

# Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas

## Intervención social

Coordinadores de la edición

Anna Novellas Aguirre de Cárcer

María del Pilar Munuera Gómez

Jun Lluch Salas

Xavier Gómez-Batiste

Edición  
Obra Social "la Caixa"

Diseño gráfico  
Carlos Ortega y Jaume Palau

Traducción de textos  
Caplletra

Impresión  
Agpograf

Depósito legal  
B 8913-2016

La responsabilidad de las opiniones expresadas en esta publicación corresponde exclusivamente a sus autores. La Fundación Bancaria "la Caixa" no se identifica necesariamente con las mismas.

# Procedimientos de atención indirecta

**Autora: Esther Lasheras Soria**

Como la vida, la muerte está condicionada por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, religiosos... A diferencia de la muerte como tal, el proceso de morir sí es una realidad que se puede explicar y compartir, y de la que se puede aprender. En palabras de José Saramago,<sup>1</sup> «más que hablar de la muerte, que en realidad nadie conoce y de la que nadie ha tenido una vivencia, debemos hablar del morir».

Para las personas, esta etapa de final de vida implica sufrimiento, al sentirse amenazadas en su integridad. La percepción que tengan de esa amenaza, así como de los recursos propios o externos con los que cuentan para lidiar con ella, será consecuencia en mayor o menor grado de ese sufrimiento. Por lo tanto, estamos hablando de un aspecto al que debemos prestar extraordinaria atención y cuidado en la intervención, pues modulará el proceso en su diagnóstico y en su intervención. No hay que olvidar que, como Eric Cassell<sup>2</sup> recuerda, «los que sufren no son los cuerpos, son las personas».

Para la familia, este proceso de situación de final de vida genera un impacto emocional que provoca alteraciones, tanto de funcionamiento como emocionales, y que puede desestabilizar su homeostasis, en mayor o menor medida, en función de factores internos y externos a la misma. El tipo de estructura y dinámica familiar, el momento del ciclo vital en el que se encuentren y su capacidad emocional y de resiliencia serán determinantes en la capacidad de respuesta y adaptación a muchas de las dificultades relativas a cómo el sistema familiar se ve afectado por tener a uno de sus miembros enfermo y en la última etapa de la vida.

Además, a este contexto de proceso de final de vida hay que añadir el impacto que tienen sobre la salud diferentes determinantes sociales, entre otros, la pobreza, el paro, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el

1. Saramago, J. (1995). En: Bayés, R. *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza, 2006.
2. Cassell, E. «The nature of suffering and goals of medicine». *N Engl J Med* 1992;306:639-642. [Traducción propia.]

barrio de residencia, el nivel educativo y el entorno relacional. Estos, a su vez, se ven agravados por dos factores adicionales: la debilidad del estado del bienestar existente en España y las fuertes desigualdades internas entre áreas geográficas y clases sociales.<sup>3</sup>

Si es conocido que la salud de las personas difiere mucho entre grupos sociales, y que sistemáticamente experimentan peores o mayores riesgos de salud las personas socialmente desaventajadas,<sup>4</sup> se entiende que los procesos de muerte, forzosamente, también serán distintos en cada situación.

Hacer acopio de todos los elementos mencionados, contemplarlos en el proceso y garantizar la atención de la persona que está enferma y su familia con adecuados niveles de calidad, incluye procedimientos no tan solo a nivel de atención directa con la persona y la familia, sino que será en el desarrollo de las intervenciones propias de la atención indirecta del trabajador social donde, de forma paralela, y en ocasiones simultánea, se resolverá y configurará el diagnóstico social sanitario, su tratamiento y la evaluación de la idoneidad de las propuestas formuladas. Y resulta importante destacar, en este sentido, la necesidad de un consenso diagnóstico de esas propuestas junto con la persona y la familia. Se trata de realizar una coparticipación en la que exista conciencia tanto de las necesidades de uno mismo como de las capacidades y los propios recursos para resolverlas, de forma que en esta coparticipación en la elaboración del diagnóstico se encuentre el principio ideal para la construcción de un plan de intervención adecuado.

Para ello, el trabajador social deberá realizar todas aquellas gestiones, contactos, búsquedas de recursos, etc. que sean necesarios, con el fin de mejorar la situación, optimizar los recursos y promover el buen desarrollo de las intervenciones diseñadas en el plan de tratamiento.

Estas intervenciones de atención indirecta suponen establecer mecanismos adecuados de comunicación, coordinación y colaboración entre los miembros del propio equipo asistencial y con los distintos servicios y niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales, implicados en el caso.

A este respecto, el trabajador social juega un importante papel, ya que ejercerá como enlace entre los diferentes servicios, recursos y profesionales, promoviendo la coherencia en las intervenciones y colaborando en la detección y análisis de los factores de riesgo o vulnerabilidad que incidan en el proceso de salud.

No debemos olvidar que el trabajador social sanitario es experto en el ámbito de la salud y, en el caso que nos concierne, experto en situaciones de final de vida. Por lo tanto, tiene la responsabilidad intrínseca de orientar a los

demás servicios y profesionales que acuden en busca de colaboración y apoyo, lo que, a su vez, ayudará a garantizar el acceso a los recursos y dispositivos de la red sanitaria que legitimen la continuidad en la atención social dentro del sistema sanitario.

Y es que la intervención indirecta es inherente y forzosamente necesaria en el trabajo social. No solo entraña los procedimientos *in situ* naturales del caso, como la reflexión y análisis de la naturaleza del caso, la planificación y documentación de las intervenciones, las reuniones periódicas del equipo interdisciplinario, la colaboración con otros profesionales, etc., sino que genera conocimiento científico en el desarrollo de la propia disciplina mediante la investigación, contribuyendo a la creación y establecimiento de protocolos de colaboración y derivación específicos, favoreciendo la creación de programas que den respuesta a las nuevas problemáticas emergentes, y promoviendo la formación específica de trabajo social sanitario y colaboraciones docentes en otras profesiones sanitarias.

