



TRABAJO DE FIN DE GRADO.

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDIO DE CASO DEL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI DE VALLADOLID.

Autor/a:

Isabella Tabares Flórez

Tutor/a:

María Concepción Unanue Cuesta

Grado en Trabajo Social

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2024-25

FECHA DE ENTREGA: 4 DE JULIO DE 2025

Agradecimientos

A mis padres y a mi abuela, por apoyarme en ejercer la profesión que es mi vocación.

A los/las profesionales que han colaborado en esta investigación, por contribuir en ella.

A mis amigas por estar conmigo durante toda la carrera, motivándome y acompañándome.

A mí, por no rendirme a pesar de los baches en el camino.

Resumen:

Este Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social trata sobre los Cuidados Paliativos y el Trabajo Social; busca conocer el papel del Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares, así como sus funciones, los métodos y las herramientas que se utilizan en la práctica profesional.

Se ha llevado a cabo bajo un enfoque cualitativo, recogiendo literatura científica relacionada con el tema y realizando un estudio de caso en el Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid a través de entrevistas a los/as profesionales del equipo del área de Cuidados Paliativos, para poder contrastar la parte teórica con la parte práctica de la profesión y así poder obtener conclusiones de la intervención del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos.

Los resultados de esta investigación evidencian que la función del trabajador/a social en el área de Cuidados Paliativos es clave para una atención integral a los/as pacientes y sus familias.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Trabajo Social, intervención, equipos multidisciplinares, enfoque cualitativo, estudio de caso.

Abstract:

This Final Degree Project in social work try palliative care and social work; It seeks to learn about the role of social work within multidisciplinary teams, as well as its functions, methods and tools used in professional practice.

It has been carried out under a qualitative approach, collecting scientific literature related to the subject and carrying out a case study at the Benito Menni Hospital Center in Valladolid through interviews with the professionals of the palliative care team, in order to contrast the theoretical part with the practical part of the profession and thus be able to obtain conclusions from the intervention of social work in palliative care.

The results of this research show that the role of the social worker in the area of Palliative Care is key to comprehensive care for patients and their families.

Keywords: palliative care, social work, intervention, multidisciplinary teams, qualitative approach, case study.

Índice.

Resumen:	3
Abstract:	4
1. Introducción.	7
1.1 Justificación del tema.	7
1.2 Definición del objeto de estudio.	7
1.3 Objetivos generales y específicos.....	8
1.4 Pregunta de investigación.	9
1.5 Metodología.....	9
2. Marco teórico.	12
2.1 Concepto de Cuidados Paliativos.	12
2.2 Fundamentación y objetivos de los Cuidados Paliativos.	13
2.3 Modelos de intervención desde el Trabajo Social.	16
2.3.1 Modelo psicodinámico.....	16
2.3.2 Modelo de intervención en crisis.	17
2.3.4 Modelo humanista y existencial.	19
2.3.5 Modelo crítico/radical.	21
2.3.6 Modelo de gestión de casos.	22
2.3.7 Modelo sistémico.....	23
2.3.8 Modelo de Atención Centrada en la Persona.	25
2.4 Trabajo Social en el ámbito sanitario, su papel e intervención.	26
2.5 El Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares.	28
2.6 Normativa estatal y autonómica relacionada con los Cuidados Paliativos.....	30
2.7 La ética en los Cuidados Paliativos.	39
2.8 Competencias del Trabajo Social.	40
3 Contextualización del caso.	42
3.1 Descripción del Centro Hospitalario Benito Menni.	42
3.2 Historia, misión, comunidad, valores y modelos hospitalarios del Centro Hospitalario Benito Menni.	42
3.3 Unidad de Cuidados Paliativos del centro.....	43
l área de Cuidados Paliativos.....	43
4 Metodología del estudio de caso.	45
4.1 Diseño de investigación.	45
4.2 Técnicas e instrumentos utilizados.	46
4.3 Selección de participantes.....	47
4.4 Análisis de datos.....	48
5 Resultados del estudio de caso.	49
5.1 Funciones de la trabajadora social en Cuidados Paliativos.	49

5.2	Tipos de intervención.	51
5.3	Coordinación con otros profesionales del equipo.	52
6	Discusión de resultados.	54
6.1	Aportaciones del estudio a la práctica profesional del Trabajo Social en Cuidados Paliativos.	60
7	Conclusiones	62
7.1	Respuesta a la pregunta de investigación.	62
7.2	Principales conclusiones del estudio de caso.....	63
7.3	Propuestas de mejora.	64
7.4	Líneas futuras de investigación.	65
8.	Bibliografía.	66
9.	Anexos.	72

1. Introducción.

“Los cuidados paliativos no son el final del camino, sino el comienzo de otra forma de cuidar: con más escucha, más compasión y más humanidad”
Gómez – Batiste, 2015.

1.1 Justificación del tema.

El Trabajo Social en los Cuidados Paliativos es una profesión que necesita ser vista. El envejecimiento de la población española, el aumento de la esperanza de vida, el aumento de los problemas sociales y la escasez de recursos en un contexto donde la demanda de los Cuidados Paliativos con una atención integral crece hace imperativo el hecho de adentrarnos en la importancia que puede llegar a tener esta disciplina dentro de la atención holística por la que se caracterizan los Cuidados Paliativos, ya que estos buscan mejorar la calidad de vida de los/as pacientes y sus familias no solo aliviando el dolor del/la paciente, sino también prestando atención a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del/la paciente y su familia.

A pesar de este matiz integral de los Cuidados Paliativos, desde el Trabajo Social, disciplina encargada de todo lo relacionado con los aspectos sociales, no ha habido la suficiente indagación académica. Por ello, con este Trabajo de Fin de Grado se pretende fortalecer la evidencia sobre la importancia del Trabajo Social en el ámbito sanitario, y de forma más específica en los Cuidados Paliativos.

1.2 Definición del objeto de estudio.

La intervención del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos son el conjunto de actuaciones, funciones y estrategias que el/la profesional del Trabajo Social utiliza para atender las necesidades de los/as pacientes en fase terminal y sus familias.

Entendiendo al ser humano como un ser biopsicosocial, se debe de tener en cuenta que cualquier acontecimiento que ocurra en alguno de estos dos niveles tendrá altas probabilidades de repercutir en los restantes.

La presencia de los/las trabajadores/as sociales en el seno de los Cuidados Paliativos está relacionado con la incapacidad de algunas personas de resolver satisfactoriamente las dificultades en las que se hallan inmersos (Betancor, 2015).

Según Betancor “El trabajador social es un miembro imprescindible dentro de un equipo de Cuidados Paliativos.”

1.3 Objetivos generales y específicos.

- Objetivos generales:
 - Analizar el papel del Trabajo Social en los equipos multidisciplinares en los Cuidados Paliativos.
 - Conocer las intervenciones, estrategias y herramientas utilizadas por los/as trabajadores/as sociales en el contexto de los Cuidados Paliativos.
- Objetivos específicos:
 - Describir las funciones y competencias del trabajador/a social en el área de Cuidados Paliativos.
 - Examinar la coordinación del trabajador/a social con otros profesionales del equipo multidisciplinar.
 - Detectar posibles áreas de mejora en la intervención del Trabajo Social en Cuidados Paliativos.

- Identificar las principales demandas psicosociales de los/as pacientes del área de Cuidados Paliativos y sus familias.
- Analizar los métodos y herramientas de intervención utilizadas por el Trabajo Social.

1.4 Pregunta de investigación.

¿Cómo es la intervención del Trabajo Social en el área de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid y cuáles son las funciones de la trabajadora social?

1.5 Metodología.

En el presente Trabajo de Fin de Grado se ha realizado una investigación en torno al Trabajo Social y los Cuidados Paliativos, basado en una metodología cualitativa compuesta de dos partes:

- Revisión bibliográfica de los Cuidados Paliativos, el Trabajo Social en esta dimensión del ámbito sanitario, la intervención de la disciplina en el área, la interdisciplinariedad en los Cuidados Paliativos y normativa vigente.
- Estudio de caso con entrevistas semi – estructuradas a profesionales (médica, enfermera, TCAE, trabajadora social y psicóloga) que forman el equipo de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Benito Menni.

Entre las principales características de la investigación cualitativa, podemos mencionar el emplazamiento natural de la misma, la significatividad y perspectivas de las historias narradas, así como su comprensión y el énfasis en comprender el proceso en el que se ha llevado a cabo las historias, comprendiendo los roles, las políticas sociales, etc. (Parrilla, 2000).

Este Trabajo de Fin de Grado se enmarca en una investigación del ejercicio profesional del Trabajo Social y basándonos en la guía docente del Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid del curso 2024/2025 responde a las siguientes competencias:

- En relación con las competencias específicas, revisa y evalúa la práctica del Trabajo Social con personas y familias. Analiza y sistematiza la información que proporciona el trabajo cotidiano e investiga y utiliza el conocimiento actual de las mejores prácticas del Trabajo Social para revisar y actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo.
- En relación con las competencias transversales:
 - Se desarrolla una capacidad de organización y planificación para la realización de la investigación.
 - Hay un compromiso ético en toda la realización del trabajo.
 - Se realiza de forma crítica, analizando la información obtenida de manera objetiva y sistémica para obtener datos que sean lo más veraz posible.
 - Se llevan a cabo entrevistas a profesionales sanitarios/as, gracias a lo que se conoce la situación actual de los Cuidados Paliativos.

En primer lugar, se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos científicas como Dialnet, Scopus, Google académico, Web of Science (WoS) y de repositorios de diferentes universidades españolas. También se han utilizado páginas web oficiales como la del Consejo General de Trabajo Social, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la de la Organización de Naciones Unidas (ONU) la de la Unión Europea (UE), la de Sanidad de Castilla y León (SACYL) y la del Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid.

