

TRABAJAR CON LA MUERTE DESDE EL TRABAJO SOCIAL. IMPLICACIONES ANTROPOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, BIOÉTICAS Y LEGALES

WORKING WITH DEATH FROM SOCIAL WORK. ANTHROPOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL, BIOETHICAL AND LEGAL IMPLICATIONS

María Pérez Bandera

Universidad de Granada. Facultad de Trabajo Social y Relaciones Laborales

Resumen: El Trabajo Social se caracteriza por ser una profesión multidisciplinaria, puesto que se nutre de teorías y prácticas de disciplinas como la sociología, antropología, psicología, entre otras, y, dentro de los diversos campos de actuación, uno de ellos es el de los cuidados paliativos, única opción a ofrecer a toda persona que padece una enfermedad terminal, a falta de una regulación estatal que garantice la puesta en práctica de la eutanasia, sin que de ella se deriven consecuencias penales. Este artículo, supone una revisión teórica acerca de cómo se trata y percibe la muerte desde diferentes disciplinas (antropología, psicología, bioética y legislación estatal y andaluza), así como poner de manifiesto la importancia que tiene intervenir desde el Trabajo Social mediante la escucha activa y el acompañamiento -como elementos principales- tanto con paciente como con su respectiva familia cuando la enfermedad desborda emocionalmente, complicando en consecuencia, las relaciones tanto familiares como comunicacionales. Este artículo corresponde a la parte teórica del Trabajo Fin de Grado denominado "Proyecto de intervención para la gestión comunicacional y emocional en cuidados paliativos".

Palabras clave: Trabajo Social, Cuidados paliativos, Paciente, Familia, Gestión comunicacional y emocional.

Abstract: Social Work is known as a multidisciplinary profession due to it has theoretical and practical knowledge from disciplines like sociology, anthropology, psychology, and others, and one of the areas where Social Work can be, are palliative cares, the only option to offer to everybody who suffers a terminal illness, when there's not a state's regulation that can guarantee to put in practice the euthanasia, without penal consequences. This article supposes a theoretical revision about how death is seen and treated from different perspectives (anthropology, psychology, bioethics and Spanish and Andalusian legislation), and shows the importance that has Social Work in the intervention using active listening and accompaniment -as main elements- with the patient and its family, when the situation is emotionally overwhelming, complicating consequently, familiar and communicational relations. This article corresponds to the theoretical part of the Final Degree Project called "Intervention project for communicational and emotional management in palliative care".

Keywords: Social Work, Palliative care, Patient, Family, Communicational and emotional management.

| Recibido: 06/01/2021 | Revisado: 18/01/21 | Aceptado: 25/01/2021 | Publicado: 31/01/2021 |

Referencia normalizada: Pérez, M.^a (2019). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. Trabajo Social Hoy 92, 7-26. doi:10.12960/TSH.2021.0001.

Correspondencia: María Pérez. Trabajadora Social. Email: mapeba_15@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Ningún ser humano está exento de sufrir una enfermedad a lo largo de su vida y, en algunas ocasiones, ser víctima de una catalogada como terminal, en la que el fin último es el de fallecer. Dicho esto, hasta que no llega el final de la vida, la persona requiere de alguien que le proporcione unos cuidados y soporte. Hoy en día, el concepto de muerte sigue siendo un tema tabú y a la mayoría de las personas con quienes se habla de ella, les provoca tal rechazo que piden cambiar de conversación o son ellas mismas quienes lo hacen. Se estima necesario entonces, que al tratarse de un hecho inevitable y que forma parte ineludible de nuestro ciclo vital, es fundamental tratarla y normalizarla desde una edad temprana, en vez de apartarla, alejarla o repudiarla, pensando así que no nos tocará a nivel particular o a alguien de nuestro entorno más cercano.

Como se sabe, en el Estado español, -a falta de que se ponga en práctica la aprobación de la ley- está prohibida la figura y práctica de la eutanasia y es por eso que la única opción factible que puede proporcionarse a las personas que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad, es la de los cuidados paliativos, los cuales tienen su origen etimológico en el latín *pallium* que significa “capa” (Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., Saralegui, I., 2007) y que según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos fundada en 1992 (citado en Germán, 2011), suponen una herramienta que aporta la mejora en la calidad de vida de los pacientes en concordancia con sus valores, preferencias y creencias, a través de la atención integral, individualizada y continuada, cuando no son capaces éstos de enfrentarse a las adversidades en cuestión de salud. Se basan entonces, en la *atención integral* de la persona; en el *apoyo* al enfermo y familiar; en *promover la autonomía y dignidad* del paciente para tomar sus decisiones en el tratamiento a recibir o no; en la *terapia activa* para ayudar a la persona a que no se rinda tan pronto y en tener en cuenta el *ambiente* para asegurar que se respira tranquilidad y puede haber comunicación (Galán, 2011).

Durante todo el proceso de la enfermedad, es decir, desde el diagnóstico hasta la defunción de la persona, tanto paciente como familia deben hacer frente a una situación inesperada en la cual se vivirán momentos de gran agotamiento físico, pero sobre todo emocional. Por lo tanto, si no se recibe la ayuda profesional como es en este caso desde el Trabajo Social, pueden surgir la mala comunicación y las disputas familiares y, en algunas ocasiones, la relegación o incluso el abandono de la persona enferma.

En consecuencia, en la medida de lo posible, desde la profesión se debe intentar conseguir que paciente y familiares tengan el máximo y mejor bienestar, siguiendo

a una de las figuras más importantes del siglo XX en relación con los cuidados paliativos, Cecily Mary Saunders, enfermera británica que durante la década de los 60 fundó los llamados “hospices” u hospicios, lugares desde los que se intervenía con pacientes y familias atendiendo a las demandas psicosociales y espirituales (Germán, 2011), con el objetivo de garantizar el máximo confort posible, así como una correcta comunicación para poder establecer una relación equipo médico-paciente-familia, favorable (Getino, 2012).

