H. Jerez H. Punta Europa	H.Puerto Real	Cádiz Jerez		1	7
Córdoba		H. R. Sofía H. Valle de los Pedroches	Córdoba capital (2) Cabra		1	6
Granada	H. S. J. de Dios H. Baza	H. Baza	H. S. Cecilio H. V. de las Nieves Motril		1	8

Huelva	H. J. R. Jiménez		Huelva			3
Jaén	C. H. C. Jaén	S. J. Cruz (Úbeda) S. Agustín (Linares)	C. H. C. Jaén			4
Málaga	H. V. Victoria H. Regional de Málaga	H. Antequera H. Axarquía H. Regional de Málaga	H. Costa del Sol (Marbella)	C. del Sol Málaga Oeste Guadalhorce		11
Sevilla	H.D. Infantado H.V. Valme H. El Tomillar H.V del Rocío	H.V Rocio H.V. Macarena H. Osuna			1	7
Totales	13	15	15	3	4	50

Fuente: Servicio Andaluz de Salud (2007)

El marco andaluz de cuidados paliativos, en la red asistencial del sistema público, plantea una serie de necesidades relacionadas con dichos cuidados, con el objetivo de garantizar una atención de calidad.

7.1 ALGUNAS CIFRAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) en España se muestra que un 30,7% de personas que necesitaron cuidados paliativos fueron atendidos por equipos domiciliarios de cuidados paliativos y un 17,9% por equipos hospitalarios. En conclusión, alrededor de un 50% de los pacientes que tuvo acceso a los cuidados paliativos cuando lo precisaron.

Benítez (2000) afirma que existe una escasez de recursos domiciliarios y de formación profesional, lo que esto dificulta a la ejecución de una correcta derivación y tratamiento domiciliario. El gasto que supone la atención a pacientes en el final de la vida oscilaba por aquel entonces entre un 20% y 25% del gasto sanitario español.

8. EL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN CON LA SALUD.

Desde el trabajo Social, son los trabajadores sociales en salud los profesionales que se harán cargo de la atención a la situación de crisis que puede suponer la estancia de un paciente en cuidados paliativos. Es por esto que se ha creído conveniente analizar en primer lugar a grandes rasgos, cuál es el rol del trabajador social en salud.

Posteriormente en el capítulo siguiente se hará un análisis del trabajador social del ámbito de la salud, que específicamente trabaja con los equipos de cuidados paliativos.

La profesión de Trabajo Social ha estado relacionada en sus principios con la atención a la salud. En este apartado de revisión bibliográfica se pretende visibilizar la figura del Trabajador Social en el sistema de salud. Las intervenciones que realiza se encuentran claramente delimitadas por el tipo de nivel de atención sanitaria, específicamente los de primer nivel o también llamados primaria y los de segundo nivel o bien llamados especializados.

En el segundo nivel de atención es donde incluyen la atención hospitalaria, aquí es el lugar en el que se dan los cuidados paliativos como se describen en este trabajo, aunque también los Trabajadores Sociales de atención primaria también trabajan con las familias y consecuencias que conllevan la situación.

En este trabajo no se va a centrar en las múltiples responsabilidades e intervenciones del Trabajador Social en salud, en atención primaria puesto que se pretende centrarlo en el ámbito de los cuidados paliativos que se imparten fundamentalmente, de forma hospitalaria.

El Trabajador Social Sanitario realiza un ejercicio relacionado con su profesión distinta a la que se realiza en otros entornos, este profesional se caracteriza por llevar a cabo funciones de apoyo tanto a los pacientes como a las familias de estos con el objetivo de ayudar en las dificultades de salud que estas presenten.

Según Ituarte (2003), el Trabajo Social Sanitario es aquella actividad profesional de tipo clínico que implica el análisis psicosocial de la persona afectada, la contribución al análisis global y el programa de tratamiento del problema psicosocial que está relacionado con el proceso de salud-enfermedad.

Siguiendo con Ituarte (2012), el Trabajador Social del sistema de salud se encarga de investigar los elementos psicosociales que influyen en el proceso de salud-enfermedad y en

el tratamiento de los problemas psicosociales que estén relacionados con situaciones de enfermedad.

El Trabajador Social Sanitario es el encargado de dirigir las intervenciones de recuperación del paciente, la normalización y su adaptación social. Las funciones del Trabajador Social Sanitario se pueden desarrollar tanto en el ámbito privado y como en el público.