Es en el desarrollo de las actividades de atención indirecta donde el trabajador social genera producción científica, dota de identidad y especialización a su profesión y se descubre como profesional ineludible en los equipos sanitarios.

## Encuadre diagnóstico

Teniendo en cuenta lo expuesto, entendiendo que las ciencias sociales no son exactas y que son muchos los factores y variables que intervendrán en el proceso, las valoraciones e hipótesis que guiarán al profesional serán dinámicas y orientativas en el tiempo, por lo que se hablará de aproximación al diagnóstico.<sup>5</sup> Precisamente por su naturaleza de continuo cambio en su camino de desarrollo, y por la complejidad de atender a múltiples factores, serán necesarios varios contactos entre el profesional y la persona o la familia, que permitirán al trabajador social alcanzar una adecuada comprensión de la situación global.

En el contexto sanitario esto implica, por un lado, la observación, conocimiento y comprensión de, además de todas las partes sanas de la familia, la persona con enfermedad avanzada y el entorno, de los factores de riesgo relacionados propiamente con la enfermedad; es decir, de toda la problemática que pueda derivar de la misma. Por otro lado, también de aquellos factores protectores, tipos de relación, capacidades y potencialidades de los miembros implicados, así como los elementos de complejidad detectados en el conjunto del medio familiar que puedan incidir en la situación de enfermedad, denominados *factores de vulnerabilidad*.<sup>6</sup> Por consiguiente, el diagnóstico deberá tener en cuenta los

3. Benach, J. «Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994)». *Gac Sanit* 1995;49:251-264.

4. Braveman, P. «Health disparities and health equity: Concepts and measurement». *Annual Review of Public Health* 2006;27:167-194.

5. Ituarte, T.A. *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI, 1992.

6. Claramonte, M.À.; Nadal, D.; González, R.; Pou, N.; Rams, S. «La intervención social en la malal-

aspectos relacionados con la persona en sí misma, el medio más próximo, la familia, y el contexto social, lo que podríamos denominar *su ecosistema*, donde esa persona desarrolla su vida. Y, por último, se analizarán aquellos elementos y necesidades que afectan al proceso.

En este sentido, la actitud del trabajador social debe poder demostrar su interés genuino por cada situación a la que atiende, por sus potencialidades y dificultades, por sus emociones y por los efectos del impacto generado por la situación de final de vida. Lo que Carlos Garrido,<sup>7</sup> escritor y periodista que perdió a su hija de 21 años por enfermedad oncológica, denomina «la lágrima en el ojo ajeno» o la «solidaridad ocular».

Conviene tener en cuenta que, a veces, solo se podrá acompañar, únicamente «estar», que no significa «hacer»; ocasiones en las que el trabajador social es el recurso en sí mismo, es el soporte. Y no resulta tarea fácil afrontar y manejar el dolor ajeno y el propio, porque no es fácil desprenderse de «esa parte nuestra» que se va con cada muerte.

Solo cuando el profesional identifique, entienda y acepte sus emociones y su propia vulnerabilidad frente a la muerte, solo entonces, podrá realizar un acompañamiento sereno y adecuado. En palabras de Elisabeth Kübler-Ross,<sup>8</sup> «quien rechaza su propia muerte, rechazará la de los demás».

Y es por ello por lo que resulta tan importante insistir en que la labor del trabajador social va mucho más allá de la mera prescripción de servicios sociales.<sup>9</sup>

Por ello, el diagnóstico social sanitario debe encaminarse a tratar de conseguir el conocimiento y comprensión de la realidad de la persona y de su entorno más cercano, así como de las dificultades que presenta, teniendo en cuenta que esa realidad vendrá determinada por la propia persona y por ese entorno con el que interactúa constantemente. Para ello, es importante prestar especial atención al significado que se otorga a lo que se observa; es decir, a «dotar de sentido» lo observado y lo narrado por la persona o grupo al que se atiende, ya que se está tratando con el mundo simbólico del otro, con la percepción subjetiva de cómo cada persona ve el mundo.

Resulta importante incorporar en el día a día que las personas construimos significados para entender lo que ocurre a nuestro alrededor, y es a través de ese sistema personal de constructos como percibimos el mundo. De igual modo, debemos tener presente que la familia crea sus propios constructos, y que, como Dallos<sup>10</sup> formula, no solo se trata de una percepción, sino de algo que servirá de guía en el curso de sus acciones.

No hay que olvidar que nadie posee el monopolio de la verdad, y que el propio sistema de creencias juega un importante papel en las valoraciones e hipótesis que se formulan acerca de lo que se observa.

Retomando la aproximación al diagnóstico, es a partir de toda la información recogida, en los diferentes encuentros con la persona y la familia, que el trabajador social deberá reflexionar sobre esta información, para poder elaborar un adecuado diagnóstico. No obstante, aludiendo a lo ya mencionado, el diagnóstico deberá ser flexible y, por lo tanto, continuo en el proceso, permitiendo y fomentando la participación de la persona enferma y su familia, a fin de que el tratamiento propuesto y sus objetivos sean entendidos y aceptados por ellos, un aspecto clave para alcanzar las metas planteadas.

El diagnóstico o evaluación diagnóstica seguirá un orden secuencial y una dinámica que permitan una mayor comprensión de la situación por parte de todos los miembros implicados, desde la persona con enfermedad avanzada y la familia hasta todos los profesionales que intervengan en el caso. Y, una vez consensuada la valoración diagnóstica entre la persona o la familia y el trabajador social, se llegará a la conclusión de cuáles son las diferentes problemáticas, siendo las más comunes, tal y como expone el *Modelo de trabajo social en la atención oncológica* del Instituto Catalán de Oncología,<sup>11</sup> las siguientes: de estructura, organizativas, relacionales o conductuales, de actitudes frente al proceso de la enfermedad y de vivencias. De esta forma, el equipo asistencial podrá elaborar un plan de trabajo identificando qué, cómo y quiénes van a intervenir; es decir, qué reforzar o mejorar y qué tratar, a nivel global como equipo asistencial y a nivel de la especialidad de cada profesional.