Así mismo, ha sido consultado el Boletín Oficial del Estado (BOE) para temas relacionados con la legislación.

Toda esta revisión literaria se ha realizado con el fin de analizar la información existente en relación con el Trabajo Social y los Cuidados Paliativos, extrayendo aquella más relevante para el objeto de estudio de este Trabajo de Fin de Grado.

En segundo lugar, se realizan entrevistas semi – estructuradas a los/as profesionales que forman el equipo interdisciplinar del área de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid, con el objetivo de lograr información clave a través de la experiencia profesional de los/as participantes.

2. Marco teórico.

2.1 Concepto de Cuidados Paliativos.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los Cuidados Paliativos son la “buena práctica” médica al final de la vida. Proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de problemas psicológicos, sociales y espirituales.

Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al/la paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital.

Tal y como expone la SECPAL, en los Cuidados Paliativos se presta una atención total, en la que la figura del/la trabajador/a social hace parte de un equipo de profesionales en el que cada uno cumple un rol para conseguir la finalidad de los Cuidados Paliativos. El Trabajo Social en los Cuidados Paliativos es, por tanto, un oficio imprescindible, pues presta servicios como valoración psicosocial, acompañamiento y apoyo emocional, coordinación de recursos y servicios, asesoramiento y tramitación de prestaciones, apoyo en el proceso final de la vida, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Cuidados Paliativos como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los/as pacientes (adultos/as y niños/as) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación

temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean de orden físico, psicosocial o espiritual.

2.2 Fundamentación y objetivos de los Cuidados Paliativos.

La OMS hace hincapié en que los Cuidados Paliativos son un servicio de cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, y pone su foco esencial en el control del dolor y otros síntomas, además de la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, consiguiendo la mejor calidad de vida posible para el/la paciente terminal y sus familias.

El plan terapéutico en casos paliativos se fundamenta en la atención integral, individualizada y continuada del/la paciente y su familia. Toda la intervención se debe realizar respetando la autonomía y la dignidad del/la paciente, actuando bajo la toma de decisiones de la persona que recibe los Cuidados Paliativos.

Los/as profesionales que intervengan en el plan terapéutico deben participar de forma cercana, creando un clima de confianza para facilitar a los/las pacientes y sus familias la expresión de miedos, preocupaciones y sentimientos, todo ello bajo la confidencialidad y el respeto que el/la paciente y su familia merece.

Los instrumentos básicos sobre los que se sustenta la práctica de los Cuidados Paliativos son:

- Control de síntomas: reconocer, evaluar y tratar los síntomas que perjudican el bienestar del/la paciente.

- Apoyo emocional y comunicación con el/la paciente y su familia, así como con el equipo multidisciplinar.
- Realizar las modificaciones convenientes en el plan terapéutico que permitan el trabajo interdisciplinar y la adaptación a las necesidades cambiantes de los/las pacientes.
- El propio equipo multidisciplinar con formación cualificada para abordar los múltiples problemas y necesidades que se plantean en el final de la vida (Espinar, 2011).

El fundamento ético de la adecuación del abordaje terapéutico se basa en el principio de no maleficencia, el cual es uno de los principios en los que se basa el Trabajo Social. Este principio obliga a todos los profesionales que intervienen en un caso a no dañar a los/las pacientes, realizando de forma exclusiva las medidas que se adecuen a cada caso (Sánchez, 2019).

En cuanto al fundamento jurídico de los Cuidados Paliativos, nace en la inviolabilidad de la dignidad de la persona en todas las etapas de la vida. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, de 25 de junio de 1999 recomienda el respeto y la protección de estas personas, los cuales encuentran sentido en “proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad”.

A nivel estatal, en España, no existe fundamentación jurídica relacionada directamente con los Cuidados Paliativos, sin embargo, hay leyes como la 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 o la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que establecen aspectos fundamentales para los Cuidados Paliativos.

Así mismo, la Organización de Naciones Unidas (ONU), en su Informe sobre el derecho de toda persona terminal reconoce la legitimidad al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, poniendo matiz en que los Cuidados Paliativos son una de las cuestiones relacionadas con la salud que necesitan atención urgente.

(Novella, 2004). Esta autora, trabajadora social del Equipo de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología refiere que los objetivos de la intervención del Trabajo Social en Cuidados Paliativos son los siguientes:

- Objetivo general: entender los efectos de la enfermedad a nivel personal, familiar y social; teniendo en cuenta las influencias socioculturales, dotando de medios para resolver dichos efectos, así como para prevenirlos, en la medida de lo posible.
- Objetivos específicos:
 - Identificar los problemas sociofamiliares producidos o asociados con la enfermedad.
 - Determinar la procedencia de los problemas y las consecuencias que pueden tener.
 - Promover y evaluar los recursos con el equipo de Cuidados Paliativos, adaptándolos con los posibles cambios sociales.
 - Dar información a la comunidad para la mejora de la salud y la calidad de vida de la población general.

2.3 Modelos de intervención desde el Trabajo Social.

Un modelo para la ciencia es una construcción simplificada de la realidad, que surge de la teoría y que puede ser constatada empíricamente en la práctica. El modelo “ofrece una explicación de la realidad y guía la práctica” (De la red, 1993).

Payne (1995) indica que los modelos de Trabajo Social describen, en general, lo que sucede durante la actividad práctica y que, “al ser aplicable de forma estructurada a un muestrario de situaciones, extraen una serie de principios y pautas de actividad que le dan coherencia y uniformidad a la práctica (Payne, 1995: 80).

En el Trabajo Social se utilizan diferentes modelos de intervención, a continuación, se desarrollarán algunos de los que más se hacen uso en la práctica profesional.

2.3.1 Modelo psicodinámico.

Es una de las primeras y grandes influencias del Trabajo Social, provinieron de los progresos científicos de las disciplinas como la psiquiatría o la psicología. Su influencia llegó al Trabajo Social e hizo que en lugar de dar primordial importancia a aspectos económicos y sociológicos del usuario, también se tuvieran en cuenta los problemas psicológicos y emocionales.

En este modelo destacan autores como Sigmund Freud con sus descubrimientos en la psicología dinámica y el psicoanálisis y los seguidores de este: Otto Rank, Carl Gustav Jung, Alfred Adler y otros, que fundaron sus propias escuelas. (Viscarret, 2009).

La teoría psicoanalítica busca tratar e intervenir en el estado «interno» del individuo con el fin de cambiar la conducta «externa». El objetivo es hacer conscientes los conflictos inconscientes y desde ahí mejorar el funcionamiento general de las personas. Aunque no es la teoría predominante en la práctica profesional, la teoría psicodinámica, sola o en combinación

con otras teorías, ha aportado diversos enfoques de intervención interesantes para la práctica profesional del Trabajo Social, entre los que destacan el modelo psicosocial, el modelo funcional, el modelo de resolución de problemas y el análisis transaccional (Viscarret, 2009).

2.3.2 Modelo de intervención en crisis.

El modelo de intervención en crisis se adapta al Trabajo Social debido a que la práctica de los/las trabajadores/as sociales se desenvuelve en permanente contacto con personas en estado de crisis. Toda persona, grupo o familia, en un sentido o en otro, experimentan crisis y participan en las crisis de otros en diferentes momentos de la vida. Mientras unos pueden arreglárselas con las crisis propias, otros acuden a profesionales para recibir apoyo emocional y profesional. Además, las situaciones de crisis suelen requerir, por lo general, una respuesta inmediata y consejo por parte

de los profesionales dentro de un periodo corto de tiempo; por ello este tipo de intervención se suele clasificar dentro de las denominadas terapias breves de intervención.

La intervención en crisis es un método de ayuda dirigido a apoyar a una persona y/o familia o grupo para que puedan afrontar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminoran e incrementa la posibilidad de crecimiento, de nuevas habilidades, opciones y perspectivas vitales. La intervención en crisis significa, de alguna forma, apoyar de forma activa en la situación vital a una persona que está experimentando una ruptura vital y apoyarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y así recuperar el equilibrio emocional (Viscarret, 2009).

Dentro del modelo de intervención en crisis se tienen en cuenta una serie de conceptos que han sido aceptados comúnmente. Estos conceptos son originales de los autores Swanson y Carbón (1998) y son los siguientes:

- Las crisis son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que la persona intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno.

- El estrés desencadena la crisis que puede ser un acontecimiento externo o interno. Puede ser un hecho catastrófico o el producto de una acumulación de acontecimientos menos graves.

La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de su percepción por la persona.

- Puede existir un nexo (experimentado emocionalmente y no necesariamente consciente) entre la situación actual y conflictos del pasado.

Las crisis son acontecimientos autolimitados que se resuelven adaptativa o desadaptativamente.

- En las crisis, las defensas están debilitadas, por lo que la persona está más receptiva al apoyo y los esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos.

La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad:

- a) dominar la situación actual
- b) elaborar conflictos pasados
- c) aprender estrategias para el futuro.

- La resolución no está tan determinada por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad como por procesos presentes.
- Las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar.
- Con la resolución adaptativa emergen nuevas fuerzas y habilidades de resolución de problemas para el futuro.

2.3.3 Modelo centrado en la tarea.

Es un modelo que no ha tomado conceptos ni metodologías prestadas de otras disciplinas, sino que se ha desarrollado por completo desde el Trabajo Social y para el Trabajo Social.

Este modelo no centra su interés en el estudio de las respuestas emocionales o en las experiencias del pasado de los usuarios, sino en identificar y aclarar cuáles son los elementos centrales del problema en el presente, en el mundo del usuario y en conocer los obstáculos que impiden el cambio. Desde esta perspectiva, la intervención se centra en explorar y diagnosticar los problemas actuales que el cliente observa en su vida, seleccionando los principales.

