

TRABAJO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON FAMILIARES DE PACIENTES ADMITIDOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SOCIAL WORK AND THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION WITH THE FAMILIES OF PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT

CÉSAR M. GARCÉS CARRANZA, DSW

HOSPITAL BRONX LEBANON. BRONX, NEW YORK

RESUMEN

Este artículo emerge de la experiencia del autor con familiares de pacientes admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La investigación de las necesidades de los familiares y la intensa emoción generada durante la entrevista la cual es tener la oportunidad de poder expresar sus emociones acerca de la experiencia de tener a un ser querido en la UCI es terapéutico. Para otros quiere decir angustia, ansiedad, depresión, miedo, cólera y desesperación a manera que expresan los eventos que son el resultado de una situación de incertidumbre y temor. A pesar de tener experiencia en intervención en crisis, al comienzo el autor no estuvo preparado para la intensidad de sentimientos y emociones que son demostrados por los familiares en la UCI. El autor descubre que esta clase de sufrimientos son emocionalmente extenuantes para todos los participantes (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, pacientes y familiares). Temas de ética y metodología que surgen como resultado de la intervención incluyen: a) el generar situaciones que requieren intervención psicoterapéutica; b) el impacto de sentirse envuelto emocionalmente. El tema de apartarse de una intensa entrevista emocional con frecuencia lo deja a uno con un sentido de "dejar algo sin terminar."

PALABRAS CLAVES

Comunicación, reacciones emocionales, familiares, intervención, facilitador, capacidad emocional, decisiones, ética.

ABSTRACT

This article is the result of this author's experience with families of patients who are admitted to the Intensive Care Unit (ICU). Investigation of the needs of families and the intensity of emotions that evolves during the course of the interview that for some is the opportunity to be able to talk and express their feelings about their experience of having a loved one admitted to the ICU is therapeutic; for others it means anxiety, depression and frustration by the way they express their feelings that are the result of a serious illness of a loved one. Even though the author is experienced in crisis intervention, he was not ready for the intensity of emotions that are shown by many of the families when he was first assigned to the ICU. The author discovered that this type of suffering is emotionally exhausting. Topics of ethics and methodology that arise as a result of the intervention include: situations that require therapeutic intervention. b) the impact of feeling emotionally involved. The theme of separation from an intense interview frequently leaves us with a sense of "leaving something with out finishing it." Good communication not only depends on the social worker but also from those who attend and care for the patients. Language could be ambivalent falling into honest misunderstandings as the needs of patients and their family could not always be the same. This could make for the social worker to feel "uncomfortable" when trying to meet the needs of patients and their families. The author is a Social Worker at Bronx Lebanon Hospital Center. Bronx, New York. USA.

KEYWORDS

Communication, emotional reactions, families, intervention, facilitator, emotional capacity, decisions, ethics.

Recibido: 2009.08.10. Revisado: 2009.09.21. Aceptado: 2009.10.08. Publicado: 2009.11.05.

Correspondencia: César Garcés Carranza. 255 Country Road. Medford, New York 11763. Cell # 631-617-3713.
Mail: gcacharrito@aol.com

Las personas se ponen nerviosas y ansiosas cuando uno de sus familiares se enferma y es admitido (a) a la Unida de Cuidados Intensivos (UCI), causado por el miedo de que el/la paciente se va a rendir y va a morir pronto. El trabajador social en la UCI brinda apoyo emocional (psicoterapia) a los familiares, también les brinda guía y orientación para mantener la confianza en la recuperación del paciente.

El trabajador social ayuda a que los familiares se imaginen y hablen de cómo será la vida en el futuro, también brinda apoyo emocional y aliento, así ellos pueden expresar sus emociones, las cosas importantes que necesitan decir y apreciar el tiempo que les queda juntos con el paciente en una manera positiva y significativa.

