

# CRITERIOS DE RISCO SOCIO SANITARIO ASOCIADOS Á CLAUDICACIÓN FAMILIAR E/OU ANGUSTIA ANTE A ALTA HOSPITALARIA NA UNIDADE DE COIDADOS PALIATIVOS DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA (C.H.U.A.C.).

---

*Vilar Pumares, Maira; Rodríguez Sierra, Miriam; Andaluz Corujo, Luisa; Sanmartín Moreira, Juan.*

*Traballadoras sociais no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña e Facultativo U.C.P. do C.H.U.A.C. [luisa.andaluz.corujo@sergas.es](mailto:luisa.andaluz.corujo@sergas.es)*

*Artigo realizado a partir do relatorio co mesmo título, presentado no “XIII Congreso Estatal de la Asociación de Trabajo Social y Salud”, realizado en Pamplona o 12 de maio de 2018.*

## RESUMO

O seguinte estudo relaciona dous diagnósticos sociosanitarios na atención paliativa no ámbito hospitalario: a claudicación familiar e a angustia ante a alta hospitalaria. Ademais analizaremos os criterios de risco sociosanitario presentes en cada un destes diagnósticos ou en ambos. Con isto preténdese facer visibles aqueles criterios de risco mais prevalectes, sobre os que debemos realizar un maior esforzo de intervención co coidador ou coidadora principal, coa familia e co/coa doente. Tamén se pretende destacar a

importancia do equipo interdisciplinar na toma de decisións e recoñecer os aspectos sociais para garantir os apoios necesarios a alta hospitalaria.

No traballo social sanitario hospitalario, atopamos en moitas ocasións estes dous diagnósticos como problemas fundamentais á hora de afrontar o traballo co/a doente e os/as seus/súas cuidadores/as principais. Tentamos a través dos datos, visibilizar e ser conscientes de que a claudicación familiar e a angustia á alta ante as necesidades de cuidados, son un hándicap pouco recoñecido á hora de afrontar e planificar a alta hospitalaria, por tódolos actores implicados: profesionais, doentes e cuidadores/as principais. Ambos diagnósticos son os máis prevalectes en todos e todas doentes estudados/as.

O equipo que realizamos este estudo, comprobamos que os diagnósticos de enfermidade avanzada e complexa xéranlle unha grande angustia á familia e ao/á doente que está totalmente relacionada coa sobrecarga emocional e as dificultades das persoas para buscar solucións ás necesidades/problemas. Temos claro que familias e doentes non son capaces, nun momento dado, de atopar solucións de cuidados, polo esgotamento xeral -de índole física, psicolóxica e social-, e isto dá lugar a medos e angustias que dificultan o regreso ao domicilio do/da doente en condicións óptimas. Se comprendemos a situación de esgotamento, podemos atenuar e mellorar as habilidades para atopar opcións que faciliten a busca de cuidados á alta hospitalaria.

Os e as doentes estudados, son os que estiveron ingresados na Unidade de Cuidados Paliativos do C.H.U.A.C., durante o ano 2017, e que precisaron intervención do traballador/a social sanitario/a. Os datos empregados son os recollidos no Rexistro de Datos Sociosanitarios (REDISS).

## **PALABRAS CLAVE**

Criterios de risco social, claudicación familiar, angustia ante a alta hospitalaria, traballo social hospitalario.

## **RESUMEN**

El siguiente estudio relaciona dos diagnósticos sociosanitarios en la atención paliativa en el ámbito hospitalario: la claudicación familiar y la angustia ante el alta hospitalaria. Además, analizaremos los criterios de riesgo sociosanitario presentes en cada uno de estos diagnósticos o en ambos. Con esto se pretende hacer visibles aquellos criterios de riesgo más prevalentes, sobre los que debemos realizar un mayor esfuerzo de intervención con el cuidador o cuidadora principal, con la familia y con el/la paciente. También se pretende destacar la importancia del equipo interdisciplinar en la toma

de decisiones y reconocer los aspectos sociales para garantizar los apoyos necesarios al alta hospitalaria.