Además, el Trabajador Social Sanitario también se encarga de orientar al enfermo, a su familia e incluso al equipo sanitario sobre los recursos sanitarios y sociales disponibles.

Cabot (1911) expone “El doctor está entrenado para que sus estudios médicos puedan concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El Trabajador Social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”.

Una vez que al paciente se le es informado a través del equipo médico de su enfermedad, de que enfermedad se trata, cuál es el diagnóstico y el pronóstico de la misma. El Trabajador Social plantea la ayuda y apoyo para que la afectación social de ese proceso sea la menor posible, así como una función preventiva que posibilita a no aparición o disminución de la incidencia de la enfermedad en la sociedad.

Los Trabajadores Sociales, como profesionales inmersos en el sistema sanitario, participan en la tarea asistencial y preventiva, aportando el diagnóstico social sanitario tanto de la zona de salud, como de sus ciudadanos.

La función preventiva trata de la actuación precoz sobre las causas que pueden generar problemáticas tanto individuales como colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social.

Según la Guía de intervención del trabajador sanitario (2012), el diagnóstico social sanitario permite concretar la acción que se llevará a cabo con el paciente, de manera que se contextualizará y será enmarcada en el presente de forma inmediata, sin perder de vista que esa realidad volverá. El diagnóstico social sanitario identifica las situaciones de riesgo social que le afectan tanto al paciente y a su entorno familiar, se establece el plan de intervención individualizado, el cual se aporta al equipo multidisciplinar para proporcionar tanto al enfermo como a la familia los apoyos técnicos y estratégicos necesarios para mejorar o mantener su salud.

Los distintos niveles de intervención con los que el Trabajador Social puede trabajar son, individual, familiar, grupal y comunitario.

Los Trabajadores Sociales de Salud se centran en la prevención y el fomento de la salud a través de programas preventivos, identificando a las personas en riesgo social para cada programa. En conclusión, se puede afirmar que los Trabajadores Sociales de Salud trabajan con las circunstancias sociales que presentan los pacientes o lo que puede hacer que sean pacientes, para mejorar su calidad de vida.

La Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS), es una sociedad científica que surgió en el año 1986, surge debido a que es un paso importante en la aparición o consolidación de una nueva disciplina o subespecialidad, es decir, forma parte del compromiso con la profesión.

Los objetivos son los siguientes:

- Fomentar y facilitar las relaciones entre los distintos profesionales que desarrollan su actividad en el campo de Acción Social y de la Salud.
- Promover el desarrollo de actividades científicas relacionadas con el Trabajo Social en el campo de la salud, y en general con la interrelación entre Salud y Servicios Sociales.
- Divulgar los conocimientos y aportaciones de interés para los profesionales del sector.
- Desarrollar cualquier fin de carácter científico relacionado con la actividad del Trabajo Social en el campo de la Salud.
- Promover contactos con Organismos e instituciones dependientes de la Administración pública y de carácter privado.

En la actualidad, es de vital importancia conocer la relevancia que adquieren los cuidados paliativos como una atención sanitaria dedicada tanto a pacientes que se encuentran en una situación terminal como a sus familias.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 2017) expone que se está incrementando la morbilidad por cáncer y otras patologías, además de existir un cambio considerable en la pirámide de la población mundial, que presenta un mayor envejecimiento de la

población en los últimos años, debido al aumento de la esperanza de vida y a la baja natalidad que existe, sobre todo, en los países desarrollados.

Por lo tanto, cada vez hay más personas de avanzada edad, en las que la morbilidad de enfermedades crónicas es mayor. Por ello, al sufrir la población un envejecimiento, este tipo de cuidados adquiere más relevancia, ya que se requiere un mayor esfuerzo de atención.

9. EL TRABAJO SOCIAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

La inclusión del Trabajo Social en los equipos de salud más concretamente de cuidados paliativos, viene determinada por los objetivos específicos de la intervención y el carácter interdisciplinar de los profesionales para conseguirlos.

Según Cowger (1994) citado por De la Paz (2011) define al Trabajador Social como “aquella persona que ayuda articular la naturaleza de su situación, a identificar lo que quieren y a explorar alternativas para el logro de los deseos y cumplirlos”.

La Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2011) afirma que el Trabajo Social en cuidados paliativos sigue las líneas de objetivos generales del trabajador social en salud y además tiene unos objetivos específicos de cara a la intervención con personas con enfermedad terminal. Este apartado se pretende definir y clarificar los objetivos específicos del trabajo social en los equipos de cuidados paliativos y cuáles son sus aportaciones de cara a desarrollar una atención paliativa de calidad.

En el caso de los cuidados paliativos, el foco principal de intervención va a ser el enfermo y la familia, con los cuales actuarán en función de las prioridades y necesidades que ellos les marquen; para conseguir mejorar el bienestar y su calidad de vida.

La Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008), añade que los objetivos generales del equipo interdisciplinar van encaminados al confort y la calidad de vida, que varían en función de cada situación, paciente y familia.

En cuanto los objetivos específicos en función del propósito terapéutico y de acuerdo al plan de actuación adecuado a cada circunstancia.

Según Novellas (2000) el resultado es conseguir una mejora de la atención a la persona enferma, la intervención social debe ir encaminada hacia los siguientes objetivos, de los cuales se citan alguno de ellos:

- Proporcionar ayuda a los pacientes y a sus familiares, en cuanto a la manera de llevar el sufrimiento mediante la comprensión de su enfermedad.
- Comunicar los problemas y cada una de las circunstancias producidas en cada caso.

- Aportar información y asesoramiento, con el fin de llegar a una resolución de problemas.
- Orientar en los aspectos que son necesarios para la evolución del duelo.

En el equipo multidisciplinar el Trabajador Social utiliza las técnicas basadas en la entrevista y la observación fundamentalmente, y los instrumentos del Trabajador Social por los van a ser los mismos que en cualquier intervención de T.S; informe, historia, hoja de seguimiento y los gráficos correspondientes (genograma o ecomapa), y de modo diferenciado a otras intervenciones: la ficha del tratamiento, que será específica para esta especialidad.

En cuanto a la documentación que tiene que aportar el trabajador social en un equipo de cuidados paliativos ha de cumplir una serie de objetivos siguientes:

- Recoger los datos de la situación socio familiar
- Evaluar las necesidades implícitas y explícitas
- Reflejar el plan de intervención propuesto
- Comentar las tareas realizadas
- Medir y evaluar el resultado de las intervenciones
- La documentación aportada por el trabajador social debe formar parte de una única historia interdisciplinar.

Como he señalado en apartados anteriores la atención a cuidados paliativos es una atención integral y por tanto abarca diferentes áreas de actuación. El trabajador social como los demás profesionales del equipo tiene marcado su papel definido y rol que tiene que desempeñar, un rol que esta a su vez acompañado a unos objetivos de trabajo, una metodología y tareas específicas.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2015) divide en seis áreas de actuación del Trabajador Social:

- Con el enfermo y la familia.
- Con el equipo.
- Con la comunidad.
- Con el voluntariado.
- En formación y docencia.
- En investigación.

Pero solo vamos a desarrollar cuatro áreas de actuación del Trabajador Social porque vamos a centrarnos en las afirmaciones de Novellas (2000), el cual las diferencia:

9.1 CON EL ENFERMO

El Trabajador Social tiene que atender de manera integral e individualizada a la persona enferma, en esta área de actuación, como bien dice Novellas (2000) el enfermo tendrá muchas dudas en cuanto a lo relacionado con los trámites, con lo económico o con lo que pasara con sus seres queridos cuando él ya no esté, y en este caso el Trabajador Social debe resolver todas esas dudas y darle solución a su necesidad.

El Trabajador Social se esforzará por ayudar a resolver cualquier tipo de necesidad social, práctica, relacional, económica.

En este apartado se cita todo lo relacionado con los pasos que el profesional sigue cuando recibe por primera vez a un usuario.

Novellas (2000) expone que en primer lugar se recogen datos, información sobre cómo vive su enfermedad y cuáles son sus preocupaciones socio familiares con las que se encuentran actualmente.

Se recopila toda la información necesaria sobre los miembros del entorno del enfermo, se analizará el tipo de comunicación y de relación que existe el entorno familiar con el paciente, tanto antes de la enfermedad como en la actualidad. Así además se podrá identificar los cambios habidos al respecto.

Se profundiza en temas, como los aspectos relacionales o emocionales no resueltos y las preocupaciones que les ocasiona.

