



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Alcances de la estrategia de Cuidados Paliativos en
Establecimientos de Larga Estadía en Uruguay

Estudiante: Verónica Martínez Grappiolo

C.I.: 4.541.237-9

Tutora: Profa. Adj. Mónica Lladó

Revisora: Profa. Adj. Mag. María Pilar Bacci

Montevideo, Diciembre 2019

“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”

Cicely Saunders

“Todos debemos morir, pero el que yo pueda librar de días de tortura a los enfermos, es lo que siento como mi más grande y siempre renovado privilegio. El dolor es un azote más terrible para la humanidad, más incluso que la propia muerte”

Albert Schweitzer

-Premio Nobel de la Paz, 1952-

Agradecimientos:

A mi madre por ser siempre mi gran pilar, junto con mi padre y hermana.

A mi familia por siempre apoyarme, alentarme y estar en las buenas y las malas.

A los amigos que me regalo la facultad, por ser parte de la gran felicidad que fue transitar esta carrera.

A mis amigos de siempre por siempre estar.

Y finalmente a Lucha que desde el cielo me ilumina y traza el camino, junto a mis abuelos que son mis grandes ángeles.

Índice

Introducción.....	5
La muerte	6
La vejez	8
El envejecimiento	9
Envejecimiento en Latinoamérica.....	11
Envejecimiento en Uruguay	12
Los cuidados paliativos.....	13
Cuidados paliativos en Uruguay	16
Mortalidad en Uruguay y Cuidados paliativos	18
Establecimientos de Larga Estadía	22
Consideraciones finales	26
Bibliografía.....	28

Introducción

El presente trabajo pretende realizar una monografía que permita aproximarnos al estado en el que se encuentra nuestro país en cuanto a la puesta en práctica de los servicios de cuidados paliativos, buscando analizar quiénes, dentro de las personas pasibles de ser atendidas por cuidados paliativos, acceden a éstos y quienes no. De este modo, se logra un panorama general sobre la temática y se hace foco sobre aquellas personas que no reciben tales cuidados, dando lugar a ciertas interrogantes y reflexiones acerca de la situación planteada.

Para efectuar tal aproximación, se realiza un recorrido por diversos ejes temáticos, tales como la muerte, la ansiedad y el miedo ante ella, las distintas concepciones y formas de actuar ante la muerte a través del tiempo, los aspectos psicológicos involucrados. Se indaga acerca de la vejez y el envejecimiento, considerándose la situación del envejecimiento en diferentes niveles. Por último, se reflexiona acerca de los cuidados paliativos y su situación en Uruguay, destacándose el caso específico de las personas pasibles de cuidados paliativos que residen en casas de salud. Se hace una revisión acerca de la situación de estas personas, constatando que, en su gran mayoría, no están obteniendo prestaciones a las que tienen derecho por ley: los cuidados paliativos al final de la vida.

La muerte

La concepción social de la muerte en el occidente ha variado a lo largo del tiempo. De acuerdo con Ariés (2011), respecto a la muerte existe un período en la historia occidental y eurocéntrica que dura los primeros mil años denominado “muerte amaestrada”, en el cual el moribundo participaba de los preparativos de su propio funeral y las ceremonias eran públicas, participando en ellas toda la comunidad. Allí el relacionamiento con la muerte se basaba en la aceptación de ésta como una ley fundamental de la vida y no existían expectativas de evitarla. Pero ya en el siglo XII se genera un cambio respecto a la visión de la muerte debido a la influencia de la Iglesia Católica, relacionadas a las preocupaciones por morir y enfrentar el Juicio Final. Teniendo en cuenta los rituales religiosos, en el siglo XVII se retira al muerto de la casa, intentando evitar también el contacto con la putrefacción del cadáver. Luego, en el siglo XVIII, la muerte se ve investida por el drama, bajo influencias del romanticismo, empezándose a poner el foco en la muerte del otro, especialmente de la persona amada, y no en la de uno mismo. En el siglo XIX comienzan a aparecer los adelantos médicos y con ellos un control de las pestes, dándole un lugar más fuerte a la medicina en cuanto a su posibilidad de tratar enfermedades. Durante el siglo XIX los rituales comenzarán a ser más dramáticos, cargados de dolor, enfrentando la muerte con mayor dificultad, y al llegar al siglo XX, y con él la Segunda Guerra Mundial, la muerte comienza a ser algo privado. Ella comienza a ser ocultada y pasa a ser concebida como algo vergonzoso; a esto se le suma la conspiración del silencio, en la cual nadie le dice al enfermo que va a morir, prefiriéndose una muerte repentina y sin aviso antes que una muerte esperada. En las épocas actuales se configura lo que Ariés (2011) denomina como “muerte excluida” donde la muerte es una amenaza y se la niega, generando así una gran dificultad para aceptarla y lidiar con ella.

Esta “muerte excluida” genera la necesidad de una presencia mayor de la medicina en general. También se ve en la necesidad de un equipo especializado, es así que aparecen los cuidados paliativos, buscando brindar una ayuda y acompañamiento ante la aparición de la muerte, frente a como es conceptualizada en la actualidad.

Desde la perspectiva existencialista, Yalom (2000) se refiere, hablando desde una perspectiva filosófica a la ansiedad de la muerte y éste recurre a algunas frases que hablan de la “fragilidad del ser”, del “terror al no ser”, o también de la “imposibilidad de más

posibilidad”, (citados por Yalom 2000). Por otro lado, si se habla desde una perspectiva psicológica, la ansiedad de la muerte es difícilmente encontrada en la clínica en su forma original, puesto que desde que el niño es pequeño ésta es rápidamente transformada en otro estado, basándose inicialmente en la negación para luego añadirle más operaciones defensivas tales como el desplazamiento, la sublimación y la transformación. Se genera así una protección ante esta ansiedad manifiesta de la muerte, formada por un conjunto altamente complejo de operaciones mentales, que derivarán en el tema que plantea este trabajo.

Hablamos de ansiedad porque, filosóficamente, como establece Kierkegaard (citado por Yalom, 2000), ésta se distingue del miedo, el cual está dirigido necesariamente a una cosa, mientras que el estado de ansiedad o de terror es un temor que no puede ser entendido ni ubicado, no se puede afrontar haciéndose aún más terrible, generando así una sensación de impotencia que aumenta aún más la ansiedad. Entonces, la solución para afrontar la ansiedad deriva en desplazarla desde la nada hacia alguna cosa, para así sí tener la posibilidad de actuar contra ella.

Según Limonero (1997), y desde un punto de vista psicológico, la ansiedad es entendida como una reacción emocional que surge ante la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia, mientras el miedo a la muerte está relacionado al proceso de morir, pensándolo como doloroso y frustrante. La ansiedad y el miedo influyen significativamente en la actitud y la conducta de la persona.

De este modo, cuando el miedo y la ansiedad a la muerte son prudenciales, se provocan conductas positivas que pueden llevar a la persona a valorar mucho más la vida; mientras que, cuando la muerte genera en la persona angustia y obsesión hacia la misma, se generan conductas negativas, agresivas y comportamientos inadaptados.

Según Morin (1974), la conciencia niega y reconoce a la vez la muerte: la niega como un paso a la nada y, por otro lado, la reconoce como acontecimiento. Ante esta dualidad de estados de la conciencia, al acercarse el momento de su propia muerte, el ser, suele encontrarse en una situación de inestabilidad emocional.

