

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.

Autora: María Teresa Olivella Madrid

Recursos sociales de apoyo a la atención paliativa

Convergencias y divergencias entre recursos y capacidades

Las características propias de la enfermedad en fase avanzada, así como la complejidad de los cuidados que aparecen a lo largo del proceso, sobrepasan en muchas ocasiones la capacidad de respuesta de la propia persona enferma y su familia.

Es difícil definir, en términos dicotómicos, la relación entre la necesidad de **recursos** y las **capacidades** propias de la persona enferma y/o su familia.

Podemos identificar diferentes variables que condicionan el grado y la capacidad de respuesta de la persona enferma y su familia ante los cambios y las necesidades que surgen a lo largo del proceso de atención:

1) Información y comprensión de la persona enferma y su familia en torno a la enfermedad

En función del grado de información que la persona y su familia tengan sobre la enfermedad (diagnóstico, posibilidades terapéuticas, evolución y pronóstico...), se podrán ir resolviendo las dudas, preguntas y temores que surjan a lo largo del proceso de atención y evolución de la enfermedad.

A nivel organizativo del cuidado, la información facilita también que el paciente y su familia puedan movilizar los recursos personales, familiares, sociales e institucionales necesarios en cada momento.

Varios estudios de personas con diagnósticos de enfermedades graves ponen de manifiesto que la forma en que se les proporciona información y la participación en la toma de decisiones son factores determinantes del nivel de satisfacción de la atención. Estudios de seguimiento de personas gravemente

enfermas han confirmado que estos factores también son importantes para la familia.¹

Por lo tanto, será esencial que a lo largo del proceso asistencial se proporcionen espacios adecuados que faciliten a la persona enferma y su familia poder expresar y compartir sus necesidades de apoyo e información.

El proceso de comunicación e información entre la persona enferma, la familia y el equipo asistencial nos facilitará la toma de decisiones conjunta y la posibilidad de establecer un plan de cuidados consensuado que se ajuste a las necesidades globales la persona que está enferma y su entorno.

2) Características y evolución de la propia enfermedad

La dependencia y la complejidad de los síntomas que aparecen en la etapa avanzada de la enfermedad son factores condicionantes de riesgo de claudicación familiar y demanda de recursos sociosanitarios.

Se estima que más de la mitad de las personas que mueren actualmente en España lo hacen en el decurso de una etapa avanzada o de final de vida de su enfermedad,² y que el 50-60% de las personas que fallecen han recorrido un proceso de deterioro en el último año de su vida.³

En este sentido, es interesante rescatar el concepto de trayectorias evolutivas de enfermedad y final de vida de Lynn y Adamson.⁴ Estos autores identifican cuatro tipos de trayectorias de enfermedad y final de vida en base a la progresión de la enfermedad (factor tiempo) y a la pérdida de funcionalidad (factor dependencia):

- Muerte súbita e inesperada en la que no existe un proceso previo de cronicidad y terminalidad.
- Enfermedades con un periodo corto y progresivo de declive.
- Enfermedades con limitaciones progresivas a largo plazo y con episodios graves intermitentes.
- Enfermedades con un deterioro progresivo y prolongado.

El pronóstico y el tiempo estimado de vida de la persona enferma son factores determinantes de claudicación y sobrecarga que determinan, entre otros

aspectos psicosociales, la necesidad y la demanda de recursos y servicios de apoyo externo.

Aunque no podemos definir un patrón único de claudicación familiar, observamos que, cuando la expectativa de vida de la persona enferma es corta, los cuidadores frecuentemente sienten la necesidad y muestran la predisposición de cuidarla y atenderla hasta el final de sus días, siendo difícil en estas situaciones que la persona enferma y su familia acepten la ayuda de recursos y servicios externos.

En los casos en que la trayectoria o evolución de la enfermedad es lenta y progresiva, aunque la carga y el riesgo de claudicación esperado de los cuidadores serían en principio mayores, a menudo se observa que el haber cuidado a la persona enferma durante un largo periodo de tiempo refuerza e incentiva a los cuidadores para seguir cuidándola hasta el final.

La incapacidad del manejo y el cuidado de la persona enferma que está en la fase de final de vida puede generar sentimientos de fracaso y culpabilidad en los cuidadores y la familia. La situación o el riesgo de claudicación de los cuidadores y la familia puede aparecer de forma exacerbada, progresiva o crónica al inicio, durante la enfermedad o en la etapa final. Es frecuente, en muchos de los casos, que el desgaste y la claudicación de los cuidadores se produzcan cuando la persona enferma ya no está presente.