Con estos objetivos se podrá establecer un plan de trabajo y unas pautas de intervención que sirvan para reducir el impacto y las alteraciones que produce la situación de enfermedad avanzada. El plan de trabajo ayudará a realizar un tipo de atención ordenada y secuencial ante las situaciones del momento, y a la vez intentará prevenir posibles complicaciones sociofamiliares futuras. El abordaje se llevará a cabo desde una perspectiva global y a través de una coordinación o colaboración interdisciplinaria y multidisciplinaria, teniendo presentes a todos los profesionales de los diferentes ámbitos, desde la primaria hasta la especializada, implicados en el proceso. Por ello, el diagnóstico no tan solo permite al trabajador social una comprensión de esa realidad con la que trabaja, sino que complementa la historia de cada situación en cualquier contexto donde se lleve a cabo la intervención, y facilita la comunicación y comprensión de los profesionales con quienes se comparte cada caso o situación, evitando al mismo tiempo solapamientos en las intervenciones, pero complementando las intervenciones de los demás profesionales.

---

tia crónica infantil». *Monogràfics TSCAT*. Disponible en: [http://www.tscat.cat/images/arxiu/Malaltia\\_Cronica\\_Infantil\\_v04%20-%20monogr%C3%A0fic%207.pdf](http://www.tscat.cat/images/arxiu/Malaltia_Cronica_Infantil_v04%20-%20monogr%C3%A0fic%207.pdf) [Consulta: 02/03/2015]

7. Garrido, C. *Te lo contaré en un viaje*. Barcelona: Crítica, 2002.

8. Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, 1993.

9. Colom, D. «El trabajo social sanitario como herramienta de gestión». *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* 2008;7:14-22.

10. Dallos, R. *Sistema de creencias familiares. Terapia y cambio*. Barcelona: Paidós, 1996.

---

11. Instituto Catalán de Oncología. *Modelo de trabajo social en la atención oncológica*. 2004. Disponible en: [http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/\\_professionals/documents/qualy/arxiu/doc\\_modelo\\_trabajo\\_social\\_at.\\_oncologica.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/_professionals/documents/qualy/arxiu/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf) [Consulta: 15/12/2017]

Como Richmond<sup>12</sup> señalaba en sus aportaciones sobre el diagnóstico social sanitario, del mismo modo que el médico necesita entender la naturaleza del desorden orgánico que trata para poder aliviarlo, el trabajador social sanitario necesita del diagnóstico social para entender la naturaleza del desorden social que está tratando y saber cómo aliviarlo.

## Escalas de valoración familiar

Como ya se ha mencionado, es necesario prestar especial atención a la valoración familiar, teniendo en cuenta la importancia que tiene la familia para la persona, pues es el grupo de pertenencia con el que se identifica y en el que se desarrolla. Junto con la persona enferma, se trata de la principal unidad asistencial.

Una parte de la información en relación con la dinámica familiar y su sistema de creencias se obtendrá en las entrevistas, pero otra parte muy importante se obtendrá a partir de la observación, tanto del trabajador social como de los distintos miembros implicados en la atención del caso o situación, de lo que la familia hace y cómo lo hace.

En la recogida de información, es importante considerar diferentes aspectos:

- De estructura y funcionamiento familiar: genograma, jerarquías, cuidador principal, roles y flexibilidad de los mismos, conducta de sus miembros y recursos propios de la familia:
  - Momento del ciclo vital de la familia y de la persona.
- De las relaciones: grado de empatía y vínculo entre los miembros de la familia:
  - Lenguaje que utiliza la familia para expresarse en relación con la situación de enfermedad avanzada y cómo se comunican entre ellos al abordar el tema.
  - Relaciones con el entorno (aislamiento...).
  - Actitudes de los miembros de la familia con la persona enferma (sobrepotección...).
- Emocionales: cómo afrontan o han afrontado determinados sucesos o experiencias, e historia de pérdidas o acontecimientos vitales estresantes, con el fin de que puedan reconocer ellos mismos sus capacidades y debilidades, de modo que les permita identificar sus necesidades actuales:
  - Principales expectativas y temores en relación con el presente y el futuro más próximo, el que pasará.
  - Situación emocional de la familia y mecanismos de defensa.

12. Richmond, M. *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI, 2005.

- Procesos de duelo o experiencias similares que se han producido recientemente.
- Posible agotamiento o sobrecarga de los familiares en situaciones en las que el proceso se prolonga en el tiempo.
- Relacionados con el equipo terapéutico: necesidades objetivadas por los profesionales y aquellas que la persona enferma y su familia viven con mayor angustia, a fin de encontrar, proponer o buscar conjuntamente los medios posibles o necesarios para poder hacerles frente:
  - Relación que se establece entre la persona y la familia con el equipo terapéutico.
  - Comunicación que se establece con los diferentes profesionales implicados en el proceso.

A este respecto, no se puede dejar de resaltar la suma importancia de identificar aquellos aspectos culturales de la persona o la familia que inciden en su forma de proceder, y conocer cuáles son sus rituales, con el objetivo de detectar si estos influyen de forma positiva o perjudican el proceso, procurando, en su caso, facilitar los medios para su desarrollo. La etapa final, que culmina y significa todo el proceso vivido junto a la persona enferma, es la despedida necesaria para aprender a vivir con la ausencia. Es en este cierre donde, si se minimizan las necesidades de despedida de la familia hacia su ser querido, puede quebrarse todo el trabajo realizado durante el proceso de final de vida.