Los familiares reaccionan de diferentes maneras cuando reciben la noticia de un diagnóstico irreversible y la terrible sugerencia de que es el momento de hablar de los deseos del paciente y decisiones médicas. Dependiendo de una variedad de factores, incluyendo la edad del paciente, tiempo con la enfermedad, y personalidad, algunas personas pueden no estar de acuerdo en aceptar la realidad y se deprimen. Otros pueden negar el concepto y continúan como estaban. Quizás es el miedo lo que causa estas respuestas. La reacción de los familiares a enfermedades y muerte varía, algunos reaccionan con depresión, enojo, ansiedad, gritos al personal médico y al trabajador social. Otros sienten pánico, lloran, insultan, gritan, o se van. Aguilera y Messick (1974), atribuyen las diferencias individuales en respuestas a los siguientes factores:

- a). La percepción individual a los eventos de tensión
- b). La disponibilidad de un sistema de apoyo
- c). Los mecanismos de defensa utilizados por la personas para enfrentar los eventos.

Todos ellos son capaces de expresar la pena a su manera. La intervención del trabajador social es estar allí presente, siendo sensible a las necesidades de los familiares, permitiéndoles a que expresen sus sentimientos a su manera, y asegurándoles que su ser querido esta recibiendo atención de calidad.

No importa cómo los familiares enfrentan la situación de crisis, ellos tienen muchas razones para tener confianza en la recuperación del paciente. Los familiares pueden tener confianza para:

1. Tener más tiempo con el/la paciente de lo que los médicos inicialmente sugirieron.

2. Tener más oportunidades para ir a lugares que siempre quisieron ir con el paciente pero nunca lo hicieron.

3. Tener más tiempo para expresar sus deseos acerca del cuidado del final de la vida y arreglos del funeral.

4. Tener más tiempo de decirle al paciente todas las cosas que siempre quisieron decirle pero nunca lo hicieron.

5. Tener la oportunidad de explorar o confirmar el significado espiritual de vivir y morir.

6. Tener la oportunidad de decirle al el/la paciente lo importante que fue en sus vidas.

7. Tener más tiempo para compartir sus deseos con otros miembros de la familia.

8. Tener más días de sentirse mejor en vez de mal.

9. Tener más tiempo para simplemente disfrutar la presencia de los que aman.

10. Estar tranquilos y sin pena.

Buena comunicación depende no solamente de parte del trabajador social sino también de los que cuidan y atienden a los pacientes. El idioma puede ser ambivalente, llevando a malentendidos genuinos y las necesidades de los pacientes y familiares no siempre pueden ser iguales. Esto puede llevar a que el trabajador social se sienta "incómodo" al tratar de cumplir con las necesidades de los pacientes y también de sus familiares.

Al comunicarse con los familiares acerca de enfermedades incurables y de riesgo de muerte del paciente, el trabajador social debe de prestar atención al medio ambiente. Estar parados en el corredor o en la sala de espera no es recomendable. Llevar a los familiares a un lugar tranquilo y privado para discutir la importancia de la reunión y el hecho de que la noticia pueda ser "mala," puede tener un impacto psicológico positivo. Malas noticias se pueden decir una manera sensible y honesta, al ritmo de los familiares, de esa manera ellos pueden indicar cuando quieren parar y hacer preguntas si es necesario. Si las noticias son dadas abiertamente, estas pueden llevar a la negación. Existe siempre un nivel de asombro después de las malas noticias, por eso algo de tiempo debe de darse antes de tratar de coger las piezas explorando los sentimientos de los familiares.

La negación puede ser un mecanismo de defensa válido para aquellos que no pueden o no están listos para adaptarse a la realidad de una mala noticia. La discusión honesta y sincera permitirá a los familia-

res asegurarse que los puntos de consideración los ayudará a calmarse, a planear y adaptarse a la realidad y puede ayudarles a expresar sus sentimientos y sus emociones.

Cuando las personas descubren que alguien que ellos aman está grave y se va a morir en un futuro cercano, con frecuencia sienten fuertes reacciones emocionales, las cuáles tienen que ser expresadas. Todos ellos son capaces de expresar sus sentimientos a su manera.

Aceptar el final de la vida puede ayudar a que los familiares se unan y mejoren

su relación y se apoyen entre ellos. A pesar de la tristeza de la ocasión, la confianza es un factor positivo para superar la pena y el miedo. Es por eso que es importante mantener una cercana comunicación con los familiares de los pacientes admitidos a la UCI.