Indistintamente de la trayectoria evolutiva de la enfermedad, será importante que la propia persona enferma, los cuidadores y la familia entiendan e integren positivamente los conceptos de **necesidad, descarga, apoyo, complementariedad y atención compartida**.

Aunque la relación entre la trayectoria evolutiva de la enfermedad y la capacidad de atención de los cuidadores y la familia es clara, no podemos confirmar que sea esta la única causa de claudicación y demanda de recursos de apoyo externo. En este sentido, será importante que el trabajo social sanitario pueda identificar y valorar las necesidades y demandas psicosociales que aparecen a lo largo de la enfermedad.

Para concluir este punto, y teniendo en cuenta las recomendaciones de la *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*,⁵ es necesario que la atención paliativa no se limite a los últimos días de vida, sino que los cuidados se introduzcan progresivamente a medida que avance la enfermedad, y en función siempre de las necesidades de la propia persona y su familia.

3) Contexto sociofamiliar y red de recursos familiares, sociales y comunitarios

El diagnóstico y las características propias de la enfermedad en etapa avanzada o al final de la vida conllevan cambios importantes en la vida cotidiana de

1. Baker, J.L. *Evaluating the impact of development projects on poverty: A handbook for practitioners*. Washington DC: World Bank, 2000. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTISPMA/Resources/handbook.pdf> [Consulta: 15/12/2017]

2. McNamara, B.; Rosenwax, L.X.; Holman, C.D. «A method for defining and estimating the palliative care population». *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5-12.

3. *Plan director sociosanitario del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Descripción y consenso de los criterios de complejidad asistencial y niveles de intervención en la atención al final de la vida*, 2010. Disponible en: https://atenciondomiciliariadf.files.wordpress.com/2011/11/atfivida_complej-frank-ferris.pdf [Consulta: 15/12/2017]

4. Lynn, J.; Adamson, D.M. *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Washington: RAND Health, 2003.

5. Plan Nacional para el SNS del MSC / Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba), 2008. «Guía de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos». *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud* 2006-2008. Madrid.

la persona y en su entorno más inmediato, siendo la familia quien, en la mayor parte de los casos, se convierte en el recurso básico de apoyo de la persona enferma.

La atención global de la persona enferma requerirá un abordaje multidisciplinario que contemple las necesidades personales, familiares y sociales que van surgiendo a lo largo del proceso y la evolución de la enfermedad.

A nivel sociofamiliar, podemos identificar también diferentes variables que condicionan la capacidad de adaptación y respuesta de la familia:⁶

- Estructura, dinámica y relaciones familiares y sociales previas.
- Núcleo de convivencia, vínculo y grado de parentesco de la persona enferma y el cuidador.
- Características personales y limitaciones de atención de los cuidadores, familia y entorno.
- Nivel de adaptación y aceptación de la enfermedad y cambios que esta genera en el seno de la familia.
- Predisposición y capacidad de atención familiar (corresponsabilidad de la atención, capacidad de reorganización familiar y posibilidades de redistribución de tareas, horarios o turnos de atención...).
- Capacidad de comunicación, diálogo y comunicación intrafamiliar.
- Situación socioeconómica y laboral de la persona enferma y su familia.
- Red de apoyo formal y no formal, red de apoyo comunitario (amigos, vecinos y entidades).

Aunque existe una gran variedad de situaciones y contextos sociofamiliares, podemos identificar las variables socioeconómicas más comunes específicas de la enfermedad:

- Pérdida de capacidad adquisitiva de la persona o la familia.
- Aumento de gastos en torno a las necesidades de tratamiento farmacológico, desplazamientos o adaptaciones técnicas y ortoprotésicas.
- Reducción económica de las incapacidades temporales y las incapacidades laborales (cuantías mínimas de determinadas pensiones de invalidez y jubilación).
- Dificultades en la flexibilidad horaria y en la reducción de jornadas laborales de la persona enferma o la familia.
- Necesidad creciente de recursos y servicios de apoyo externo.

Partiendo de la premisa de que no todas las familias cuentan con los mismos recursos personales, sociales y materiales para afrontar el proceso de enfermedad, será importante que la atención pueda aportar elementos que capaciten a

la persona en situación de final de vida y su familia a adaptarse a los cambios y necesidades que genera el proceso y la evolución de la enfermedad.