Los elementos principales en los que se apoya la práctica de la intervención centrada en la tarea son: la delimitación del problema, los objetivos, el límite del tiempo, las tareas a llevar a cabo y el contrato (Viscarret, 2009).

2.3.4 Modelo humanista y existencial.

El humanismo y el existencialismo aportan un marco de referencia teórico que subraya en primera instancia la libertad, la dignidad y el potencial de elección que poseen las

personas. Personas que se conciben en constante desarrollo y evolución, en constante crecimiento. Bajo estas premisas, entienden que las personas crean su personalidad a través de las elecciones y decisiones que toman en su vida, las cuales vienen determinadas por la libertad y la conciencia.

El modelo existencial y humanista ha sido un modelo que ha impactado en el Trabajo Social debido sobre todo a que utiliza una filosofía sobre la persona y las relaciones sociales que coinciden con las raíces del Trabajo Social. Filosofía en la que la consideración de las personas individualmente como un todo y en interacción con su entorno, el respeto hacia la comprensión e interpretación de sus experiencias vitales y la observación de los usuarios como el objetivo central del trabajo, entroncan con algunos de sus pilares fundamentales. El Trabajo Social humanista centra su atención en el hombre como sujeto, lo que le diferencia de otros enfoques que lo consideran un paciente (enfermo) o un cliente (asistencialismo). Desde esta posición de partida, el trabajador social humanista dirige su atención y apoyo hacia una persona igual que él, reconociéndolo como ser pensante y ente racional, capaz de dirigir su vida y de darle un sentido a la misma. Además, le reconoce su capacidad reflexiva y de análisis de las situaciones, con lo que el Trabajo Social humanista es sumamente respetuoso con los diagnósticos que la propia persona realiza respecto de su situación vital y/o de su problemática concreta. La intervención humanista no interpreta nada, no diagnostica nada, sino que favorece la reflexión de y con el otro. Así, mientras el psicoanálisis o el conductismo ponían el acento en los aspectos inconscientes y emocionales, el Trabajo Social humanista deposita su atención en la dimensión pensante y reflexiva de las personas. Esta actitud y capacidad reflexiva es condición sine qua non para poder construir un cambio, una transformación, que no sean impuestas (desde una autoridad profesional) y que garanticen su perdurabilidad (Viscarret, 2009).

2.3.5 Modelo crítico/radical.

El Trabajo Social crítico surge a finales de los sesenta en Reino Unido, Canadá, Australia y Estados Unidos.

Este modelo trae a escena la importancia de la estructura social y la dominación/opresión en el análisis de los problemas sociales. Los primeros enfoques de la práctica crítica se encontraban claramente fundamentados en la teoría marxista, donde la clase social era la categoría conceptual clave en el análisis y la respuesta de la opresión. Posteriormente, el movimiento feminista señaló al patriarcado como el sistema generador de opresión, iniciando una discusión importante para el Trabajo Social crítico, puesto que había otras opresiones (por ejemplo, el que no encajaban necesariamente dentro de las opresiones según la clase social.) El Trabajo Social crítico supera este desafío señalando que el denominador común es que todas las formas de opresión se basan en un planteamiento idéntico de subordinación y de dominación contra el que hay que trabajar. Al radicar el problema en la estructura social dominante, permite que los/as trabajadores/as sociales críticos/as / radicales consideren que los diversos objetivos emancipadores de los grupos oprimidos puedan conciliarse.

En cuanto a los conceptos básicos de la teoría radical/crítica destacan los siguientes:

- Las teorías sociales críticas buscan explicar el orden social.
- La perspectiva de conflicto es fundamental para comprender las relaciones de poder.
- El énfasis en la autoconciencia racional como precursora del cambio.
- La participación de los oprimidos en el proceso del cambio.

(Viscarret, 2009).

El Trabajo Social crítico se caracteriza por su oposición al carácter individualista que imponían las teorías clásicas del Trabajo Social, en especial las psicoanalíticas que se

convirtieron en la corriente principal del Trabajo Social hasta los años setenta. La aplicación del modelo crítico/radical al Trabajo Social, en su momento, fue innovadora en tanto en cuanto incorporó en el abordaje de los problemas sociales aspectos tan importantes como las luchas de poder, la hegemonía ideológica y de clase, el estatus, la profesionalización, la educación, la cuestión sexista y la opresión social (Payne, 1995).

2.3.6 Modelo de gestión de casos.

Con anterioridad a los años setenta se conocía poco sobre la gestión de casos. Su aparición como un concepto distinto del “casework” se encuentra ligada al auge que experimentaron los servicios sociales y las agencias de Trabajo Social, sobre todo en el ámbito anglosajón (Viscarret, 2009)

La enciclopedia del Trabajo Social se refiere al Trabajo Social de gestión de casos como un modelo de intervención que asegura que los usuarios con problemas de gran magnitud reciben todos los servicios que necesitan en forma y tiempo adecuados.

Algunos conceptos clave de este modelo son:

- La planificación y puesta en marcha de los servicios debe tener en cuenta que los usuarios son únicos y que cada uno posee debilidades y capacidades diferentes.
- El nivel de apoyo prestado a los usuarios debe estar ajustado al grado de déficit que cada uno tiene.
- Es una intervención basada en una relación entre usuario/a y trabajador/a social, facilitadora y verdadera.

- Se afirma en los valores del Trabajo Social tradicional de autodeterminación, valor, dignidad de la persona y responsabilidad mutua en la toma de decisiones (Greene, 1992).

La gestión de casos es un tipo de intervención que tiene un impacto a dos niveles: sistema del usuario y sistema de la organización. La gestión de casos implica tanto la actividad de Trabajo Social directo, en donde se desenvuelve en relación con la puesta en marcha de un plan para un caso o usuario determinado, como a las estructuras organizativas, refiriéndose a cuestiones administrativas, de relación entre servicios y a los recursos formales existentes en la comunidad. Por tanto, el Trabajo Social de la gestión de casos no requiere de técnicas y fases de intervención específicas, dependiendo éstas del nivel en el que actúe la gestión de casos, ya sea a nivel de Trabajo Social directo con el usuario o a nivel estructural u organizativo (Trabajo Social indirecto) (Viscarret, 2009).

2.3.7 Modelo sistémico.

El modelo sistémico es especialmente conocido y reconocido en la actualidad. Sus orígenes fueron en los años treinta del siglo XX cuando el sociólogo Hangins, de la Smith Social Work School, introdujo en el Trabajo Social la teoría de los sistemas.

En la actualidad, este modelo ha aumentado su uso entre los/as trabadores/as sociales ya que se complementa de forma adecuada con la práctica profesional.

En el aspecto conceptual del modelo sistémico, los elementos de este se fundamentan principalmente de la teoría de los sistemas. El desarrollo de la teoría sistémica se le atribuye al autor Ludwig Von Bertalanffy, biólogo que definió los sistemas como elementos que interactúan entre sí (1968). El elemento central de la teoría de Von Bertalanffy son las

interacciones de los elementos de un sistema, añadiendo las relaciones, sus estructuras y su interdependencia.

Un sistema es una organización de elementos unidos por algún tipo de interacción o dependencia formal. Los componentes de un sistema interaccionan entre ellos y se influyen mutuamente. A través de dicha interacción, los componentes forman parte de un todo, que es superior a la suma de las partes. De tal forma que cualquier acción que produzca cambio en una de las partes del sistema producirá cambios en el resto de las partes del sistema. Además de la interacción de las diversas partes o elementos que configuran el sistema, surgen las propiedades del sistema, siendo distintas a las de las propiedades de cada uno de los elementos o partes de este.

La teoría general de sistemas alude que la comprensión de los sistemas solamente puede realizarse cuando se realiza una visión global, teniendo en cuenta las interdependencias.

Esta teoría pone mucho énfasis en las interacciones, las transacciones y las interrelaciones como elementos fundamentales para comprender las dinámicas que se producen, lo que causa especial efecto en el Trabajo Social, pues el comportamiento, los acontecimientos, los hechos y los procesos sociales no pueden entenderse de forma aislada (Viscarret, 2009).

En la intervención del Trabajo Social, el modelo sistémico tiene en cuenta que lo propio de esta profesión es lo social, no lo psicológico, ni lo médico, ni lo terapéutico, lo cual es propio de otras disciplinas. Esto nos ofrece marcos de referencia para nuestra profesión como lo son el evitar explicaciones lineales y deterministas de causa – efecto sobre la conducta y los fenómenos sociales.

Este modelo concibe la intervención social como un proceso, pero poniendo matiz a un proceso de “cambio planificado” (Pincus y Minahan, 1980). Este nuevo matiz de plan

conlleva la determinación de esquema bien pensado y dirigido, con cuya ayuda es posible conseguir el objetivo o los objetivos que se hayan fijado. Además, este modelo propone una intervención rápida, aunque los autores que hace uso de este modelo puntualizan en la rapidez de la intervención ya que depende del apoyo que le presten los sistemas sociales existentes en el entorno social inmediato del usuario, lo que lleva al Trabajo Social a enfocarse en dichos sistemas.

2.3.8 Modelo de Atención Centrada en la Persona.

El modelo de Atención Centrada en la Persona implica que no son las personas las que deben adaptarse a los centros y servicios, sino que debe ser al contrario, estos centros y servicios son los que deben adaptarse a las necesidades de las personas usuarias para respetar el principio de cada persona es única y por ello debe recibir una atención que se adecúe a sus necesidades en cada momento. (Revilla, 2022)

Según Pilar Rodríguez (2013), los principios clave sobre los que se sustenta este modelo de intervención son los que se mencionan a continuación:

- Principio de autonomía: las personas destinatarias de los recursos tienen derecho a tomar el control sobre su propia vida, de manera que es un principio esencial, así como la base de la dignidad personal.
- Principio de participación: aquellas personas que precisan atención tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afectan al desarrollo de su vida. Por ello, los usuarios participarán en la elaboración y desarrollo del plan individualizado de intervención.
- Principio de integralidad: las intervenciones han de contener las actuaciones oportunas dirigidas a satisfacer el conjunto de necesidades de cada persona, entendiendo por éstas, las básicas, emocionales y las sociales.