La vejez

No es la vida como tal lo que experimentamos, sino la vida en el tiempo. Incluso si los conceptos de vida y de tiempo son dissociables, ambas experiencias de la vida y del tiempo no lo son
(Laforest).

Etimológicamente la palabra vejez proviene de la voz latina “vetus” que deriva del griego “etos” que significa años o añejo. En general, la vejez es vista por la gente a partir del tiempo acumulado, del tiempo transcurrido y de ello cada cultura toma su interpretación, es decir, que el significado que se le da a la vejez, se da en función de un momento histórico determinado.

Entonces si el tiempo se experimenta como movimiento, pasado, presente y futuro son conceptos que subrayan el carácter fluido del tiempo, donde el presente no nos pertenece nunca porque cuando estamos hablando de él ya es pasado. El movimiento de la vida en sí se experimenta como una tendencia hacia algo. De acuerdo con Lozano Cardozo (2010), se tiene el sentimiento de vivir en tanto se tiene algo que esperar. Esto es lo que suele generar una experiencia negativa o de pérdida al anciano, al no experimentar una tendencia hacia algo, al sentir la falta de movimiento, es allí donde el anciano se ve como en un estancamiento y suele expresar su desesperanza en forma de queja diciendo que “! esto no es vida!”.

Antes de dar una definición de la vejez, hablaremos de ésta, como concepto que responde a una tradición de pensamiento. En la antigüedad filósofos como Sócrates, Platón o Cicerón hicieron aportes hacia la comprensión de la vejez, pero no fue hasta principios del siglo XX cuando comenzó formalmente a estudiarse con mayor interés (Ramos Esquivel, Meza Calleja. & Maldonado Hernández, 2009).

Históricamente la concepción de vejez no ha sido uniforme, pero sí se ha mantenido por períodos prolongados. En las culturas más antiguas, como los Mayas, Incas y Aztecas a los viejos se les daba un papel muy importante relacionado a lo mitológico y profético, a lo religioso y filosófico, considerados sujetos de sabiduría ligando ésta al tiempo y la vida humana. En el mundo antiguo, en Egipto y China, la vejez era considerada una parte

importante de la comunidad, a los viejos se los vinculaba con la divinidad, la ética, la política, la familia y, especialmente, con la sabiduría. Es decir, que hasta entonces se vincula directamente la vejez con la sabiduría.

Actualmente se la vincula con enfermedad y deterioro. Esta imagen que se tiene de los viejos no está dada por la naturaleza, sino que responde a las representaciones que la sociedad le da gracias a los medios de comunicación y la ciencia, ciencia que llevó a que tuvieran más años de vida (Ramos Esquivel, J. Meza Calleja. A. M, Maldonado Hernández, I. 2009).

He aquí donde Paul Baltes, un renombrado psicólogo alemán - quien representa un hito importante en la perspectiva consolidada en la psicología del ciclo vital como paradigma aplicado al desarrollo y envejecimiento - dedica sus últimos años de vida"- a visualizar el contraste entre la habilidad que se logró para alargar la vida y la escasa capacidad que se tiene para agregar vida a esos años que se ganaron (Neri, 2007). Baltes (citado por Neri, 2007) se cuestionaba de manera incisiva si el límite de los esfuerzos humanos que se hacen con el fin de prolongar la vida, no debería estar determinado también por la dignidad de la persona ante la fase final. Se coloca en una posición a favor de la libertad, de la dignidad y de la autodeterminación del ser, ante la realidad que se da de morir ante la dependencia y la pérdida de su identidad. De este modo, debería trabajarse entre la brecha del funcionamiento biológico y las metas y expectativas ante el final de la vida (Baltes & Baltes, 1999).

El envejecimiento

Todas las personas cambian a lo largo de su vida, y es la psicología evolutiva o también llamada psicología del desarrollo la que trata de explicar los cambios que se dan en las personas como consecuencia del paso del tiempo y por factores como la herencia o el entorno personal de cada uno. En base a los estudios del psicólogo estadounidense Erik Erikson (2018) se distinguen ocho etapas básicas del desarrollo de una persona. De ellas nos interesa mencionar las siguientes:

- Edad adulta intermedia. Entre los 40 y los 60 años. Es el momento en el que muchas personas se replantean el sentido de la vida y comienzan a sentir los primeros deterioros en la salud física.

- Edad adulta tardía. Esta comprende desde los 65 años en adelante. La mayor parte de las personas siguen teniendo buena salud física y mental, que poco a poco comienza a decaer. Se produce aquí el fin de la vida y es la etapa a la cual se dedica este trabajo.

Si pensamos en el curso evolutivo de la vida humana en términos biológicos, podemos imaginar una curva en U invertida, comenzando con etapas de crecimiento y mejoras y finalizando por un declive y pérdida (Villar, Triado, Solé & Ozuna, 2003).

Leopoldo Salvarezza (1993) - médico, psicoanalista, psiquiatra especializado en Psicogeriatría y profesor de la Facultad de Psicología, UBA - parte de la idea de que es imposible saber realmente cuándo inicia el proceso de envejecimiento, teniendo en cuenta que varía según las diferentes culturas y momentos históricos. Lo que sí afirma el autor es que su comienzo se superpone con aspectos de lo que denomina mediana edad, término que refiere a la edad media de la vida, y que genera dificultades ya que no puede definirse claramente, dependiendo mucho de ciertos parámetros como edad, sexo, status social, entre otros. Es el momento en que la mayoría de las personas han encontrado su forma de subsistir, han criado a sus hijos y esta actividad suele verse reemplazada con la de cuidar a sus padres. Para algunos que han logrado establecerse bien socioeconómicamente es una etapa en la que pueden disfrutar de la experiencia acumulada, cuando para otras personas de mediana edad se constituye más como una zona de confort, dado que se ha adaptado al entorno y actividades limitadas que posee, ajustándose a una vida cotidiana que le proporciona un sentimiento de seguridad. Gran parte de la gente que se encuentra en lo que definimos como mediana edad, encuentran confianza en sí mismos, suelen sentirse autorrealizados y gratificados. La mediana edad, entonces, marca el punto de quiebre hacia la vejez.

Otro punto muy relevante que menciona Salvarezza (1993) es el cambio en la percepción del paso del tiempo. Algunas personas pueden tener problemas para percibir dicho paso, hasta que se encuentran ante ciertas situaciones, como por ejemplo, encontrarse con alguien que no veían hace mucho tiempo, y es allí donde se puede poner en tela de juicio el paso del tiempo en su ser y en su vida, tomando conciencia de que el tiempo es finito, generando así situaciones conflictivas tanto en el ámbito consciente como en el inconsciente que deben ser bien elaboradas para no generar desajustes en su vida. En esta etapa se comienzan a ver los cambios en los patrones vitales, como ser que los

hijos crecen, sus propios padres envejecen y mueren. Según el autor, eso pone al sujeto ante la sensación ineludible de ser el siguiente en la fila.

El tema de la muerte es un tema del cual no se suele hablar, la cultura contemporánea ha superado gran cantidad de tabúes pero debemos decir que persisten aún los relacionados con la muerte. Es un tema que se evita, tanto así que hablar del fin de la vida no vende bien en una sociedad consumista, productivista y hedonista, donde sí vende la juventud, lo sano, lo útil. Pero ante la muerte la cultura contemporánea se muestra claramente sin saber qué hacer con ella; se intenta ocultarla o de alguna manera postergar su llegada, pero es sabido que es algo inevitable. De todas maneras, más allá de que se la intente evitar, la muerte se va a presentar, sea en uno mismo o en personas cercanas, mostrando así los límites de la cultura contemporánea, como también los de su propia identidad (Zurriarán, 2018).