En el trabajo social sanitario hospitalario, encontramos en muchas ocasiones estos dos diagnósticos como problemas fundamentales a la hora de afrontar el trabajo con el/la paciente y sus cuidadores/as principales. Intentamos a través de los datos, visibilizar y ser conscientes de que la claudicación familiar y la angustia ante las necesidades de cuidados, son un hándicap poco reconocido a la hora de afrontar y planificar el alta hospitalaria, por todos los actores implicados: profesionales, pacientes y cuidadores/as. Ambos diagnósticos son los más prevalentes en todos los/as pacientes estudiados/as.

El equipo que realizamos este estudio, comprobamos que los diagnósticos de enfermedad avanzada y compleja generan una gran angustia a la familia y al/la paciente que está totalmente relacionada con sobrecarga emocional y las dificultades de las personas para buscar soluciones a las necesidades/problemas. Tenemos claro que familias y pacientes no son capaces, en un momento dado, de encontrar soluciones de cuidados, por el agotamiento general -de índole físico, psicológico y social-, y esto da lugar a miedos y angustias que dificultan el regreso al domicilio del/la paciente en condiciones óptimas. Si comprendemos la situación de agotamiento, podemos atenuar y mejorar las habilidades para encontrar opciones que faciliten la búsqueda de cuidados al alta hospitalaria.

Los/as pacientes estudiados/as, son los que se estuvieron ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del C.H.U.A.C., durante el año 2017, y que precisaron intervención del/la trabajador/a social sanitario/a. Los datos utilizados son los recogidos en el “Registro de Datos sociosanitario” (REDISS).

## **PALABRAS CLAVE**

Criterios de riesgo social, Claudicación familiar, Angustia ante el alta hospitalaria, Trabajo Social Hospitalario.

## **ABSTRAT**

This work analyzes two Public Health diagnostics in the Hospital Palliative Care: family claudication and anguish towards the hospital discharge. The work also analyzes the Public Health risk criteria that these diagnostics show.

The objective is to make visible the prevail risk criteria, which we must focus on, making a greater intervention effort together with the main carer, with the family and with the patient. In the work we also want to highlight

the importance of the multidisciplinary team participation in the decision making and in recognizing the key social aspects to guarantee the required support to the hospital discharge.

In Public Health Hospital Social Work, we often find these two diagnoses as fundamental problems when facing work with the patient and his main caregivers. Through the data, we try to make visible and being aware that family claudication and anxiety about care needs are a little recognized handicap when facing and planning hospital discharge, for all the actors involved: professionals, patients and the main caregivers. Both diagnoses are the most prevalent in all patients studied.

The team that carried out this study, found that the diagnoses of advanced and complex disease generate a great anguish for the family and for the patient. This anguish is totally related to emotional overload and the difficulties of people to find solutions to their needs and problems. We are aware that families and patients are not able, at any given time, to find care solutions, due to their general exhaustion; both of physical, psychological and social nature. This gives rise to fear and anguish that make it difficult for the patient to return to home in optimal conditions. If we understand this exhaustion situation, we can mitigate and improve the skills to find options that facilitate the search for care for the hospital discharge.

The patients studied are those who are admitted to the Palliative Care Unit of the C.H.U.A.C , during 2017, with the intervention of Public Health Social Work and whose data are collected in the “Registry of Socio-Health Data” (REDISS).

## KEY WORDS

Criteria of social risk, Family Claudication, Anxiety before hospital discharge, Hospital Social Work.

## 1. INTRODUCCIÓN

A OMS define os cuidados paliativos da seguinte forma “Son o coidado activo e integral dos doentes cuxa enfermidade non responde a tratamentos curativos. A atención polo control da dor, por outros síntomas e por problemas psicolóxicos, sociais e espirituais é fundamental. O obxectivo dos cuidados paliativos é conseguir a mellor calidade de vida posible para os doentes e as súas familias (World Health Organization. Cancer pain relief. Ginebra: WHO, 1996)

No ano 2014 a Organización Mundial da Saúde sostiña que nas últimas décadas descenderan as taxas de natalidade e mortalidade cun consecuente

incremento na esperanza de vida e cun progresivo envellecemento da poboación. Ademais, este incremento na esperanza de vida viña acompañado dunha maior supervivencia nas etapas finais desta; aparecen enfermidades crónicas e dexenerativas que fan que, cada vez, un maior número de persoas precisen tratamentos paliativos nas últimas fases da súa enfermidade. Trátase de enfermidades cun alto impacto físico, psicolóxico, social, económico e espiritual, tanto para o/a doente como para a súa familia. Por todo iso, os cuidados paliativos se consolidan como unha atención indispensable. A pesar disto, a OMS (2014) estimaba que só unha de cada dez persoas que precisa cuidados paliativos recibe esta atención.