- Principio de individualidad: se deben adaptar los programas y servicios a las necesidades de cada persona para evitar que sean los usuarios quienes deban adaptarse a estos programas y servicios.
- Principio de inclusión social: es importante que el usuario tenga la posibilidad de permanecer en su entorno incluso en situaciones de dependencia grave y de esta manera, siga manteniendo el contacto con su comunidad.
- Principio de independencia y bienestar: todas las personas deben tener acceso a programas de promoción de la salud, autonomía y prevención de la dependencia, así como a servicios y programas que mejoren su bienestar.
- Principio de continuidad de atención: aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia deben tener acceso a los servicios que precisen de manera continuada y adaptada de forma permanente a las circunstancias de su proceso.

2.4 Trabajo Social en el ámbito sanitario, su papel e intervención.

El Trabajo Social es una disciplina dedicada a atender y responder a las necesidades sociales de la población, con el fin de reducir las desigualdades existentes y mejorar la calidad de vida. La Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) define al Trabajo Social como profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.

El Trabajo Social es una profesión que se desarrolla en diferentes ámbitos, uno de ellos es la sanidad. En 2013, el Consejo General de Trabajo Social promulga que el Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.

En base a la definición que Gómez Batiste, X, et al. Nos dan sobre la situación del enfermo terminal definiéndola como “Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidad de respuesta al tratamiento específico, con presencia de múltiples síntomas, intensos, multifactoriales y cambiantes, con. Gran impacto emocional en el enfermo, familia, equipo asistencial, y gran necesidad de atención (Gómez Batiste, X. 1991: 147º

La intervención social tiene como objetivo ofrecer al enfermo terminal y a su familia una atención global y continuada durante todo el proceso, facilitando la adaptación en las distintas etapas del proceso evolutivo de la enfermedad, así como proporcionar el apoyo y recursos sociales necesarios, dejando de lado conductas paternalistas tradicionales y prevaleciendo la voluntad del enfermo por encima de la voluntad de los profesionales y familiares.

2.5 El Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares.

El Trabajo Social es la disciplina que se encarga dentro del equipo multidisciplinar del tratamiento de los problemas socio – emocionales que surgen a raíz de la enfermedad, así como las consecuencias que se desencadenan de la misma.

Para intervenir en esta área, el/la trabajador/a social debe estar cualificado en Cuidados Paliativos. Esta formación debe tener en cuenta aspectos de la enfermedad terminal y a los efectos y las consecuencias que se derivan de ella, efectos fisiológicos, psicológicos, espirituales, sociales, etc. (E. Agrafo y B. Manrique, 1996).

Teniendo en cuenta las necesidades sociales y emocionales del/ la paciente y su familia, los/las trabajadores/as sociales tienen gran cabida a la hora de gestionar los recursos.

Por otra parte, el conocimiento que esta disciplina tiene acerca de la familia hace que sea útil a la hora de ayudar tanto a la familia como al resto de profesionales que muestran dificultades en los aspectos sociales del/la paciente.

La pérdida, el cambio y la muerte, conceptos inherentes de los Cuidados Paliativos son también conceptos inherentes para el Trabajo Social, esto quiere decir que todo trabajador/a social debe de ocuparse de personas que están próximas a la muerte o que están pasando por un duelo (E. Agrafo y B. Manrique, 1996).

La interdisciplina es un factor necesario para la intervención social hoy en día. No es desde la soledad profesional que se puede dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan en las instituciones (Cazzaniga, 2001).

Para desarrollar el trabajo en un equipo multidisciplinar se requiere de las siguientes características:

- Actitud personal positiva: alto grado de madurez personal y profesional, acompañado de un buen nivel de interés y motivación por trabajar en equipos multidisciplinarios.
- Adecuada formación profesional: que vaya más allá de la adquisición de información y conocimientos y que permita la concepción holística de las diferentes situaciones.
- Organización del trabajo: principios administrativos que garanticen una buena coordinación, comunicación, autoridad democrática, toma de decisiones, etc.

Trabajar de en equipos interdisciplinarios hace que las intervenciones sean más productivas, eficaces y completas ya que se realizan varias miradas especializadas sobre un objeto de trabajo y se incorporan los factores externos provenientes del medio (Velásquez, A, 1995).

2.6 Normativa estatal y autonómica relacionada con los Cuidados Paliativos.

• **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:** esta ley contiene aspectos fundamentales en relación con los Cuidados Paliativos, como lo pueden ser los artículos:

- **Artículo 2. Principios básicos.**

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligado a guardar la reserva debida -

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes:

intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria o previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones específicas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y

terapéuticos que se le apliquen en el proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes casos:
- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.
 - b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en sentencia.
 - c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.
- No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.
5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que puedan prestar por sí su consentimiento.

Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea

capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado, para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “lex artis”, ni las que no se corresponden con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

• **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:** esta ley contiene artículos que han servido de base para el desarrollo de los Cuidados Paliativos.

Artículo 1.

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

Artículo 10. Derechos con respecto a las distintas administraciones.

1. Respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para

todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

3. A la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

4. A ser advertido de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

5. Derogado.

6. Derogado.

7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

8. Derogado.

9. Derogado.

10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

11. Derogado.

12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.

13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas, en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.

14. A obtener medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

• Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2020 – 2025.

Tiene como objetivo principal garantizar a toda persona en situación de enfermedad avanzada o en fase terminal reciba atención paliativa de calidad, respetando su autonomía, dignidad y necesidades personales y familiares.

Actúa basándose en principios como: la atención centrada en la persona, adaptándose a los deseos del paciente, calidad asistencial, prestando una mejora continua y asistencia basada en la ciencia, coordinación asistencial, entre atención primaria, atención especializada, unidades específicas de Cuidados Paliativos y servicios sociales, apoyo la familia y cuidadores, entre otros principios en los que se basa este plan.

La actuación de este plan se enmarca en las siguientes líneas estratégicas:

- Detección precoz.
- Organización de recursos asistenciales.
- Formación de profesionales.
- Atención integral: física, emocional, social, espiritual.
- Investigación y evaluación.
- Impulso de la planificación anticipada de decisiones.
- Atención al duelo para familiares.

Los recursos del Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2020 – 2025 son:

- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).
- Unidades hospitalarias específicas.
- Programas de interconsulta de Cuidados Paliativos en hospitales generales.
- Protocolos de coordinación entre hospitales, atención primaria y servicios sociales.

2.7 La ética en los Cuidados Paliativos.

Según Encarnación Pérez (2011), la complejidad de la situación en la que se encuentra el/la paciente y sus familias lleva consigo la búsqueda de buenas decisiones y la consiguiente toma de decisiones en muchas ocasiones.

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (2009) aclara que “facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos al final de la vida (limitación del

esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, etc.) teniendo en cuenta los valores del paciente, los protocolos y/o las recomendaciones éticas y guías de práctica clínica existentes. El proceso de decisión se registrará en la historia clínica”.

Álvaro Sanz y Francisco Vara (2023), presidentes de los comités científico y organizador de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL),

“el final de la vida plantea muchas decisiones difíciles, a las que se enfrentan tanto los profesionales como los pacientes; en estos casos, es esencial un enfoque bioético apropiado que nos ayude a proporcionar la prestación adecuada”. No debemos olvidar, añaden, “las cuestiones éticas que debemos adoptar para asegurar la calidad de los cuidados, como la formación adecuada de los profesionales, el trabajo en equipo, la atención integral, y la adecuada coordinación entre profesionales de diferentes servicios y niveles asistenciales.” (Sanz, A. y Vara, F. 2023, párr. 2)

El cuidado, como hábito social y personal, se halla en la base de la existencia humana y es una actitud moral que promueve el compromiso y la solidaridad. (Zurriarán, R. G. 2019).

2.8 Competencias del Trabajo Social.

La formación por competencias supone unos procesos de enseñanza - aprendizaje que transfieren conocimientos, habilidades y actitudes, que capacitan a los futuros profesionales para afrontar las demandas de los contextos laborales y sociales en los que se insertaran (Gómez y Moñivas, 2005).

El Libro Blanco de la Titulación de Grado en Trabajo Social, publicado por la ANECA, elaborado por las treinta y tres universidades españolas que imparten dichos estudios, recoge las competencias específicas de formación disciplinar y profesional seleccionadas para diferenciar al Trabajo Social de otras disciplinas.

El Título de Grado en Trabajo Social debe capacitar para el ejercicio profesional como trabajador/a social y facultar para la utilización y aplicación de la valoración diagnóstica, el pronóstico, el tratamiento y la resolución de los problemas sociales, aplicando la metodología específica de la intervención social de caso, familia, grupo y comunidad, y capacitar para planificar, programar, proyectar, aplicar, coordinar y evaluar servicios y políticas sociales. Los planes de estudios conducentes al título de trabajador/a social deben permitir la adquisición de los conocimientos y competencias necesarias para desarrollar las siguientes funciones en el ejercicio profesional: función de información y orientación, preventiva, asistencial, de planificación, docente, de promoción e inserción social, de mediación, de supervisión, de evaluación, gerencial, de investigación y de coordinación (Vázquez, 2005).