METODOLOGÍA

La metodología usada para realizar el artículo es totalmente teórica y se basa en la búsqueda bibliográfica sobre la percepción y trato de la muerte desde los campos de la antropología, psicología, legislación (estatal y andaluza), la bioética y el Trabajo Social. En este último se hace hincapié, en que, como se ha mencionado con anterioridad en el apartado de introducción, el Trabajo Social es una profesión multidisciplinar -que se nutre de conocimientos teóricos/prácticos de disciplinas como la sociología, antropología, psicología, entre otras- y se conoce muy poco de la relación que mantiene con la muerte, en este caso, con los cuidados paliativos y lo que les envuelve.

Así mismo, con tal de poder obtener información y redactarla posteriormente, se ha optado por el uso de artículos de revista, manuales, libros y páginas web de instituciones oficiales, procurando así que las fuentes consultadas provinieran de experiencias profesionales o bien fueran contrastadas y probadas, siendo, por lo tanto, verídicas.

Los cuidados paliativos suscitan interés en varios ámbitos sociales, económicos y políticos, por ello optamos por decantarnos por los ámbitos profesionales mencionados en el título del artículo ya que, tanto la antropología como la psicología dan la respuesta a cómo se percibe, trata y vive la muerte a nivel personal y social. La bioética da su punto de vista sobre cómo se entiende la muerte y debe actuarse cuando una persona padece una enfermedad terminal, así como la legislación, en cuanto al reconocimiento de los derechos que posee el paciente para decidir sobre su salud, pero no menos importante, sobre la protección de la vida y la prohibición expresa de matar o incluso ayudar a provocar la muerte, ambas prácticas totalmente penadas.

CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

1. Visión antropológica de la muerte. Un recorrido histórico

En nuestra sociedad occidental, el concepto de muerte se trata como un tabú. Según el antropólogo Alfonso Miguel García (citado en Fernández, 2011), se puede clasificar en cuatro categorías: *natural* ya que forma parte de vivir; *cotidiana* porque cada día fallecen personas; *aleatoria* debido a que no se sabe cuándo fallecerá alguien y *universal* porque todos y cada uno de nosotros acabaremos falleciendo.

No es menos importante, hacer un recorrido histórico sobre cómo se ha llegado a ver y tratar la muerte para Fernández (2011). Durante toda la Edad Media, la Iglesia era el poder fáctico más importante e imperaba el miedo hacia Dios, único ser capaz de juzgar las acciones en el mundo terrenal para luego dirigirse al cielo o al infierno. Los cementerios estaban totalmente alejados de las poblaciones por temor a que los difuntos se acercaran a los vivos.

En el Renacimiento, los cementerios empezaron a construirse dentro de iglesias, conventos y catedrales, con la finalidad de estar más cerca de Dios. De hecho, a nivel literario tuvo mucha importancia la obra “Ars bene moriendi” o “Libro del buen morir”, un manual destinado a la población, del cual se recomienda leer y aprender su contenido para, llegado el momento de fallecer, hacerlo en paz. Entre los siglos XVII y XVIII, la muerte adquirió importancia en el ámbito médico porque había curiosidad en encontrar la respuesta al por qué la gente fallecía y cómo podía evitarse.

Finalmente, desde el siglo XIX hasta el día de hoy, existe un doble tratamiento; de una parte, se rechaza, pero por otra hay un interés en hacerle frente mediante avances médico-científicos.

2. Psicología y muerte. Breve referencia a las etapas del duelo

Para Cabezas (2010), son dos los motivos que dificultan hacerle frente a la muerte: la *edad* de la persona que ha perdido la vida, por una parte, y la *satisfacción* de ésta, por otra. En el primer caso, es muy complicado aceptar que una persona joven fallezca porque “tenía más vida por delante”, que no una que tenía más edad porque “ya era mayor e hizo su vida”.

En el segundo caso, aquella persona que haciendo un repaso de su vida llegue a la conclusión de que la ha vivido intensamente y ha tenido sentido, aceptará mucho más fallecer, que no quien piensa totalmente lo contrario.

Supone una situación delicada y difícil tener que dar malas noticias (Astudillo, W., Horcajada, J. P. y Mendinueta, C. (2002) y Fernández (2011), llegan a la conclusión de que, cuando se reciben malas noticias inesperadamente, la persona entra en *shock o impacto emocional*, es decir, tiene serias dificultades para poder procesarla a consecuencia del fuerte impacto emocional, reaccionando de dos formas diferentes; presentando *ansiedad* (malestar físico, agitación, presión arterial elevada, etc.) o *apatía* (falta de interés del entorno que le rodea y apariencia de nula afectación).

Como se sabe, cada uno de nosotros, en uno u otro momento de su vida, debe pasar por lo que se conoce como duelo, un proceso de enfrentamiento y aceptación de la muerte mediante el cual se experimentan una serie de sentimientos que dependerán de la propia persona. Los factores que guardarán una estrecha relación tanto con los sentimientos como con el tiempo para superar las diferentes etapas del proceso son: la *persona* que ha fallecido, así como la *edad* y los *roles* que representaba tanto a nivel social como familiar.

Cuando se tiene la certeza de que tendrá lugar una defunción en un futuro próximo o lejano, muy probablemente se vivirá el llamado *duelo anticipado o anticipatorio*, en el que se sabe absolutamente que, en un momento u otro, inevitablemente, falleceremos o perderemos a un ser querido (Fernández, 2011).