Se observa, por lo general, que la tendencia de las familias es la de unirse y adoptar una actitud proactiva en la búsqueda de recursos para la resolución de los problemas que la enfermedad pueda generar. Esto conlleva una serie de reajustes que algunas familias realizan solas, pero otras precisarán de la intervención del trabajador social sanitario, la cual se desarrollará siempre respetando los ritmos y tiempos particulares de cada sistema personal y familiar.

Para llevar a cabo esta valoración, existen diferentes instrumentos que permiten evaluar la función familiar, y que proporcionan información importante para elaborar el diagnóstico al inicio y durante el proceso.

Entre los cuestionarios más empleados en todo el mundo, se encuentra el **APGAR** familiar,<sup>13</sup> del que existen versiones validadas en algunas poblaciones españolas. Es un cuestionario de solo cinco preguntas con el que puede obtenerse, de forma rápida y sencilla, una evaluación de la función familiar o, al menos, del grado de satisfacción que percibe la persona enferma con respecto a la función familiar.

La **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**<sup>14</sup> es otro instrumento muy utilizado para prevenir el agotamiento y claudicación de los principales cui-

13. Smilkstein, G.; Ashworth, C.; Montano, D. «Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function». *J Fam Pract* 1982;15:303-311.

14. Martín, M.; Salvadó, I.; Nadal, S.; Mijo, L.C.; Rico, J.M.; Lanz, P. *et al.* «Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit». *Revista de Gerontología* 1996;6:338-

dadores que soportan un intenso grado de estrés debido a la intensidad y continuidad de los cuidados, especialmente en las fases de la etapa final de la vida. Es un cuestionario que se utiliza para medir la dimensión subjetiva de la sobrecarga a través de una puntuación de 22 ítems.

La **Escala de Calidad de Vida Familiar** (Family Quality of Life Survey)<sup>15</sup> ofrece la posibilidad de construir un mapa familiar en el que se muestran los aspectos que hacen fuerte a la familia y aquellos otros que es necesario fortalecer, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la misma. Aunque originalmente la escala está dirigida a familias de personas con discapacidad, nos puede ser útil en cuanto a la valoración de algunas de las dimensiones que contempla el instrumento.

Por otra parte, existen instrumentos tales como la **ADISMIC**<sup>16</sup> (Aproximación Diagnóstica e Intervención Social en la Enfermedad Infantil Crónica), desarrollada por un grupo de trabajadores sociales catalanes, expertos en cronicidad pediátrica, cuyo objetivo es llevar a cabo una valoración de los aspectos descritos aquí previamente para poder, de alguna forma, confirmar la hipótesis diagnóstica, que, tal y como se señala en muchas ocasiones, parece que realicemos de forma más intuitiva que técnica. Es una herramienta que, aunque no validada, podemos utilizar adaptando y focalizando el cuestionario en aquellos aspectos que nos interesa explorar.

La **Escala FACES III** (Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar)<sup>17</sup> es la última versión de la serie de escalas FACES, que desarrolla dos de las dimensiones del Modelo Circumplejo:<sup>18</sup> la cohesión y la flexibilidad familiar. Esta escala ha sido adaptada a distintos contextos culturales, y empleada extensamente en sus diferentes versiones (FACES I y II) en múltiples estudios. La escala permite discriminar entre diferentes patrones de funcionamiento familiar: la cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia, y la flexibilidad se define como la magnitud de cambio en los roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

Al respecto, el grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado.

En función de las propias familias, el momento en el que se encuentren y en el que se inicie la intervención determinará qué instrumentos son más adecuados para secundar la valoración. Sin embargo, es muy importante no confundir el diagnóstico social sanitario con los instrumentos empleados para alcanzarlo, ya que este no constituye una clasificación, una escala o un cúmulo de indicadores.<sup>19</sup>

## Escalas de valoración social

Como se ha señalado en el camino de la aproximación al diagnóstico, el entorno social, el contexto o «ecosistema», así como la familia, juegan un papel importante en el proceso. Tanto es así que, cuanto mayor sea el apoyo social próximo a la familia, mayor capacidad tendrá esta para hacer frente a la situación de crisis y poder compensar así las consecuencias a largo plazo que puedan surgir entre sus miembros.

Importantes investigaciones señalan la relevancia de las relaciones sociales en el bienestar psicológico de las personas. En este sentido, algunos estudios demuestran que personas que en un determinado momento tienen que enfrentarse a situaciones que les generan dificultades emocionales acuden antes a su entorno social que al especialista de salud mental.<sup>20</sup>

Cuando se habla de apoyo social, se hace referencia a todos aquellos recursos del entorno que favorecen y contribuyen al bienestar de las personas, en un determinado contexto social. Siguiendo las propuestas de los diferentes autores que abordan el tema, se diferencia entre las denominadas **redes formales de apoyo**, que comprenden las prestaciones económicas, asistenciales y sanitarias, determinantes en situaciones de riesgo (ancianos en riesgo, personas discapacitadas, etc.), y las **redes informales de apoyo**, entendiendo como tales aquellas relaciones interpersonales que emergen del contexto de forma natural,<sup>21</sup> como pueden ser los amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

Ambos tipos de redes pueden ser proveedoras de apoyo social en términos económicos, emocionales, etc., motivando un «efecto amortiguador»,<sup>22</sup> tal y como propone uno de los modelos convencionales, en el que se expone la asociación entre apoyo social y salud. Según este modelo, el apoyo social inter-

346.

15. Benach, J. *Op. cit.*

16. Claramonte, M.À. *et al. Op. cit.*

17. Schmidt, V.; Barreyro, J.P.; Maglio, A.L. «Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?». *Escritos de Psicología* 2010;3:30-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=es) [Consulta: 31/12/2017]

18. Modelo de Olson. Es un modelo que facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica, desarrollado en el año 1979 por David H. Olson. Los objetivos que guiaron el desarrollo del modelo fueron identificar y describir las principales dimensiones del funcionamiento familiar en la cultura occidental: la cohesión y la adaptabilidad.