Os cuidados paliativos van dirixidos, non só a proporcionar atención médica para aliviar o sufrimento e a dor física, senón tamén a paliar o sufrimento emocional e psicosocial, tanto dos/das doentes como das súas familias.

Doente e familia deben considerarse, polo tanto, dende un perspectiva integral, e deben ser abordados dende unha perspectiva interdisciplinar, polo que nos equipos de cuidados paliativos se fai imprescindible a presenza dun traballador ou traballadora social.

É ao traballador ou traballadora social a quen lle corresponde a prestación do apoio psicosocial e a abordaxe das necesidades sociais dos e das doentes con enfermidade avanzada e complexa e das súas familias, contribuíndo así a unha mellor calidade de vida destes; entendida a calidade de vida dende todas as súas dimensións: benestar físico, psicolóxico, socioeconómico e espiritual.

A intervención do traballador ou traballadora social sanitarios na Unidade de Cuidados Paliativos ten múltiples vertentes, pero en todas elas se debe considerar que cada doente/familia son únicos e irrepetibles, polo que a intervención se debe de levar a cabo tendo presente esta individualidade e diferenciación.

Faise indispensable ademais unha intervención dende o total respecto á dignidade da persoa, considerando todos aqueles aspectos que lle xeren un malestar social de calquera índole (de necesidade de cuidados e apoios, estrés na familia e/ou rede de apoio, insatisfacción, inseguridade económica, material, de soidade, todos aqueles de índole sociosanitaria...) e que poidan ser previos á enfermidade, verse exacerbados por esta ou ser consecuencia súa.

Co incremento das enfermidades crónicas e o aumento da esperanza de vida, atopámonos cada vez con máis doentes que presentan necesidades sociosanitarias que non se poden abordar única e exclusivamente dende unha perspectiva clínica. A pesar da lóxica hexemonía do persoal sanitario (médicos/as e enfermeiros/as) nos hospitais, non hai que perder de vista que cada vez son mais os e as doentes e as enfermidades que teñen un maior

peso social: necesidades de cuidados prolongados que hai que garantir, enfermidades psicosomáticas que poñen de manifesto problemas doutra índole (económicos, familiares, de estrés laboral...), familias de tamaño cada vez máis reducido e con cargas laborais, con dificultades para garantir a continuidade de cuidados ao/á doente no domicilio etc.

Sen a intervención do traballador ou a traballadora social sanitarios en moitas ocasións a intervención sanitaria podería “caer en saca rota”, senón se garanten axeitados cuidados tras a alta, de duración e intensidade apropiadas, cunha mínima calidade de vida (axeitada alimentación, hixiene) etc. Por todo isto é preciso pór en valor a tarefa desempeñada polo traballador ou traballadora social sanitarios, que ademais debe realizala na maior parte das ocasións en tempos breves, dada a presión asistencial de cara á alta hospitalaria.

## **2. ESTUDO**

No presente artigo gustaríanos explicar algúns dos datos recollidos na intervención social realizada pola traballadora social da Unidade de Cuidados Paliativos do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña.

No quefacer diario do traballador ou traballadora social coa persoa doente e a súa familia adminístrase un protocolo de recollida de datos sociosanitario (REDISS) fonte dos datos que a continuación se expoñen. O obxecto deste artigo, entre os moitos datos que manexamos, é estudar a importancia de dous dos diagnósticos sociais fundamentais na unidade de hospitalización de doentes con enfermidade avanzada e complexa e as situacións de risco social que se identifican cos ditos diagnósticos.

### **2.1.- DIAGNÓSTICOS SOCIAIS A ESTUDO**

Os diagnósticos sociais que temos en conta no estudo que se presenta son os seguintes:

- a— Claudicación familiar
- b— Angustia ante a alta hospitalaria

Breve explicación de ambos os diagnósticos

#### **a.- Claudicación familiar**

Defínese a claudicación familiar como “a manifestación implícita ou explícita, da perda da capacidade da familia para ofrecer unha resposta axeitada

ás demandas e necesidades do ou da doente a causa dun esgotamento ou sobrecarga” (De Quadras 2003).