No puede acabarse este apartado sin hacer referencia a una de las figuras más importantes por excelencia del duelo, Elisabeth Kübler-Ross. Es por esto que a continuación, se detallan cada una de las fases adaptadas a cómo pueden llegar a vivirlas los/as pacientes y sus respectivas familias (Kübler-Ross i Kessler, 2014).

1. Negación. Es el inicio del proceso del duelo y un mecanismo de defensa para ir aceptando poco a poco la realidad. La persona enferma no acepta la situación bajo la que se encuentra y requiere de un tiempo para procesar la información recibida. Al pasar por las siguientes etapas, ésta puede volver en cualquier momento, por lo que es necesario que disponga de alguien que le escuche y con quien pueda contar.
2. Ira. Es la respuesta a la frustración que siente la persona enferma cuando ha recibido el diagnóstico de que su enfermedad es incurable e irreversible, proyectándola así hacia su familia (la cual puede llegar a enfadarse o abandonarla), así como hacia el equipo médico, cuando considera que no ha recibido toda la información y no se le ha tenido en cuenta.

3. Negociación o pacto. Es una etapa de aceptación de la muerte. Antes de fallecer, se hace un pacto con Dios para enmendar errores, ser más buenas personas, etc. Puede que vayan mezclándose varias etapas porque requiere de tiempo y depende de cada individuo. Incluso, la persona puede llegar a pedir no fallecer hasta que no acontezca un hecho importante familiar o social.
4. Depresión. Considerada como la más duradera y de la que es especialmente complicado superarla. En nuestra sociedad está mal visto ver a una persona triste. No gusta porque supone una carga demasiado pesada. Se tiende a dar ánimos, a que la persona salga adelante y vuelva a tener la vida de antes. Debe aceptarse que es una etapa más del duelo y que es normal sentirse solo/a y desolado/a. Es sano que la persona sienta abatimiento, apatía, tristeza y piense que la vida no tiene sentido. Eso sí, siempre que tengan un carácter temporal.

En esta misma etapa, pueden vivirse dos clases de depresión; la *reactiva* como respuesta directa de la enfermedad y la *preparatoria* como forma de aceptar la enfermedad y sus consecuencias.

En cuanto al duelo, son dos también las tipologías que puede experimentar la persona que ha perdido a un ser querido; el *crónico*, en el que la tristeza es permanente, y el *patológico*, caracterizado por el hecho de que cada vez se agrava más, con el consecuente riesgo de suicidio, por lo que requiere de una terapia psicológica (Cabezas, 2010).

5. Aceptación o resignación. Es la última según Cabezas (2010), por la cual se acepta la pérdida de la persona mediante una actitud resiliente. De hecho, algunas familias se caracterizan por serlo porque mantienen la esperanza de que la situación que viven acabará bien a base de esfuerzo y dedicación mutuas (Novellas, 2016).

Lacasta y Sanz (2015) concluyeron que, en esta última etapa, quienes pierden a su ser querido pueden experimentar el llamado *duelo retardado, inhibido o negado*. Curiosamente, la persona puede no dar muestra alguna de una reacción emocional, como si no le afectara en absoluto, pero es el resultado de un cúmulo de dolor no exteriorizado que afecta gravemente a nivel psicológico.

3. El papel del Trabajo Social en cuidados paliativos. Intervención emocional y comunicacional en paciente y familias

El Trabajo Social se caracteriza por su vasta diversidad de tareas entre las que se encuentra la intervención psicosocial (Vanzini, 2010), lo que lleva a mantener el contacto tanto con el resto del equipo profesional como con paciente y familia, la cual debe ser

observada, evaluada y diagnosticada con tal de poder orientarla sobre cómo enfrentar la situación de la mejor forma posible (López, 2011).

Autores como García y Agrafojo (2015), González (2018), Hudson et. al (2012) y Moro y Lerena (2011), estiman que la profesión del Trabajo Social en el área de cuidados paliativos se basa en asesorar y dar apoyo tanto al enfermo como a su familia, promoviendo al máximo su bienestar, manteniendo una actitud que denote confianza y seguridad (Aparicio, B., Agrafojo, E., Martín, M. A., García, M., Gómez, M. del P., Merino, M. Tejedor, E. M., Huarte, P., Peñaranda, A., Vanzini, L., 2015), proporcionar información y resolver dudas, acompañar en la fase terminal de la enfermedad, así como en el duelo, fomentar la autonomía de la persona cuidadora a través del apoyo psicosocial, mediar entre paciente-familia-equipo médico y aportar las soluciones o alternativas más adecuadas en base a las peticiones formuladas.

Con la finalidad de poder realizar una correcta intervención, una de las herramientas principales es la *entrevista*, a través de la cual se fomenta la expresión de los sentimientos, se ayuda a clarificar las ideas y pensamientos, a valorar las ventajas e inconvenientes en la toma de decisiones, en delimitar el problema para poder resolverlo de forma holística habiendo visto varias perspectivas, mostrar los roles observados y cuáles son los comportamientos y actitudes disruptivos (Borràs, 2004).

Así mismo Vanzini (2010) y Novellas (2000) estiman necesario elaborar un *informe social* en el que se recojan los datos socioeconómicos, de salud y vivienda de la persona enferma, para elaborar posteriormente un *diagnóstico social* en el que se valore su situación, se determinen cuáles son los factores de riesgo y protección, los roles que mantienen quienes cuidan del enfermo, así como su estilo comunicacional y detectar cuál es la principal persona cuidadora. Todo esto con la finalidad de llevar a cabo una intervención adecuada que habrá de tener un seguimiento y valoración constantes.