19. Colom, D. «El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario». *Revista de Servicios Sociales* 2010;47:109-119.

20. Fernández, R. «Redes sociales, apoyo social y salud». *Revista de Recerca i Investigació en Antropologia* 2005;3:1-14.

21. Díaz, V.P. «Evaluación del apoyo social». En: Fernández-Ballesteros. *El ambiente, análisis psicológico*. Madrid: Pirámide, 1987.

22. Cohen, S.; McKay, G. «Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis». En: Baum, A.; Singer, J.E.; Taylor, S.E. (ed.). *Handbook of psychology and health*. Vol. 4. Hillsdale: Erlbaum, 1984, p. 253-267.

viene como variable «mediadora» en la relación entre estrés y enfermedad, posibilitando que las personas se enfrenten a la situación difícil en la que se encuentran a través de nuevas estrategias no estresantes, o bien inhibiendo posibles procesos psicopatológicos que podrían producirse si se careciera de apoyo social.

Como vemos, el concepto de apoyo social es amplio y abarca diferentes dimensiones de las denominadas *relaciones sociales*. Dada su complejidad, requiere de un proceso de evaluación. En este sentido, desde una perspectiva sociológica, se consideran tres niveles de análisis, como plantean algunos autores en sus revisiones del concepto: integración y participación social; características de esas relaciones sociales, y apoyo social que proporcionan.

Para llevar a cabo la valoración social, contamos con varios instrumentos, la mayor parte de ellos complementarios de los ya propuestos en la valoración familiar, ya que en muchas ocasiones realizaremos una valoración que integre ambos aspectos a la vez; es decir, una valoración sociofamiliar. Destacamos tres de estos instrumentos:

- La **Escala ASSIS** (Arizona Social Support Interview Schedule),<sup>23</sup> entrevista en la que las preguntas planteadas tratan de identificar quiénes son los miembros que componen la red social, en función de la pertenencia a las siguientes dimensiones de apoyo: sentimientos personales, ayuda material, consejo, *feedback* o refuerzo positivo, acompañamiento o asistencia física y participación social.
- La **Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón**<sup>24</sup> permite, mediante pocos ítems, detectar las situaciones de riesgo o aquellas que presentan alguna problemática social, siendo especialmente útil como instrumento de medición de la situación social. Contempla cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.
- El **Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK**.<sup>25</sup> Evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación con dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.

No obstante, resulta indispensable mantener una visión holística, partiendo de la complejidad del ser humano, para interpretar los resultados que se obtienen en la aplicación de estas escalas, teniendo en cuenta que cada uno de nosotros

llevamos en el equipaje una historia de vida confeccionada a partir de la propia cultura, religión, valores, creencias, etc. La verdad objetiva sobre la sociedad es antes concebida como un paisaje pintado por un artista, y no como una imagen de espejo independiente del sujeto; y, finalmente, tanto más verdadero será el paisaje, cuanto más elevado el observatorio o terraza donde está situado el pintor, permitiéndole una visión más amplia y de mayor alcance del panorama irregular y accidentado de la realidad social.

Para conseguir esta visión holística y trabajar en pro de un modelo de atención integral, conviene revisar y consultar, de forma periódica, las escalas y otras herramientas de valoración producidas en otros lugares del mundo donde la cultura, el contexto, las creencias, etc. aportan elementos específicos que dotarán de calidad y humanismo a nuestra intervención: «El trabajador social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida».<sup>26</sup>

## Registro de las intervenciones

Una parte fundamental del quehacer del trabajador social sanitario en el proceso viene dada por el registro de las intervenciones. El registro es un procedimiento que forma parte integrada de la intervención social, y al que debemos otorgar un lugar señalado, ya que permite documentar y preservar la información que ha sido recogida, visualizar la evolución del proceso, llevar a cabo un análisis sobre las intervenciones realizadas y promover, a partir de esta lectura analítica de los diferentes casos, la configuración de nuevas líneas de acción mejoradas y de producción científica.

Especialmente en el caso del trabajo social, el registro constituye un eje central, ya que articula teoría y práctica, transformando la información recabada en una reconstrucción de las realidades de la persona enferma y su familia. Y es que el principal propósito del registro es exponer la naturaleza de la situación, y cómo el trabajador social la analiza, la interpreta e interviene responsablemente en ella. Como señalábamos antes, el carácter de los procesos y, por lo tanto, del trabajo de casos en sí mismo, es tan complejo y dinámico que debe ser cuidadosamente descrito. Porque lo que hacemos y cómo lo hacemos debe ser, en primer lugar, comunicable y transferible, de modo que cada nuevo profesional no tenga que aprender por medio del ensayo y error. Como Hamilton<sup>27</sup> refiere, «el primer elemento para mejorar un servicio de trabajo de casos es adquirir el hábito de la observación cuidadosa y la descripción escrita exacta». En segundo lugar, debe ser evaluable, y es mediante el registro como el trabajador social puede ser autocrítico y evaluarse analizando sus reflexiones: «Reflexionar no

23. Barrera, M. Jr.; Sandler, I. N.; Ramsay, T. B. «Preliminary development of a scale of social support: studies on college students». *Am J Comm Psychol* 1981;9:435-447.

24. Díaz Palacios, M. E.; Domínguez Puente, O.; Toyos García, G. «Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria». *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:239-245.

25. Broadhead, W. E.; Gehlbach, S. H.; De Gruy, F. W.; Kaplan, B. H. «The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients». *Medical Care* 1998;26:709.102.

26. Cannon, I. M. *Social Work in Hospitals*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1917. [Traducción propia.]