«A claudicación familiar é a incapacidade dos membros dunha familia para ofrecer unha resposta axeitada ás múltiples demandas e necesidades do doente». Na práctica, obsérvanse dificultades para manter unha comunicación positiva coa persoa enferma, a súa familia e o equipo de cuidados. Segundo Gómez Sancho, cando todos no seu conxunto son incapaces de dar unha resposta adecuada, estamos ante unha crise de claudicación familiar (Gómez Sancho M., 1994, 1999). É moi importante poder identificar a aparición deste fenómeno o máis pronto posible polo impacto negativo que produce no coidado do doente. Un sinal de que está tendo lugar, é a solicitude de xeito reiterado por parte da familia do ingreso do e da doente, o que en esencia pode ter implícito unha necesidade de transferir a responsabilidade dos cuidados ao sistema sanitario, xeralmente por medos e dúbidas no coidado do/da paciente, e polo esgotamento físico do cuidador ou cuidadora principal.

Tamén pode darse o caso de que a persoa enferma prefira ingresar por sentir que supón unha carga para os seus cuidadores e cuidadoras, ou por sentirse máis segura con respecto ao manexo clínico estando ingresada nun centro hospitalario.

Cada persoa da familia vese afectada pola enfermidade avanzada dun dos seus membros de xeito emocional, cognitivo e na súa conduta diaria. Debido a esta situación créase unha necesidade constante de reaxustes e adaptacións ao longo da evolución da enfermidade, e este é o motivo polo que a familia pode desembocar nun desaxuste familiar cando non é posible facerlles fronte aos ditos reaxustes ou ás demandas necesarias. Consiste, basicamente, nunha forte crise emocional cunha rendición respecto dos cuidados.

Entre os seus desencadeates destacan a persistencia de dúbidas e medos non resoltos e o esgotamento físico do cuidador ou cuidadora. A claudicación da familia pode ser episódica-temporal ou definitiva (esta última pode ser a expresión de conflitos familiares previos que conducen os cuidadores e as cuidadoras ao abandono do/da doente, ou expresión dunha imposibilidade real de coidado no domicilio pola ausencia de recursos).

Isto tamén provoca, en ocasións, discrepancias entre os/as profesionais do equipo, xa que a planificación da alta hospitalaria é moi complexa se a familia —e especialmente o/a cuidador/a principal— non se atopa nunha situación de estabilidade emocional e de manexo da situación, tanto na realización dos cuidados básicos, como na toma de decisións, na aceptación de recursos sociais e sanitarios etc.

A intervención ideal do/da profesional do traballo social sobre a claudicación familiar é a prevención.

O alivio completo do sufrimento do/da doente, o apoio continuado dos e das profesionais e o compartir as responsabilidades na toma de decisións contribúen a diminuír a sobrecarga afectiva. Unha vez aparecida a claudicación, débese intervir procurando a recuperación do control dos cuidados por parte da familia e o contorno cuidador. A actitude dos profesionais debería ser de comprensión e desculpabilización, para posteriormente planificar unha nova etapa de cuidados no domicilio. Sen dúbida, deberíase facilitar un respiro á familia mentres se produce o seu reaxuste cun ingreso hospitalario, entre outras opcións.

É importante entre as habilidades do e da profesional de traballo social de saúde, aprender a identificar situacións de claudicación e realizar intervencións de xeito individual e grupal con aqueles e aquelas cuidadores/as que inicien unha situación de sobrecarga. Entre as intervencións recomendadas en relación coa claudicación familiar, que o traballador ou a traballadora social pode realizar, atopamos:

- Ofrecer dispoñibilidade para unha comunicación profunda e de apoio emocional, clarificando que nin fuximos nin xulgamos.
- Facilitar a comunicación intrafamiliar.
- Explicar que para eles tamén é un proceso adaptativo no que se asumen novos roles, responsabilidades e situacións.
- Axudar a diferenciar, e facer visibles, as necesidades de todo tipo, ademais de apoiar e resaltar o que están facendo ben, crítica construtiva.
- Axudar a entender que os seus recursos persoais son compatibles e/ou complementarios co apoio externo, en caso de que o precisen. Ademais de ter en conta os factores de risco, existen diversas escalas de detección da sobrecarga familiar como Zarit (valora a sobrecarga do cuidador), que deberíamos de integrar no noso traballo diario.