El segundo paso que se lleva a cabo por parte del Trabajador Social, es el pacto que se realiza con la persona enferma, es decir, con el usuario, este pacto consiste en acordar entre ambas partes las actuaciones que se van a llevar a cabo en función de los objetivos establecidos.

Ahora bien, en cuanto las tareas del profesional podemos destacar las siguientes:

- Realizar una primera entrevista para presentar al trabajador social, donde se recogerán un mínimo de datos sociales que es necesario conocer.
- Siempre que sea posible, se intentará realizar una entrevista de forma individual con la persona enferma, se intentara que sea lo más abierta posible para establecer relación profesional y grado de confianza.
- Ofrecer su servicio a petición de la persona enferma.
- Informar, gestionar y orientar de cara a resolver los temas prácticos pendientes y contactar con los recursos adecuados.
- Facilitar elementos de apoyo.

9.2 CON LA FAMILIA

La siguiente área de actuación, trata de la familia, el Trabajador social considera a esta una parte importante, ya que, para el usuario, su entorno representa un apoyo principal y el entorno con el que este se encuentra.

Gómez (2002) afirma que “La familia del enfermo es considerada como una parte esencial, un organismo vivo, que cualquier alteración de tipo de estructuración o función en alguno de los integrantes que la forman tiene como consecuencia la influencia en todos los miembros”.

Gómez (2002) expone que una enfermedad terminal puede ocasionar la separación del paciente con su familia, y que los sueños, las emociones y la dinámica de la familia se alteran igualmente en todos los miembros de la familia.

La familia tiene la posibilidad de colaborar eficazmente y de una forma activa en el cuidado de la persona enferma si se la instruye de una manera adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal.

Novellas (2000) dice que:

“En nuestra cultura, la familia suele ser la principal fuente de apoyo de la persona enferma y de que la situación límite en que se encuentran sus miembros puede provocar en ellos alteraciones tanto emocionales como prácticas que dificulten su capacidad para entenderlas”.

El autor sigue diciendo que el Trabajador Social efectuará un diagnóstico o encuadre familiar a través del contacto con esta y de las aportaciones de los miembros del equipo para realizar posteriormente un plan de actuación. Además de asistir a la familia, ante necesidades concretas.

El profesional tiene una serie de *objetivos* a los que se debe de ceñir; que son los siguientes:

- Analizar conjuntamente cuáles son sus necesidades y preocupaciones actuales.
- Descubrir con ellos los recursos personales de los que disponen, afrontando la situación y pudiendo a la misma vez analizar los comportamientos pre- mórbidos, junto con sus propias experiencias similares vividas.
- Evaluar la capacidad de poder adaptarse emocionalmente.
- Ayudar en la consecución de objetivos planteados para una apropiada atención de la persona enferma, ejerciendo, si es necesario, como vínculo mediador en las relaciones entre las diferentes figuras implicadas en cada caso.

- Aportar aquellos elementos de comprensión y apoyos necesarios que faciliten un incremento de la propia seguridad.
- Proporcionar información necesaria, orientación adecuada, suministrar los recursos que dispone la comunidad y realizar la derivación adecuada de los mismos, dando seguridad y prolongando su atención.

En este apartado se hace referencia a la metodología utilizada por parte del Trabajador Social con la familia. Se sigue una serie de pasos, podemos citar a los siguientes:

Novellas (2000) expone que el Trabajador Social recoge un número de datos con respecto al núcleo familiar de la persona y la convivencia y su periodo en el ciclo vital.

Se recopila información y se anotan las funciones emocionales existentes dentro de la familia, y las que faltan.

Se le pregunta a la familia el grado de comunicación con la persona enferma y la disponibilidad familiar y descripción del cuidador/es principal/es.

Cuando se le facilite información sobre el cuidador principal, es decir, su capacidad cuidadora, el trabajador social debe recabar datos en cuanto la disponibilidad horaria, práctica, etc., del cuidador.

Es importante que el profesional profundice en temas como la percepción del conflicto en el seno de la familia, experiencia de crisis y su resolución, las necesidades además de las dificultades familiares con las que se encuentra la familia, sus conductas y mecanismos de adaptación y las indicaciones de riesgo.

Por otro lado, se registran los datos obtenidos, así como las observaciones, los objetivos, los criterios de riesgo detectados y la evolución, deben quedar registrados en el historial general.