27. Hamilton, G. *Principles of social case recording*. Nueva York: The New York School of Social Work by Columbia University Press, 1946. [Traducción propia.]

es solamente la recolección de información, es saber comprender su desarrollo histórico y actual, sus interrelaciones, sus causas y consecuencias. [...] En el trabajo social, la reflexión permite reorientar permanentemente la estrategia profesional».<sup>28</sup>

Por otra parte, no hay que olvidar que los registros son una herramienta clave en la investigación, tarea obligada pero poco asumida en la disciplina del trabajo social. Solo a través del estudio de los casos se podrán producir datos más comparables y medibles, y establecer una terminología más eficaz y común a todos los profesionales. Igualmente, a partir de criterios generalizados y compartidos se alcanzará una mayor comprensión de las causas del éxito y el fracaso en la intervención profesional, posibilitando una mejora en la calidad de la atención y la intervención, y promoviendo nuevas líneas de actuación que ayuden día a día a mejorar y acompañar a las personas con enfermedad avanzada y sus familias en esta etapa trascendental de la vida: «El proceso de morir constituye una parte de la vida. Ni la vida ni la muerte son una enfermedad».<sup>29</sup>

Además, la investigación desde el trabajo social sanitario permite avanzar a los cambios, a lo que está llegando, a las mutaciones de la sociedad que generan nuevos indicadores. Por ejemplo, la claudicación familiar, que apareció cuando se empezaron a acumular casos sociales sanitarios en los que se producían crisis relacionales entre los miembros de la familia durante el proceso de atención a la persona enferma. Y esto no solo desencadenó una atención por parte de los trabajadores sociales, sino que contribuyó a crear programas específicos para estas situaciones.

## Informe del trabajador social

Para hablar del informe del trabajador social sanitario, empezaremos el camino partiendo de la evidencia de que las acciones profesionales generan consecuencias en la vida de los demás. En palabras de Cazzaniga:<sup>30</sup> «Nuestro accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas». El contacto directo con las personas y con su historia de vida permite acceder a una amplia información, particular y única en cada caso, con procesos de vida distintos y con desenlaces propios... Y de esto también debería dar cuenta el informe social: «Que exprese la riqueza de las prácticas del trabajo social y explicita su actoría social en los procesos en que participa, en los cuales se instala con visión de acción para la transformación social».<sup>31</sup>

28. Rozas, M. *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 1998.

29. Stein, H. «Is There Hope, Doctor?». *J Palliat Care* 1998;14:43-48.

30. Cazzaniga, S. En: Gómez, M. I.; Mas, P.; Pérez, S.; Russo, S. *Informe social. Análisis y perspectivas*. Río de la Plata: Secretaría Académica del Colegio de Trabajadores Sociales, 2002.

31. Melano, M. C. *Un trabajo social para los nuevos tiempos. La construcción de la ciudadanía*.

El informe social en salud es el reflejo del proceso de diagnóstico, y tiene por objeto documentar una situación de vida singular en un ámbito en particular, en un tiempo y un lugar determinados. Cada informe social es único, porque cada ser humano también lo es: «Se diluye la individualidad de las personas cuando se homogeneizan sus biografías: en el ejército, en la cárcel, en el hospital, en las aulas, en las residencias de ancianos; cuando se restringe su capacidad de elección, cuando se limitan los escenarios en los que pueden moverse y se les conduce a hablar, reaccionar y obrar estereotipadamente».<sup>32</sup>

Elaborar un informe social implica iniciar una construcción teórico-metodológica en la que es necesario rescatar esa individualidad del caso, recogiendo la palabra y la vivencia de los implicados, así como las expresiones que muestran cómo esa persona o familia se siente, y cómo expresa aquello que vive con angustia y dificultad. Por lo tanto, el informe reúne total o parcialmente el conjunto de datos sociales sobre el proceso seguido por una persona, familia o núcleo relacional que presentan una situación específica que legitima la existencia de necesidad social o sociosanitaria en un momento determinado de sus vidas.<sup>33</sup> Y esto no significa la simple enumeración de problemas o dificultades.

Analizar la biografía y el día a día de las personas proporciona elementos para poder exponer la complejidad de la realidad social en la que se interviene. Y es sobre esta información que el trabajador social llevará a cabo una selección y un análisis. Realizará después una redacción con una estructura lógica que pueda ser comprendida por todo aquel profesional que tenga acceso a la misma, y que mantenga una cronología en los hechos descritos. Del mismo modo, el informe se elaborará con datos relevantes, preservando aquellos que no sean necesarios para el propósito del informe y que puedan vulnerar la intimidad de los implicados y el secreto profesional.

En este sentido, es fundamental tener presentes los derechos fundamentales de las personas, y para ello es importante hacer partícipes a los protagonistas de las consideraciones principales que aparecerán en el informe, lo que, a su vez, contribuirá a promocionar la autonomía personal y social.

Elaborar un informe social, particularmente en salud, requiere de una definición de las dificultades que pueden entorpecer la adecuada cobertura de las necesidades terapéuticas y asistenciales de la persona en el contexto en el que se halle, ya sea hospitalizado o en el domicilio. Por ejemplo, resulta difícil contemplar la posibilidad de morir en casa si no podemos garantizar la presencia de algún miembro de la familia para los cuidados y el acompañamiento. Una buena planificación supondrá la optimización de los recursos y, especialmente,

Buenos Aires: Humanitas, 2001.

32. El profesor Ramon Bayés, investido doctor *honoris causa* por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. «Sobre la felicidad y el sufrimiento». *Psicooncología* 2009;6:257-261. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120257A/15351> [Consulta: 15/12/2017]

33. Colom, D. «La primera perspectiva de la atención sociosanitaria: la del ciudadano». *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* 2002;3:21-32.



calidad de vida para la persona, evitando empañar los beneficios obtenidos de la atención global hasta el momento. Por otra parte, dejando a un lado el tema sanitario, se delimitarán los obstáculos familiares, laborales, etc., a fin de establecer cuál es el objeto de la intervención y la finalidad del informe. Este deberá ser entendible y preciso. En palabras de Melano:<sup>34</sup> «El lenguaje científico se caracteriza por su tendencia a la rigurosidad conceptual. En ciencias sociales, en particular, los términos deben definirse, categorizarse con precisión tal que no admitan diversidad de interpretaciones».