En el Reino Unido, Sally (2016) propone un modelo de intervención con las familias teniendo en cuenta las siguientes premisas:

1. Cada persona debe considerarse como un individuo. Informar de los procedimientos legales a seguir, dar soporte a los familiares y ofrecer la oportunidad de poder realizar las últimas voluntades.
2. Cada persona tiene el derecho a ser cuidada. Desde el Trabajo Social, debe haber la seguridad de que toda persona pueda acceder a los servicios sanitarios y velar por evitar la discriminación por razones lingüísticas, religiosas o culturales, derivando a otros/as profesionales si se estima oportuno.

3. Maximizar el control y el bienestar. El/la profesional es la guía, figura de apoyo y escucha tanto de pacientes como familias y defenderá la protección de los derechos y dignidad de éstos/as.
4. Coordinación de los cuidados. Trabajar tanto con pacientes y familias como con el resto de personal sanitario para evitar conflictos y mediarlos proporcionando el mayor y mejor asesoramiento posibles.
5. Equipo profesional preparado para cuidar. Formar a cualquier profesional que se encuentre trabajando en el ámbito sanitario y especialmente en cuidados paliativos.
6. Toda comunidad está preparada para ayudar. Informar y concienciar a la ciudadanía, ya sea en adultos como en menores, sobre la muerte y su proceso, saber cómo ayudar a la persona enferma y familia y promover el voluntariado.

Intervención con el enfermo

Tal y como defienden Moro y Lerena (2011), el/la paciente presenta unas necesidades clasificadas en tres niveles: *biológico* (conciliación del sueño, higiene personal, comer), *psicosocial* (seguridad, sensación de pertenencia, amor, comprensión, aceptación, amor propio, confianza, ser escuchado/a, hablar libremente, compartir miedos, respeto por su intimidad) y *espiritual* (aferrarse a sus creencias religiosas para intentar darle una explicación a la situación en la que se encuentra y el sentido de todo su trayecto vital). Cuando una persona se encuentra en una situación en la que no puede valerse por sí misma, automáticamente se tiende a proporcionarle nuestra ayuda y cuidados. No obstante, en la mayoría de las ocasiones, se le deja de tener en cuenta (relegación) porque se opta por sobre protegerla, de manera que le resulta imposible poder tomar decisiones sobre la enfermedad y el tratamiento. Consecuentemente, esta incapacidad para decidir genera estados de ansiedad y distanciamiento con los familiares, por lo que resulta de vital importancia permitir que la persona se exprese y se le pueda reconocer, al mismo tiempo, el derecho a ser informada cuando así lo desee y tome las decisiones oportunas (Getino, 2011).

Así mismo, Kayne (citado en Astudillo et al., 2002) propone las siguientes pautas a seguir para intervenir con el/la paciente:

1. Hablar separadamente con la finalidad de esclarecer las preocupaciones y temores tanto del/de la enfermo/a como de la familia para intervenir de la forma más eficaz.

2. Preguntar a la familia por qué quiere ocultarle información a la persona enferma.
3. Hacer valorar a ambas partes qué implica emocionalmente la situación que viven.
4. Permitir que la persona enferma se desahogue hablando de sus sentimientos.

Intervención emocional con las familias

Tal y como dice Novellas (2016), resulta difícil asimilar que una persona enferma se encuentre en un estado de empeoramiento irreversible y que, quienes pertenecen a su círculo más próximo, se encontrarán con situaciones difíciles de tomar, llegando a sentirse culpables, irascibles y frustrados/as. Habrá momentos en los que los familiares se encuentren ajenos a la situación (*disociación*). Otros, culparán al/a la enfermo/a por el hecho de estarlo o al equipo médico por falta de competencia y respuestas (*enojo, persecución y reproche*). En otros momentos, se quedarán bloqueados/as o actuarán por impulso (*turbación y confusión*) o bien pensarán que, cuidando de la persona, ésta se recuperará (*culpas, deseos y fantasías*).

Astudillo, W. Mendiñeta, C. y Muñoz, A. (2002) creen que cuando se interviene con las familias, hay que tener muy presente que no hay ninguna igual, ya que cada una presenta sus patrones de funcionamiento y comportamiento con distintos roles, estilos y proyectos vitales, modos de gestionar y procesar los problemas, etc.

En consecuencia, puede darse el caso de que la familia reaccione *no adaptándose a la situación ni a la muerte inminentes; pedir al equipo médico que forme parte de la conspiración del silencio; alejarse de la persona enferma por no saber cómo enfrentarse a la situación y/o solicitar paralizar el tratamiento para acelerar la muerte*.

Para Sun (2015), las familias, independientemente de cuáles sean las características y procedencia, comparten un punto en común, la duda. La duda por no saber cómo actuar, cómo coordinarse con las tareas y cómo hacerles frente a las emociones. Se le añade además que muchas personas consideran que es obligación moral cuidar o bien, al no quedar otra opción, se ven obligadas a prescindir del empleo o reducir la jornada laboral, afectando considerablemente a la economía familiar y aumentando al mismo tiempo, el grado de estrés que puede derivar en un riesgo de sufrir cardiopatías, generar tensiones sociofamiliares o incluso matrimoniales.

El resultado directo es entonces la *claudicación emocional*, situación en la que tanto la persona cuidadora como la familia se sienten incapaces de atender a las necesidades del/de la paciente y proporcionarle la ayuda más adecuada (Fernández, 2011). No obstante, como pudo comprobar Hudson (2005), si las personas cuidadoras reciben una formación y preparación psicoeducativas, estarán mucho más capacitadas a nivel psicológico, reduciendo claramente los niveles de ansiedad.

Para finalizar, autores/as como Antequera, J. M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés, R., Casares, M., Gervás, J., Gómez, M., Pascual, A., Seoane, J. A. (2006), Hudson (2011) y González y Klugman (2018), destacan la importancia de que las familias necesitan recibir una información clara y concisa, con el propósito de que la toma de decisiones sea más fácil, aunque se requiera de ayuda y orientación. Tampoco debemos olvidar que las personas cuidadoras también tienen sus demandas físicas, psicológicas y espirituales y que la persona enferma es un ser autónomo/a con derechos y capacidad de decisión.