## **b.- Angustia ante a alta hospitalaria**

Como segundo diagnóstico social estudado, atopámonos coa angustia ante a alta hospitalaria unha vez que se termina a atención que motiva o ingreso hospitalario. O ingreso hospitalario, na unidade de cuidados paliativos, vén motivado fundamentalmente polas crises de descompensación dos síntomas, que xeran unha grande angustia do e da doente e da familia e especialmente do cuidador ou cuidadora principal; tanto se o/a doente ten un diagnóstico anterior a ese mesmo ingreso ou ben se o diagnóstico é recente.



As atencións nas unidades clínicas dos hospitais de agudos están sendo modificadas cara á humanización, con profesionais preocupados pola instrución aos e ás doentes para o autocoidado e a atención ás familias para adestralas nas necesidades de coidados. Pero, aínda atopamos que os familiares no hospital son a maior parte do tempo observadores ansiosos, en tanto que na casa deben ser coidadores principais, un papel para o que teñen pouca experiencia e moitas dificultades. Especialmente cando o/a doente sofre unha alteración do nivel de conciencia e/ou deixa de tragar, manifesta que ten dor, non se dispón do mesmo material ortoprotésico que no hospital, o domicilio non está adaptado, ten barreiras ou existen outras persoas dependentes e/ou menores no domicilio etc.

A partir da realización do estudo, diagnóstico e tratamento sociosanitario o traballador ou traballadora social que atende as persoas ingresadas e as súas redes sociais máis próximas, para que a enfermidade non sexa motivo de perda da calidade de vida, de discriminación ou marxinação social e para asegurar a continuidade de coidados no domicilio no momento da alta hospitalaria.

Según Dolors Colom (2000): pódese proceder á alta cando clinicamente sexa factible, asegurándonos de que:

- Ten capacidade para seguir as indicacións terapéuticas.
- Conta cun contorno favorable que o apoia e coida.
- Ten asegurada a continuidade da asistencia por parte doutros servizos de atención sanitaria e, se cabe, social e sociosanitaria.
- A alta non entraña riscos para a persoa nin para o seu contorno.

No caso dos e das doentes paliativos/as, debemos de ser máis “exquisitos”, comprometidos e delicados, xa que é unha situación de gran vulnerabilidade da propia persoa e do seu contorno; con síntomas complexos que afectan a todas as partes implicadas, non existe posibilidade de melloría, e non sempre son aceptadas e comprendidas polas persoas coidadoras. Debemos de ser exhaustivos nas indicacións e informacións, tentar non deixar nada ao azar xa que cada acontecemento é vivido como algo desmesurado, incrementando o malestar presente e futuro.

Cada síntoma do e da doente, cada nova situación, pode engadirlle máis ansiedade a/o propio/a doente e á familia. Por este motivo, este é un diagnóstico que oss traballadores e as traballadoras sociais sanitarios/as detectamos nunha gran porcentaxe das persoas coas que intervimos, que manifestan a súa angustia de cara á alta hospitalaria, tanto se as atencións se van

realizar no domicilio, como se a persoa vai ingresar nun centro residencial, sobre todo se este é o paso que se vai dar tras a hospitalización.

## 2.2. SITUACIÓNS DE RISCO

As situacións de risco, relacionadas con estes dous diagnósticos sociais que atopamos na análise dos datos estudados, segundo os datos recollido no REDISS, ordenadas de maior a menor frecuencia de presenza son as seguintes:

1. Necesidade de coidados básicos (ABVD)
2. Estrés relacionado co coidado/sobrecarga
3. Patoloxía dexenerativa/mal prognóstico
4. Pluripatoloxía
5. Necesidades instrumentais (AIVD)
6. A familia expresa que non pode atender o/a doente
7. Vive con cónxuxe ou par de iguais
8. Non se pode comunicar
9. Sobrepeso
10. Baixa resiliencia familiar/persoal
11. Cónxuxe enfermo/ dependente no domicilio
12. Actitude pasiva da familia
13. Illamento social

## 3. RESULTADOS DO ESTUDO

Os datos que imos amosar foron recollidos a través do rexistro de datos socio-sanitarios (REDISS) empregado no Servizo de Traballo Social do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña durante o ano 2017, de doentes hospitalizados na Unidade de Coidados Paliativos.