Porque el informe social siempre tiene un objetivo, y que se pueda llevar a cabo es su finalidad, su razón de ser. Por ello, el profesional debe incluir en el mismo las tareas o propuestas que se están llevando a cabo en referencia a ese objetivo u objetivos que se pretenden alcanzar.

No obstante, el informe no debe ser puramente analítico-descriptivo, sino que debe contemplar el diagnóstico social sanitario con las observaciones e interpretaciones del trabajador social, factores de riesgo o vulnerabilidad, propuestas de estrategias de intervención que promuevan, principalmente, los recursos internos de las personas, de soporte y de tratamiento; y, por último, una conclusión en la que se determine la finalidad y el propósito del informe, evidenciando el compromiso de la persona o la familia y el profesional con las propuestas referidas. En relación con este último aspecto, se aconseja que el informe pueda ser leído por cualquiera de los miembros implicados en el proceso —la persona enferma, la familia, los profesionales, etc.—, por lo que, como se ha mencionado anteriormente, exigirá exquisitez en la terminología del lenguaje.

## Bibliografía recomendada

- Barrera, M. Jr.; Sandler, I.N.; Ramsay, T.B. «Preliminary development of a scale of social support: studies on college students». *Am J Comm Psychol* 1981;9:435-447.
- Bayés, R. *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza, 2006.
- Bayés, R. (El profesor Ramon Bayés, investido doctor *honoris causa* por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.) «Sobre la felicidad y el sufrimiento». *Psicooncología* 2009;6:257-261. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120257A/15351> [Consulta: 15/12/2017]
- Beach Center on Disability. *Family Quality of Life Survey*. Kansas University: Beach Center on Disability, 2003. Disponible en: <http://www.midss.org/content/family-quality-life-scale-fqol> [Consulta: 15/12/2017]
- Benach, J. «Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994)». *Gac Sanit* 1995;49:251-264.

34. Melano, M.C. «Ciudadanía y autonomía en trabajo social: el papel de los saberes políticos y científico técnicos». *Alternativas* 2007;15:99-110.

- Braveman, P. «Health disparities and health equity: Concepts and measurement». *Annual Review of Public Health* 2006;27:167-194.
- Broadhead, W.E.; Gehlbach, S.H.; De Gruy, F. W.; Kaplan, B.H. «The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients». *Medical Care* 1998;26:709-102.
- Cannon, I.M. *Social Work in Hospitals*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1917.
- Cassell, E. «The nature of suffering and goals of medicine». *N Engl J Med* 1992;306:639-642.
- Claramonte, M.À.; Nadal, D.; González, R.; Pou, N.; Rams, S. «La intervenció social en la malaltia crònica infantil». *Monogràfics TSCAT*. Disponible en: [http://www.tscat.cat/images/arxiu/Malaltia\\_Cronica\\_Infantil\\_v04%20-%20monogr%C3%A0fic%207.pdf](http://www.tscat.cat/images/arxiu/Malaltia_Cronica_Infantil_v04%20-%20monogr%C3%A0fic%207.pdf) [Consulta: 02/03/2015]
- Cohen, S.; McKay, G. «Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis». En: Baum, A.; Singer, J.E.; Taylor, S.E. (ed.). *Handbook of psychology and health*. Vol. 4. Hillsdale: Erlbaum, 1984, p. 253-267.
- Colom, D. *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 2012.
- Colom, D. «El trabajo social sanitario como herramienta de gestión». *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* 2008;7:14-22.
- Colom, D. «El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario». *Revista de Servicios Sociales* 2010;47:109-119.
- Colom, D. «La primera perspectiva de la atención sociosanitaria: la del ciudadano». *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* 2002;3:21-32.
- Dallos, R. *Sistema de creencias familiares. Terapia y cambio*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Díaz Palacios, M.E.; Domínguez Puente, O.; Toyos García, G. «Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria». *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:239-245.
- Díaz, V.P. «Evaluación del apoyo social». En: Fernández-Ballesteros. *El ambiente, análisis psicológico*. Madrid: Pirámide, 1987.
- Fernández, R. «Redes sociales, apoyo social y salud». *Revista de Recerca i Investigació en Antropologia* 2005;3:1-14.
- Garrido, C. *Te lo contaré en un viaje*. Barcelona: Crítica, 2002.
- Gómez, M.I.; Mas, P.; Pérez, S.; Russo, S. *Informe social. Análisis y perspectivas*. Río de la Plata: Secretaría Académica del Colegio de Trabajadores Sociales, 2002.
- Hamilton, G. *Principles of social case recording*. Nueva York: The New York School of Social Work by Columbia University Press, 1946.
- Instituto Catalán de Oncología. *Modelo de trabajo social en la atención oncológica*. 2004. Disponible en: [http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc\\_modelo\\_trabajo\\_social\\_at.\\_oncologica.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf) [Consulta: 15/12/2017]
- Ituarte, T.A. *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI, 1992.
- Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, 1993.
- Martín, M.; Salvadó, I.; Nadal, S.; Mijo, L.C.; Rico, J.M.; Lanz, P. *et al.* «Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit». *Revista de Gerontología* 1996;6:338-346.
- Melano, M.C. «Ciudadanía y autonomía en trabajo social: el papel de los saberes políticos y científico técnicos». *Alternativas* 2007;15:99-110.
- Melano, M.C. *Un trabajo social para los nuevos tiempos. La construcción de la ciudadanía*. Buenos Aires: Humanitas, 2001.