Dificultades e intervención en la comunicación y relación familiares

Cuando la situación sobrepasa a nivel emocional, pueden aparecer en la familia problemas en la comunicación ya sea paciente-familia como entre los miembros de esta, habiendo la probabilidad de que aquellas que ya presentan una comunicación difícil de por sí, la agraven por tener un familiar en cuidados paliativos, haciendo peligrar las relaciones o convertirlas en hostiles.

Así lo afirman Kissane, D. W., Block, S., McKenzie, M., McDowall, A. C., Nitzan, R. (1998), que diferencian tres tipologías según su estilo comunicacional. En primer lugar, está la que *le cuesta confiar*, caracterizada por la ocultación de los sentimientos e información, debido a la falta de confianza ente los miembros y con una comunicación nula o tensa. En segundo lugar, la que *oye, pero falla al escuchar*, sin tener en cuenta ni los sentimientos ni opiniones de los miembros. Por último, la que se encuentra en *permanente conflicto*, agravando aún más los conflictos y convivencia familiares, Novellas (2016), pero, hace una clasificación mucho más genérica y sencilla al diferenciar entre dos tipos principales de familia: la *homeostática* con una actitud rígida al cambio o con serias dificultades para enfrentársele y la *morfogénica* dispuesta a hacer todo lo que esté en su mano para cambiar y mejorar.

Hudson et al., (2004), establecen que puede haber *barreras en el proceso de comunicación*, que son los impedimentos comunicacionales que evitan o inhiben facilitar la información, aconsejar o apoyar a las familias. Algunas personas cuidadoras estiman oportuno no molestar a los/as profesionales sanitarios porque creen que ya tienen bastante con su trabajo, y otras se niegan a recibir ayuda externa al considerar que la información recibida por parte del equipo médico no será la más adecuada para el/la paciente.

En relación con lo anteriormente comentado, Fernández (2011) y Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., Bayés, R. (2003), creen que uno de los principales riesgos que existen cuando la familia carece de las herramientas necesarias para establecer un clima de comunicación agradable y de confianza con la persona enferma, es que se origine la

denominada conspiración del silencio, llevada a cabo entre los familiares o éstos junto con el equipo médico, con el objetivo de evitar un sufrimiento al/a la paciente para auto protegerlo/a ante otros miembros de la familia por la mala comunicación o bien por la incapacidad del equipo médico de dar malas noticias y hacerles frente. Según Antequera et al., (2006) se puede dividir en *explícita* cuando se pacta ocultar la información, o *implícita* cuando se sobreentiende lo que hay que hacer sin necesidad de decir nada. En caso de no ponerle una solución a ello, puede desencadenar en un abandono emocional al/a la paciente, dejándole de proporcionar los cuidados y atención, con el peligro de incurrir en una negligencia o incluso abandono literal por falta de éstos.

Por lo tanto, la propuesta de Aparicio et al., (2015) y Loncán et al., (2007), es la del *modelo de atención al final de la vida*, mediante el cual el/la trabajador/a social acompaña a paciente y familia teniendo en cuenta los siguientes elementos: escucha, acogida, interpretación y devolución de la información, continuidad y compromiso.

A nivel relacional entre los miembros de la familia, puede darse el caso de que tenga lugar la *claudicación familiar* (Arranz et al., 2003), en la que cada uno de sus miembros se encuentra totalmente desbordado e incapaz de hacer frente a la situación que viven. Puede darse en cualquier momento y afectar en los niveles emocional, de salud o social tanto individual como grupal o global.

Por todo lo anteriormente descrito, desde el Trabajo Social se puede optar por el uso de dos herramientas: la mediación, entendida como el proceso en el que al menos dos partes mantienen puntos de vista u opiniones contrarias desembocando en un conflicto que requiere de una persona con una actitud neutra para aportar soluciones (De Tommaso, 2012); o bien el counselling, que pretende ayudar a que la persona encuentre la mejor manera de enfrentar una situación a través de las capacidades, herramientas y habilidades personales. Arranz et al., (2003), Vanzini (2010) y Bermejo (citado en Pozo, 2017), lo consideran como el modo de hacer pensar a una persona que precisa de ayuda, a través de preguntas abiertas focalizadas, con tal de que tome las decisiones más adecuadas en base a sus valores e intereses.

Cabe destacar que los tres valores fundamentales bajo los que se debe regir un/a trabajador/a social son la empatía con la persona que se interviene; la congruencia y la veracidad de la información que se transmite adaptándola al nivel de comprensión y estado emocional en un momento determinado y la aceptación incondicional de la persona con la que se interviene, respetándola independientemente de sus procedencia geográfica, socioeconómica y familiar, así como de las ideologías, creencias, convicciones, pensamientos u opiniones.

4. Una visión desde la bioética

Es tal el sufrimiento que tiene una persona durante la fase terminal de una enfermedad, que puede llegar a solicitar que se le practique la *eutanasia* o también llamada “muerte por piedad”. Tiene su origen etimológico en el griego “eu-thanatos” que significa literalmente “buena muerte” (Vega, s.f.). No obstante, tanto el Instituto Nacional del Cáncer como Nombela, C., Postigo, E., López, F., Abellán, J. C., Serrano, J. M., Prensa, L. (2009), coinciden en que se trata del acto con el que se pone fin a la vida de una persona bien por petición expresa como por terceros, con la finalidad de terminar con el sufrimiento que causa la enfermedad, pudiendo ser *activa* (provocar la muerte activa y expresa) o *pasiva* (dejar de recetar los fármacos).