Preguntas difíciles los familiares que hacen

1. Se va a recuperar?
2. Porqué nosotros?
3. Cuánto tiempo le queda?
4. Qué va a pasar después de esto? (final de la vida)

Reacciones emocionales

1. Cólera: Con frecuencia es dirigida hacia otros, incluyendo al trabajador social o personal médico
2. Culpa: Pensar que la enfermedad o muerte del paciente es un “castigo” por no haberse cuidado.
3. Acusar: Creencia que la presente situación es culpa de otros.

De acuerdo con Kübler-Ross (1969), las personas pasan por cinco etapas durante la pérdida de un miembro de la familia a causa de la muerte:

1. **Conmoción y negación:** Es la reacción inicial al recibir malas noticias
2. **Enojo:** puede desplazarse y proyectarse hacia otras personas
3. **Negociar:** pedir por más tiempo
4. **Depresión:** empieza la pena.
5. **Aceptación:** si las personas han tenido suficiente tiempo y han podido experimentar las etapas anteriores, entonces podrán aceptar la pérdida de su ser querido.

Al tratar con las emociones mencionadas, el trabajador social debe de establecer su causa, si es jus-

tificada, y hacia dónde y a quién está enfocada. A los familiares se les puede ayudar a encontrar la causa de sus sentimientos y así evitar que se enojen con el trabajador social y el personal médico. Esto puede resultar en un desfogue saludable de sus sentimientos en vez de una continuación desenfocada de los sentimientos.

La tensión post-traumática, ansiedad, y depresión, son condiciones comunes de los familiares en la UCI, particularmente cuando tienen que hacer decisiones sobre el plan de tratamiento, incluyendo el final de la vida de un ser querido que no lo puede hacer por sí mismo. Los familiares no entienden la información básica acerca del diagnóstico, pronóstico o tratamiento del cuidado crítico y experimentan grandes niveles de ansiedad, frustración, depresión y el plan de atención médica depende de los deseos de los pacientes y sus familiares. Reportado en el *New England Journal of Medicine*, Darnos y Colegas (2007) cuantificaron el efecto de una intervención diseñada para mejorar la comunicación entre el personal médico de la UCI y miembros de la familia de los pacientes. El estudio demostró que la reunión con los familiares con una estructura específica les permite a ellos expresar sus emociones y alcanzar resultados y expectativas realistas.

La base para la guía de intervención del trabajador social el cual sirve para ayudar a los familiares en la UCI se basa en lo siguiente:

1. Valorar y apreciar lo que los familiares tienen que decir.
2. Reconocer las emociones de los familiares utilizando resúmenes de información reflectiva.
3. Escuchar atentamente.
4. Entender quién fue él/la paciente como persona al hacer preguntas directas.
5. *Estimular preguntas de los miembros de la familia.*

Trabajadores sociales de la UCI deben recibir preparación y adiestramiento que les permita dar la clase de apoyo y atención que ellos quisieran recibir en caso tengan un miembro de su familia que está grave y enfrentando la muerte.

Los familiares pueden tener un impacto positivo en la recuperación del paciente. Ellos actúan como soporte para controlar la ansiedad del paciente y sirven como recurso valioso para su recuperación. Cuando la ansiedad entre los familiares es alta, ellos no pueden apoyar al paciente y pueden transferir su ansiedad hacia él/la paciente o hacia otros. La ansie-

dad de los familiares se puede manifestar a través de la desconfianza hacia el personal médico, no cumplir con el régimen del tratamiento, cólera é insatisfacción con el tratamiento, inclusive con amenazas de demandas legales.

A manera que los familiares sufren con la preocupación y ansiedad, la naturaleza crítica de la enfermedad puede causar cambios dentro de la unidad familiar. Que estos cambios sean beneficiosos o adversos depende, en parte de la clase de intervenciones programadas por el trabajador social. Debido a que la reacción de los familiares a la admisión del paciente a la UCI tiene implicaciones emocionales, ellos se benefician cuando el trabajador social interviene para asegurar un apoyo óptimo para el funcionamiento normal de los familiares.

Qué necesidades tienen los familiares de los pacientes?