La forma en que es vista la vejez tiene relación directa con esto, y esta imagen de la vejez identificada por ciertos prejuicios o características como la realidad necesaria de esta etapa de la vida tiene relación con una construcción social generada por los medios de poder y divulgada por los medios de comunicación, formando así determinado ideal de la vejez como única opción (Foucault, 2007).

Las personas tienden a disociar la muerte, a no tenerla presente ni pensar en ella, y es así que cuando se enfrenta a la posibilidad de morir, es normal que la persona desee no sufrir (Tizón, 2009).

Según Freud (1915), “en el fondo, nadie cree en su propia muerte”, es decir que “inconscientemente cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad”.

Envejecimiento en Latinoamérica

El envejecimiento es un tema de relevancia mundial, ya que indefectiblemente afecta a la totalidad de la población del planeta. Durante el siglo XX se visualiza una revolución que afecta la longevidad, aumentando veinte años la esperanza de vida, y se espera que esta revolución continúe y genere que hacia el 2050 la expectativa se extienda otros diez años más. Este fenómeno genera que mientras a mitad del siglo XX el porcentaje de personas mayores a 60 años alcanzaba el 8% de la población mundial, se estima que para mediados del siglo XXI ésta alcance el 21%. Claramente no será uniforme en todo el mundo, sino que se espera que en las regiones más desarrolladas se adquiera una mayor

intensidad que en las menos desarrolladas. Se debe mencionar que América Latina se encuentra en un punto intermedio entre ambos polos (United Nations, 2002). Este proceso tiene consecuencias en todos los niveles de la organización social, en los aspectos económicos, sociales, sanitarios, culturales y familiares, entre otros. (López Gómez, Amorín, Berriel, Carril, Güida, et al. 2006)

En el contexto latinoamericano la transición demográfica ha tenido un perfil más acelerado y heterogéneo, a mediados del siglo XX, por un lado, se encontraban países con bajas tasas de fecundidad y mortalidad, como lo son Uruguay, Argentina y Cuba, y por otro, lugares donde recién está empezando a ocurrir esto, como Bolivia y Haití (Chackiel, 2004). En la actualidad varios países tanto de América Latina como del Caribe se encuentran en ese proceso de transición hacia lo que son bajas tasas tanto de natalidad como de mortalidad, teniendo una esperanza de vida al momento de su nacimiento de unos 70 años (Paredes, Ciarniello & Brunet 2010).

Envejecimiento en Uruguay

Uruguay cuenta con la población más envejecida de América Latina. Según un estudio de indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay (Paredes, Ciarniello & Brunet, 2010), en comparación con los países de la región, Uruguay es el país con mayor nivel de adultos mayores en relación de dependencia, seguido por Argentina y Chile. Nuestro país cuenta con una tasa de fecundidad que se encuentra en torno a 2.6 hijos por mujer promedialmete, presentándose un desequilibrio interno en cuanto a los diferentes sectores socio económicos. Se constata una mayor reproducción biológica entre la población de estratos más carenciados, mientras que en los sectores socioeconómicos más altos se llega a una tasa de fecundidad que se encuentra bastante por debajo del nivel de reemplazo poblacional (Paredes & Varela, 2001; Paredes, 2003). El problema del envejecimiento en nuestro país no es nuevo, de hecho somos una sociedad envejecida hace ya más de medio siglo. Si bien la baja en la mortalidad ha contribuido, el descenso de la fecundidad ha sido de mayor importancia, y la crisis económica que se dio en el país en el 2002 generó una emigración de gran cantidad de personas en edad reproductiva. En la actualidad la población uruguaya posee un 17% de adultos mayores de 60 años, pero según

las proyecciones demográficas se estima que ésta alcanzará un 25% para el año 2050, incluso se espera un particular aumento en la población mayor a 80 años (López, Amorín, Berriel, Carril, Güida, et al. 2006).

Los cuidados paliativos

A finales del siglo XIX y comienzos del XX comienza a forjarse la idea donde la atención sanitaria no solo apunte a la cura de enfermedades sino también, y en el mismo plano de importancia, a la mejora de la calidad de vida de las personas en las que la curación ya no es posible, la mayor reducción posible del dolor y del sufrimiento y, en última instancia, la muerte en las mejores condiciones posibles. En aquellos momentos se lo denominaba “la filosofía de los cuidados paliativos”, la cual se ve plasmada a finales de los años 60 como modelo de atención en Inglaterra, mediante la apertura del St. Christopher Hospice por parte de Cicely Saunders (Albarracín, Berdullas & De Vicente, 2008).

La Doctora Cicely Saunders, quien es conocida como la fundadora de los cuidados paliativos, llegó a ser llamada así por haber sido consciente de las carencias de los cuidados hospitalarios que se les brindaba a los pacientes incurables antes de su muerte. Esta fue pionera en la especialización en el manejo de síntomas de pacientes moribundos, y fue quien inició el movimiento “Hospice” con un nuevo abordaje orientado a aliviar los distintos tipos de sufrimientos que padecen los enfermos terminales. Fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad y de que la misma puede ser una experiencia positiva y digna (Vidal & Torres, 2006).

El término "paliativo" deriva de *pallium*, palabra latina que significa "capa", “capote”. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a "los que pasan frío" (Pessini & Bertachini, 2006). De acuerdo con Espinar (2019), “la actitud paliativa no es antagónica de la actitud curativa, sino complementaria de ésta”. La Organización Mundial de la Salud (2018) habla de los cuidados paliativos como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes, ya sean adultos o niños, y de sus allegados, al momento de afrontar problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. La prevención y alivio del sufrimiento a partir de una temprana identificación, una correcta evaluación y tratamiento del dolor físico, psicosocial o espiritual (OMS, 2018).

El rol del Psicólogo dentro de los cuidados paliativos tiene que ver con un acompañamiento y seguimiento del paciente, tanto mientras aún está transitando el tratamiento de su enfermedad, en cuanto a sus pensamientos, sus miedos, sus creencias, su preparación psicológica para su muerte, acompañándolo mediante la aceptación de la realidad hasta el punto en que vaya pudiendo hacerlo y estando siempre a disposición de éste y de su familia para guiarlos contestando preguntas, para estar a la orden, para él y para su familia durante su duelo, previo al fallecimiento, durante y después de ser necesario, tratando siempre de evitar un duelo patológico (Gómez Sancho, & Ojeda Martín, 2014). Recordemos que la OMS plantea que afrontar el sufrimiento supone ocuparse no sólo de síntomas físicos, por lo cuál los programas de asistencia paliativa actúan mediante un equipo de profesionales para realizar su tarea de apoyo no sólo a los pacientes, sino también a quienes les proporcionan cuidados (OMS, 2018). Y por otro lado el psicólogo como parte del equipo de cuidados paliativos comparte su visión profesional con estos y trabaja interdisciplinariamente (Gómez Sancho, & Ojeda Martín, 2014).

Por otro lado se debe resaltar que la OMS no sólo reconoce la necesidad de existencia de los cuidados paliativos, sino que los declara como derecho humano a la salud, estableciendo que “deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo” (OMS, 2018).