La bioética tal y como la definen Loncán et al., (2007) se basa en el absoluto y máximo respeto a la persona como a las decisiones que tome a nivel individual y, tanto en este campo como en el de la medicina mediante el Juramento Hipocrático, existe un principio fundamental; “no matarás” (Galán, 2011). Por lo tanto, la única alternativa es la de proporcionar cuidados paliativos porque, como se ha citado al principio del artículo, en el Estado español está prohibida la práctica de la eutanasia. Este hecho no exime de que no se evite el uso innecesario del *encarnizamiento terapéutico*, práctica médica basada en el uso de fármacos que, lejos de mejorar la calidad de vida del enfermo, se le alarga aún más provocándole sufrimiento y dolor innecesario.

Las terapias que pueden ponerse en práctica como alternativa a la eutanasia son para Galán (2011) y Antequera et al., (2006):

1. Terapia contraindicada/no inicio y retirada de tratamientos de soporte vital, utilizada cuando se tiene la certeza de que los tratamientos farmacológicos son totalmente fútiles y es el equipo médico el que decide por el/la paciente.
2. Terapia opcional o adecuación al esfuerzo terapéutico, en la que el equipo médico informa a paciente y familia de las opciones que pueden salvar o mejorar la calidad de vida, teniendo presente que las ventajas e inconvenientes estarán en igualdad de condiciones. En este caso, el/la paciente sí tiene el derecho de poder decidir si quiere o no que se le aplique el tratamiento.
3. Terapia claramente indicada o tratamientos de intensidad proporcional a la intensidad del síntoma, ofrece más ventajas que inconvenientes y el/la paciente también tiene derecho a someterse o no al tratamiento.
4. Interrupción voluntaria y definitiva de la ingesta, es el/la paciente quien toma la decisión de dejar de comer hasta que fallezca.

5. Suicidio asistido, a través del cual una tercera persona previamente ha asistido e informado al/a la enfermo/a acerca de cómo ponerle fin a su vida. Si es el equipo médico el que ejecuta esta acción, se la conoce como *suicidio médicamente asistido*.

Para finalizar, respecto a los principios éticos que rigen las prácticas médicas según Vecino y Germán (2011), son la intención de *aliviar el sufrimiento*; la *autonomía* del/de la paciente y la *proporcionalidad* en la aplicación del tratamiento. Mientras, para Taboada (2012) son la *inviolabilidad de la vida humana*; la *proporcionalidad terapéutica*; el *doble efecto* en los resultados de las acciones; la *veracidad* de la información; la *prevención* de evitar conflictos posteriores y el *no abandono* del/de la paciente.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Nuestros derechos y deberes como pacientes datan del año 1986 a través de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, el derecho más importante es de la autonomía, después de haber recibido toda la información por parte del equipo médico. Como se ha citado, en el Estado español está tácita y expresamente prohibido practicar la eutanasia y así queda reflejado tanto en la Constitución de 1978 en su artículo 15, de la Sección 1.^a *De los derechos fundamentales y libertades públicas, Capítulo II Derechos y Libertades del Título I De los derechos y deberes fundamentales*.

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni penas o tratos inhumanos o degradantes (Albertí y González, 2014, p. 40).

En el Código Penal de 1995 reformado en el 2015 se expone en los apartados 1 y 4 del artículo 143 lo siguiente:

El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. [...] El que causare o cooperase activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o produjera graves sufrimientos permanentes y difíciles de soportar [...] (Gimbernat, 2015, p. 253).

Dicho esto, la Ley Estatal Reguladora que protege los derechos de la persona enferma en el ámbito sanitario español, es la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de/de la paciente y derechos y obligaciones en materia*

de información y documentación clínica. Se contempla que el equipo médico está obligado a informar a paciente y familia sobre el diagnóstico de la enfermedad, así como de los posibles tratamientos y cómo pueden afectar en su salud.

En Andalucía, la principal normativa respecto a los derechos y deberes tanto de pacientes como del equipo médico es la *Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*. Una de las figuras que cobra especial importancia es la *declaración vital anticipada*, documento en el que debe quedar constancia sobre cómo se quiere que sea el tratamiento que recibir cuando uno ya no tenga la capacidad de obrar de motu propio y cuáles son los cuidados y tratamientos a aplicar con tal de garantizar el mayor bienestar.

Precisará, no obstante, de la coordinación del equipo médico habiendo informado previamente tanto a paciente como familia. El Defensor del Pueblo Andaluz (2007) pone de manifiesto el *consentimiento informado*, en el que se manifiesta que el/la paciente ha sido informado/a del diagnóstico y del tratamiento a recibir, y consiente seguirlo o no. La diferencia entre este documento y el anterior, es que éste último permite que se le realicen modificaciones e incluso anulaciones en cualquier momento.

CONCLUSIONES

A lo largo de todo el artículo se ha podido comprobar que, con el paso de los siglos, la muerte sigue siendo considerado un tema tabú y es alejada de la sociedad. Incluso desde la ciencia se investiga constantemente para poder llegar a tener una esperanza de vida mucho más larga de la que ya tenemos. Es por ello por lo que resulta sumamente importante tratar de normalizar hablar de la muerte en todos los ámbitos, especialmente en el educativo, donde únicamente se habla de ella puntualmente, pero no para tratarla sin problema, como un hecho inherente en el ser humano.

A nivel legal, siguen existiendo dificultades para poder practicar la eutanasia activamente, pese a que se evidencie un claro sufrimiento por parte de la persona que, a su vez, pide consciente y voluntariamente que se le ponga fin al sufrimiento y a su vida. Todo ello motivado por el hecho de que, hoy en día, aún se está a la espera de su total aprobación puesto que, por el momento, sigue siendo una Proposición de Ley. Más concretamente su denominación es *122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*.