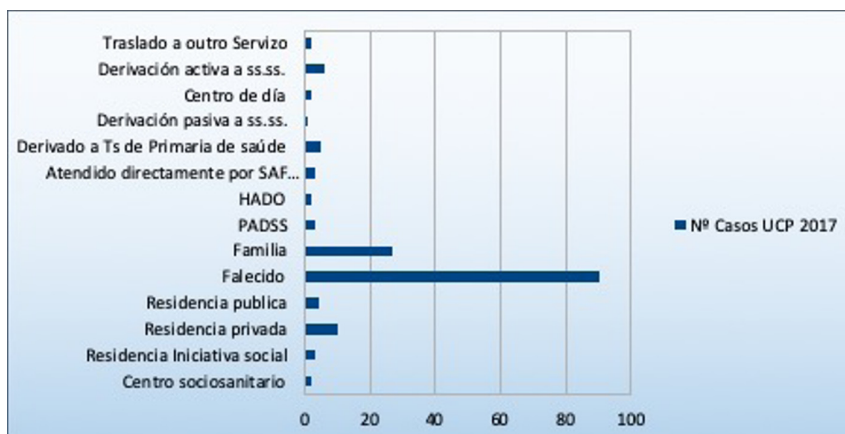
### 3.1.- Derivacións a alta hospitalaria

Preséntanse os casos atendidos na Unidade de Coidados Paliativos da E.O.X.I. da Coruña no ano 2017 e as derivacións a alta hospitalaria.

Dende o servizo de traballo social, valoráronse un total de 160 doentes ingresados/as, estes supoñen un 34,20 % do total dos doentes que ingresan na unidade. As derivacións ao Servizo de Traballo Social chegan dende o propio equipo da unidade, doutros traballadores social de saúde, de servizo sociais ou ONG, ou acoden por iniciativa propia.

Do total de 160 doentes valorados, un 50,4 % falecen durante o ingreso, e preto dun 20 % no momento da alta hospitalaria regresa ao coidado familiar.

Táboa 1. Derivacións a alta hospitalaria dende a U.C.P. no ano 2017



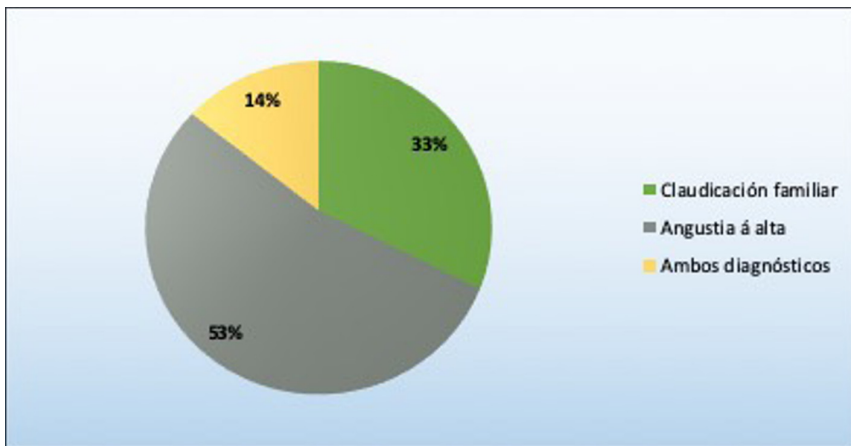
Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS do ano 2017

### 3.2.- Diagnósticos sociais estudados

Das persoas estudadas, o 53,25 % presentan “Angustia ante a alta hospitalaria”; un 32,47 % presentan “Claudicación familiar” e un 14 % presentan ambos os diagnósticos de forma conxunta.

Dende as unidades hospitalarias hai que fortalecer e apoderar os coidadores e coidadoras principais, os propios e propias doentes e fomentar as axudas domiciliarias de soporte e os servizos de proximidade.