Según Gómez Sancho y Ojeda Martín (2014) el paciente en etapa terminal tiene ciertos derechos y éstos deben ser contemplados por el equipo de salud. El autor menciona que el paciente tiene derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte, obtener la atención de médicos y enfermeros - incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos meramente de confort -, ser liberado del dolor, no morir solo, obtener una respuesta honesta ante cualquier pregunta, morir en paz y con dignidad, ser cuidado por personas sensibles y competentes que van a intentar comprender sus necesidades y serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándolo a enfrentarse con la muerte. De acuerdo con Gómez Sancho y Ojeda Martín (2014), tiene también derecho a recibir ayuda de su familia, de conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, aunque sean contrarias a las creencias de los otros, de mantener la esperanza, de expresar sus sentimientos y emociones ante la situación. Los autores muestran la importancia de la presencia de un psicólogo en el equipo

interdisciplinario de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos parten de la premisa de que siempre hay algo para hacer, teniendo en cuenta que es posible aliviar el sufrimiento del paciente, aún en su fase terminal (Espinar, 2019).

Como ya se ha mencionado, a medida que la enfermedad en cuestión va propagándose y pasando el tiempo, los objetivos de los médicos cambian pasando de la curación en sí, a atender síntomas que aparecen como secuelas del tratamiento, como también el cuidado especial del momento en que el paciente se acerca al curso final de su enfermedad terminal (Espinar, 2019).

Según Gómez Sancho y Ojeda Martín (2014), el gran desarrollo de la medicina en las últimas décadas ha generado un aumento en la expectativa de vida del hombre en general, al desaparecer o disminuir la muerte provocada por infecciones y otras enfermedades agudas, llevando a que aumenten las enfermedades de tipo degenerativo, y con ello las posibilidades de tener una muerte lenta. Los autores afirman específicamente que en España mueren 96.000 personas por año, a causa de cáncer, y mencionan, entre paréntesis, que “otras enfermedades” - tales como sida, insuficiencias de órganos, enfermedades degenerativas neurológicas, etc. - aumentarán esta cifra. De este modo, serán muchos los enfermos que puedan recibir, como única posibilidad realista, los cuidados paliativos. Aquí debo detenerme para hacer énfasis en la importancia que se le da al cáncer como enfermedad a ser tratada por los cuidados paliativos y como apenas se nombran otras posibilidades.

Los modernos recursos que ofrece hoy la medicina ha generado tanto en los ciudadanos como en los profesionales una especie de “delirio de inmortalidad”, potenciando al máximo la misión del médico de curar, dejando relegada su auténtica misión que sería aliviar el sufrimiento humano. Ante esta situación se genera, en muchos casos, que el médico vea lo poco que puede hacer por un enfermo terminal, dedicándole así menos tiempo y atención que a los pacientes con enfermedades “curables”. Esto obedecería a tres posibles motivos: primero, que la Universidad no le brinda al estudiante de medicina las herramientas para actuar en este tipo de situaciones; segundo, y aunque sea inconscientemente, que el médico ve a un paciente suyo morir como un fracaso profesional; y tercero y último, que el médico es una persona y la muerte de su paciente le está recordando algo que los seres humanos no solemos asumir y que dificultará su contacto con el paciente: su propia muerte (Gómez Sancho & Ojeda Martín, 2014). En general, los

médicos esperan a agotar toda posibilidad de cura de la enfermedad antes de derivar a los pacientes al servicio de cuidados paliativos, cuando en realidad ellos podrían beneficiarse de estos últimos desde que se les brinda un diagnóstico y un pronóstico, evitando sufrimientos innecesarios y otorgando un mayor confort a la vez que transitan su tratamiento. Es por esto que se afirma que se necesitan nuevas herramientas junto a una nueva perspectiva para poder tratar de la mejor manera posible a los pacientes a los que no se les puede otorgar una cura, brindándoles alivio y buscando que lo que queda de su vida sea vivido sin dolor, y de la mejor forma posible.

Ante la posibilidad de morir, la esperanza y la familia son pilares fundamentales, ya que la calidez y cuidados que brinda la misma y la reacción de ésta ante el pronóstico influirán en cómo la persona tolere la idea de muerte. En cuidados paliativos se busca que los pacientes sean respetados y tomados en cuenta hasta el último día; brindando instrucción a la familia sobre cómo cuidarlo, generando que de esta forma puede recibir la ayuda y acompañamiento de la misma, y, a la vez, a su familia la ayuda a aceptar la muerte de su ser querido. El equipo de cuidados paliativos intenta brindarle todas las comodidades para que pueda permanecer en su hogar si lo desea, pero manteniendo todos los cuidados, especialmente el control del dolor. Para esto se debe realizar un trabajo con el paciente y la familia, siendo ésta una parte esencial en la medicina paliativa. Los familiares contribuyen a los cuidados del paciente, debiendo recibir atención e instrucción por parte del equipo de cuidados paliativos para no influir negativamente en la evolución de aquél, sino todo lo contrario. De este modo, debe fomentarse la entrevista entre ellos y el equipo de cuidados paliativos, buscando abordar todos los temas necesarios para el buen cuidado tanto del paciente como de su familia (Gómez Sancho & Ojeda Martín 2014).

Cuidados paliativos en Uruguay

En nuestro país, la Ley N° 18.335 publicada el 26 de agosto del 2008 y que trata el asunto de los pacientes y usuarios de la salud, establece en su artículo 6 que “toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública”. Sin embargo, se constata que en el año 2011 solamente el 18% de los pacientes que hubieran

requerido asistencia paliativa, la recibieron (MSP, 2013). Esto puso de manifiesto la necesidad de contar con un plan que garantizara la implementación de la asistencia paliativa y es así que en el año 2013 el Ministerio de Salud Pública publica el Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

Dicho plan tiene como finalidad establecer los principios para la implementación efectiva de la asistencia paliativa, intentando dar herramientas para su accionar. Allí se explicita que los cuidados paliativos son una prestación de carácter universal, es decir, que es para todos los usuarios del sistema de salud abarcando así todo el territorio nacional. La prestación es brindada por profesionales formados específicamente en cuidados paliativos y centrada no sólo en el paciente sino también en su familia, teniendo un enfoque biopsicosocial, y proveyendo un seguimiento del paciente accesible y sin ningún costo extra (Ministerio de Salud Pública, 2013). El Estado debe trabajar para que esto efectivamente se ponga en práctica.

Hoy en día, existen escasas fuentes en las que obtener información actualizada sobre el tema de cuidados paliativos en nuestro país. Según surge del Informe que brinda el Ministerio de Salud Pública en el año 2016 y de una nota realizada en el Diario El Observador a la Doctora Gabriela Piriz - Jefa del Área de Cuidados Paliativos del Hospital Maciel y principal referente de cuidados paliativos en el país - la cobertura nacional de los pacientes pasibles de cuidados paliativos en Uruguay sería de un 43%, llevando a nuestro país a ser uno de los que poseen mayor aplicación de cuidados paliativos en la región. El informe del Ministerio de Salud Pública en su informe sobre la situación de los cuidados paliativos en Uruguay hace notar que, en general, hay un desconocimiento sobre el derecho a recibir cuidados paliativos, tanto entre pacientes, como por parte de sus familias y, por otro lado, aún no es del todo aceptado y utilizado como una herramienta más en su trabajo, por parte del equipo de salud. De acuerdo a esto, se entiende la importancia de que el tema sea abordado y difundido de inmediato; los cuidados paliativos son un derecho de todos. (Ministerio de Salud Pública, 2016).