Así pues, la única forma de intentar proporcionar bienestar es mediante los cuidados paliativos con los diferentes métodos de tratamiento según las características y evolución de la enfermedad y necesidades del/de la paciente.

De todos modos, la normativa sea estatal o autonómica, garantiza unas obligaciones y unos derechos tanto para el/la paciente como equipo médico, el cual tiene la obligación de garantizar el derecho a ser informado/a de su enfermedad y tratamiento, para después decidir si quiere o no recibirlo, debiendo quedar constancia de ello o en la declaración de voluntades anticipadas o en el consentimiento informado.

Pese a ello, no se garantiza que los meses en el hospital no solo pasen factura a nivel físico, sino también y más importante, a nivel psicológico y emocional, puesto que no es fácil recibir la noticia de que se padece una enfermedad incurable con un pronóstico de vida de meses. Durante este periodo de tiempo, se recibirán cuidados a veces percibidos como inútiles e innecesarios, tanto para la propia persona como para su familia. A ello deberán sumarse momentos de sufrimiento y tomas de decisiones difíciles.

Es importante, tener en cuenta que cada familia es diferente la una de la otra motivada por la cultura, la religión, valores, etc., que determinarán la manera en cómo se hagan frente a las situaciones difíciles, las herramientas y/o capacidades de las que dispongan para tales efectos, así como los roles de cada miembro y su estilo comunicacional.

En el caso de que haya una falta de recursos, repercute en comportamientos y actitudes que no fomentan en absoluto la superación de la situación, traduciéndose en relaciones nulas o tensas, relegación y abandono del/de la paciente, estrés, dificultades para superar las fases del duelo, etc. De aquí la necesidad e importancia de la figura del/de la trabajador/a social, porque es la figura que escucha activamente y que, mediante las herramientas de las cuales dispone y las habilidades de las que requiere como son la empatía y escucha activa entre otras, puede acompañar, guiar, mediar y asesorar cuando se precisa ayuda, intentado, dentro de lo que cabe, aumentar el bienestar, tanto de la persona enferma como de su entorno más cercano.

Por último, resulta curioso cómo la bioética, que apuesta por el absoluto respeto por la toma de decisiones individuales, defiende a su vez no matar. Podría decirse que se posiciona en una postura u otra debido a los intereses propios de cada persona. En este caso, respeto a la aplicación o no de la eutanasia. Y, por lo que hace a la legislación vigente, tener garantías y protecciones legales que contemplen y regulen los cuidados paliativos asegurando al máximo el mayor confort posible, bien es cierto que se requiere de una normativa que se adapte a nuestros tiempos, cada vez más globales en cuanto a eutanasia se refiere.

Debe apostarse por textos legales en los que exista un consenso independientemente de las ideologías políticas y creencias religiosas, que garanticen, defiendan y respeten,

la voluntad clara y expresa de una persona que decide ponerle fin a su vida, sin que por ello se la criminalice, como tampoco a la familia ni al equipo médico. Evidentemente, no es nada fácil tomar una decisión de tan gran magnitud, como tampoco aceptarla, pero, se debe intentar empezar dando importancia a una cuestión de dignidad y humanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albertí, E. y González Beilfuss, M. (2014). *Leyes políticas del Estado*. Pamplona: Civitas. Biblioteca de Legislación.
- Antequera, J. M., Barbero, J., Bátiz, J., Bayés, R., Casares, M., Gervás, J., Gómez, M., Pascual, A., Seoane, J. A. (2006). Intervenciones psicosociales. Ámbitos de intervención. En José María A. et al., (Ed.), *Ética en cuidados paliativos* (59-80). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y Autores.
- Aparicio B., Agrafojo, E., Martín, M. A., García, M., Gómez, M. del P., Merino, M. Tejedor, E. M., Huarte, P., Peñaranda, A., Vanzini, L. (2015). Protocolos de intervención. *Trabajo Social en Cuidados Paliativos* (7), 113-116. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2016/07/monogradc3adas-secpal-nc3bam-7-trabajo-social-en-cuidados-paliativos-juny-2015.pdf>
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., Bayés, R. (2003), *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Astudillo, W. Horcajada, J. P. y Mendinueta, C. (2002). Fases de la adaptación a la enfermedad terminal. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (73-82). Barañáin: EUNSA.
- Astudillo, W. Horcajada, J. P. y Mendinueta, C. (2002). La asistencia a la familia ante una muerte esperada. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (381-386). Barañáin: EUNSA.
- Astudillo, W. Mendinueta, C. y Muñoz, A. (2002). Medidas para mejorar la relación familia-equipo de apoyo. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (387-396). Barañáin: EUNSA.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2002). Necesidades de los pacientes en fase terminal. En Wilson A., Carmen M. y Edgar A. (Cols.), *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (84-92) Barañáin: EUNSA.
- Borràs, J. M. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Trabajo Social del Institut Català d'Oncologia*. Recuperado de http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/axius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf

- Cabezas, J. L. (2010). La Muerte como parte del Ciclo Vital. En José Luis C. (A.), *El Ciclo de la Vida: Apuntes de Desarrollo* (351-363). Granada: Sider.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2017). *Morir en Andalucía. Dignidad y derechos*. Recuperado de https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/informe_muerte_digna.pdf
- De Tomasso, A. (2012). La necesidad de mediación. Concepto de mediación. Ventajas y desventajas de la mediación. Los modelos de mediación. En Antonio de T. (A.), *Mediación y Trabajo Social* (17-28). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio.
- Fernández Marín, M.^a E. (2011). Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los Cuidados Paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, 19-42. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Galán González-Serna, J. M. (2011). Bioética al final de la vida. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los Cuidados Paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, 43-62. Logroño: Universidad de La Rioja.
- García Pérez, M., Agrafojo Betancor, E. (2015). Definición del Trabajo Social en Cuidados Paliativos. En E. Agrafojo Betancor y M. García Pérez (AA. y Coord.), *El Trabajo Social en Cuidados Paliativos*, (7), 84-93. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2016/07/monogradc3adas-secpal-nc3bam-7-trabajo-social-en-cuidados-paliativos-juny-2015.pdf>
- Getino Canseco, M. (2012). *La espera. Construcción social de la muerte en el mundo de los cuidados paliativos*. Barcelona: Laertes.
- Gimbernat Ordeig, E. (2015). *Código Penal*. Madrid: Tecnos.
- González, A. y Klugman, R. (2018). Making the case for social work practice in the care of critically ill ICU patients. *ICU MANAGEMENT & PRACTICE*, 18 (2). 133-135. Recuperado de https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v18-i2-gonzalezklugman-making-the-case-for-social.pdf
- Hudson, P., Aranda, S., Kristjanson, L. J. (2004). Meeting the Supportive Needs of Family Caregivers in Palliative Care: Challenges for Health Professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (1), 19-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6988039_Meeting_the_Supportive_Needs_of_Family_Caregivers_in_Palliative_Care_Challenges_for_Health_Professionals/link/0deec527423e95aa21000000/download
- Hudson, P., Aranda, S., Hayman-White, K. (2005). Psycho-Educational Intervention for Family Caregivers of Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (4), 329-34. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.006. Recuperado de [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00389-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(05)00389-1/pdf)

- Hudson, P. y Payne, S. (2011). Family Caregivers and Palliative Care: Current Status and Agenda for the Future. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (7), 864-869. doi 10.1089/jpm.2010.0413. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/511153212_Family_Caregivers_and_Palliative_Care_Current_Status_and_Agenda_for_the_Future/link/55fbf0bd08ae07629e07c8dc/download
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., Hall, C., Trauer, T., Bolleter, A., Clarke, D. M., Bauld, C. (2012). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (6), 696-702. doi 10.1089/jpm.2011.0466. Recuperado de <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2011.0466>
- Kissane, D. W., Block, S., McKenzie, M., McDowall, A.C., Nitzan, R. (1998). Family Grief Therapy: A preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-Oncology*, (7), 14-25. Recuperado de https://ogg.osu.edu/media/documents/sunset/FamilyGriefTherapy_Kissane_David_W.pdf
- Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2014). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Lacasta Reverte, M. A. y Sanz Llorente, B. (2014). Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. *Monografías SECPAL*, 2 (5), 24-28. Recuperado de http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20impresión%20final%20final.pdf
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla. 7 de mayo de 2010, núm. 8, p. 8-16. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_media-file/2019/L2_2010.pdf
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. 15 de noviembre de 2002, núm. 274, p. 1-14. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- P. et al., (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 113-128. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original8.pdf>
- Loncán P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., Saralegui, I. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 113-128. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original8.pdf>
- López Álvarez, D. (2011). La intervención social en el entorno familiar del enfermo paliativo. En R. Guzmán (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuida-*

- dos paliativos. *Morir dignamente en un contexto humanizado*, 133-140. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Moro Yerpas M.^a P., y Lerena Tejón, I. (2011). El Trabajador Social como Agente de Cambio en cuidados paliativos. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social* (49), 270-276. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111523>
- Nombela, C., Postigo, E., López, F., Abellán, J. C., Serrano, J. M., Prensa, L., (2009). La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. *Bioética*. Recuperado de <https://www.bioeticaweb.com/la-eutanasia-perspectiva-actica-jurisdica-y-madica/>
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2000). *Trabajo Social en cuidados paliativos*. Madrid: Arán.
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2016). Homeostasis, armonía y sinergias familiares: modelos y estilos de afrontamiento familiares. En Ana N. (A.), *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención Social* (55-58). Obra Social "La Caixa". Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/846215/manual_atencion_psicosocial_intervencion_social_es.pdf/1fb7d782-1865-453c-8c86-f82601e138f6
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2016). Las dimensiones culturales frente a los procesos de morir y la muerte. En Ana N. (A.), *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social* (25-29). Obra Social "La Caixa". Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/846215/manual_atencion_psicosocial_intervencion_social_es.pdf/1fb7d782-1865-453c-8c86-f82601e138f6
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2016). Situaciones y formas de manifestación del impacto familiar que requieren atención. En Ana N. (A.), *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social*, (80-86). Obra Social "La Caixa". Recuperado de https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/846215/manual_atencion_psicosocial_intervencion_social_es.pdf/1fb7d782-1865-453c-8c86-f82601e138f6
- Pozo Brito, Y. (2017). *El papel de la trabajadora social en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria*. Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación: Universidad de La Laguna.
- Sally, P. (2016). What palliative care social workers offer. *The role of social workers in palliative, end of life and bereavement care*, 18-21. Recuperado de <https://www.apcsw.org.uk/resources/social-work-role-eol.pdf>
- Sun, V. et al., (2015). Effectiveness of an Interdisciplinary Palliative Care Intervention for Family Caregivers in Lung Cancer. *Cancer*, 121 (20), 3737-3745. doi 10.1002/cncr.29567. Recuperado de <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.29567>

- Taboada, P. (2002). *Principios éticos relevantes en medicina paliativa*. Cuidados Paliativos. Guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Guias-Manejo-Clinico-2002-Spa.pdf>
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social: revista de trabajo y Acción Social*, (47), 184-199. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655799>
- Vecino Martín, A., y Guzmán Zurriarán, R. (2011). El tratamiento del dolor y la sedación paliativa. Aspectos médicos y éticos. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, (77-90). Logroño: Universidad de La Rioja
- Vega Gutiérrez, J. (s.f.) *Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal*. Recuperado de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA2000.pdf