9.3 CON EL EQUIPO.

Según Gómez (1996) una de las condiciones para entender una actividad como trabajo en equipo, es poder sentirse cada uno de los profesionales como responsables de todos los éxitos o fracasos del grupo que sucedan dentro de él.

En cuanto a la relación con otros profesionales, el trabajador social establece una serie de circuitos profesionales con el fin de potenciar el trabajo en red. A su vez se sensibiliza a otros profesionales de otras áreas, coopera para la buena gestión del caso.

Agrofo y Manrique (1996) afirman que:

“El Trabajador Social es el profesional que asume dentro del equipo, el tratamiento de los problemas socio-emocionales que aparecen en relación con la enfermedad, bien como aspectos que tienen ver con el desencadenamiento de la misma o como consecuencia de ella. Por ello, para comenzar a operar en esta área, el profesional debe tener una formación especial en cuidados paliativos. Dicha formación debe hacer referencia a la enfermedad terminal y a las consecuencias que de ella se derivan, efectos fisiológicos, psicológicos, espirituales, sociales, etc”.

Los niveles en los que el Trabajador Social participa son los propios de su disciplina; entre ellos podemos encontrar, una aportación de conocimiento en materia de aspectos psicosociales, detección de problemas y experiencias de tratamiento, y la oferta pública y privada de recursos de los que dispone la comunidad donde se está trabajando, ya sean sociales o sanitarios.

También se puede incluir la aportación de datos y conocimientos recogidos en la atención directa; como el diagnóstico y encuadre de las familias, la valoración de la situación social del enfermo y su familia en su entorno y una evaluación de las necesidades familiares y de sus propios recursos para su resolución como se ha visto en los epígrafes anteriores.

En el trabajador social en la toma de decisiones participa en la elaboración del plan de actuación interdisciplinar de cada uno de los casos, e incluso establece un conjunto de prioridades de trabajo, relacionadas asistencialmente, con investigación y docencia.

En cuanto a las tareas del trabajador social nos centramos en las siguientes:

- ✓ Conocer los recursos existentes y elaborar un fichero o una documentación de cada recurso.
- ✓ Ponerse en contacto con las personas responsables del recurso que facilitamos a la persona enferma o familiares, para garantizar eficacia de la continuidad.
- ✓ Enriquecer de conocimientos psico-sociales, socio-familiares, de grupo, voluntariado u otros y si es necesario aportar documentación o referencias bibliográficas.
- ✓ Participar en las reuniones interdisciplinares.
- ✓ Aportar e informar a la comunidad del recurso para su difusión hacia la comunidad.
- ✓ Coordinación con otros recursos, otros equipos o programas.

9.4 CON LA COMUNIDAD

Novellas (2000) se entiende por comunidad al hablar de cuidados paliativos, a tener al alcance un amplio conocimiento de recursos que se encuentran disponibles para poder atender a las necesidades tanto del enfermo como de su familia.

Poder atender la pluralidad de situaciones y problemáticas, que pueda presentar una persona enferma y su familia, significa poder disponer de un amplio conocimiento de recursos de los cuales se pueden beneficiar.

El ámbito socio-sanitario ofrece una amplia gama de recursos con los cuales hay que conectar.

Existen otros tipos de recursos que es importante conocer, como los que ofrecen los organismos públicos: Bienestar Social, Salud Pública, Justicia, Red de Servicios Sociales o las Organizaciones No Gubernamentales de las que también podemos obtener colaboración.

Los recursos deben ir encaminados a resolver los diferentes problemas que se detectan durante el proceso de atención.

Recursos puntuales:

- ✓ Ayuda a domicilio
- ✓ Material orto-protésico.
- ✓ Ayudas para mediación.
- ✓ Notarías: testamentos, daciones de poderes, etc.
- ✓ Servicios funerarios:
- ✓ Entierro/incineración.
- ✓ Beneficencia.
- ✓ Pago a plazos.
- ✓ Traslado de cadáveres.
- ✓ Servicio de ambulancias.
- ✓ Donación de órganos.
- ✓ Permisos diversos.

La coordinación de los recursos va encaminada a ofrecer una continuidad en la asistencia, teniendo presente los principios básicos de la atención.