Uso adecuado de los recursos

Tal y como hemos analizado en los apartados anteriores, las características y la complejidad de los cuidados de la enfermedad en fase avanzada generan necesidades y demandas psicosociales que van más allá del diagnóstico concreto de la enfermedad.

La evaluación continuada de las necesidades de la persona enferma, su familia y sus cuidadores nos permitirá un uso adecuado de los recursos.

La *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos* del Sistema Nacional de Salud⁷ establece las bases del modelo de atención paliativa. Los pilares básicos de la intervención son los siguientes:

- **Atención integral, interdisciplinaria y coordinada** que garantice la accesibilidad de la persona en la fase final de vida a los diferentes servicios y recursos especializados de atención y cuidados paliativos.
- La valoración integral y multidimensional debe incluir el análisis de las **necesidades físicas, emocionales, sociofamiliares, espirituales y culturales** de la persona y su familia, que deberá efectuarse a lo largo de todo el proceso asistencial (será importante poder identificar las situaciones y posibles condicionantes de vulnerabilidad).
- La evaluación psicosocial de la persona que se encuentra en cuidados paliativos debería incluir aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipos de familia, amigos...), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares...), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación entre médico y paciente, red de recursos sociales disponibles, etc.
- La atención paliativa no debe limitarse a los últimos días de vida, sino que es importante que se introduzca progresivamente a medida que avanza la enfermedad.
- La atención de la persona enferma en la fase final de la vida debe contemplar la elaboración de un **plan terapéutico y de cuidados** consensuado y coordinado entre la persona que está enferma, la familia y el equipo profesional.
- La persona en fase de final de vida tiene derecho a recibir cuidados paliativos en varios ámbitos y servicios, a nivel domiciliario y hospitalario o en un centro sociosanitario (será necesario informar sobre las vías de acceso a los diferentes **servicios y recursos de la red sociosanitaria**).
- Para que los profesionales puedan atender adecuadamente, desde cualquier nivel asistencial, las necesidades de las personas en situación de final de

6. 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/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf [Consulta: 15/12/2017]

7. Plan Nacional para el SNS del MSC / Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba), 2008. *Op. cit.*

la vida, se establecerán **programas de formación continuada y específica sobre cuidados y manejo de personas en proceso de cuidados paliativos**.

- El modelo de atención a la persona en etapa de enfermedad avanzada o final de vida debe contemplar también la atención a los **cuidadores y la familia**, favoreciendo la posibilidad y los espacios necesarios para que la familia exprese sus necesidades de apoyo e intervención.
- Se ofrecerán, asimismo, **programas de atención y formación dirigidos a la persona enferma y al cuidador**.
- Las organizaciones sanitarias y los propios servicios asistenciales deberían ser capaces de garantizar la **coordinación** entre los diferentes servicios y ámbitos asistenciales, así como la **continuidad de los cuidados**.

Programas y recursos específicos de atención y cuidados paliativos

Recursos y servicios sanitarios:

1) **Atención primaria.** Primer nivel de atención del sistema de salud.

La atención y la relación asistencial que la persona establece con los profesionales referentes de la atención primaria favorecen un espacio de confianza óptimo para poder abordar adecuadamente las situaciones de la fase de final de vida. La información y el conocimiento de la persona enferma y su familia a lo largo del proceso asistencial nos facilitarán la toma de decisiones.

El equipo de atención primaria debe ser capaz de conducir, evaluar y atender a las personas con enfermedad crónica avanzada y en fase de final de vida, buscando, cuando sea necesario, el apoyo o la derivación a los recursos de atención especializada.

2) **Atención especializada.** Segundo nivel asistencial.

La atención especializada y hospitalaria a las personas enfermas se presta a través de la red hospitalaria de utilización pública.

Se ofrece aquí una atención específica y especializada en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud que no pueden ser resueltos a nivel de la atención primaria.

3) **Atención sociosanitaria.** Garantiza la atención a las personas con enfermedades avanzadas y en fase de final de vida.

Los centros sociosanitarios están dotados de la estructura y el personal necesario para atender a personas con necesidades sociosanitarias complejas.

• **Servicios de hospitalización sociosanitaria**

- Unidad de larga estancia.
- Unidad de media estancia o convalecencia.
- Unidad de cuidados paliativos. Unidades de hospitalización específicas de curas paliativas, atendidas por un equipo interdisciplinario, que ofrecen tratamiento paliativo y de confort a personas con enfermedades incurables en fase avanzada y de final de vida, tanto oncológicas como no oncológicas. Los objetivos son el control de los síntomas y el apoyo emocional a la persona enferma y su familia. Las unidades de cuidados paliativos se ubican en hospitales de agudos, específicos o de tipo sociosanitario. También pueden realizar labores de equipo de apoyo hospitalario y consulta externa.⁸
- Unidad de media estancia polivalente. Puede atender indistintamente a pacientes convalecientes o de cuidados paliativos.

• **Servicios de atención diurna sociosanitaria**

- Hospital de día sociosanitario. Ofrece servicios para la atención de pacientes sociosanitarios que no requieren ingreso. También proporciona asistencia interdisciplinaria. Asimismo, las personas con enfermedades e incapacidades físicas o cognitivas acuden a este equipamiento durante el día para recibir tratamiento, y regresan después a su domicilio.
- Unidad de evaluación integral ambulatoria en equipos de geriatría, cuidados paliativos y trastornos cognitivos. Realiza una evaluación integral para alcanzar un diagnóstico clínico que, además, valora las capacidades y necesidades de las personas, con el fin de diseñar un plan de intervención global. Es una herramienta de apoyo especializada para la atención primaria y otras redes sanitarias y sociosanitarias.
- Unidades de cuidados paliativos de agudos y equipos de soporte hospitalario (UFISS en Cataluña: Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria). Equipos de valoración y apoyo externo dirigidos a colectivos específicos o al tratamiento de problemas que requieren una atención concreta dentro del ámbito de la atención sociosanitaria. Actúan como equipos de apoyo en el ámbito hospitalario, y los hay de varios tipos, en función de los pacientes: geriatría, cuidados paliativos, respiratorios (para personas con enfermedades respiratorias crónicas), deterioro cognitivo y demencias, mixtos (tanto para pacientes geriátricos como para personas en situación de final de vida o de cuidados paliativos).

8. Plan Nacional para el SNS del MSC / Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba), 2008. *Op. cit.*

- Equipos de soporte a la atención domiciliaria. Equipos de cuidados paliativos que intervienen en el domicilio tras interconsulta de los profesionales de la atención primaria u otros servicios de atención especializada. Prestan apoyo a la atención primaria en el domicilio en casos complejos que se benefician de la interdisciplinariedad y la especialización. Además de llevar a cabo una atención integral directa, juegan un importante papel en la gestión de casos complejos y en la coordinación de recursos entre los diferentes niveles asistenciales.

• Equipos de atención psicosocial

- Colaboran con los de atención primaria y especializada en el acompañamiento integral a personas con enfermedades avanzadas y sus familiares.

• Red de recursos y servicios sociales estatales o autonómicos

- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- Prestación económica de los cuidadores del entorno familiar.
- Pensiones contributivas y no contributivas de invalidez y jubilación.
- Teleasistencia.
- Servicio de atención domiciliaria (SAD).
- Adaptaciones técnicas y ayudas ortoprotésicas.
- Programas y servicios de descanso familiar.
- Centros de día y residencias.
- Servicio de orientación jurídica. Documentos de voluntades anticipadas y otros documentos preventivos.
- Asociaciones de atención específica a las personas con enfermedades oncológicas. Servicio de atención y apoyo al paciente oncológico y su familia.
- Voluntariado.
- Formación de personas enfermas y cuidadores.
- Recursos TIC. Con los avances tecnológicos y la facilidad de acceso a Internet, la persona con enfermedad avanzada y su familia pueden acceder a distintos portales web y foros que les pueden facilitar la posibilidad de contactar con profesionales de apoyo y la consulta de las guías de autoayuda existentes (SAAD, Imsero, servicios de información y guías de ayudas a la discapacidad, portales de cuidadores, guías videográficas, directorios de asociaciones de pacientes y familias, etc.).

Mejora de los recursos

La red de recursos sociosanitarios debe poder garantizar los criterios de:

- Universalidad y equidad.
- Adecuación a la complejidad y a las necesidades de la enfermedad.
- Coordinación y permeabilidad de los recursos que posibiliten una continuidad asistencial, siendo importante promover y favorecer los servicios asistenciales de apoyo en el domicilio (refuerzo de la atención y los cuidados paliativos domiciliarios que faciliten que las personas que deseen permanecer en su casa en la fase de final de vida puedan hacerlo).

Algunas reflexiones en torno a la atención de la persona con enfermedad avanzada o en fase de final de vida:

- 1) La atención de la persona con enfermedad avanzada o en fase de final de vida requiere una filosofía de trabajo multidisciplinario continuado.
- 2) La intervención integral, precoz y preventiva de la persona enferma posibilita que las familias y los profesionales puedan planificar y adaptarse a las situaciones de forma ordenada.
- 3) La atención integral de la persona posibilita evitar situaciones límite que conllevan demandas y respuestas urgentes de difícil resolución (hándicap importante en la profesión del trabajo social). (Análisis de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.)
- 4) La limitación y el tiempo de espera de los recursos sociales condiciona a menudo que el recurso asignado al usuario no sea siempre el más adecuado (las respuestas de cambio de recurso son lentas, siendo necesario con frecuencia buscar alternativas intermedias, aunque no cubran las necesidades globales de la persona).
- 5) Las necesidades de las personas mayores frágiles o con enfermedades crónicas avanzadas son cambiantes, por lo que resulta imprescindible la coordinación y la complementariedad articulada y continuada entre los diferentes niveles asistenciales.
- 6) La práctica diaria nos enfrenta a situaciones complejas de atención que pueden conllevar dilemas éticos importantes. ¿Límites profesionales?⁹

Vulnerabilidad social y cuidados paliativos: factores y colectivos en situación de riesgo

Existen múltiples factores de vulnerabilidad y sufrimiento en las etapas finales de la vida de una persona, y es importante identificar a las personas enfermas y los cuidadores más vulnerables para poder ofrecerles un adecuado apoyo

9. Abad Miguélez, B.; Martín Aranaga, I. «El trabajo social ante la crisis. Nuevos retos para el ejercicio profesional de los y las trabajadoras sociales». *Cuadernos de Trabajo Social* 2015;28:175-185.

psicosocial, así como para plantear su posible derivación a servicios más especializados de atención.

Variables de vulnerabilidad social:

- Dificultades personales propias de la persona con enfermedad y la familia (antecedentes de hábitos tóxicos, enojo o enfermedades psiquiátricas de la persona enferma y sus cuidadores).
- Inexistencia de familia cercana o personas significativas en el entorno.
- Aislamiento.
- Inmigración. Aunque cada situación es única, la situación de inmigración puede en algunos casos ir acompañada de precariedades económicas, laborales o de vivienda, barreras idiomáticas, condicionantes culturales o familiares, etc.¹⁰
- Situación o riesgo de maltrato familiar.
- Dificultades de comprensión y comunicación de la persona enferma o su familia. En este punto cabe mencionar especialmente a las personas con demencia avanzada, que frecuentemente exteriorizan las situaciones de angustia, dolor y malestar mediante alteraciones conductuales varias (agitación, hostilidad, agresividad...).
- Carencias sociales y económicas: incumplimiento terapéutico por falta de recursos económicos, condiciones de habitabilidad inadecuadas de la vivienda, falta de los equipamientos básicos necesarios...
- Situaciones de indigencia.
- Barreras arquitectónicas.
- Dificultades de accesibilidad a los recursos de la comunidad.

Bibliografía recomendada

Abad Miguélez, B.; Martín Aranaga, I. «El trabajo social ante la crisis. Nuevos retos para el ejercicio profesional de los y las trabajadoras sociales». *Cuadernos de Trabajo Social* 2015;28:175-185.

Baker, J.L. *Evaluating the impact of development projects on poverty: A handbook for practitioners*. Washington DC: World Bank, 2000. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTISPM/Resourses/handbook.pdf> [Consulta: 15/12/2017]

Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, 2011.

10. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, 2011.

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 [Consulta: 15/12/2017]

Lynn, J.; Adamson, D.M. *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Washington: RAND Health, 2003.

McNamara, B.; Rosenwax, L.X.; Holman, C.D. «A method for defining and estimating the palliative care population». *J Pain Symptom Manage* 2006;32:5-12.

Plan director sociosanitario del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Descripción y consenso de los criterios de complejidad asistencial y niveles de intervención en la atención al final de la vida, 2010. Disponible en: https://atenciondomiciliariadf.files.wordpress.com/2011/11/atfivida_complej-frank-ferris.pdf [Consulta: 15/12/2017]

Plan Nacional para el SNS del MSC / Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba), 2008. «Guía de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos». *Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud* 2006-2008. Madrid.

Schalock, R.L.; Verdugo, M.A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, 2003.

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
Consorcio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Casas Martínez, Carme

Diplomada en Trabajo Social. Posgrado en Bioética

PADES del Consorcio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Miembro del Comité Científico de la Fundació Oncolliga

Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Consorcio 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). Consorcio 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)