Basado en la experiencia y observación del autor en la UCI, los familiares de los pacientes tienen varias necesidades. De acuerdo con Freichels TA (1991), estas necesidades están agrupadas en cinco áreas que son universalmente experimentadas por la mayoría de los familiares de los pacientes admitidos a la UCI:

1. Recibir seguridad, reflejando la necesidad de mantener esperanza y hablar acerca de la recuperación del paciente. Lograr esta necesidad promueve confianza, seguridad, y libertad de duda.
2. Permanecer cerca del paciente, reflejando el deseo de unir y mantener la relación familiar. Lograr esta necesidad puede ayudar a que los familiares estén cerca y den apoyo emocional al paciente.
3. Recibir información, reflejando el entendimiento de la condición del paciente. Lograr esta necesidad pone la base para que la familia haga decisiones y ayude al paciente. La ansiedad de la familia se reduce y promueve el sentido de control.
4. Estar cómodos, reflejando la necesidad de reducir tensión. Cuando se está cómodo, se conserva energía y se reduce la ansiedad.
5. Tener apoyo disponible, reflejando la necesidad por la ayuda experta, asistencia o auxilio. Lograr esta necesidad ayuda a lidiar con la ansiedad, mejora los recursos de la familia y mantiene fuerzas para apoyar al paciente.

Durante la admisión del paciente a la UCI la comunicación con los familiares es un componente importante de la práctica de trabajo social. A los fa-

miliares se les da la oportunidad de hacer preguntas, de expresar sus preocupaciones, y sus emociones.

Intervención del trabajador social con familiares de pacientes que no tienen capacidad emocional para hacer decisiones médicas

El trabajador social enfrenta muchas situaciones de ética profesional en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La NASW Code of Ethics (siglas en Inglés, 2000), ofrece a los trabajadores sociales un grupo de valores y principios que sirven como guía para ayudar a los familiares para hacer decisiones. Una de estas situaciones tiene que ver con la capacidad emocional de las personas que debido a su condición crítica de salud no puede hacer decisiones acerca de su tratamiento médico.

Cualquier persona de 18 años o mayor que esté admitida al hospital se le presume que tiene capacidad emocional para hacer decisiones médicas a menos que se indique lo contrario. La capacidad de hacer decisiones consiste en la habilidad de elegir o rechazar su propio cuidado médico. Algunas personas no pueden hacer decisiones de cuidado médico debido a su condición médica o una deficiencia cognitiva. Falta de capacidad para hacer decisiones es sujeta a varios cambios. Por ejemplo, una persona que ha sufrido una leve herida de trauma cerebral puede resumir su capacidad de hacer decisiones médicas. Por lo contrario, una persona con retarda- ción mental nunca ha tenido la capacidad de hacer decisiones médicas. Las personas que no tienen la capacidad para hacer decisiones necesitan ayuda de otros. Algunas de estas decisiones pueden ser difíciles y pueden crear dilemas de ética profesional.

De acuerdo a la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW siglas en Inglés, 2000), cuando un paciente no tiene capacidad para dar consentimiento para su tratamiento médico, el trabajador social debe abogar por la protección de sus intereses y derechos. Para los pacientes que no tienen capacidad de hacer decisiones, el trabajador social colabora con el personal médico para informar a los familiares basado con su nivel de entendimiento siendo este consistente con las creencias y valores del paciente. Esto se consigue en la reunión con los familiares del paciente y el personal médico intercambiando información acerca de la condición del paciente, identificando los valores y creencias, deseos del paciente y discutiendo opciones y limitaciones de tratamiento.

El siguiente es un ejemplo que tubo que ver con decisiones de ética con respecto al final de la vida. El nombre del paciente y los hechos han sido alterados para proteger la privacidad del paciente.

ILUSTRACIÓN

Don Pedro es un señor de 85 años residente de una institución para ancianos. Don Pedro fue admitido al hospital con severo problema respiratorio y derrame cerebral que le afectó su capacidad para hacer decisiones. Don Pedro no tenía un agente que pudiera compartir sus creencias, valores y decisiones de tratamiento médico, y fue atendido en la sala de emergencia y luego transferido a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El trabajador social se pudo comunicar con su hija y acordaron una reunión con el personal médico. El médico tratante explicó en detalle el tratamiento que se le estaba dando al paciente y como él no respondía. La condición del paciente y su pobre pronóstico de recuperación en el evento de un paro cardíaco fue explicada a la hija de Don Pedro y otros miembros de su familia que también estuvieron presentes. El trabajador social intervino promoviendo comunicación entre los familiares de Don Pedro y el personal médico. Este fue el momento donde el apoyo emocional fuera importante para la hija de Don Pedro y sus familiares.

Cuando un paciente no tiene capacidad emocional para hacer decisiones médicas y siendo esto probable que no se recupere, la tarea del trabajador social es localizar y hablar con sus familiares o amigos para averiguar si el paciente alguna vez habló de sus deseos en caso el/ella no pudiera hacer decisiones. En el caso de Don Pedro, el trabajador social asistió a su hija y otros familiares a identificar y aclarar sus valores y creencias, con el esfuerzo de mantener sus deseos. La reunión con la hija y familiares de Don Pedro tuvo lugar para discutir e intercambiar información y aclarar su capacidad de entendimiento sobre la información presentada por el médico tratante y hacer preguntas que fuesen necesarias.

Los siguientes familiares o sustitutos del paciente pueden dar consentimiento para el tratamiento en caso el paciente no esté capacitado para hacerlo:

- Esposa (o) legal
- Padres
- Hermanos
- Hijos adultos
- Miembros adultos de la familia.

Estas personas están activamente relacionadas con el paciente.

El trabajador social reconoce y respeta la dignidad de las personas. Trabaja con múltiples sistemas y está atento a las diferencias individuales resolviendo conflictos que son consistentes con los valores, principios de ética y normas de la profesión de trabajo social. Existe la necesidad de un acercamiento organizado que incluya una guía para los profesionales de salud, familiares y otros grupos de importancia en trabajar juntos y estar de acuerdo con los planes de atención médica. Control, predeterminación, conexión y significado que ayude a los familiares a contener sus temores, miedos, concentrar su energía y hacer decisiones significantes con la guía y apoyo del trabajador social. La reunión con los familiares puede ayudar a lograr una discusión honesta sobre metas y deseos de atención médica.

El Trabajador social como facilitador de la reunión con familiares

El trabajador social debe estar comprometido en lo que respecta al interés del paciente y la familia, tener habilidades de comunicación, ser experto en dirigir reuniones con familias, entender el proceso de trabajo de grupo, tener preparación en dinámica familiar y tener habilidad en enfocar las preguntas y respuestas emocionales dentro de actividades importantes. El tiempo de duración de la reunión con los familiares varía debido al número de los miembros presentes, la complejidad de la situación, el tiempo necesario para expresar emociones, necesidad para reunir información adicional de los médicos, y la habilidad de alcanzar un acuerdo dentro de los familiares y el personal médico. El trabajador social puede identificar conflictos dentro de los familiares que puedan ser utilizados contra una decisión acordada. Manteniendo el enfoque en lo que es lo mejor para el/la paciente puede ayudar a superar los problemas y conflictos entre los familiares.

Aunque muchos de los recursos y guías de comunicación están disponibles, una de las maneras más prácticas de facilitar la comunicación acerca de su contenido emocional ha sido descrita por Kirk y Colegas (2004) que incluye:

1. ser justo,
2. mantener el curso,
3. dar tiempo,
4. demostrar que las personas son importantes,
5. cubrir información pertinente.

Actualmente, no existen fórmulas que reúnan las necesidades de los familiares.

El trabajador social trata de organizar la información y recomendaciones proporcionadas por el personal médico de la UCI con las necesidades emocionales de los familiares y su proceso cognitivo para aumentar el sentido de control, conexión y significado. Dentro de este contexto el/la paciente recibe la atención más apropiada, mientras que los familiares están más dispuestos a desarrollar mecanismos de defensa y controlar su pena y temores por la inevitable pérdida de su ser amado. Finalmente, la información y el proceso experimentado por los familiares en la reunión pueden ser usados para hacer ajustes de deseos de atención a manera que la situación cambia. El trabajador social también puede desempeñar una función de apoyo al mantener comunicación con los familiares y el personal médico.

CONCLUSIÓN

Las reuniones con los familiares de los pacientes demuestran ser una manera efectiva para que sus miembros puedan discutir temas emocionales y hacer decisiones difíciles. Claramente la más tensa de ellas es la decisión de parar *tratamientos inútiles* de un ser amado. El extraer los valores y deseos de la familia en un lugar abierto y honesto donde hay tiempo adecuado para compartir emociones y discutir temas difíciles, las conexiones entre los deseos expresados y las recomendaciones de los médicos pueden crear un ambiente de confianza. Las reuniones con los familiares ayudan a la familia porque la información compartida por el trabajador social y el personal médico es escuchada por todos a la misma vez. Los miembros de la familia valoran la oportunidad de hacer preguntas al personal médico, y el trabajador social. También esta es la oportunidad para expresar emociones (pena, llorar), y manifestar apoyo emocional “*al tocar*” y con expresiones verbales de afecto en un ambiente tranquilo y de apoyo.

Para algunos miembros de la familia esta puede ser la primera vez que ellos se han permitido pensar y hablar acerca de la realidad de la situación. Si él/la paciente es de alta jerarquía en la familia, la reunión familiar puede empezar el proceso de un nuevo alineamiento familiar de poder estructural. Este es el momento donde el conflicto familiar puede empezar con respecto a hacer decisiones. Para la mayoría de los familiares, el deseo de hacer lo mejor para el paciente pensando en sus deseos, sirve de estímulo para trabajar juntos.

El objetivo principal de la reunión con los familiares de los pacientes es asegurar que los deseos del paciente sean respetados, que los familiares estén enterados de esos deseos, que reconozcan que todo lo que se debe hacer se haga, y que los médicos estén haciendo lo mejor que pueden. El trabajador social debe de explicar claramente la razón y resultados deseados al comienzo de la reunión. Por ejemplo, el trabajador social puede decir, “*aquí estamos hoy día para entender los valores y deseos de su ser amado, discutir su condición médica, qué está sucediendo con él/ella ahora, las implicaciones de la situación (especialmente el pronóstico de recuperación), y hacer juntos las decisiones del paciente con respecto a los próximos pasos a seguir basado en las recomendaciones de los médicos.*”

El dominio médico y psicosocial están conectados al sistema de salud. El campo psicosocial de trabajo social es la base para crear una nueva sociedad con pacientes, familiares, médicos y enfermeros en un ambiente tenso y lleno de emociones, especialmente la UCI. El reto para los trabajadores sociales es el poder demostrar la relevancia de su capacidad intelectual y destrezas clínicas para atender las diferentes necesidades emocionales de los familiares. Controlar las reacciones psicosociales, espirituales y prácticas existenciales de los familiares es la base para una acción efectiva para resolver problemas.

Los aspectos prácticos de establecer metas realísticas de atención médica entre los profesionales de salud, comunicando de una manera eficiente con los familiares en crisis; utilizando las diversas respuestas ambiguas y emocionales de los familiares terapéuticamente, y ayudando a crear sentido en la experiencia es importante para la familia. La reunión con los familiares de pacientes admitidos a la UCI es de importancia por ser un excelente vehículo para crear un ambiente de comunicación honesto enfocado en movilizar recursos para el paciente, la familia y el personal médico hacia un plan de acción mutuo que resulta en metas claras de atención.

REFERENCIAS

- Aguilera, DC. y Messick, JM. (1974). Crisis intervention: Theory and Methodology. St. Luis: C.V. Mosby Co. p. 631
- Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, et al (2001). The family conference as a focus to improve communication about end of life care in the Intensive Care

- Unit: Opportunities for improvement. *Crit. Care Med.* 29(2 suppl): N 26-23
- Darmon, B. Lautrette, A. Megarbane, L.M. Joly, S. Chevret, C. Adrie, D. Barnaut, G. Bleichner, C. Bruel, G. Choukroun, et al (2007). A Communication Strategy and Brouchure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *New Engl. L. Med.*, 356(5): 469-478.
- Freichels TA. (1991). Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. *Crit. Care Nurs. Q.* 14(3):16-29.
- Kira P, Kira I, Kristjanson (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told. An Australian and Canadian Qualitative Study. *BMJ*; 328:1343.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and Dying: What the dying has to teach to Doctors, Nurses, Clergy, and their families.* Publisher: Simon & Scuster Adult Publishing Group. Edition Number 1.
- Nacional Association of Social Workers (2000). *Code of Ethics of the Nacional Association of Social Workers.* Washington, DC: Author.