- Olson, D.H.; McCubbin, H.I.; Barnes, H.; Larsen, A.; Muxen, M.; Wilson, M. *Family inventories*. Saint Paul (Minnesota): Family Social Science, University of Minnesota, 1986.
- Richmond, M. *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI, 2005.
- Rozas, M. *Una perspectiva teórica metodológica en la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 1998.
- Schmidt, V.; Barreyro, J.P.; Maglio, A. L. «Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?». *Escritos de Psicología* 2010;3:30-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=es) [Consulta: 31/12/2017]
- Smilkstein, G.M.; Ashworth, C.; Montano, D. «Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function». *J Fam Pract* 1982;15:303-311.
- Stein, H. «Is There Hope, Doctor?». *J Palliat Care* 1998;14:43-48.

## Filiaciones

---

Abt Sacks, Analía

Antropóloga

Máster en Antropología Médica y Salud Internacional. Evaluación de Servicios de Salud

Asistente Técnica del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS), de la provincia de Santa Fe (Argentina)

Investigadora, colaboradora en la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS)

Agrafojo Betancor, Esperanza

Diplomada en Trabajo Social

Máster en Resolución de Conflictos y Mediación Familiar

Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Albert Siles, Lidia

Diplomada en Trabajo Social

Licenciada en Pedagogía Social

Técnica del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Apolinar Martínez, Antònia

Diplomada en Trabajo Social

Diplomada en Enfermería

Máster en Ecología Emocional

PADES Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)

Presidenta de la Academia de Ciencias Médicas, filial del Vallès Occidental (Barcelona)

Aragonès Viñes, Teresa

Diplomada en Trabajo Social

Máster en Políticas Sociales y Comunitarias

Supervisora y docente en trabajo social, servicios sociales y de la salud (Barcelona)

Bauer, Amy MSSA, LISWS

Cleveland Clinic Health Systems

Cleveland, OH

Carmona Sánchez, Margarita

Trabajadora social

Licenciada en Sociología por la Universidad Autónoma de Barcelona

Consortio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Casas Martínez, Carme

Diplomada en Trabajo Social. Posgrado en Bioética

PADES del Consortio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Miembro del Comité Científico de la Fundació Oncolliga

Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Consortio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Cohen Fineberg, Iris PhD, MSW

International Observatory on End of Life Care. School of Health and Medicine.

Universidad de Lancaster (Lancaster, Reino Unido)

García Gea, Alejandro

Diplomado en Trabajo Social

Coordinador de Aspanion (Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana)

Coordinador EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) Pediátrico de la Comunidad de Valencia. Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Gehlert, Sarah MA, MSW, LCSW

E. Desmond Lee Professor of Racial and Ethnic Diversity

The Brown School

Washington University in St. Louis

St. Louis, MO.

Giménez Rafael, Olivia

Diplomada en Trabajo Social

Trabajadora social EAPS (Equipo de Atención Psicosocial). Consortio Sanitario del Garraf (Barcelona). Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Jiménez de la Torre, Amparo

Diplomada en Trabajo Social

Coordinadora general de Aspanion (Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana)

Directora técnica EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) Pediátrico de la Comunidad de Valencia. Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Lasheras Soria, Esther

Trabajadora social. Unidad del Paciente Crónico

Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu (Barcelona)

Unidad de Crónicos Complejos. Programa PRINCEP

Neumología (Unidad de Fibrosis Quística, Programa de Ventilación Mecánica Domiciliaria). Gastroenterología. Inmunodeficiencias Primarias (IDP)

Lima Fernández, Ana Isabel

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social español (CGTS) y de la Región Europea de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS/IFSW Europe)

Mínguez Covacho, María Amparo

Trabajadora social. EAPS - ESOS del Hospital San Rafael (Madrid). Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Moro, Teresa MSW, PhD(c)

University of Chicago

Glenview, IL.

Munuera Gómez, María del Pilar

Trabajadora social. Doctora en Sociología

Profesora titular de la Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid

Novellas Aguirre de Cárcer, Anna

Trabajadora social

Máster universitario en Intervención Psicosocial

Asesora en intervención psicosocial del Observatorio Qualy. Instituto Catalán de Oncología

Profesora asociada de la Unidad de Formación e Investigación. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Barcelona

Olivella Madrid, María Teresa

Diplomada en Trabajo Social

Trabajadora social de atención primaria de salud de Mútua de Terrassa

Profesora asociada de la Unidad de Formación e Investigación. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Barcelona

Pajuelo Valsera, Manuel Miguel

Trabajador social

Servicios Sociales Básicos del Ayuntamiento de Barcelona

Profesor asociado de la Unidad de Formación e Investigación. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Barcelona

Palos, Guadalupe R. RN, LMSW, DrPH  
MD Anderson Cancer Center. Universidad de Texas (Houston)

Riquelme Olivares, Mercè  
Diplomada en Trabajo Social  
Licenciada en Sociología  
Máster universitario en Intervenciones Sociales y Educativas. Universidad de Barcelona  
Trabajadora social. Servicio de Soporte Integral. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona, Barcelona)

Rodríguez i Molinet, Josefa  
Diplomada en Trabajo Social  
Máster en Atención Primaria de Salud  
Responsable del Área de Trabajo Social del ámbito de Barcelona ciudad del Instituto Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña

Rossell Poch, Teresa  
Diplomada en Trabajo Social  
Licenciada en Psicología por la Universidad de Barcelona  
Especializada en temas de salud mental  
Trabajadora social del Ayuntamiento de Barcelona  
Exdirectora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social  
Expresidenta de la Asociación Europea de Escuelas de Trabajo Social

Sherman, Nancy MSW, MSM, LICSW  
Center for Grief and Healing. Hospice of the North Shore (Danvers, Massachusetts)

Tejedor Rodríguez, Eva María  
Trabajadora social  
EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) Hospital Los Montalvos (Salamanca).  
Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Vílchez Palacios, Mari  
Diplomada en Trabajo Social  
Trabajadora social del Instituto Catalán de Oncología. Hospital Duran i Reynals (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona)