

El alcance de la intervención social en el afrontamiento del final de la vida en Málaga, España

María Vegas-Pérez 

Trabajadora Social

Fundación Cudeca. Málaga, España

mariavegasperez91@gmail.com

Ana Cristina Ruiz-Mosquera  

Trabajadora Social y Psicóloga

Universidad de Málaga. Málaga, España

acruizmosquera@uma.es

María Rosario Castilla-Mora 

Trabajadora Social

Universidad de Málaga. Málaga, España

mcmora@uma.es

Recibido: 09/10/2024 | Evaluado: 20/12/2024 | Aprobado: 07/01/2025 | Publicado: 07/05/2025



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

 **Correspondencia:** Ana Cristina Ruiz-Mosquera. Universidad de Málaga. Bulevar Louis Pasteur, 30, Campus de Teatinos, 29010. Málaga, España. Correo-e: acruizmosquera@uma.es

¿Cómo citar este artículo?

Vegas-Pérez, M., Ruiz-Mosquera, A. C., y Castilla-Mora, M. R. (2025). El alcance de la intervención social en el afrontamiento del final de la vida en Málaga, España. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (40), e20514474. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i40.14474>

Resumen

La presencia del Trabajo Social en los equipos de cuidados paliativos resulta imprescindible para realizar una atención integral de la persona al final de su vida. La bibliografía existente muestra los beneficios de alivio de sufrimiento que tiene la intervención social tanto en pacientes como en sus familias. El presente estudio tiene como objetivo identificar si trabajar los aspectos sociales con las personas ofrece beneficios en su proceso de afrontamiento del final de la vida. Para ello, se utiliza una metodología cuantitativa, con un enfoque descriptivo y exploratorio. El tipo de muestreo empleado es el de bola de nieve. El instrumento utilizado es un cuestionario Ad Hoc.

Las respuestas a las preguntas de investigación muestran que, aunque la muestra no manifiesta ser plenamente consciente de las consecuencias positivas de la intervención social, se reconoce su importancia y necesidad. La intervención social resulta esencial para abordar el apoyo emocional, la gestión del duelo, y la mejora en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La intervención profesional en las complicaciones sociales no solo beneficia el proceso de la enfermedad, sino también el acto de morir, la despedida antes del fallecimiento, el duelo de los seres queridos y la posibilidad de tener una muerte digna. Esta intervención contribuye a la reducción del sufrimiento, promoviendo una mejor calidad de vida en los últimos momentos. Es fundamental promover el derecho humano a recibir atención integral, personalizada y digna, que promueva mayor serenidad y apoyo a la persona y su entorno.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Trabajo Social; Intervención social; Beneficios; Final de la vida; Afrontamiento.

The importance of social intervention in coping with the end of life in Málaga, Spain

Abstract

The presence of Social Work in palliative care teams is essential for comprehensive care for the person at the end of their life. The existing literature shows the relief of suffering benefits social intervention has on patients and their families. The present study aims to identify whether working with people on social aspects offers benefits in their end-of-life coping. This is done using a quantitative methodology with a descriptive and exploratory approach. The type of sampling used is snowball sampling. The instrument used is an Ad Hoc questionnaire.

The responses to the research questions show that, although the sample does not fully understand the positive consequences of social intervention, its importance and necessity are recognized. Social intervention is essential to addressing emotional support, bereavement management, and improving the quality of life of patients and their families. Professional intervention in social complications not only benefits the process of illness but also the act of dying, the farewell before death, the mourning of loved ones, and the possibility of having a dignified death. This intervention reduces suffering, promoting a better quality of life in the last moments. Promoting the human right to receive comprehensive, personalized, and dignified care is essential, as it promotes more significant serenity and support for the person and their environment.

Keywords: Palliative care; Social Work; Social intervention; Benefits; End of life; Coping.

Sumario: 1. Introducción, 2. Metodología, 3. Hallazgos, 3.1 Influencia de aspectos sociales para morir en paz, 3.2 Roles sociales en el final de la vida, 3.3 Influencia de la enfermedad en las relaciones sociales, 3.4 Intervención profesional de Trabajo Social en cuidados paliativos, 3.5 Aspectos significativos a tener en cuenta para mejorar la intervención, 4. Conclusiones, 5. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

Los procesos de enfermedad incurren y abarcan todas las áreas de la vida de las personas y desde la disciplina del trabajo social se interviene con el objetivo de acompañar y aliviar parte del sufrimiento. Saunders (1980, citado en Novellas-Aguirre, 2017) considera que el dolor que experimenta la persona enferma va a estar condicionado por las esferas físicas, psíquicas, sociales y espirituales. Resulta por ello crucial la participación de profesionales de diferentes disciplinas ya que las personas del entorno de las personas con enfermedad también sufren durante el proceso. Los profesionales de la salud se enfrentan a importantes desafíos emocionales debido a la pérdida de un paciente. Los mecanismos de afrontamiento, como las prácticas espirituales y los grupos de apoyo profesional, son esenciales para su crecimiento personal y profesional (Nandan *et al.*, 2024).

La familia tiene que recibir una atención multidisciplinar y multidimensional que facilite la comprensión de la evolución de la enfermedad, los ayude a estar más capacitados en el rol de cuidador y en la resolución de problemas que van a surgir a nivel relacional, organizativos y prácticos. El Trabajo Social se vincula constantemente con aspectos relacionados con los Derechos Humanos (DDHH) ya que su práctica se basa en promover el cambio y el desarrollo social, acorde a principios de justicia social, dignidad de la persona, libertad de decisión, autodeterminación, autonomía, respeto activo, el reconocimiento de los DDHH y sociales, y, la responsabilidad colectiva (Consejo General de Trabajo Social, 2012).

4

En la actualidad, en España el número de profesionales integrados en los 284 equipos de Cuidados paliativos, según la última actualización en 2016 de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, lo componen un total de 2.711 personas, de las que el 29,5% son profesionales de la medicina, 54,1% de enfermería, 8,9% de la psicología y 7,6% de la disciplina de trabajo social. Esto supone que hay un profesional de trabajo social por cada 226.334 habitantes en España (Doblado-Valderrama *et al.*, 2016).

Desde el comienzo de los Cuidados Paliativos, la definición de este concepto ha ido evolucionando en función de los matices introducidos en esta forma especial de cuidar. Radbruch *et al.* (2020) realizan un extenso estudio y vuelven a redefinir los cuidados paliativos después de una larga trayectoria desde los inicios del término, siendo esta la más actualizada:

Los cuidados paliativos son el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con un sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad grave y especialmente de aquellos que se acercan al final de la vida. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores. (p. 755)

Se contempló como un acuerdo amplio e inclusivo dirigido a todo tipo de personas que sufren una enfermedad crónica grave. De hecho, estos cuidados no están dirigidos sólo a



pacientes con enfermedades oncológicas sino de cualquier tipo, que deriven al sufrimiento por dolor intenso relacionado con el estado de salud, afectando al estado físico, social, emocional y espiritual de la persona. En la definición se describe a quienes se encuentran en el final de su vida, pero incluyendo la atención temprana durante todo el proceso de la enfermedad. El fin es paliar los síntomas, especialmente el sufrimiento producido por exceso de dolor, también incluyendo la atención del soporte social de la persona, mejorando su dignidad y calidad de vida. Las tendencias emergentes en el apoyo al duelo incluyen herramientas digitales y terapias innovadoras, que pueden mejorar la atención holística y centrada en la familia en las UCIP y otros entornos.

A su vez, según el análisis normativo de regulación y estatus jurídico de Cisternas-Reyes (2021), se constata que los cuidados paliativos se consideran una de las respuestas al derecho a morir con dignidad, por sus formas de atención integral y multidimensional. Se trata de una necesidad de tratamiento paliativo universal ya que mejoran el bienestar de las personas al tratar de afrontar los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales que aparecen cuando una persona se encuentra amenazada por una enfermedad avanzada.

La normativa internacional de regulación de este derecho es muy amplia, en algunas se encuentran referencias directas y en otras aparece indirectamente. La Organización Mundial de la Salud reconoce a los cuidados paliativos como un Derecho Humano (DH, en adelante), vinculándose al derecho a la vida, la dignidad de la persona en su vejez, la autonomía de su voluntad, al consentimiento informado, a la salud, al bienestar y la protección social. Para que estos cuidados sean impartidos y reclamados, se requiere de información y concienciación de la sociedad. El incumplimiento de estos derechos se consideran maltrato por abandono o negligencia con posible atención deshumanizada, lacerante y humillante (Cisternas-Reyes, 2021).

Dificultades sociales en enfermedades avanzadas

Barbero-Gutiérrez *et al.* (2016) afirman que una enfermedad terminal viene acompañada de complicaciones sociales. Para dar respuesta a dichas dificultades, la intervención social contribuirá a que esta etapa de la vida sea digna. La intervención se basa en el análisis de variables como las nuevas configuraciones familiares y el contexto relacional de la persona enferma. Se proporcionan estrategias para afrontar el proceso de duelo a partir de un mapa diagnóstico (Ruíz-Mosquera y Palma-García, 2021). Se fomenta la intervención libre de sesgos. Se valoran sus propios recursos personales para poder transformar y adaptarse a cada cambio desde una perspectiva resiliente. Se actúa como agente mediador en resolución de conflictos y acuerdos. Se establece una comunicación terapéutica o educativa y se facilita la reflexión para elaborar un plan de intervención consensuado.

Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta en esta etapa es la dimensión cultural de cada persona y su entorno (Barbero-Gutiérrez *et al.*, 2016). A pesar de que la muerte es un acto universal, existen múltiples formas de manifestarse y darle significado, interfiriendo en quien se hace responsable de los cuidados, en las creencias, emociones, actos, significados que les dan a las experiencias dolorosas, al sentido de la existencia, al mantenimiento de la dignidad y al bienestar. Siendo de gran valor prestar atención a cada persona (Ruíz-Mosquera y Palma-García, 2021) a sus discursos para así comprender y respetar sus valores, deseos y preferencias.

Otro aspecto relevante es, analizar si se dispone de apoyo social, ya que éste influye positivamente en la salud. Tener un fuerte soporte social facilita las situaciones de crisis, el disponer de recursos básicos, de información y apoyo emocional ayuda a paliar las necesidades, tanto de la persona enferma como de su familia. De lo contrario, carecer de redes sociales empeora la salud y adelanta la muerte. Por lo que es importante reforzar los lazos o introducir nuevos, fomentar las buenas relaciones e introducir hábitos con compromiso, con confianza y con buen trato, aprender a conocer las propias necesidades y los recursos personales, y, a saber, pedir ayuda.

Según Pozo-Brito (2017) la coordinación de los servicios sociosanitarios y la valoración del riesgo biopsicosocial familiar y personal es imprescindible para elaborar un procedimiento de actuación adecuado ya que resulta fundamental el cuidado del entorno cuidador para evitar la claudicación familiar, por lo que hay que analizar la disponibilidad, las responsabilidades, la capacidad familiar para realizar funciones de cuidados y organizarlas de forma compensada, la redistribución de roles, así como, detectar las necesidades, involucrar a la gran mayoría de miembros y trabajar simultáneamente con el núcleo familiar. Durante la enfermedad se puede ver afectada la economía, la situación laboral, la formación, el ocio, las relaciones de afecto, las historias de vida, el estado emocional, las condiciones de la vivienda, la ubicación, las barreras arquitectónicas, la higiene, etc.

Dolor social y cuidados paliativos

El tratamiento del dolor en los cuidados paliativos debe adoptar un enfoque multimodal, teniendo en cuenta los aspectos físicos y sociales del dolor. Esto incluye el uso de varios analgésicos y terapias de apoyo para abordar la compleja naturaleza del dolor en los pacientes paliativos (Volberg *et al.*, 2023). Hay personas que presentan vulnerabilidades añadidas a su situación clínica, requieren de intervención en coordinación con profesionales de instituciones más especializada como las personas con enfermedades mentales, con discapacidad intelectual o en el desarrollo, toxicomanía o conductas adictivas, inmigrantes, sinhogarismo, maltratos, etc. Agrafojo (2015, citado en Fernández *et al.*, 2018) recuerda que cuando se crearon las Unidades de Cuidados Paliativos en España en 1989 se contempló la idea de que debía tenerse en cuenta el dolor social, ya que si no la persona enferma y la familia seguirían experimentando dificultades y carencias que influirían en el proceso de la enfermedad. Siguiendo a Trimbur *et al.* (2024) los

equipos de cuidados paliativos, con su experiencia en la comunicación de enfermedades graves y en el tratamiento de los síntomas, son idóneos para abordar las necesidades de los pacientes que sufren problemas sociales, especialmente de aquellos con afecciones concurrentes, como los trastornos por consumo de sustancias. El modelo biopsicosocial hace hincapié en la necesidad de tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta todos los síntomas e involucrando a los miembros de la familia en el proceso de atención (Volberg *et al.*, 2023). Se deben tener indicadores de vulnerabilidad que derivan a necesidades con atención delicada como por ejemplo que la persona esté sola, que la persona enferma rote por diferentes domicilios por el cuidado de varias personas, que sea dependiente funcional, muy demandante, que exista falta de colaboración, que las personas cuidadoras tengan su salud limitada, las cargas familiares, otras malas experiencias previas, etc.

Siguiendo a Fernández *et al.* (2018) los cuidados paliativos incluyen la figura del trabajador social sanitario como parte de la atención integral en todos los ámbitos del binomio “paciente-familia”, desarrollando su rol profesional en un contexto interdisciplinar. Esta figura profesional se encarga de la valoración y diagnóstico social. En algunas situaciones intervención irá dirigida a motivar el proceso de cambio. En otras circunstancias, se guiará a encontrar las fortalezas y recursos propios para reducir las dificultades. Y, en otras variantes, se contemplará la gestión de recursos externos. En la actualidad, entre estos recursos sociales se encuentran: el servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, prestaciones económicas para cuidadores en el entorno, prestaciones contributivas y no contributivas por jubilación o invalidez, ayudas técnicas o material ortoprotésico, centros de estancias diurnas, residenciales o de respiro familiar, voluntades vitales anticipadas, voluntariado, etc. Para acceder a estos recursos, profesionales de trabajo social podrán informar, gestionar, coordinar y derivar a otras instituciones, siendo los más cualificados para la movilización de recursos sociales.

Si bien los cuidados paliativos abordan eficazmente el dolor social, sigue habiendo una brecha en el conocimiento de los profesionales de la salud sobre sus causas y su tratamiento. Esta brecha pone de relieve la necesidad de mejorar la educación y la formación en los entornos de cuidados paliativos para apoyar mejor a los pacientes que sufren dolor social (Silva *et al.*, 2021). De cara a la gestión de recursos emocionales, tanto internos como externos, se debe prestar atención a las necesidades psicosociales que a menudo aparecen en estas situaciones críticas. Mediante la escucha activa, apoyo, acompañamiento y afecto. Hay personas que no se encuentran preparadas para la cercanía de la muerte, por lo que hay que dotar de herramientas y deben recibir respuestas profesionales de confianza, de valoración, de seguridad, de afecto, de apoyo, de comprensión, de aceptación y de adaptación ante sentimientos de incapacidad, negación, impotencia, ira, tristeza, incertidumbre, etc. (Ruíz-Mosquera y Palma-García, 2021). En ocasiones, es necesario intervenir en las formas de relación y comunicación familiar para mejorar dicha práctica dentro de sus estilos habituales. Esta preparación también favorece la despedida y previenen duelos patológicos.

Intervención familiar al final de la vida

Otro aspecto de la intervención social se dirige a modular el impacto de la enfermedad que ocasionalmente crea desajustes en las expectativas y esperanzas de las personas implicadas. Un ejemplo de por qué esto puede ocurrir es que hay personas que asocian la causa de la enfermedad a otros acontecimientos pasados, lo que genera desorden de pensamientos. Por esto, se deben reajustar los pensamientos para actuar adecuadamente acorde con la realidad actual, independientemente de lo acontecido en el pasado. Pinkus *et al.* (1997, citado en Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife, 2019) conceptualiza la función del Trabajo Social clínico de la siguiente forma:

El/la trabajador/a social clínico es un proveedor de atención de salud para individuos, familias y grupos cuando hay problemas en el funcionamiento biopsicosocial. Los objetivos del trabajador social clínico son tanto preventivos como terapéuticos y los métodos utilizados son variados, éstos incluyen cualquier combinación de psicoterapia clínica, psicoterapia de grupo, terapia familiar e intervenciones con los sistemas sociales y el medio ambiente. (p. 5)

En algunas familias surge la conspiración del silencio, que son las alianzas para ocultar información a la persona enferma con intención de evitar más sufrimiento, Pero esta falta de información puede crear falsas esperanzas y/o expectativas. Además, puede aislar más a la persona que padece la enfermedad y alejamiento por parte de la familia. Por lo que, se deben confrontar esas decisiones de silencio, para hacer reflexionar sobre si dichas acciones aportan beneficios o perjudican tanto al que es garante de la información como a quien no la maneja.

Para ello hay que detectar y analizar los factores que influyen para que se lleve a cabo el pacto de silencio, para poder reconducir actuaciones y comportamientos, también en estos casos se trabaja para potenciar sus habilidades y poder adaptarse a la realidad consciente. Los trabajadores sociales de oncología y cuidados paliativos deben estar capacitados para realizar evaluaciones integrales biopsicosociales y espirituales del duelo y para implementar los planes de tratamiento adecuados. Las teorías contemporáneas, como el modelo de proceso dual y la reconstrucción del significado, guían estas prácticas (Knowles *et al.*, 2024).

Debido al impacto que ocasiona recibir malas noticias o vivir situaciones inesperadas se manifiestan una serie de respuestas que pueden ser mecanismos adaptativos y de defensa que son necesarias de atender. Éstas pueden estar influyendo a que se mantenga la conspiración del silencio. Entre las señales de disociación destaca: desesperanza, lamento, enfado, persecución, reproches, insatisfacción, reclamación, impaciencia, intranquilidad, dudas, impotencia, turbación, confusión, nerviosismo, preocupación, tristeza, culpas, deseos y fantasías.

Otro aspecto a mencionar es, cuando la familia se enfrenta a síntomas y situaciones complejas como son los ingresos hospitalarios, la presencia de dolor constante, la tolerancia al

dolor condicionado por la cultura, complejidades respiratorias, trastornos del lenguaje que dificulta la comunicación, delirium causados por la enfermedad o por intoxicación de medicamentos, estados de agonía antes de la muerte, muerte inesperada anticipada y anorexia por pérdida de apetito.

Para que las familias puedan afrontar estas escenas dolorosas, éstas deben ser tratadas al unísono, ya que tales situaciones las alteran, produciéndoles cambios, dudas, desconfianza, miedos, impotencia, culpa y sufrimiento, para acompañarlas se les facilitará orientación, reeducación y mediación. Librada-Flores (2020) destaca que “complementar la atención sanitaria con una adecuada atención social y comunitaria es un requisito necesario e imprescindible si queremos ofrecer una verdadera atención centrada en la persona” (p. 15).

Los últimos días de vida de la persona y el fallecimiento, resultan una etapa en la que aparecen emociones y comportamientos que ayudan a sobrellevar la experiencia, etapa que va a influir en el proceso de duelo. Por un lado, hay que apoyar al entorno sociofamiliar para que pueda adaptarse a lo que se acontece en esos momentos, temas sin resolver y tener en cuenta a las personas más vulnerables de la familia para facilitar la despedida, incluyéndose incluso de forma tácita.

Según Barbero-Gutiérrez *et al.* (2016) al mismo tiempo, se resuelven dudas sobre cómo proceder después del exitus, valorando lo que favorece y lo que podría perjudicar, reforzando las decisiones tomadas y apoyando en las consecuencias que estas determinaciones ocasionen. Es beneficioso agregar que hay que acompañar en los bloqueos del proceso de duelo, antes y después del fallecimiento, normalizando la situación y las respuestas emocionales (Ruiz-Mosquera y Palma-García, 2021). Junto con abordar el legado y los deseos para evitar disputas familiares por desacuerdos. Por último, mostrar interés por los ritos como beneficio para la despedida de la persona fallecida.

El proceso de muerte y de duelo

Morir es un acontecimiento que forma parte de la vida de las personas, que requiere de una serie de intervenciones, variando éstas según los sucesos que van surgiendo en esta etapa de la vida, para así morir dignamente. Cifuentes-Ramírez (2013) define la muerte como un proceso en el que se va desmontando el total funcionamiento de la persona y no como un acto concreto. Propone que a través del análisis interdisciplinar se pauten acciones para acompañar a la persona hacia una muerte digna, teniendo en cuenta las diversas particularidades personales de cada individuo y su condicionamiento cultural. Que la comunicación ante malas noticias sea adecuada ayuda a tomar decisiones y a cerrar aspectos personales pendientes de resolver obteniendo satisfacción.

No se puede perder de vista respetar el derecho a cómo y cuánto se quiere ser informado. Disponer de compañía generosa ayuda a la preparación para afrontar el desenlace. También aporta beneficios que se tenga capacidad profesional para adaptar el tratamiento a las circunstancias de cada momento del proceso, atendiendo demandas y respetando decisiones. Y que, a través de una comunicación favorable se responda a las reacciones que en cada fase se experimentan conforme se va acercando a la finitud. Por lo cual, estas consideraciones aportan en el recorrido del camino hacia la muerte, fortaleza y paz, para que las personas mueran con dignidad.

Llauradó-Sanz (2014) relaciona morir bien con cómo se muera, con la relación de proximidad de la persona con la muerte o por el contrario ausencia en involucrarse en el final de su vida. Concretando que hay más dificultad para quienes no han participado en el proceso de muerte, como una etapa más de la vida. Para Arruda-Lima y Manchola-Castillo (2021), junto con la autonomía y la dignidad en el proceso de morir, la liberación es otra pieza fundamental para el buen morir.

Entendida la liberación como el acto de reflexión crítica que contribuye a la libertad de ser protagonistas de sus vidas y decisiones, solicitando sus deseos en medio de sus vulnerabilidades, ya que el cuestionamiento de su situación cuando se tiene información de diagnóstico y pronóstico anula el miedo a ser libre. Rompiendo con el determinismo genético y cultural, dejando de ver lo desconocido como adversario, creando sinergia entre la vida y la muerte.

10

Después de la muerte, es determinante el duelo. Lacasta-Reverte *et al.* (2016) analizan este aspecto, que es tratado por los equipos de CP tras el desenlace, pero también se aborda antes del fallecimiento. El duelo consiste en sucesos psicológicos, de comportamientos y sociales que aparecen en las personas que han perdido a un ser querido con el que se ha tenido conexión emocional, esta pérdida genera sufrimiento considerable. Por lo general, la persona que ha sufrido la pérdida no requiere de intervención especializada psicológica ni tratamiento de psicofármacos, al disponer de recursos psicológicos internos y externos para afrontar lo acontecido.

Gran parte de los equipos de CP de España, atienden el duelo de forma continua, antes del fallecimiento y se prolonga después de éste, dividiéndose en tres niveles. El primer nivel, consiste en dar información básica acerca del proceso de duelo y los recursos que se encuentran al alcance. Esto se facilita a la sociedad en general, la cual puede hacer frente a este suceso sin complicaciones. El segundo, requiere asesoramiento profesional más concreto, según el área afectada de la persona. En este nivel se detectan los posibles factores de riesgo que pueden derivar a un duelo complicado. En tercer lugar, la atención es más especializada. Tratada por profesionales de la psicología por detección de falta de recursos de afrontamiento de la persona, factores de riesgo que derivan a un duelo patológico o desarrollo de alteraciones psicopatológicas.

Todos los profesionales del equipo se encuentran capacitados para acompañar y dar apoyo emocional en el proceso de duelo y cuando la atención requiere de una atención más especializada por riesgo de duelos complicados se interviene exclusivamente desde la psicología (Lacasta-Reverte *et al.*, 2016).

Tal y como se ha mencionado, la mayoría de las personas afrontan el duelo de forma adaptativa, pero en ocasiones hay una minoría de personas a las que afrontar el hecho traumático les supone una dificultad, la cual empeora su sintomatología prolongándose en el tiempo. Se puede deducir del estudio de Parro-Jiménez *et al.* (2021) que el duelo complicado no es un fenómeno muy estudiado, no hay consenso en la terminología, ni en las categorías para la construcción del diagnóstico. Se analizan los factores de riesgos que influyen en el duelo complicado, entre ellos se recogen las variables sociodemográficas, el grado de parentesco, el vínculo afectivo, cómo ha sido la muerte, el tiempo transcurrido, los factores psicológicos, el apoyo social y la petición de ayuda profesionalizada.

Dentro de los factores de riesgos para la no normalización de la pérdida de un ser querido destacan: el poder adquisitivo, estar en desempleo, la cercanía del grado de parentesco, el apego compartido (mayormente es peor cuando muere la pareja y descendientes), la edad de la persona que fallece (más traumático cuando son jóvenes), cómo se produce el desenlace (si es traumático costará más), empeoramiento en la superación de la pérdida con el transcurso del tiempo, que la persona doliente tenga otros trastornos y el abuso de sustancias. Las personas no solo presentan factores de riesgos, sino que también disponen de factores de protección para prevenir el duelo complicado.

Como factor protector se recogen: tener apoyo social (siendo lo más relevante), haber transcurrido la enfermedad con atención en equipos de CP, haber tratado con anterioridad estrategias de afrontamiento del duelo, realizar actividades placenteras y la búsqueda de trascendencia o espiritualidad (Parro-Jiménez *et al.*, 2021).

El objetivo general de este estudio es conocer si tratar e intervenir en los aspectos sociales de la persona, contribuye a morir en paz. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos: conocer si resolver complicaciones sociales facilita el proceso de muerte y la muerte; indagar si ocuparse de preocupaciones sociales beneficia en la despedida ante la pérdida; e investigar si atender asuntos sociales previene duelos complicados. De esta forma, se pretende analizar la influencia de la intervención social en el afrontamiento de la muerte.

2. Metodología

Este estudio busca conocer si abordar los aspectos sociales con las personas aporta beneficios en su proceso de afrontamiento del final de la vida. Para ello, se implementa una metodología cuantitativa con un enfoque tanto descriptivo como exploratorio. El método de muestreo utilizado es el de bola de nieve, lo que permite identificar participantes clave mediante recomendaciones encadenadas.

Enfoque

El enfoque utilizado en este estudio es descriptivo y exploratorio (Gross, 2010). El enfoque descriptivo se centra en observar y detallar los fenómenos tal como se presentan en la realidad, sin manipular variables, lo que ofrece un primer acercamiento a cómo la intervención en aspectos sociales afecta el proceso de afrontamiento del final de la vida. Por otro lado, el enfoque exploratorio facilita la investigación de un fenómeno poco estudiado o comprenderlo desde una nueva perspectiva, en este caso, al indagar si trabajar los aspectos sociales puede influir positivamente en el proceso de morir.

Este enfoque resulta de gran utilidad ya que el tema no ha sido completamente desarrollado en la investigación, lo que permite abrir nuevas líneas de estudio y formular hipótesis para futuras investigaciones. Ambos enfoques proporcionan una comprensión inicial del impacto de los aspectos sociales en el final de la vida, sentando las bases para investigaciones más profundas y detalladas en el futuro.

Participantes

La muestra está compuesta por 170 personas, 135 mujeres, 34 hombres y una persona que ha preferido no revelar su sexo, de edades desde 18 años en adelante, siendo el tramo de edad más participativo de 26 a 55 años. Quienes menos han participado han sido personas mayores de 66 años. Con respecto al estado civil, quienes más han respondido son personas solteras/os (46,5%), seguido de casado/as (39,4%). Quienes menos divorciado/as (7,6%) y con parejas de hecho (6,5%). El 82,4% de las personas participantes han perdido a alguien importante tras recibir cuidados paliativos, el resto participa pese a no haber perdido a ningún ser querido. Destaca que pese a investigar sobre cuidados paliativos y el final de la vida no ha participado ninguna persona viuda.

En cuanto al nivel de estudios, el 90% de las personas tienen estudios reglados y el 83,5% han seguido estudiando después de los estudios obligatorios. Referente a la situación laboral, los datos indican que más de la mitad están trabajando por cuenta ajena 61,8%, por cuenta propia 9,4%, un 2,9% se dedica a las tareas del hogar, un total del 16,5% no desempeña funciones

laborales actualmente, encontrándose en diferentes estados a nivel administrativo y el 9,4% estudia.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión han sido cualquier persona mayor de edad a la cual le llegase la encuesta en formato digital y que ésta quisiera aportar su experiencia con el contexto de cuidados paliativos, por lo que los criterios de exclusión ha sido ser menor de 18 años y no querer completar de forma voluntaria el cuestionario de la investigación.

Al tratarse de un estudio que utiliza cuestionario *ad hoc* de opinión personal aplicados a la población general, no resulta necesario incluir criterios éticos como la aprobación por un comité de ética o la minimización de riesgos, ya que no se recopila información sensible o identificable que pueda poner en riesgo la privacidad o el bienestar de los participantes. Sí se ha recabado previo a la participación el consentimiento informado que garantizaba a su vez el anonimato de las personas participantes. Por lo tanto, al tratarse de opiniones personales y no de datos sensibles o intervenciones clínicas, el enfoque ético se ha centrado en respetar la voluntariedad y anonimato de las respuestas, lo cual es suficiente para garantizar el cumplimiento ético en este tipo de investigaciones.

Instrumento

La naturaleza es cuantitativa y como instrumento se ha diseñado un cuestionario online basado en el muestreo de bola de nieve, tipo de muestreo no probabilístico debido a la dificultad de encontrar personas que conozcan o hayan estado en contacto con el contexto de los cuidados paliativos. Se elaboró un cuestionario *Ad Hoc* compuesto por 33 preguntas, de las cuales las 6 primeras son datos personales sociodemográficos, las 27 siguientes están en relación con los objetivos de este trabajo, la última que cierra el cuestionario ha sido con tipo de respuesta libre y no ha sido cuantificada sino agrupada.

Procedimiento

Tras la elaboración del formulario la difusión se inició mediante redes de contactos tanto por espacios sociales como por mensajería instantánea para provocar el efecto bola de nieve, solicitando a las personas que hubieran tenido contacto con cuidados paliativos su participación y difusión entre sus contactos. Especialmente han participado personas relacionadas con la acción social. El motivo de esta elección ha sido conocer la opinión de la población al respecto al tema de investigación propuesto, por lo que el estudio ha sido analítico. Con idea de saber si hay diferencias ante las respuestas a las mismas preguntas entre personas con experiencias diferentes, se añadió un filtro para clasificar las respuestas de quienes han experimentado una situación de

pérdida de una persona con un fuerte vínculo y las que no lo han vivido. Se presenta separación de los resultados para saber si coinciden sus criterios y comparar si tienen relevancia, analizados los resultados se comprueba que no existen diferencias. También se añade el filtro para conocer si quienes han tenido la pérdida de un ser querido han recibido intervención de profesionales de trabajo social y saber cuáles han sido sus experiencias al respecto, en estas respuestas sí se observan diferencias, las cuales se recogen en el apartado de análisis de resultados y en el de discusión y conclusión.

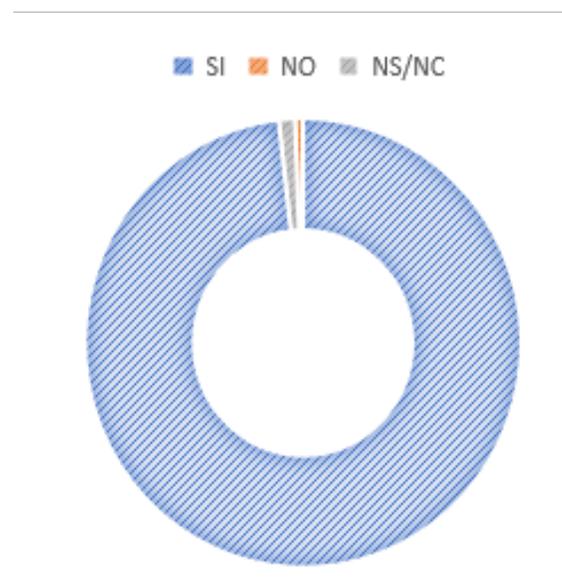
3. Hallazgos

3.1 Influencia de aspectos sociales para morir en paz

El 94,7% de las personas participantes afirman que haber resuelto las dificultades sociales que acontecen en el transcurso de una enfermedad avanzada influye para morir en paz y con dignidad. Además, destacan que es importante reajustar expectativas y esperanzas después de obtener malas noticias, impactos emocionales y constantes cambios. Tener en cuenta la conspiración del silencio ya que afecta a las personas generando: dudas, miedos, culpas y malestar. Refieren que es importante la información y acompañamiento profesional en las situaciones de últimos días de vida.

Figura 1. Beneficios del tratamiento de las dificultades sociales al final de la vida.

14



Fuente: elaboración propia.

El 98,2% está de acuerdo con que atender las dificultades sociales generadas por la enfermedad tiene beneficios a lo largo del transcurso de la enfermedad y también en el acto de morir, tan sólo el 0,6% piensa que no y el 1,2% no lo sabe no contesta. El 97,6% contesta que está de acuerdo con que atender los asuntos sociales es útil para la despedida antes del exitus. El 96,5%

considera que atender las dificultades sociales encontradas a lo largo de las vivencias de la enfermedad tranquilizan y beneficia después de la pérdida en el proceso de duelo.

3.2 Roles sociales en el final de la vida

Es imprescindible conservar los roles sociales durante la enfermedad y al final de la vida tanto para la persona cuidada como para la persona cuidadora, así lo afirman el 51,2%. Sin embargo, el 37,6% cree que no es importante respetar estos roles. Por estas diferencias de opiniones se analiza si pueden estar relacionadas con haber sido tratadas por profesionales de la disciplina del Trabajo Social y el resultado es que de las personas que fueron tratadas por estos profesionales el 100% opina que es importante seguir conservando los roles establecidos.

Entre el 89 y 95% de las personas participantes están a favor de que es necesario recibir ayuda para hacer frente a la cercanía de la muerte y lo que esto genera en las personas. Resaltan que es importante para morir en paz cerrar aspectos personales y sociales pendientes. Para ello ayuda la intervención de un profesional en la comunicación familiar cuando surgen conflictos y desacuerdos.

3.3 Influencia de la enfermedad en las relaciones sociales

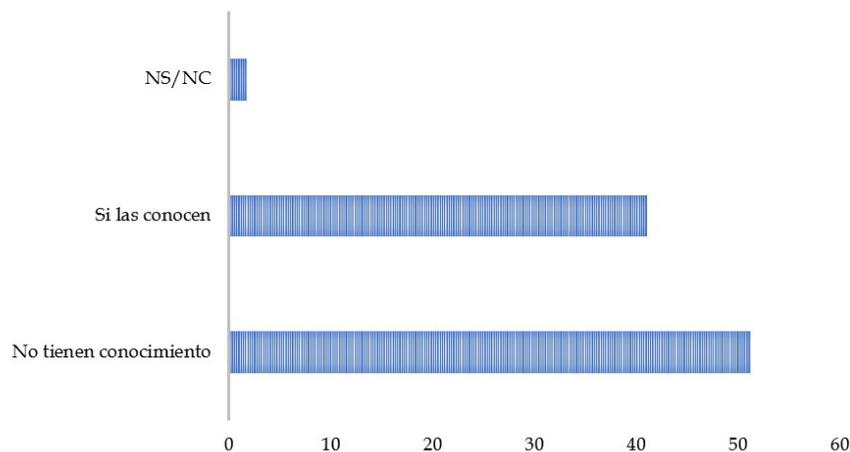
Una enfermedad afecta a las familias y al ámbito social en general con cambios y complicaciones, así lo afirma el 100% de las personas participantes en el estudio. Es importante que participe en la atención de los cuidados más de una persona para evitar sobrecargas y es necesario el apoyo y atención dirigida también a la familia. Entre las respuestas destacan que las creencias y los valores referentes a la muerte son diversas pero que el apoyo social siempre influye en el afrontamiento de las situaciones difíciles. La totalidad de la muestra indica que es relevante ser informado/a y acompañado/a en momentos delicados por desajustes de la situación clínica ya que la enfermedad afecta a todos ámbitos de la vida de la persona. Una enfermedad es un agravante para empeorar otros problemas ya existentes anteriores a la situación clínica. Mencionan los recursos sociales como un gran soporte.

3.4 Intervención profesional de Trabajo Social en cuidados paliativos

El 83,6% de la muestra contesta no haber recibido atención por parte de profesionales de esta disciplina, el 15,7% sí y el 0,7% no lo sabe. La experiencia de las personas que sí han tenido atención social muestra que el 72,7% valora esta intervención como satisfactoria, el 9,1 % negativa y el 18,2% se muestra indiferente.

El 49,41% de las personas participantes considera que sólo profesionales de Trabajo Social están especializados en intervenir en asuntos sociales, seguidos del 18,24% que consideran que profesionales de esta disciplina junto con especialistas en psicología, educación social, medicina, enfermería, pedagogía, antropología, integración social, sociología, terapeutas y auxiliares de cuidados. También hay participantes (2,94%) que indican que sólo están preparados profesionales de la psicología.

Figura 2. Conocimiento sobre funciones de profesionales del Trabajo Social en cuidados paliativos.



Fuente: elaboración propia.

Respecto al conocimiento de las funciones de estos profesionales en los equipos de cuidados paliativos, el 51,2% de las personas participantes no sabe cuáles son las áreas en las que intervienen profesionales del trabajo social, el 41,1% sí tiene conocimiento de ello y el 1,8% no sabe/no contesta.

3.5 Aspectos significativos a tener en cuenta para mejorar la intervención.

Cuando se pregunta si todas las personas están capacitadas para atender los cuidados de una persona enferma, el 15,9% piensa que sí son aptas todas las personas para la atención de estos cuidados, el 81,8% se decanta porque no y el 2,4% no lo sabe/no contesta.

Tabla 1. Aspectos para mejorar de cara a la intervención social.

Tener en cuenta en la atención a pacientes y familias:	La intervención social debe ser:	Mejora de profesionales e instituciones:
Deseos. Libertad de decisión. Dignidad. Creencias. Espiritualidad. Legado. Historia de vida. Despedida. Tratamiento en el duelo. Tener en cuenta a los amigos/as. Relaciones familiares. Ayudar al cuidador principal. Autocuidado. Economía. Salud mental.	Individualizada. Personalizada. Integral. Respeto. Empatía. Comprensión. Humanidad. Escucha activa. Comunicación. Información. Apoyo emocional. Mediación. Posicionar en el presente. Tratar la muerte como parte de la vida. Preparar para afrontar la pérdida. Atención psicológica.	Formación especializada. Personal cualificado. Intervención comunitaria. Atención en medios rurales. Coordinación profesional. Asesoramiento burocrático y legal. Conciliación familiar. Visitas a domicilio continuadas. Apoyar a las instituciones y asociaciones de Cuidados Paliativos. Agilizar los procesos de los recursos sociales. Respiro familiar.

Fuente: elaboración propia.

Una enfermedad crónica avanzada no sólo afecta a nivel físico, sino que deteriora a la persona en el aspecto social, emocional y espiritual, así lo muestran los resultados de este estudio. Los cuidados paliativos están especializados en aliviar el sufrimiento ocasionado por la pérdida de salud y el acercamiento al final de la vida, tanto para pacientes como para su núcleo familiar, a través de la atención a nivel físico, emocional, espiritual y social, esto interfiere en mejorar la calidad de vida y la dignidad (Radbruch *et al.*, 2020). Destaca también el rol de la familia como parte de la intervención, del apoyo y del cuidado de los profesionales de cuidados paliativos.

La atención prestada desde cuidados paliativos se relaciona directamente con el respeto de los derechos humanos. Cisternas-Reyes (2021) añade que la población debe conocerlo como tal para poder reclamarlo, por lo que es necesario ampliar la información y sensibilización ciudadana. Es en el Código Deontológico profesional en 2012 de profesionales de Trabajo social que se recogen una serie de principios acorde a los derechos de las personas, la base de la profesión enfocada en la transformación y el desarrollo social.

Los resultados ponen de manifiesto que de las 140 personas que han sufrido una pérdida, tan sólo 22 personas han recibido intervención social considerándose ésta una experiencia positiva en el 72,7% de los casos. Es elevado el porcentaje de participantes que considera que sólo profesionales de Trabajo Social están capacitados para la intervención social y el 18,24% considera que lo están junto con otros profesionales del ámbito social. Se valora tanto la capacitación profesional como el trabajo en equipo.

Se desconocen los beneficios directos de tratar los aspectos sociales para facilitar el proceso de la enfermedad, el final de la vida y después del fallecimiento, y las consecuencias de no tratar los factores de riesgo social. Aunque se tiene presente la afectación social y la necesidad de intervención cuando se está en cuidados paliativos, más de la mitad de las personas participantes

no conoce cuales son las funciones de profesionales del TS y un número muy reducido ha sido tratado por profesionales de esta disciplina.

Se constata que todas las dificultades para cuidados óptimos dentro de la familia, fomento de recursos propios, gestión de recursos externos, necesidades psicosociales generadas por la cercanía a la muerte y el deterioro de la persona, la comunicación familiar adaptada a la situación y el duelo son aspectos que necesitan de una intervención social para tratar el área social de la persona y de la familia afectada por una enfermedad crónica en fase avanzada.

Se contempla la posibilidad de que no se considera importante la conservación de roles porque quizás no han sido informados al respecto, por lo que no se tiene presente que conservarlo tiene múltiples beneficios y de lo contrario, riesgos de claudicación. Siendo un dato relevante que de los tratados por personal de TS, todas opinan que sí hay que mantenerlos, puede que recibieran atención enfocada a este aspecto.

La intervención multidisciplinar favorece el acercamiento al final de la vida y tratar los aspectos sociales favorece el proceso de muerte y el duelo. De hecho, Cifuentes-Ramírez (2013) define la muerte como proceso y no cómo un solo acto, en este transcurso se desmonta el total funcionamiento de la persona, Llauradó-Sanz (2014) añade que para morir en paz la persona debe participar en su proceso de muerte de forma activa y consciente y Arruda-Lima y Manchola-Castillo (2021) hablan de autonomía, dignidad y liberación, todo esto para tener una muerte digna.

La intervención profesional en las complicaciones sociales beneficia el proceso de la enfermedad, el acto de morir, la despedida antes del fallecimiento, el duelo y finalmente tener una muerte digna y morir en paz. Lacasta-Reverte *et al.* (2016) describen el duelo como proceso no sólo tras el fallecimiento sino durante el proceso de enfermedad en el que la persona va perdiendo capacidades.

Las personas tienen capacidades de afrontamiento ante este acontecimiento, pero también es necesario el acompañamiento profesional para informar, acompañar, apoyar emocionalmente y detectar factores de riesgos en caso de que se requiera atención más especializada y Parro-Jiménez *et al.* (2021) destacan aspectos sociales entre los factores de riesgos y de protección influyentes en un duelo complicado.

Este estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, el uso de un muestreo de bola de nieve puede haber generado una muestra sesgada y no representativa de la población general, lo que limita la generalización de los resultados. Además, el cuestionario *Ad Hoc*, diseñado específicamente para esta investigación, podría no haber sido sometido a un proceso riguroso de validación, lo que puede afectar en cierta medida a la fiabilidad y validez de los datos recogidos.

De igual forma, la falta de control de variables externas, como las diferencias culturales, económicas o individuales en el afrontamiento del final de la vida, puede haber influido en las respuestas al cuestionario. Otra limitación es que las personas participantes no manifiestan ser plenamente conscientes del impacto positivo de la intervención social, lo que podría haber afectado la precisión de sus respuestas.

El enfoque exclusivamente cuantitativo del estudio puede no captar la complejidad emocional y subjetiva del proceso de final de vida, lo que sugiere que un enfoque mixto podría haber ofrecido una visión más profunda. Finalmente, la ausencia de un seguimiento longitudinal impide analizar el impacto de la intervención social a lo largo del tiempo, limitando las conclusiones sobre sus efectos a largo plazo.

Este primer acercamiento a esta realidad social abre varias líneas de investigación futura que podrían profundizar y ampliar el conocimiento sobre la intervención social en el proceso de final de vida. En primer lugar, se podría replicar el estudio con una muestra más amplia y representativa, utilizando métodos de muestreo probabilístico, para asegurar una mayor generalización de los resultados. La validación y mejora del cuestionario *Ad Hoc* utilizado permitiría obtener datos más precisos y comparables en futuras investigaciones.

Otra línea de investigación que podría seguirse sería la incorporación de métodos cualitativos, como entrevistas o grupos focales, que podrían proporcionar una comprensión más profunda de las experiencias subjetivas tanto de los testimonios en primera persona como de sus familias, y del impacto emocional de la intervención social. Además, se podría explorar la influencia de factores como el contexto cultural, económico o religioso en la percepción y efectividad de dicha intervención.

Se podría realizar una investigación longitudinal que permitiría analizar el impacto de la intervención social en el tiempo, evaluando cómo esta influencia el proceso de afrontamiento desde el diagnóstico hasta el duelo posterior. También se podría investigar el impacto de la intervención social en distintos entornos de cuidados paliativos, comparando los resultados en hospitales, centros de atención y domicilios, para identificar las mejores prácticas de intervención social en cada contexto.

4. Conclusiones

Desde la disciplina del Trabajo Social se debe visibilizar su labor en el ámbito de los cuidados paliativos y su importancia, relacionando con el respeto y desarrollo de los Derechos Humanos. Del estudio se extraen sentimientos de necesidad y reflexiones acerca de cómo pacientes y familias demandan tener presentes valores como la dignidad y el respeto para morir en paz, con intención de obtener una atención de calidad en esta etapa de la vida.



Además de visibilizar la importancia del Trabajo Social en los cuidados paliativos, resulta fundamental destacar su rol en la implementación de enfoques interdisciplinarios que promuevan el bienestar emocional y social de pacientes y familias. Esto incluye el desarrollo de estrategias de intervención que no solo respondan a las necesidades inmediatas, sino que también fomenten una comunicación activa y personalizada entre los equipos de salud, los pacientes y sus cuidadores. De esta manera, se refuerza la perspectiva de los cuidados paliativos como un derecho humano integral, asegurando que la atención esté alineada con los valores culturales, espirituales y éticos de cada individuo, contribuyendo así a una experiencia de final de vida más digna y respetuosa.

Entre las peticiones más repetidas a lo largo del estudio se encuentra la necesidad de respetar los deseos de las personas acerca de cómo vivir el proceso de enfermedad teniendo en cuenta sus decisiones, así como la última etapa final, también solicitan atención prolongada tras el fallecimiento, especialmente intervención social.

A los y las profesionales de cuidados paliativos se demanda humanización, habilidades sociales y de comunicación, apoyo emocional, intervención individualizada y normalización de la muerte. Referente a la estructura del sistema con este estudio se refleja la reivindicación de adaptación de los tiempos a las circunstancias sin demora en las listas de espera para todo tipo de recursos, asistenciales, de servicios, económicos, materiales, etc., con respuestas adaptadas a estas necesidades especiales que surgen al final de la vida, se exige profesionalidad y especialización.

Desde la disciplina del Trabajo Social se aportan aspectos necesarios para afrontar el proceso de la enfermedad con mayor tranquilidad y calidad de vida alcanzable, despedirse y cerrar el ciclo vital, morir en paz y con dignidad, con beneficios en la elaboración del proceso de duelo. Se constata la importancia de la intervención social y que la población conoce la figura del personal de Trabajo Social. Sin embargo, se desconoce sus funciones para con este colectivo. Las pocas personas que son atendidas por profesionales de esta disciplina tienen experiencias satisfactorias tras la intervención social, pero ¿por qué el número de profesionales de Trabajo Social es tan reducido en las unidades de cuidados paliativos?

Como conclusión y, tras el análisis de los resultados queda reflejada la necesidad de visibilizar y reivindicar desde la profesión y las organizaciones la importancia de tratar los aspectos sociales, a la vez que dar a conocer las funciones de los y las trabajadoras sociales y los beneficios que la intervención de estos profesionales tendría tanto para la persona enferma como para su familia en el proceso de una enfermedad avanzada y también como prevención de un duelo patológico, siendo por tanto otro miembro importante en los equipos de cuidados paliativos.

Financiación

Las autoras declaran que no recibieron recursos para la escritura o publicación de este artículo.

Contribución de autores

María Vegas-Pérez: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, adquisición de recursos, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Ana Cristina Ruiz-Mosquera: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, adquisición de recursos, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); María Rosario Castilla-Mora: conceptualización, curaduría de datos, análisis formal, adquisición de recursos, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección).

Conflictos de interés

Las autoras declaran que no tienen ningún conflicto de interés en la escritura o publicación de este artículo.

21

Implicaciones éticas

Las autoras no tienen ningún tipo de implicación ética que se deba declarar en la escritura y publicación de este artículo.

5. Referencias bibliográficas

- Arruda-Lima, M., y Machola-Castillo, C. (2021). Bioética, cuidados paliativos y liberación: una contribución al "buen morir". *Revista Bioética*, 29(2), 268-278. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/mGV647XycTDSqfnRmC5KtTy/abstract/?lang=es#>
- Barbero-Gutiérrez, J., Gómez-Batiste, X., Maté-Méndez, J., y Mateo-Ortega D. (Coords.) 82016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención social*. Obra Social "la Caixa".
- Cifuentes-Ramírez, A. (2013). Morir con Dignidad. *Persona y bioética*, 17(2), 230-233. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5749801>
- Cisternas-Reyes, M, S. (2021). Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI. *Revista Internacional de Filosofía y Teoría Social*, 26(93), 225-241. <https://www.redalyc.org/journal/279/27966751019/27966751019.pdf>



- Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife. (2019). *Trabajo Social Clínico. Guía breve*.
<https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/castellon/files/GUIA%20BREVE%20TRABAJO%20SOCIAL%20CLÍNICO.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social (2012). *Código deontológico de Trabajo Social*.
https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Doblado-Valderrama, R., Herrera-Molina, H., Librada-Flores, S., Lucas-Díaz, M.A., Muñoz-Mayorga, I., y Rodríguez Álvarez-Ossorio, Z. (2016). *Análisis y evaluación de los recursos de cuidados paliativos en España*. SECPAL. <https://www.secpal.org/nuevas-monografias-secpal-directorio-de-cuidados-paliativos-en-espana-8-y-analisis-y-evaluacion-de-los-recursos-de-cuidados-paliativos-de-espana-9-2/>
- Fernández, A., Prieto, M. C., García, C., Gómez, E., y Tudanca, B. (2018). *Trabajo Social en cuidados paliativos: importancia de la dimensión social en la atención paliativa* [Manuscrito inédito]. Hospital "Los Montalvos" de Salamanca.
- Gross, M. (2010). *Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa*.
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23919w/Conozca%203%20tipos%20de%20investigaci_%B3n.pdf
- Knowles, K., Nathanson, A., Sloan, D., & Christ, G. (2024). Grief, loss, and bereavement in oncology and palliative care. En S. Hedlund (Ed.), *Oncology and palliative care* (pp. 195–212).
<https://doi.org/10.1093/oso/9780197607299.003.0015>
- Lacasta-Reverte, M. A., Limonero-García, J. T., García-Penas, A., y Barahona, H. (2016). La atención al duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 23(4), 192-198. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-la-atencion-al-duelo-cuidados-S1134248X14001037>
- Librada-Flores, S. (Coord.). (2020). *Comunidades compasivas al final de la vida: la fuerza de la comunidad en el final de la vida*. Fundación Vivo Sano; Monografías SECPAL.
- Llauradó-Sanz, G. (2014). Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *ENE. Revista de Enfermería*, 8(1)
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006
- Nandan, M., Shanbhag, A., Bin Sumaida, A., Gurashi, H., Ibrahim, A., Al-Harassi, T., Al-Dabbous, T., Javed, Z., Araki, M., Al-Riyami, N., Shanbhag, S., & Balaraj, K. (2024). Heart of care: Embracing grief and growth in oncology and palliative medicine. *F1000Research*, 13, 1068–1068. <https://doi.org/10.12688/f1000research.153724.1>
- Novellas-Aguirre, A. (2017). La atención de situaciones de final de vida desde el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, (210), 37-53. <https://www.revistarts.com/article/latencio-de-situacions-de-final-de-vida-des-del-treball-social>
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 37 (2), 189-201. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/443271>

- Pozo-Brito, Y. (2017). *El papel de la trabajadora social en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Nuestra Señora de Candelaria* [Trabajo de pregrado, Universidad de Tenerife]. Archivo digital. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/6457>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Cege Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Ruiz-Mosquera, A. C., y Palma-García, M. de las O. (2021). *Resiliencia en procesos de duelo*. Gedisa.
- Silva, A. E., Alves-Silva, G., Trevisan da Silva, K. A., Ferreira dos Santos, M., Vieira-Carvalho, T., & Amorim-Ribeiro, S. A. (2021). Dor social em pacientes oncológicos elegíveis aos cuidados paliativos na atenção domiciliar: Revisão integrativa. *Revisão integrativa. Research, Society and Development*, 10(5), e17510513847. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.13847>
- Trimbur, M. C., Sumser, B., Brown, C., Steinhoff, T., & Guyer, D. (2024). Special considerations in managing pain and psychosocial distress in patients with opioid use disorder and cancer: The role of the supportive care and psycho-oncology interdisciplinary team. *Annals of Palliative Medicine*, 13(4), 1076-1089. <https://doi.org/10.21037/apm-22-1409>
- Volberg, C., Wulf, H., & Schubert, A. K. (2023). Pain management in palliative care. *Anesthesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 58(2), 95-110. <https://doi.org/10.1055/a-1962-6298>