3 Contextualización del caso.

3.1 Descripción del Centro Hospitalario Benito Menni.

El Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid se encuentra activo desde el año 1972 ofreciendo una asistencia de calidad que promueve la salud integral fijándose en aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de las personas con problemas psíquicos y/o físicos enfermedad mental, patologías psico – geriátricas o que precisen Cuidados Paliativos.

El centro tiene como objetivos responder a las necesidades de los pacientes mediante un equipo compuesto por profesionales y prestar una atención integral de las personas a través de un trabajo en conjunto de todo el personal del centro.

En el Benito Menni de Valladolid, se trabaja siguiendo los principios de libertad, igualdad, aceptación de la persona, individualización, promoción integral de la persona, autonomía, colaboración profesional, etc. (Centro Hospitalario Benito Menni, 2019).

3.2 Historia, misión, comunidad, valores y modelos hospitalarios del Centro Hospitalario Benito Menni.

El centro se encuentra activo desde los años setenta, con una misión cuyo foco es la persona asistida. Cuenta con la participación de hermanas, colaboradores/as, voluntarios/as, familiares de los/as pacientes y personas en formación, conformando así una comunidad.

El reto fundamental del Centro Hospitalario Benito Menni es lograr que todas las personas que trabajan en este den una respuesta humana, actualizada y significativa a los/las

pacientes y sus familias, llevando a cabo las actuaciones bajo la hospitalidad, entendiendo esta como acogida y servicio a los/as enfermos/as, especialmente de los/las más desfavorecidos/as.

Los valores en los que se enmarca el centro son: sensibilidad por los/as excluidos/as, servicio a los/as enfermos/as y necesitados/as, acogida liberadora, salud integral, calidad profesional, humanidad en la atención, ética en toda actuación y conciencia histórica (Centro Hospitalario Benito Menni, 2019).

3.3 Unidad de Cuidados Paliativos del centro.

Para personas que padecen una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, o que sufren enfermedades que presentan síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, generalmente con gran impacto emocional en el enfermo y sus familias, y un pronóstico vital inferior a los 3 meses, que se acompañan de una gran demanda de atención. (Centro Hospitalario Benito Menni, 2019)

Según la información recogida de la Guía de Usuario del centro, el área de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Benito Menni cuenta con los siguientes profesionales:

- Médicos/as.
- Enfermeros/as.
- Auxiliares de enfermería.
- Trabajador/a social.
- Psicólogo/a.

- Profesionales de limpieza.

Los/as profesionales forman un equipo, en el que cada una de las diferentes disciplinas busca cubrir las necesidades de los/as pacientes y sus familias, dando así una cobertura integral de las necesidades.

4 Metodología del estudio de caso.

4.1 Diseño de investigación.

Esta investigación ha sido realizada mediante un estudio cualitativo en el Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid. Se desarrolla un enfoque cualitativo con la finalidad de conocer el papel del Trabajo Social dentro del equipo multidisciplinar del área de Cuidados Paliativos, las principales funciones del trabajador/a social dentro de este equipo y las principales demandas psicosociales de los/as pacientes y sus familias en este contexto. Para la recogida de datos se llevan a cabo entrevistas semi – estructuradas a los profesionales del equipo de Cuidados Paliativos del centro mencionado.

Este Trabajo de Fin de Grado está organizado de la siguiente manera: en primer lugar, contiene una revisión bibliográfica con los contenidos de la investigación como lo son:

- El concepto de los Cuidados Paliativos.
- La fundamentación y los objetivos de los Cuidados Paliativos.
- Diferentes modelos de intervención del Trabajo Social.
- El Trabajo Social en el ámbito sanitario.
- Normativa estatal y autonómica relacionada con los Cuidados Paliativos.
- La ética en los Cuidados Paliativos.
- Las competencias del Trabajo Social.

En segundo lugar, se realiza un estudio de caso en el Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid. Yin (1989) define este tipo de investigación como una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en el que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas. En este caso, las evidencias utilizadas son las entrevistas

realizadas a los/as profesionales de diferentes disciplinas (Trabajo Social, Medicina, Enfermería, Psicología y TCAE). Las características sociodemográficas de los entrevistados son: exceptuando el profesional de TCAE, quien era de género masculino, todas las personas entrevistadas son de género femenino, mayores de edad (entre 23 y 60 años) y con estudios universitarios y de grado medio.

Las entrevistas son una de las técnicas utilizadas en Trabajo Social para la recogida de información. La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad (Grawitz, 1984, Aktouf, 1992, Mayer y Ouellet, 1991).

Previo a la realización de las entrevistas se hace saber el objetivo de la entrevista, el cual es conocer desde las vivencias profesionales de los expertos en diferentes profesiones, el papel del Trabajo Social dentro del equipo multidisciplinar del área de Cuidados Paliativos, así como las funciones, competencias, herramientas, estrategias, coordinación y posibles áreas de mejora de la disciplina dentro del contexto sanitario, en específico en los Cuidados Paliativos.

Tras realizar las entrevistas, se analizan los datos obtenidos, haciendo una comparación con la revisión bibliográfica desarrollada anteriormente y sacando conclusiones del estudio llevado a cabo.

4.2 Técnicas e instrumentos utilizados.

Para la recogida de datos se utilizó la entrevista semi - estructurada debido a su idoneidad para explorar las experiencias y valoraciones de los/as profesionales del equipo de Cuidados Paliativos.

A cada perfil profesional, se le hicieron diferentes preguntas en consonancia con su profesión, pero todas las preguntas iban enfocadas a conocer los objetivos de este Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social.

Se diseñó una guía para las diferentes entrevistas de diferentes preguntas para los/las diferentes profesionales relacionadas con la atención en Cuidados Paliativos, el papel del Trabajo Social y las necesidades psicosociales de los/as pacientes y sus familias.

Las entrevistas fueron realizadas en el mes de mayo de 2025, en el Centro Hospitalario Benito Menni y tuvieron una media de duración de ocho minutos.

4.3 Selección de participantes.

Entre las tres trabajadoras sociales del centro, se desarrolló la entrevista con la trabajadora social que lleva los casos de Cuidados Paliativos.

De los/as médicos/as que trabajan en el centro, se le realizó la entrevista a una de las médicas referencia de los casos paliativos.

De los/as enfermeros/as, se le realiza la entrevista a una enfermera que permanece de forma habitual en esta área.

De los/as TCAE del centro, se entrevista a profesional que ha trabajado con paliativos frecuentemente.

De los/as profesionales de psicología con los/as que cuenta el centro, se le realiza la entrevista a la profesional que suele atender a los/as pacientes paliativos y sus familias.

La elección de estos participantes se ha realizado en base a su contacto rutinario con la atención de las personas en Cuidados Paliativos y de sus familias.

4.4 Análisis de datos.

Tras llevarse a cabo las entrevistas, se analizó el contenido de las respuestas de la forma más certera posible, pues la información que los/as profesionales nos ofrecen en estas entrevistas tienen gran valor por la experiencia en la práctica profesional de cada uno/a de ellos/as.

Después de escuchar las grabaciones (con previo consentimiento de los/as profesionales) de las entrevistas, se transcribieron enteras, para posteriormente extraer de forma literal los puntos que más resaltan en cada entrevista, y que encajan mejor con los objetivos de este trabajo.

La información recogida será utilizada únicamente para fines académicos y respeta los principios de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

5 Resultados del estudio de caso.

5.1 Funciones de la trabajadora social en Cuidados Paliativos.

Según la trabajadora social del centro,

“Las funciones que tenemos como trabajador social en Cuidados Paliativos es lo primero, la acogida. Tanto del paciente como de la familia”

Los/as pacientes y sus familias vienen del domicilio o de otro centro, por lo que se busca acoger a los usuarios de forma cercana haciendo “que ellos se sientan como en casa”.

Otra de las funciones del Trabajo Social en Cuidados Paliativos es hacer que el protagonista sea el paciente, respetando y trabajando con él para cumplir lo que él necesita, de forma individualizada. *“Entonces una de las funciones de Trabajo Social es con el paciente, hay casos que el paciente conoce su diagnóstico, en otros que no quiere y se respeta y se trabaja con él para para cumplir lo que él necesita es decir hay casos que tú aquí lo has visto, pacientes que llegan, que no han tenido relación con su familia y quieren retomarla pues lo intentas, pacientes que desgraciadamente están llegando cada vez más son pacientes que no tienen a nadie que están solos...”*

En el tema de los recursos, las funciones del Trabajo Social también son muy importantes pues por ejemplo en casos de enterramiento por pobreza, es el/la trabajador/a social quien lleva a cabo los trámites. *“Pacientes que no tienen recursos económicos y hay que gestionar un enterramiento por pobreza, lo cual requiere muchísimo, requiere trámites por parte del trabajador social aparte de un informe social, ver que ese paciente no tiene recursos económicos, contactar con la gerencia de servicios sociales, contactar con la trabajadora social del CEAS...”*

Según la enfermera de Cuidados Paliativos del centro,

“Sobre todo de temas legales ayuda muchísimo para al final de estar con las familias tramitar cosas pendientes de los pacientes, incluso pacientes que no tiene recursos. Hacer el propio trámite del funeral, entonces toda la parte de gestionar un poco de apoyos de diferentes tipos. Y son pacientes que están aquí que por lo general fallecen, pero a veces cuando no fallecen tiene que irse a casa, pues los trabajadores sociales ayudan muchísimo en busca de ayuda no solo económica, sino de recursos y de para que estén en casa lo mejor posible”.

La profesional de enfermería relaciona el Trabajo Social con temas legales y con la tramitación de recursos en el final de la vida del/la paciente.

Según la médica de paliativos,

“Si hablamos de que es un paciente cabeza de familia, o quien se encargaba de todo lo que tiene que ver con la economía el sostenimiento. Pues sí, si se necesitan integrar Trabajo Social para abordar todos estos temas”.