Aspectos que es necesario tener en cuenta en las derivaciones:

- Contactar con el profesional adecuado para recibir la información que facilitamos.
- La información facilitada a presentar únicamente los datos que son necesarios para efectuar la derivación

- Los informes sociales deben estar adecuados a los objetivos y la finalidad por el cual se emiten.
- Es necesario dejar claras las acciones y/o gestiones efectuadas por el servicio hasta el momento y las que queden pendientes, si las hubiera.
- Es importante manifestar la disponibilidad para reconducir la derivación en caso de que haya cualquier dificultad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Valenciana de Salud. (2012). Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario. Obtenido de http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf
- Agrofo, E., & Manrique, B. (1996). *Asistentes Sociales en Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona: Jims.
- Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). (2015). *Definición de cuidado paliativo*. Obtenido de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3n-de-cuidadopaliativo.aspx>
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud. (2011). *A E Trabajo Social y Salud*. Obtenido de <http://www.aetrabajosocialysalud.es/>
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Benítez, M. (2003). Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. *Atención Primaria*, 31(8), 478-479.
- Bucay, J. (2006). *El camino de las lágrimas*. Madrid: Delbolsillo.
- Cabot, R. (1911). Social Service work in hospitals. *Annal of the American Academy of Political Science*, 37, 223-227.
- Calman, K., & Doyle, D. Y. (2000). *Palliative care in the home*. New York: Oxford University Press.
- De la Paz, P. P. (2011). La intervención del Trabajo Social desde la perspectiva de las fortalezas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 155-163. Obtenido en Noviembre de 2016, de <http://www.uclm.es/>
- Espina, A., Gago, J., & Pérez, M. M. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Psicoterapia*, 4(13), 77-78. Obtenido en Octubre de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Gil, A., Herranz, P., Calvo, F., Fernández Hidalgo, O., Santos, M., Sierrasesúмага, L., . . . Brugarolas, A. (1988). Síndrome terminal de enfermedad: criterios y actitudes. *Medicina de la Universidad de Navarra*, 32(2), 111-118. Obtenido en Noviembre de 2016, de <http://www.unav.edu/web/facultad-de-medicina>
- Gómez Sancho, M. (2004). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán ediciones.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Defunciones según la Causa de Muerte*. Obtenido de <http://www.ine.es/>

- Ituarte Tellaeche, A. (Octubre de 2003). Evolución del Trabajo Social en España. *Trabajo Social y Salud*, 69-84. Obtenido en Noviembre de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2007). *Plan Integral de Oncología de Andalucía*. Obtenido de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csald/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_oncologia/plan_oncologia_2007_12.pdf
- Junta de Andalucía. Conserjería de Salud. (2007). *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos*. Obtenido de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf
- Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Mengual, F. B., Pérez, J. T., Sesé, G. M., Pérez, M. F., & Cardona, R. B. (2005). *Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. Paciente Terminal*. Obtenido de <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. Obtenido en Noviembre de 2016, de <https://www.msssi.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido en Octubre de 2016, de <https://www.msssi.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Obtenido en Octubre de 2016, de <https://www.msssi.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido en Septiembre de 2016, de <https://www.msssi.gob.es/>
- Navarro Sanz, J. R. (2014). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Obtenido de <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>
- Novellas, A. (2000). *Trabajo social en cuidados paliativos*. Barcelona: Naran Ediciones S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2017). *Cáncer, datos y cifras*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Parkes, C. (1970). The First year of a Bereavement. *Psicoterapia*, IV(13), 444-467. Obtenido en Noviembre de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2015). *Guía de Cuidados Paliativos*. Obtenido en Octubre de 2016, de <http://www.secpal.com/>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2015). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*. Obtenido de http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_trabajo_social.pdf
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Zamora Calvo, A. (2002). El enfermo terminal y la muerte. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 5(2). Obtenido en 14 de Octubre de 2016, de <http://www.bioeticacs.org/>

10.1 REFERENCIAS LEGALES

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo; de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, BOE nº 68. 20 de Marzo 2007. P, 11871

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, fue creado el Sistema Sanitario Público de Andalucía, BOJA nº 185. 4 de Julio 1998. P, 26392

Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, BOE nº 233. 29 de Septiembre 1999. P, 34670

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, BOJA nº 210. 31 de Octubre 2003. P, 22728

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, BOJA nº 127. 7 de Mayo 2010. P, 45646