Táboa 2. Presenza dos diagnósticos sociais estudados



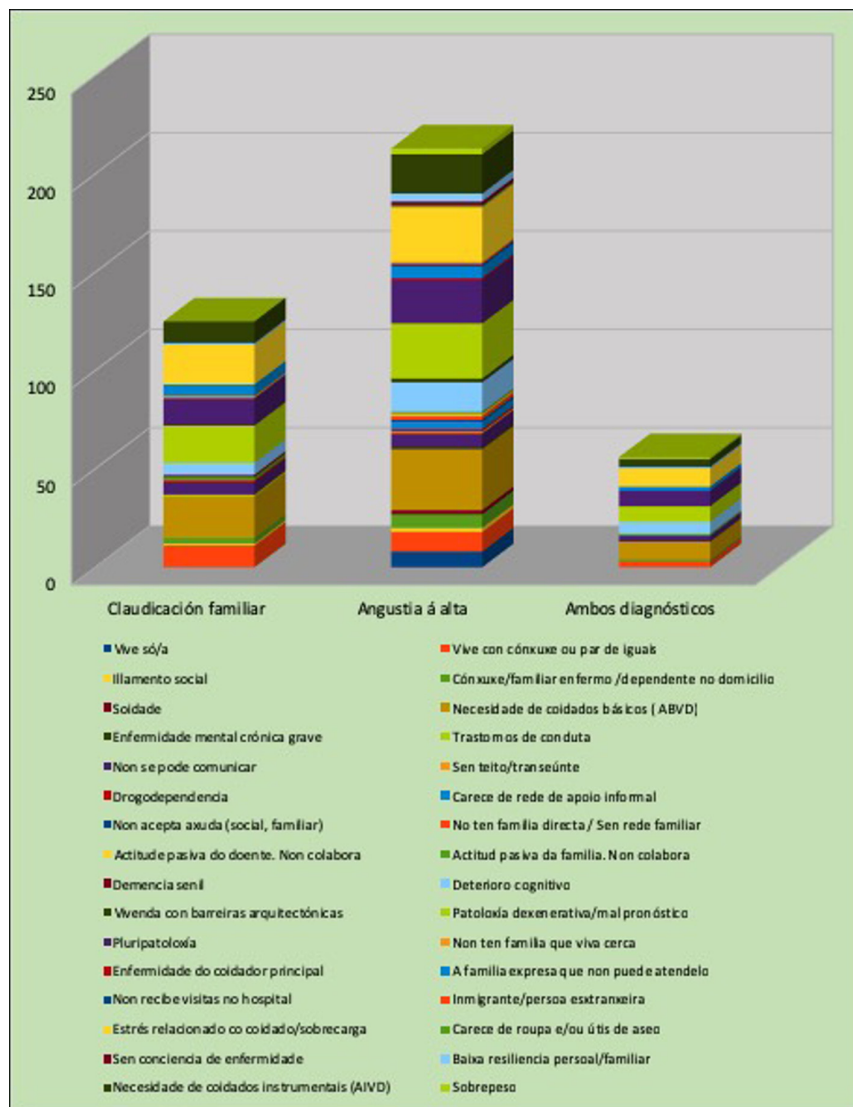
Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS do ano 2017

### 3.3.- Criterios de risco por cada diagnóstico social

A continuación móstranse os criterios de risco en cada diagnóstico social analizado. Demóstrase que unha vez que o/a doente se atopa hospitalizado/a na Unidade de Coidados Paliativos, é complexo encamiñar a alta ao domicilio ou a outros dispositivos.

Por orde de importancia, á hora de intervir dende o traballo social sanitario, os criterios de risco que máis se repiten en ambos os diagnósticos son, en primeiro lugar e como punto de inflexión, a perda de funcionalidade para as actividades básicas da vida diaria. A continuación: pluripatoloxía, estrés relacionado coa sobrecarga, que os/as doentes vivan sós/soas ou con par de iguais, que existan outras persoas dependentes no domicilio, soidade, que carezan de conciencia de enfermidade e que a familia manifeste que non pode atendela. Atopamos un total de 32 indicadores de risco.