La médico de paliativos ve como función del/la trabajador/a social lo relacionado con aspectos económicos ya que muchos/as pacientes y familias necesitan asesoramiento sobre los recursos existentes, sobre todo muchas familias manifiestan que no saben que harán con lo relacionado a la economía familiar tras la pérdida del/la paciente.

Según la psicóloga,

“Yo creo que también ofrece muchísimo apoyo psicológico indirectamente y mucho apoyo emocional”

La psicóloga respalda que el Trabajo Social presta mucho apoyo emocional e incluso a veces psicológico, sobre todo a las familias, ya que la mayoría de los/as pacientes ya están muy deteriorados/as.

Según el TCAE,

“Se encargan de dar mucho apoyo emocional, tanto al paciente como a la familia, de hablar con el equipo médico, tanto pues médicos, enfermeros como auxiliares, pues para ver cómo percibimos la situación del paciente, de la familia, si se encuentran a gusto, si no si tienen alguna necesidad eh pues poder atenderles”.

El TCAE considera que las funciones del trabajador/a social en equipo de Cuidados Paliativos son de apoyo emocional al paciente y su familia y de coordinación con los/as diferentes profesionales.

5.2 Tipos de intervención.

“Establecemos un plan terapéutico en el que tenemos todos objetivos comunes y lo principal como nos coordinamos con los médicos, la coordinación es diaria, en el momento en que el paciente se encuentra peor, avisan al trabajador social, por si el paciente necesita algo”.

Se lleva a cabo una intervención integral, teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del/la paciente y su familia, con objetivos fijados en un plan terapéutico.

Esta visión integral puede relacionarse con el modelo sistémico de intervención, pues esta teoría alude a que la comprensión de los sistemas solamente puede realizarse cuando se realiza una visión global, teniendo en cuenta las interdependencias. Además, la consecución de objetivos que se proponen en el plan terapéutico se acerca al concepto de “cambio planificado” (Pincus y Minahan, 1980).

5.3 Coordinación con otros profesionales del equipo.

La coordinación del Centro Hospitalario Benito Menni entre los profesionales de Cuidados Paliativos se hace a través de una reunión diaria entre los profesionales a primera hora del día, para poner en conocimiento de los demás profesionales los aspectos a trabajar con cada paciente. Además, semanalmente, hay una reunión entre los profesionales de Cuidados Paliativos (no acude la trabajadora social) pero en caso de que sea necesaria la intervención de Trabajo Social, se ponen en contacto de forma inmediata con la trabajadora social.

No se debe dejar de lado que el Trabajo Social en el Centro Hospitalario Benito Menni es la primera profesión que recibe a las familias de los/as pacientes, por lo que muchas veces somos los primeros en detectar los problemas, poniendo en conocimiento estos al profesional que sea necesario.

Para coordinación inmediata, todos los profesionales cuentan con una extensión telefónica para hablar entre los/as profesionales.

“La verdad que nos coordinamos bien, porque cuando vemos un aspecto de yo qué sé, pues de parte más emocional, pues buscamos a la psicóloga. Cuando buscamos un poco de aspectos de gestión buscamos a la trabajadora social, cuando buscamos un poco de

aspectos de algo más espiritual, buscamos el apoyo de pastoral entonces bueno cuando necesitamos algo de más físico pues tiene que venir el médico...”

“Se comunica todo entre médicos, enfermeros auxiliares y también obviamente influyen los trabajadores sociales y al final se hace todo para que estén pues como decía antes, lo más cómodos posibles y entonces la comunicación es continua y ya te digo que individual, porque al final cada paciente tiene un estado distinto y al final son personas distintas que llevan el duelo de una forma distinta entonces es de una forma individual y continua.”

6 Discusión de resultados.

En este apartado se discute los resultados, que significa escribir comentarios analíticos acerca de los datos presentados, comparándolos con las conclusiones obtenidas en estudios mencionados previamente en el apartado del marco teórico (Avolio ALecchi, 2015).

Tras haber realizado la investigación cualitativa, (estudio de la literatura y estudio de caso) en relación con los Cuidados Paliativos y el Trabajo Social podemos llegar a diferentes evidencias.

Los Cuidados Paliativos son un servicio que presta una atención integral, tal como expone la OMS al mencionar que debe ser un servicio global y activo a aquellos pacientes que no responden a un tratamiento curativo. Gracias al estudio de caso que se realiza podemos confirmar que este servicio cubre de forma integral las necesidades de los/as pacientes y sus familias y no solo responde a cubrir la parte de alivio de sintomatología del/la paciente, sino que además hay una intervención en lo psicológico, social y espiritual.

En el aspecto legal de los Cuidados Paliativos, el ordenamiento jurídico que cubre este servicio en España son Leyes estatales y Planes, que se llevan a cabo en las diferentes comunidades autónomas del país. Refiriéndonos a legislatura estatal podemos mencionar la 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 o la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en las cuales podemos ver como en diferentes artículos se desarrollan aspectos clave para este servicio.

Por otra parte, gracias a la entrevista realizada a la trabajadora social del centro donde se desarrolla el estudio de caso de este Trabajo de Fin Grado, pudimos saber que la Ley

Orgánica 3/2002, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia está siendo un respaldo legal para los/as pacientes paliativos/as.

En cuanto a la intervención del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos, pudimos conocer diferentes modelos de intervención, que sirven como base teórica para la práctica profesional.

El enfoque psicosocial define que la teoría psicoanalítica busca tratar e intervenir en el estado «interno» del individuo con el fin de cambiar la conducta «externa». El objetivo es hacer conscientes los conflictos inconscientes y desde ahí mejorar el funcionamiento general de las personas (Viscarret, 2009). Basándonos en esta teoría y teniendo en cuenta el contexto de los Cuidados Paliativos vemos como este modelo no se adecua ni a la situación del/la paciente y sus familias ni a las necesidades de los/as mismos/as.

Viscarret (2009) refiere que el modelo centrado en la tarea no centra su interés en el estudio de las respuestas emocionales o en las experiencias del pasado de los usuarios sino en identificar y aclarar cuáles son los elementos centrales del problema. Esta identificación y aclaración de los elementos centrales del problema no se ajusta con las necesidades y demandas que presentan los/as usuarios/as de Cuidados Paliativos debido a que, en estos casos, el problema está claramente definido; la imposibilidad de llevar a cabo un tratamiento curativo para el/la paciente. Por ello, el modelo centrado en la tarea no concuerda con los casos de los/as pacientes paliativos.

El modelo de intervención en crisis, por sus características de intervención en momentos críticos del ciclo vital de una persona como puede ser un duelo por la pérdida de un ser querido, con una respuesta rápida como la que necesitan los/as pacientes de Cuidados

Paliativos y sus familiares es concordante con este contexto. Según Viscarret (2009) la intervención en crisis significa, de alguna forma, apoyar de forma activa en la situación vital a una persona que está experimentando una ruptura vital y apoyarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y así recuperar el equilibrio emocional. Debido a los atributos de este modelo de intervención podemos corroborar que es un modelo útil para el día a día en las intervenciones de casos paliativos.

El modelo humanista y existencial tiene buena cabida en la intervención con casos paliativos ya que la libertad, la dignidad y el potencial de elección que poseen las personas, las cuales son premisas de este modelo, encajan de forma adecuada con la intervención paliativa desde Trabajo Social. Desde el Centro Hospitalario Benito Menni se trabaja bajo los mismos principios que expone este modelo, por lo que se adapta a la intervención que se lleva a cabo en el mismo.

En cuanto al modelo crítico/radical, las cualidades de este no se ajustan a las necesidades y demandas de los/as pacientes de Cuidados Paliativos y sus familias, por lo que no se usa para intervenir en este ámbito.

En cambio, el modelo de gestión de casos cuenta con unas cualidades que se prestan para intervenir con los/as pacientes paliativos y sus familias ya que este modelo afirma que la intervención es basada en una relación entre usuario/a y trabajador/a social, facilitadora y verdadera. Así mismo, facilitadora y verdadera es la intervención de Trabajo Social en el Centro Hospitalario Benito Menni.

Por su parte, el modelo sistémico pone mucho énfasis en las interacciones, las transacciones y las interrelaciones como elementos fundamentales para comprender las dinámicas que se producen (Viscarret, 2009). El énfasis de este modelo encaja con los Cuidados Paliativos ya que estos, al igual que el modelo, buscan tener una visión holística de la intervención. Por medio de las entrevistas se confirma que este modelo se utiliza de forma cotidiana en la práctica profesional del Trabajo Social ya que las intervenciones se llevan a cabo teniendo en cuenta las interacciones, las transacciones y las interrelaciones de los/as pacientes y sus familiares. Los usuarios/as de paliativos son personas con una enfermedad sin tratamiento curativo, por lo que la parte sanitaria es la principal parte afectada, pero esto provoca efectos en aspectos económicos por bajas laborales o por imposibilidad de continuar con el trabajo. A su vez afecta el entorno cercano del/la paciente, quienes pasan por un momento de crisis por la enfermedad de su familiar.

Los roles de las familias también tienen consecuencias, viéndose los/as pacientes y sus familias a una reestructuración de roles.

Por tanto, el modelo sistémico aporta teoría muy rica a la práctica profesional del Trabajo Social y en este caso, se adapta satisfactoriamente a la intervención de esta profesión en el área de Cuidados Paliativos.

El modelo de atención centrada en la persona tiene características que son muy acordes con la forma en la que se interviene en el Centro Hospitalario Benito Menni. En este centro, la autonomía del/la paciente es uno de los ejes de la intervención, así como también lo son la individualidad en cada caso, la independencia y el bienestar, la participación y la continuidad en la atención.