El modelo de asistencia paliativa del Ministerio de Salud Pública contempla tres módulos, respecto a los aspectos específicos de su desarrollo. El primer módulo se trata de un equipo básico de profesionales que asiste a pacientes internados dentro del soporte hospitalario y a sus familiares en interrelación con el equipo tratante. Realiza, además,

actividades de difusión y de docencia que den a conocer lo que son las prestaciones de cuidados paliativos.

El segundo módulo se refiere al desarrollo del equipo de soporte ambulatorio, es decir, en consultorio y domicilio. Abarca la asistencia domiciliaria para aquellos que por su edad, patología o estado funcional no puedan desplazarse, y en consultorio a aquellos con un buen estado funcional que sí puedan desplazarse. Pueden iniciar la asistencia paliativa aquellos que ya contaban anteriormente con soporte hospitalario, si estaban en el primer módulo necesitarán continuar su asistencia en el segundo módulo.

El tercer módulo, “Al Equipo de Soporte Hospitalario y Ambulatorio se suma la internación en camas propias y la gestión centralizada de los casos, que asegura la continuidad asistencial en todos los ámbitos, y la mejora continua de la calidad asistencial” (p. 12), incluye la asistencia en sala en un régimen de interconsulta de hospital o sanatorio y en sus camas propias, con seguimiento del paciente durante la internación, durante la asistencia ambulatoria en domicilio y además en consulta externa.(Ministerio de Salud Pública 2013). Se ve aquí que las personas que no están internadas, tienen derecho a acceder al sistema de cuidados paliativos, incluso aquellas que lo puedan realizar por consulta externa. He aquí el tema central de este trabajo, el hecho de que las personas que se encuentran en su casa, o internadas en las “casas de salud” tienen el Derecho de acceder a cuidados paliativos, pero nos preguntamos si en la realidad esto realmente ocurre.

Mortalidad en Uruguay y Cuidados paliativos

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), hay importantes evidencias que demuestran que las personas mayores sufren innecesariamente gracias a una infravaloración generalizada de sus problemas de salud y falta de acceso a servicios de Cuidados Paliativos.

Tengamos en cuenta que en Uruguay según el informe del 2016 se podían encontrar solo 9 Unidades de Cuidados Paliativos conformadas, entre las cuales 6 se encontraban en Montevideo (las otras tres en San José, Tacuarembó y Paysandú), y sólo una de ellas atiende niños. (Ministerio de Salud Pública, 2016), recordemos que según la información que nos brindaba la Dra Piriz (El observador, 2018) entre este informe y lo que ella menciona en 2018, sobre el porcentaje de cuidados paliativos en el país es el mismo, por

lo cual se puede pensar que la cantidad de Unidades de Cuidados Paliativos en el país no deben haber tenido grandes cambios a la fecha. Es decir que más de la mitad de las personas pasibles de Cuidados Paliativos en nuestro país están sufriendo innecesariamente por no estar siendo atendidos por un servicio que tienen derecho por ley.

En nuestro país la gran mayoría, un 84%, de los pacientes que son atendidos por los equipos de Cuidados Paliativos (CP), son portadores de una patología oncológica (Ministerio de Salud Pública 2016), es decir que resta solo un 16% de las personas pasibles de cuidados paliativos que no son portadoras de enfermedades oncológicas.

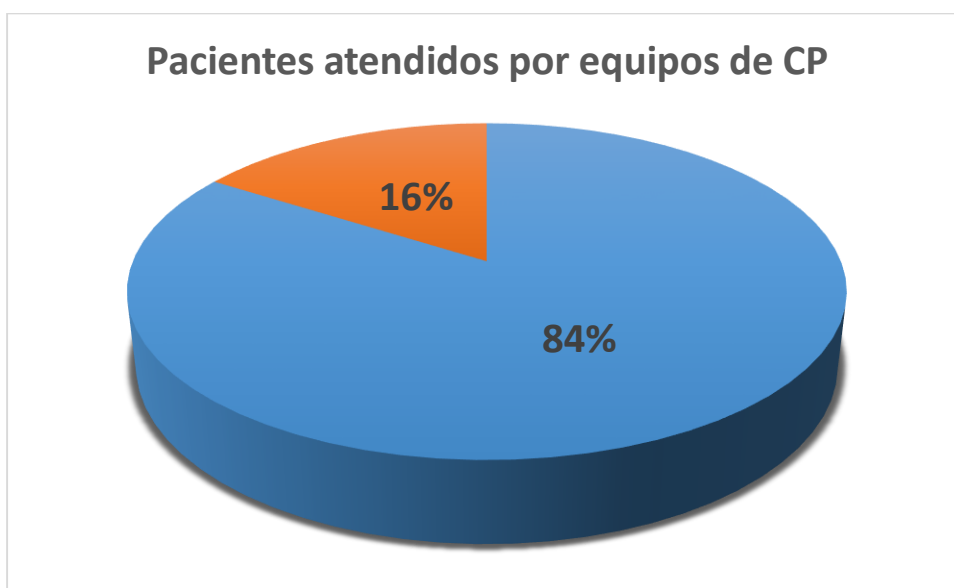


Figura 1

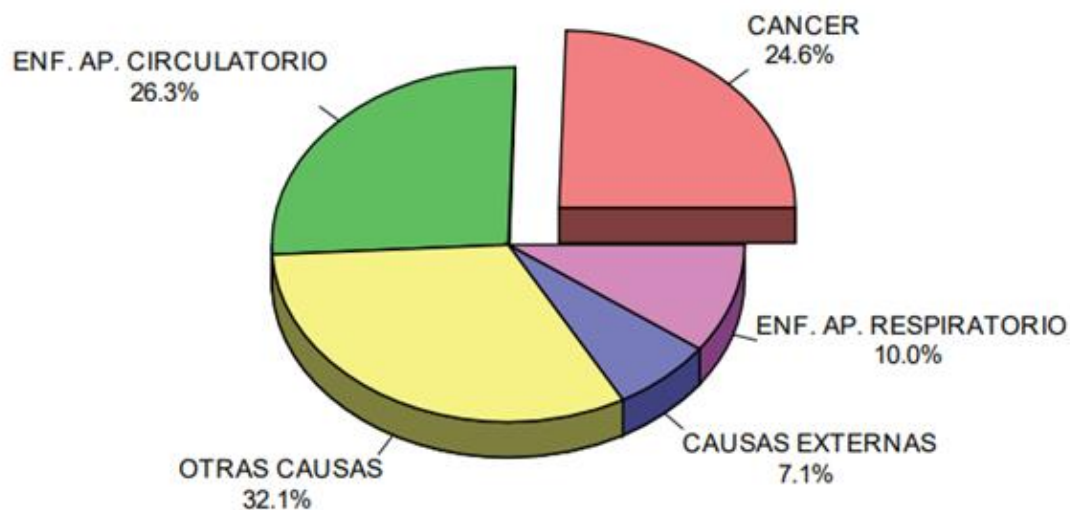
84%	Patologías Oncológicas
16%	No portadores de patologías oncológicas

Por otro lado, según el Registro Nacional del Cáncer las muertes por cáncer en el Uruguay constituyen aproximadamente un cuarto (24.6%) del total de las muertes registradas en Uruguay cada año (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 2019) (Ver figura 2).

Esquema de la proporción de las muertes por cáncer en el Uruguay.

MORTALIDAD EN URUGUAY - 2017

TOTAL DE MUERTES: 33.173



Fuente: Ministerio de Salud - Uruguay
<http://www.msp.gub.uy/EstVitales/> - Accedido 30/08/2018

Figura 2

Podemos afirmar entonces que el 84% de las personas que realmente reciben cuidados paliativos en Uruguay, están dentro del 24,6% de la población de la población total de muertes en el país. (Ver figura 3 y figura 4)

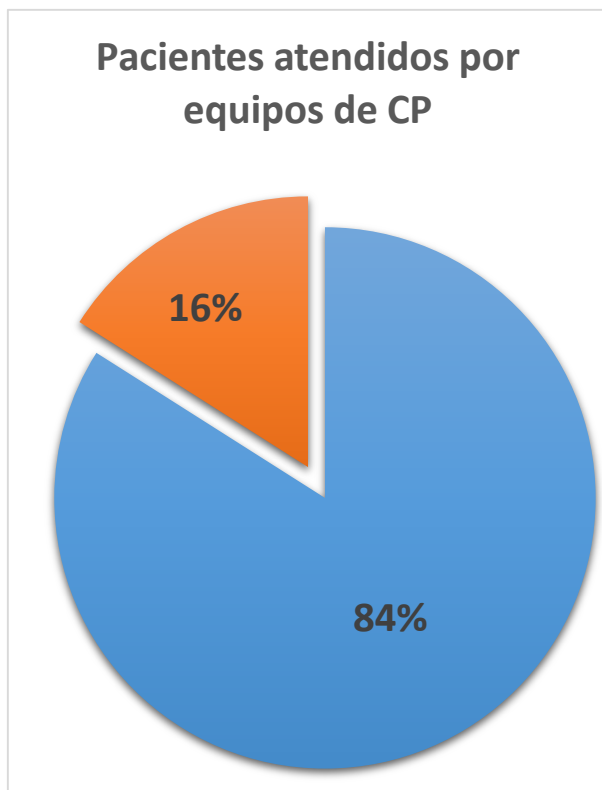


Figura 3

84%	Patologías Oncológicas
16%	No portadores de patologías oncológicas

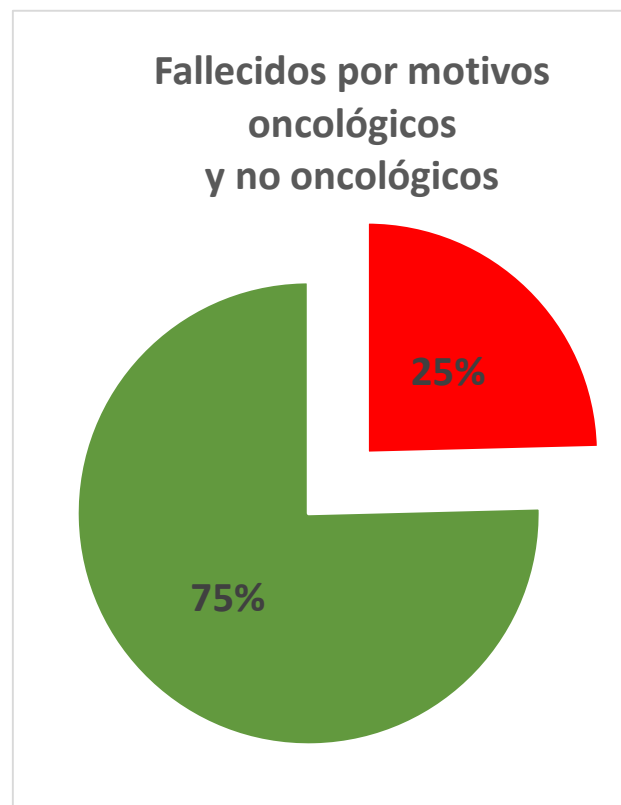


figura 4

25%	Fallecidos por motivos oncológicos
75%	Fallecidos por motivos no oncológicos

Entonces, se puede afirmar que en Uruguay la mayoría - un 84% - de los pacientes pasibles de cuidados paliativos se encuentran dentro de $\frac{1}{4}$ de la población que fallece y solo un 16% dentro de los $\frac{3}{4}$ restantes.

Aquí surge la gran preocupación por ese, más de 75% de personas que mueren, la inmensa mayoría, sin tener la posibilidad de pasar por un equipo de cuidados paliativos que lo asista si es que lo precisa. Como menciona Gomez Sancho (1998, p.116) "La experiencia obtenida de los cuidados paliativos en cáncer deben extenderse a las personas con otras enfermedades crónicas progresivas incurables." Entonces, si el autor mencionado lo planteó en 1998, ¿por qué se da actualmente esta situación? ¿Por qué se le sigue dando especial atención a las personas con enfermedades oncológicas y apenas se brindan servicios de cuidados paliativos a quienes no poseen las mencionadas

enfermedades? Y, ¿por qué pasa esto? ¿por qué no se visibilizan estas personas que no llegan a ser asistidas? Cuántas son las personas con enfermedades no oncológicas, que son pasibles de cuidados paliativos como las que mencionaba Gomez Sancho (1998, p.116), respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, geriátricas (Levin, 2006).

Por otro lado, es tarea del Estado generar esta visualización y actuar por consiguiente, apoyándose en las leyes que amparan a estas personas.

Establecimientos de Larga Estadía

Según el Artículo 115 del Código del Adulto Mayor, del 2016 Establecimientos de Larga estadía, Hogares de Ancianos, Casas de Salud o Residencias nacen como respuesta a una necesidad de nuestra sociedad. (Cámara de Representantes, 2016); Ya se ha expuesto el cambio social que se viene dando tanto en latinoamérica como en nuestro país en particular, un envejecimiento de la población en general, sumado al cambio en la organización familiar, donde ya la mujer no sólo se queda en la casa a cuidar de los hijos y de sus padres, sino que sale a trabajar, lleva al nacimiento de lo que en nuestro país llamamos “casas de salud”. Específicamente la Ley N° 17.066 realiza una clasificación de los establecimientos, por un lado, habla de los establecimientos privados, los cuales ofrecen a adultos mayores una vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios teniendo en cuenta el estado de salud de los beneficiarios.

La ley refiere como “hogares” a aquellos que son sin fines de lucro y que brinden vivienda, alimentación y servicios de salud integral. Por otro lado, refiere a Establecimientos de Larga estadía, residencias, o como recién mencionaba, denominados de forma cotidiana como “casas de salud”, que son lugares con fines de lucro, y que además de brindar vivienda permanente y alimentación también deben brindar atención geriátrico-gerontológica. (Ley N° 17.066).

La guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia, creado por el Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región, tiene como objetivo mejorar la protección de los Adultos Mayores. Su enfoque es intentar situar a la persona en donde debe estar que es el centro de la prestación de los servicios. Se debe partir desde la comprensión y valoración

de las diferentes circunstancias y su situación de dependencia, y promoviendo siempre el mayor grado de desarrollo de sus capacidades y autonomía. Busca ser realista en cuanto al horizonte de sus planteos y las realidades de las diferentes instituciones (IMSERSO, 2011).