Táboa 3. Diagnóstico social - Criterios de risco



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS do ano 2017

## 4. CONCLUSIÓNS

- A funcionalidade do/da doente é o criterio de risco máis importante á hora de planificar os cuidados e buscar alternativas á alta hospitalaria. É o criterio de risco social que máis veces se presenta nos dous diagnósticos sociais estudados. Moitas veces atopamos pacientes con enfermidade avanzada e complexa, que valoran a continuidade ou a adecuación dos tratamentos se estes van empeorar a súa funcionalidade. É, polo tanto, importante que o equipo traballe a información e a toma de decisións compartidas con respecto á afectación da realización das actividades da vida diaria.
- Os diagnósticos de enfermidade avanzada e complexa xéranlle unha grande angustia á familia e ao/á doente que está totalmente relacionada coa sobrecarga emocional e a dificultade das persoas para buscar solucións ás necesidades/problemas. As condicións en que realiza as actividades diarias o cuidador/a informal ten que ser considerado como un aspecto máis na atención á/ao doente paliativo, para minimizar ou atenuar a sobrecarga. Identificamos que en moitas ocasións ao final da vida o/a cuidador/a principal presenta problemas físicos, mentais e socioeconómicos.
- É imprescindible traballar e formarnos en habilidades. Tal e como o entende a autora Pamela Trevithick, o concepto de habilidades expresa o seguinte: “Habilidade significa o grao de coñecemento, pericia, criterio e experiencia que se pon en xogo dentro dunha situación, dunha liña de acción ou dunha intervención determinada”. Imprescindibles, polo tanto, no traballo óptimo na atención social paliativa. A formación en habilidades será pois, una boa clave para axudar os e as doentes e aos seus familiares para facer máis efectivas as nosas intervencións.
- O envellecemento da poboación e a convivencia con “par de iguais” debe poñernos en alerta sobre a necesidade de buscar alternativas domiciliarias de cuidados accesibles con rapidez, accesibles economicamente e personalizadas, xa que as persoas maioritariamente desexan morrer no seu domicilio coa garantía dunha calidade de vida axeitada.
- Cabe mencionar que a necesidade de acompañamento por soidade aumenta en función da idade e acentúase nas persoas máis maiores. Contar co apoio da rede social é un factor que axuda ao afrontamento da enfermidade, diminuíndo a fatiga e o esgotamento que pode producir a claudicación familiar, e inflúe positivamente na calidade de vida dos/as doentes con enfermidade avanzada e complexa.
- Unha das habilidades do/da traballador/a social neste ámbito é recoñecer as ferramentas que cada membro da familia ten, e utiliza-

las de xeito equilibrado para que ninguén sufra sobrecarga física nin emocional.

- O necesario uso de escalas para a detección precoz das problemáticas de cuidadores/as e doentes, para poder buscar solucións que se poidan implementar no ámbito do traballo social sanitario.

## **5. BIBLIOGRAFÍA**

- Colom, D. (2000). La planificación del alta hospitalaria. Zaragoza. S. XXI de España Editores SA, 2.
- Corujo, L. A., & Pumares, M. V. (2017). O valor engadido do traballo social na unidade de cuidados paliativos do complexo Hospitalario Universitario da Coruña-Hospital de Oza. Revista galega de traballo social, (20), 35-50.
- De Quadras, S., HERNANDEZ, A., Pérez, E., Apolinar, A., Molina, D., Montllo, R., & Novellas, A. (2003). Reflexiones multicéntricas sobre la claudicación. Medicina paliativa, 10(4), 187-190.
- Del Prado, C. I. (2016). Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Psicooncología, 13(2/3), 433.
- Gómez Sancho, M. (1999). La atención a la familia: crisis de claudicación emocional de los familiares. Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán.
- Masfret, D. C. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (47), 109-119.
- Pérez, C. (2009, 25 de agosto). Atención Primaria de Salud. Acercamiento a familias de pacientes con cáncer de mama. Revista Psicología Científica. com, 11(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/atencion-primaria-familias-pacientes-con-cancer>
- Plan Gallego de Cuidados Paliativos (2007). Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Sergas. Santiago de Compostela. (<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-277.pdf> (Consultado 08 de xaneiro de 2018).
- Trevithick, P. (2002). Habilidades de comunicación en intervención social: manual práctico (Vol. 51). Narcea Ediciones.