Como análisis final de los diferentes modelos de intervención que se han indagado en esta investigación podemos inferir que, hay modelos que son más compatibles que otros para la intervención en Cuidados Paliativos desde la disciplina de Trabajo Social, debido a que las particularidades de unos modelos se adecuan más a las necesidades y demandas de los/as usuarios que otros.

Pasando a lo relativo del Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares, podemos saber gracias a las entrevistas realizadas a los/as diferentes profesionales del equipo que esta disciplina tiene valoraciones positivas en el equipo de Cuidados Paliativos, cumpliendo funciones propias del Trabajo Social como lo son la acogida a los/as pacientes y/o sus familiares, el apoyo emocional a los mismos, la escucha activa, el asesoramiento y la gestión de los recursos existentes, entre otros. En concordancia con la teoría que fundamenta el Trabajo Social dentro de los equipos multidisciplinares como la de los autores E. Agrafo y B. Manrique, 1996, verificamos que una persona cualificada en esta disciplina cumple de manera pertinente con una figura profesional importante para dar respuesta a las demandas de los/as pacientes y sus familias.

En cuanto a la ética dentro de los Cuidados Paliativos es un enfoque que se debe de tener en cuenta, pues surgen dilemas éticos de forma diaria en la que el/la trabajadora social debe tomar decisiones difíciles, acordes a los valores del/la paciente.

Tal y como expone Encarnación Pérez (2011) la dificultad la situación por la que atraviesa el/la paciente y su familia lleva a los/as profesionales a la búsqueda de buenas decisiones, aunque más que la toma de buenas decisiones de los/as profesionales, se busca la

buena práctica profesional basada en la toma de decisiones que realice el/la propio/a paciente.

Los presidentes de los comités científico y organizador de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) Álvaro Sanz y Francisco Vara presentan las cuestiones éticas que se deben adoptar para asegurar la calidad de los cuidados, ellos mencionan la formación adecuada de los/as profesionales, el trabajo en equipo, la atención integral, y la adecuada coordinación entre profesionales de diferentes servicios y niveles asistenciales. Entre estas menciones hace falta la alusión a la autodeterminación del/la paciente en la toma de decisiones, lo cual es uno de los pilares fundamentales para la calidad en la intervención en casos de Cuidados Paliativos.

En las entrevistas realizadas a los/as profesionales destaca la autonomía que tienen los/as pacientes del Centro Hospitalario Benito Menni a la hora de la toma de decisiones al final de la vida. Se adapta el plan terapéutico a las necesidades y demandas del/la paciente y su familia.

La trabajadora social del centro pone énfasis sobre todo en el/la paciente. La profesional expone que, en muchos casos, las familias quieren tomar las decisiones por el/la paciente cuando este está en capacidad de hacerlo. Afirmo que en estos casos el deber del/la trabajador/a social está en velar porque se cumplan las decisiones tomadas por el/la paciente.

En relación con las competencias del Trabajo Social, el diagnóstico social es imprescindible en el área de Cuidados Paliativos, pues a partir de este se interviene de

forma individualizada con el/la paciente y sus familias, para que desde lo social también se lleven a cabo tratamientos para la resolución de problemas sociales.

Las principales funciones que desarrolla la profesional de Trabajo Social en el área de Cuidados Paliativos son la información y orientación, la función asistencial y la función de coordinación. Estas competencias y funciones expuestas están en consonancia con las planteadas por Vazquez, 2005. en el *Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social*.

En los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas a los/as profesionales del Centro Hospitalario Benito Menni destaca la importancia de una atención integral, acorde con la definición de Cuidados Paliativos de la OMS.

6.1 Aportaciones del estudio a la práctica profesional del Trabajo Social en Cuidados Paliativos.

Este estudio cualitativo busca la visibilización del papel de Trabajo Social dentro de los equipos interdisciplinares de Cuidados Paliativos, describiendo las funciones que le competen a esta profesión dentro del ámbito de actuación de los Cuidados Paliativos.

Además, se contrasta la teoría con la práctica, sobre todo en lo relacionado con los métodos de intervención social, pues gracias a la entrevista realizada a una profesional de Trabajo Social pudimos recoger datos de cómo se interviene en la práctica profesional, en el contexto de los Cuidados Paliativos y comparándolo con ocho métodos de intervención, vemos que la práctica profesional del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos se acerca más a algunos métodos de intervención que a otros.

Por otra parte, se identifican buenas prácticas para la intervención con usuarios/as y familias de Cuidados Paliativos.

Esta investigación, aporta al conocimiento científico, haciendo visible la problemática social del uso del servicio de Cuidados Paliativos por personas jóvenes (menores de 70 años), quienes necesitan respuestas diferentes (tanto el/la paciente como la familia) a la hora de realizar una intervención profesional.

6.2 Dificultades y limitaciones encontradas en el estudio de caso.

En el estudio de caso que se ha llevado a cabo en esta investigación emergieron las siguientes dificultades y limitaciones.

- Hay ausencia de representación de los/as pacientes y sus familias de forma empírica debido a que por respeto a la situación en la que se encuentran no se estima oportuno la realización de una entrevista.
- Yo, como investigadora, carezco de experiencia previa como investigadora, lo que condiciona a la investigación.
- La carga laboral de los/as profesionales entrevistados/as hizo que las entrevistas fueran espontáneas y rápidas.
- Falta de recursos para cubrir las necesidades de los/as pacientes.

7 Conclusiones.

7.1 Respuesta a la pregunta de investigación.

¿Cómo es la intervención del Trabajo Social en el área de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid y cuáles son las funciones de la trabajadora social?

La intervención del Trabajo Social en el área de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid es valiosa, significativa y continuada tanto con los/as pacientes del centro como con sus familias. El Trabajo Social es la primera profesión que tiene contacto con las familias, por lo que este primer contacto crea en un alto porcentaje una relación de confianza entre el profesional y las familias. Durante el ingreso del/la paciente y en los casos necesarios, tras el alta o fallecimiento del/la paciente, la disciplina de Trabajo Social brinda apoyo emocional a las familias, las acoge, las escucha de forma activa, las asesora sobre los recursos que se adecúen a su situación de forma individualizada, realiza tareas administrativas de diferentes recursos como el enterramiento por pobreza, recoge los datos de los/as pacientes y las familias en la ficha social del/la paciente, entre otras funciones que surgen en el día a día de la práctica profesional del Trabajo Social en el contexto de los Cuidados Paliativos.

7.2 Principales conclusiones del estudio de caso.

En conclusión, este estudio de caso expone que el Trabajo Social es una figura clave para atención integral de los/as pacientes en fase terminal y sus familias, brindando acompañamiento en el proceso del duelo, dando apoyo psicosocial y orientando sobre los recursos a pacientes y familias.

Aunque la valoración de las otras disciplinas fue positiva para la intervención del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos, la profesión que nos compete sigue siendo poco visible en los equipos multidisciplinares, no considerándose ni siquiera como profesión sanitaria, como ya se reconoce por ejemplo la disciplina de la psicología. Por esto, se necesita que se visibilice más la intervención social en el contexto de los Cuidados Paliativos, pues sin nuestra profesión la atención integral a los/as usuarios/as y sus familiares no sería posible.

Por otra parte, la trabajadora social del Centro Hospitalario Benito Menni cuenta con muchos años de experiencia en la práctica profesional, de forma cercana a los Cuidados Paliativos. La experiencia de la profesional hace que su intervención sea exitosa, pero para profesionales que tienen poca experiencia es oportuna una formación explícita sobre los Cuidados Paliativos que contenga contenidos sobre aspectos psicosociales, técnicas de comunicación, atención efectiva ante un duelo, etc.

Otra conclusión que se extrae de esta investigación es que, en la actualidad, uno de los principales retos según la trabajadora social del centro es trabajar con personas jóvenes en Cuidados Paliativos, ya sea interviniendo con el/la propio/a paciente y/o con sus familias.

Otros/as profesionales manifiestan la falta de recursos para cubrir las necesidades de los/as pacientes pues, aunque el Centro Hospitalario Benito Menni es un centro privado, cuenta con conciertos con la Sanidad de Castilla y León (SACYL) en el que las camas destinadas a Cuidados Paliativos a veces no son suficientes para la demanda existente de este servicio.

En cuanto a conclusiones relacionadas con la metodología llevada a cabo en este Trabajo de Fin de Grado, podemos concluir en que los resultados son los esperados, ya que hemos podido dar respuesta a los objetivos generales y específicos de la investigación; se ha realizado un análisis del Trabajo Social en los equipos multidisciplinares y de la coordinación que hay dentro del equipo de Cuidados paliativos mediante el estudio de caso que se realiza, comprendiendo las funciones y competencias del/la trabajador/a social en el área de Cuidados Paliativos

Conocemos a través de la revisión literaria y de la entrevista realizada a la profesional de Trabajo Social en este estudio de caso las intervenciones, estrategias y herramientas utilizadas en Trabajo Social y se detecta alguna área de mejora para la intervención del Trabajo Social en los Cuidados Paliativos.

Teniendo en cuenta las características del método de investigación de estudio de caso, el cual es abordado en esta investigación, hay posibilidad de replicar la metodología trabajada pero las conclusiones que se obtengan pueden variar, dependiendo del contexto donde se aplique el estudio.

7.3 Propuestas de mejora.

Tras realizar este estudio, se proponen mejoras en: la incorporación del Trabajo Social en la toma de decisiones clínicas siempre que sea pertinente, integrando la profesión a las reuniones semanales del área de Cuidados Paliativos, en la elaboración de guías de intervención social para respaldar dicha intervención y en fomentar métodos de evaluación para la intervención social, con el fin de poder valorar la eficacia de la intervención y así conseguir los méritos necesarios para la profesión.