Se está hablando entonces de centros sociosanitarios especializados en adultos mayores, que ofrecen servicios específicos para los diferentes estados de dependencia de la persona (IMSERSO, 2011). Estas instituciones requieren en Uruguay, un medio ambiente específico, por diferentes motivos tanto biológicos como psicológicos. (Barría, 2015.), aunque la Ley Uruguaya sólo habla sobre tener en cuenta las necesidades básicas y lo biológico, obligándolo a tener un referente médico geriatra-gerontólogo responsable de la salud de las personas alojadas. (Ley N° 17.066).

La dependencia es la principal causa por la que un anciano termina siendo internado en un establecimiento de larga estadía, generalmente son sus familiares y no ellos voluntariamente los que resuelven irse a vivir allí, más que nada por el aumento de la dependencia de la persona, de la necesidad de ayuda que necesita para realizar las tareas cotidianas. No se debe olvidar que el hecho de que una persona ingrese a un establecimiento de larga estadía no implica que éstas renuncien a su autonomía. Pasa a ser su nuevo hogar.

Hoy en día los establecimientos de larga estadía en nuestro país, no son exactamente lo que se plantea en el espíritu de la ley (Ley N° 17.066), sino que algunos cumpliendo con los requisitos y normativas que se les imponen y algunos, sino, la mayoría de ellos no los cumplen. La calidad de éstos dependen de su costo, y no se encuentran establecimientos de larga estadía que cualquier persona, especialmente un jubilado, con una jubilación promedio en nuestro país pueda cubrir, se necesita una inversión importante por mes para poder acceder a un establecimientos de larga estadía con las necesidades básicas cubiertas. (El Observador, 2016).

A esto se le debe agregar que según un análisis descriptivo de los datos del censo 2011, se puede apreciar que hacia esa fecha en todo el país se podían encontrar un total de 844 residencias de larga estadía (Thevenet, 2013), mientras que en 2014 Inmayores registró 1.030 establecimientos de larga estadía, tomando en cuenta tres tipos diferentes, residenciales, hogares sin fines de lucro y servicios de inserción familiar. Aunque afirma que a nivel nacional los residenciales son el tipo de establecimiento con mayor peso alcanzando los 776. Luego, con mucha menor significación están los hogares que son 70.

Si los sumamos nos da una cifra parecida a la que se refería Thevenet anteriormente (846), la diferencia es la denominación que se le da a los diferentes lugares.

Luego, según una nota del diario El Observador (2018), en el 2018, en Uruguay existen 900 “casas de salud” refiriéndose a lo que denominamos establecimientos de larga estadía, y de ellas 732 no tienen el permiso que obliga la Ley para atender público, es decir que no cumplen con los requisitos básicos para hacerlo, mientras otros 140 tienen alguna deficiencia menor, pero sí están habilitados para atender, siendo sólo 20 los locales que poseen la licencia del Estado para prestar sus servicios. Estos requisitos tienen que ver puntualmente con su condición edilicia, situación de higiene, cantidad de personal técnico y un proyecto social, además de la habilitación de bomberos.

Es decir, se encuentran en los datos presentados una primera cifra de establecimientos, que luego termina siendo menor al dejar de lado aquellas que no llegan a ciertos estándares, pero no dejan de existir.

Un establecimiento de larga estadía que no cumpla ni siquiera con los requisitos básicos para atender, no será multado ni obligado a cerrar a no ser que viole los derechos humanos esenciales, según dice Raquel Rosa, directora general de Salud del Ministerio de Salud Pública. Los establecimientos de larga estadía son visitados por las divisiones departamentales de salud buscando que regularicen su situación, aunque no con mucho éxito (La Diaria, 2019).

La información brindada hasta el momento nos da una idea de las condiciones en las que deben vivir las personas en establecimientos de larga estadía, siendo satisfechas meramente sus necesidades básicas.

Éstos, a pesar de no estar habilitados, están actuando y atendiendo gente, a pesar de que estas personas saben el lugar en donde están, o más bien su familia sabe dónde los están dejando.

Entonces la situación en la que se encuentra el país es que hay según el censo del 2011 (Thevenet, 2013), 13.817 ancianos viviendo en establecimientos de larga estadía, que no proveen siquiera los cuidados básicos, ¿cómo podemos esperar entonces que éstos sean atendidos por equipos de cuidados paliativos, cuando apenas se puede pensar en que un médico los visite en algún momento?

Probablemente las personas que están allí no sean personas diagnosticadas con cáncer, o por lo menos no en su mayoría, ya que para esto deben pasar por un centro de salud y allí la posibilidad de que este centro de salud, especialmente el oncólogo le brinde un pase al servicio de cuidados paliativos es casi nula; por lo cual la población que se encuentra en establecimientos de larga estadía quedan fuera del 84% de los pacientes atendidos por cuidados paliativos. Lo que nos deja entonces es que estas personas son parte del 75% de la población, donde apenas un 16% de los que necesitan son atendidos por cuidados paliativos. Si tenemos en cuenta la situación en la que se encuentran al estar internados en casas de salud quizás estos datos tengan algo de sentido. Estas personas que no poseen una patología, como lo es el cáncer, que estén cursando un deterioro que va en avance, - y que es percibido por las personas que lo rodean, las cuales no son idóneas en medicina como "normal", tienen todo el Derecho de ser tratadas por un servicio de cuidados paliativos si así lo requieren. Pero por la condición en la que se encuentran no lo obtienen. Estas personas pueden estar padeciendo un gran sufrimiento, sea físico, psicológico, social o espiritual y no tienen quien les brinde ningún tipo de apoyo.

He aquí la importancia de los cuidados paliativos en la sociedad y la falta de visualización de un grupo especial de personas, aquellas que no están en un tratamiento oncológico.

Consideraciones finales

Todas las personas van a morir indefectiblemente, pero la manera que transiten esta etapa de su vida depende de nosotros como sociedad, pero particularmente como Psicólogos, parte implicada en lo que son los Cuidados Paliativos.

En Uruguay los cuidados paliativos, a pesar de ser uno de los países que tiene mayor porcentaje de aplicación, tratan a un grupo reducido de las personas que serían pasibles de ser tratadas, y además el porcentaje que es asistido por un equipo de cuidados paliativos está mayormente centralizado en las personas portadoras de cáncer, siendo muy pocos los que no teniendo cáncer y siendo pasibles de beneficiarse de estos equipos de cuidados realmente lo son. Esto es algo que debería ser visualizado por las autoridades médicas Estatales ya que como se menciona reiteradamente, estas personas tienen derecho por ley de ser beneficiarias de la prestación de cuidados paliativos. Al momento en que una persona es atendida por un servicio de cuidados paliativos, se encuentra bajo el cuidado de profesionales que se formaron específicamente en este campo, que tienen conocimiento específicos para tratar a los pacientes que se encuentran en la situación tan compleja como la proximidad de la muerte, a esto se le suma que esta siendo atendido por un equipo interdisciplinario formado específicamente en esto, es decir, médicos, geriatras, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, que buscan en conjunto el bienestar y el “buen morir” del paciente, que lo acompañan en el día a día. El psicólogo aquí actúa más allá de que los médicos paliativistas y el resto del equipo hayan controlado los síntomas y el paciente se encuentre sin dolor físico, ya que como mencionamos la persona no sufre sólo por el dolor físico, sino que en esta instancia se encuentra que el dolor es físico, social, psicológico, espiritual, por lo cuál necesita de un psicólogo para poder hablar de todo lo que le esta sucediendo, y no de cualquiera, sino de uno que esté preparado para esto, que sepa qué decir, cuándo decir y cómo decir, que conozca la situación específica del paciente gracias al trabajo interdisciplinario y que tenga formación en cuidados paliativos. Es decir, la necesidad de un psicólogo formado en cuidados paliativos es imprescindible para lograr junto con el resto del equipo calmar el dolor del paciente.