7.4 Líneas futuras de investigación.

En las entrevistas que se realizaron surge la necesidad de investigar en un futuro sobre la intervención con pacientes de diferentes edades en los Cuidados Paliativos; tanto la trabajadora social del centro como otros/as profesionales resaltan que cada vez es más frecuente que los pacientes en fase terminal sean personas jóvenes, lo que antes era poco habitual se está convirtiendo en algo cada vez más recurrente.

“Desgraciadamente cada vez hay casos más jóvenes de chicos, chicas y lo más difícil para la familia. En este caso para el paciente es despedirse de sus hijos, porque aquí ha venido chicos eh, niños que están en el instituto, niños que están en infantil y eso enfrentarse a la pérdida de su padre y como asimilarlo ellos”.

“Son edades distintas, enfermedades distintas entonces claro hay que comprender la situación de que cada persona y e incluso de cada familia”.

Este hecho social pone al Trabajo Social ante una perspectiva investigativa, donde es necesario profundizar sobre este tema, ya que la edad del/la paciente es un factor que condiciona la intervención social. No es lo mismo la intervención que se debe realizar con un/a paciente nonagenario u octogenario, con su viudo/a de similar edad, con hijos/as en edad natural para afrontar el duelo de un progenitor, con capacidad económica equivalente a su pensión de jubilación en la mayoría de los casos que con un/a paciente de edad media (cuarenta, cincuenta años), con un viudo/a de edad similar, donde no se ve natural la pérdida del cónyuge, con hijos/as jóvenes o incluso niño/as, con una situación económica en la que en muchos casos el/la paciente era una de las fuentes de ingreso de la unidad familiar, entre otros aspectos que se deben investigar.

Saber intervenir de forma adecuada en cada uno de los casos requiere investigar en profundidad sobre los aspectos condicionados por la edad del/la paciente.

8. **Bibliografía.**

- Avolio ALecchi, B (2015). Métodos cualitativos de investigación. Una aplicación al estudio de caso. Surquillo. Cengage Learning.
- Aktouf, O. (1992) *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organizations*. Sainte-Foy, Presses de l' Université du Québec.
- Benlloch Charro, A. (2019). La intervención del Trabajador Social en una unidad de Cuidados Paliativos pediátricos con padres que atraviesan un duelo anticipado.
- Betancor, E. A., Pérez, M. G., & Díaz, B. A. (2015). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*. Síosí Punto Gráfico.
- Canteli del Valle, A. (2024). *Trabajo Social Sanitario, familias y Cuidados Paliativos pediátricos: un estudio de necesidades*.
- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 13 de diciembre de 2009.
- Casado Fernández, P. (2021). Menores infractores e intervención asistida con animales: Un estudio de caso en Fundación Diagrama y el papel del Trabajo Social.
- Cazarez, B. E., & Murillo, C. M. L. RETOS Y DESAFÍOS DEL DESEMPEÑO
- Centro Hospitalario Benito Menni. (2019). Guía del Usuario.
- <http://www.benitomenni.org/archivos/201911/val-docm-8022-guia-del-usuario-rev1019.pdf>
- PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista Electrónica de Trabajo Social Campos Problemáticos en el Trabajo Social Latinoamericano*, 24.
- Cazzaniga, S. (2001). Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Ponencia desarrollada en las VI Jornadas de Medicina General y 1ª de Equipo de Salud organizada por la Asociación de Medicina General de Santa Fe. Reconquista*.
- Centeno Sotillo, P. (2020). Revisión bibliográfica sobre la participación social de las personas con discapacidad intelectual: enfoque desde el Trabajo Social.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 31

E. Agrofo y B. Manrique, “Asistentes Sociales”, en *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona – España, Ed Jims, 1996.

E. Agrofo y B. Manrique, “Aspectos sociales de la enfermedad terminal e intervención en Trabajo Social”, en *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona – España, Ed. Jims, 1996.

España. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986, pg. 15207 a 15224.

España. (2002). 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, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, pg. 40126 a 40132.

Espinar Cid, V (2012). LOS CUIDADOS PALIATIVOS: ACOMPAÑANDO A LAS PERSONAS EN EL FINAL DE LA VIDA. Cuadernos de Bioética, XXIII(1), 169-176.

Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2009, 87.

Falagan, R. (2020). *Trabajo Social y Cuidados Paliativos*. (Doctoral dissertation, Universidad del Salvador).

Fernández Manzanera, C. (2019). Trabajo Social y Cuidados Paliativos: buenas prácticas e innovación en la intervención psicosocial.

Fernández, A. C. (2016). El sentido de la investigación cualitativa. *EA, Escuela abierta: revista de Investigación Educativa*, (19), 33-48.

Frutos García, R. (2022). Estudio cualitativo sobre la perspectiva de los profesionales del Trabajo Social sanitario en el abordaje de la eutanasia.

Institut Català d’Oncologia. *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. España, junio de 2004.

- Germain, C. y Gitterman, A. (1980): *The Life Model of (Social Work Practice*, Nueva York, Columbia University Pres.
- Gómez, F. (2010). Competencias profesionales en Trabajo Social. <https://docta.ucm.es/entities/publication/a48c2131-8ac8-4194-a16b-179e3af4fa36>
- Gómez, F. (2009). Adquisiciones de competencias profesionales para el desarrollo del trabajo social (Libro Blanco ANECA). Madrid: UCM.
- Gómez Fernández, M. (2014). Trabajo Social en Cuidados Paliativos.
- Gómez, F y Moñivas, A. (2005). Convergencia Europea, Trabajo Social y Nuevas Tecnologías. *Cuadernos de Trabajo Social 18*. Universidad Complutense de Madrid, 57-77.
- Grawitz, M. (1984) Métodos y técnicas de las ciencias sociales, México, Editia mexicana.
- Huacani, C. A., Robles, W. A., & Paricoto, I. M. (2021). Discusión de resultados. *Repositorio. concytec*: [https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500,12390\(2256\),1](https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390(2256),1).
- Jiménez Chaves, V. E. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista internacional de investigación en ciencias sociales*, 8(1), 141-150.
- López Estrada, R. E., & Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social.
- Luhmann, N. (1991): *Sistemas sociales: alineamientos para una teoría general*, México D. E, Alianza Editorial.
- Mateo Merino, V. (2023). Calidad de vida, salud mental y necesidades sociales en familias adoptantes: un estudio cualitativo.
- Martínez Pérez, I. (2024). PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO SOBRE ACOMPAÑAMIENTO Y ESTRATEGIAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL. UN ESTUDIO CUALITATIVO

- Marqués, Á. C., Pérez, J. J. N., & Botija, M. (2021). El derecho a morir dignamente: una oportunidad para el impulso ético del Trabajo Social. *Trabajo Social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*, (11), 1-29.
- Mayer, R., Ouellet, F. (1991). *Métodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Gaetan Morin Éditeur.
- Minahan, A. et al. (1987): *Enciclopedia of Social Work*, Silver Spring. NASW.
- Novellas, A (2000). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*. Barcelona: Naran Ediciones, S.A.
- Parrilla, A. (2000). Proyecto docente e investigador II. Cátedra de Universidad, Universidad de Sevilla.
- Orbiso Arroyo, G. (2023) LA EUTANASIA, UNA PUERTA DE ACCESO PARA EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.
- Payne, M. (1995): *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica*, Barcelona, Paidós.
- Red, N. de la (1993): *Aproximaciones al Trabajo Social*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Revilla Martin, A.M (2022). Trabajo social, salud mental y Modelo de Atención Centrado en la Persona”.
- Román, A. C. F., Martínez, S. N., Segarra, J. I. T., & Aucapiña, N. Y. F. (2022). Rol del trabajador social con las familias de los pacientes en Cuidados Paliativos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(1), 790-798.
- Rodríguez, P. (2013). Atención centrada en la persona. *Papeles la Fund Pilares para la Auton Pers*, 1, 122.
- Ruiz Espinoza, F. H., & Estrada Cervantes, R. (2021). Revisión Bibliográfica: La Metodología del Aprendizaje basado en la Investigación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 1079-1093.

- 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.
- Viscarret, J. J (2009). Modelos de Intervención en Trabajo Social. En T. Fernández (coord.), *Fundamentos del Trabajo Social*, pp 293-344. Madrid: Alianza.
- Velásquez, A. M. Q. (1995). Consideraciones acerca del trabajo interdisciplinario. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (2), 17-26.
- Pincus, A. y Minahan, A. (1983): *Social Work Practice*, Itasca, F. E. Peacock.
- Prensasecpal. (s. f.). *XIV Jornadas Internacionales de SECPAL: “La ética en Cuidados Paliativos, una responsabilidad de todos”* SECPAL. <https://www.secpal.org/salamanca-albergara-las-xiv-jornadas-internacionales-de-secpal-la-etica-en-cuidados-paliativos-una-responsabilidad-de-todos/>
- Saldaña Morante, L M^a. (2024). EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO, ALÉTHEIA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DEL MEDIO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN.
- Sánchez, I. M. (2019). Los Cuidados Paliativos con especial referencia a la legislación de las comunidades autónomas. *DS: Derecho y salud*, 29(2), 8-30.
- Swanson, W. C. y Carbon, I. B. (1989): “Crisis intervention: theory and technique”, en Karasu T. B. (coord.), *Treatment of psychiatric disorder*, Washington, American Psychiatric Press, vol. 3, pp. 2520-2535.
- Vázquez, O. (2005): *Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social*. Madrid: ANECA.
- Yin, R.K. (1984/1989). *Case Study Research: design and Methods, Applied social research Methods Series*, Newbury Park CA: Sage.

Zurriarán, R. G. (2019). Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y bioética*, 23(2), 180-193.

9. Anexos.