En definitiva, aquellos pacientes que no son hospitalizados, sino que poseen enfermedades no oncológicas o aquellos que su deterioro va en avance percibido como algo “normal” y por lo tanto no tratado, ¿no tienen el derecho a ser tratados por una unidad

de cuidados paliativos? Y si es así, ¿porque no se realiza? siendo que la mayoría de estas personas terminan falleciendo sin ningún tipo de atención paliativa, o acabando en un establecimientos de larga estadía, donde se les da en la mayoría de los casos los cuidados básicos y necesarios, similares a los que obtendría estando en su casa pero brindados por el personal del centro de larga estadía.

La pregunta es, ¿porque estas personas no se benefician del derecho que les da la ley a ser atendidas por un servicio de cuidados paliativos?

Por otro lado me planteo, en el remoto caso en el cuál un establecimiento de larga estadía que especifique que brinda cuidados paliativos, ¿cuál sería la respuesta de la población? ¿será que la explicitación ya asuste a la gente y le genere rechazo acudiendo así a otro centro? ¿Cuánto sabe la población sobre los cuidados paliativos realmente? y ¿cuánto de temor a que éste sea directamente relacionado a la muerte y no a una mejor calidad de vida, como busca serlo?

En definitiva los cuidados paliativos no han sido difundidos como deberían, y la sociedad no está informada de qué es lo que realizan estos equipos realmente, lo cual puede llevar a una idea que simplemente los vincule con la muerte, generando así un rechazo a estos. Cuando son un servicio que internacionalmente, según la OMS (2014), y por ende nacionalmente mediante leyes ya mencionadas, se resalta su importancia y se busca que comiencen a ocupar un lugar importante dentro del sistema de salud, no teniendo aún los resultados deseados.

Bibliografía

- Albarracín Garrido, D., Berdullas Saunders, S. & De Vicente Colomina, A. (2008). Atención psicológica al final de la vida y el duelo. *La importancia de la Psicología en los Cuidados Paliativos*. Infocop, 39, pp. 3-7. Recuperado de <https://www.cop.es/infocop/pdf/1616.pdf>
- Ariés, P. (2011). *El hombre ante la muerte*. Buenos Aires: Editorial Taurus.
- Baltes, P. B., Reese, H. W. & Nesselroade, J. R. (1981). *Métodos de investigación en psicología evolutiva: enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.
- Baltes, P. B. (1968). *Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects*. *Human Development*, 11.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1999). *Harvesting the fruits of age: Growing older, growing wise*. *Science & Spirit*, 10
- Barría, Y. (2015). *Residencias de larga estadía*. En *Diplomado en Prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores*. Chile
- CHACKIEL, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina. Serie Población y Desarrollo* n.º 52, Santiago de Chile, CEPAL
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2019). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer, Uruguay*. Recuperado de: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_513_1.html
- Equipo de expertos de la Universidad de Valencia (2018). *Psicología evolutiva y etapas del desarrollo*. Valencia. Recupeado de <https://www.universidadviu.com/psicologia-evolutiva-etapas-del-desarrollo/>
- Gold, N. (2016). *Ancianos rehenes de su bolsillo*. *El observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/ancianos-rehenes-de-su-bolsillo-2016522500>

Espinar Cid, V. (2019). *Los cuidados paliativos en el final de la vida. Aspectos clínicos y éticos*. *Arbor*, 195 (792). Recuperado de <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2319/3351>

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso del the College de France 1978-1979*. Madrid: Label S. A.

Freud, S. (1915). *De guerra y de muerte. temas de actualidad. En Obras Completas. vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu

Gomez Sancho, M (1998). *Medicina Paliativa*. Madrid: Arán

Gómez Sancho, M. Ojeda Martín, M. (2003). *Cuidados paliativos. Control de síntomas*. Las Palmas de Gran Canaria, España.

Gómez Sancho, M. (2019). *Morir en paz. Los últimos días de vida*. Ciudad de Mexico: El manual moderno.

IMSERSO (2011). *Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia*.

Levin, R. (2006). *Programa de formación de la diplomatura en cuidados paliativos del adulto*. Montevideo.

Ley Nº 17.066, poder Legislativo, Montevideo, Uruguay

Ley Nº 18.335, poder legislativo, Montevideo, Uruguay Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp334296.htm>

Liberalesso Neri, A. (2007). *El legado de Paul B. Baltes a la psicología: El paradigma life span aplicado al desarrollo y al envejecimiento*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 413-417. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200014&lng=en&tlng=es.

Limonero, J. T. (1997). *Ansiedad ante la muerte*. *Revista ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.

López Gómez, A. Amorín, D. Berriel, F. Carril, E. Güida, C. Paredes, M. Pérez, R. Ramos Brum, V. Varela, C. Vitale Parra, A. (2006). *Proyecto genero y generaciones. Reproduccion biologica y social de la poblacion uruguaya*. Editorial Trilce. Montevideo Uruguay.

Lozano Cardoso, A. (2010). *El movimiento, el tiempo y la vejez*, *Rev Fac Med UNAM* Vol. 53 No. 2, México. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/18584/17639>

Ministerio de Salud Pública (2013). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Uruguay. https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/GUIA-DE-BUENAS-PRACTICAS-CP_0.pdf

Ministerio de Salud Pública (2016). *Situación de los cuidados paliativos en Uruguay. Informe observatorio Nacional 2016*. Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-oficial-de-la-situacion-de-cuidados-paliativos-en-uruguay-2016>

Morin, E. (1974). *El hombre y la muerte*. Barcelona: editorial Kairós.

Morin, E. *Mis demonios*. (1995). Barcelona: editorial Kairós

Organización mundial de la salud (2004). *Mejores cuidados Paliativos para Personas Mayores*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas*. Ginebra/Londres. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Cuidados Paliativos. Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Página de Facultad de medicina. Recupeado de: <http://www.fmed.edu.uy/node/4880>

Paredes, M., Ciarniello, M., Brunet, N., (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Lucida Ediciones.

Paredes, M. y Varela, C. (2001) *Aproximación sociodemográfica al comportamiento reproductivo y familiar en Uruguay*. Montevideo. MYSU.

Paredes, M (2003). *Trayectorias reproductivas, relaciones de género y dinámicas familiares en Uruguay. Tesis doctoral*. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona

Pereyra, G. (2018). *El 57% de los uruguayos no puede acceder aún a los cuidados paliativos* El Observador. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/-el-57-de-los-uruguayos-no-puede-acceder-aun-a-los-cuidados-paliativos--2018114500>

Pessini, Leo, & Bertachini, Luciana. (2006). *Nuevas perspectivas en cuidados paliativos*. Acta bioethica, 12(2), 231-242. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200012

Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A., Maldonado Hernandez, I., Ortega Medellín, M., Hernandez Paz, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

Salvarezza, L (1993). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Editorial Buenos Aires, Ed. Paidós.

Thevenet, N (2013). *Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social.

Castro, L. (2019). *Sólo 25 de los 940 residenciales para ancianos tienen habilitación del MSP*, La Diaria, Recuperado de <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2019/6/solo-25-de-los-940-residenciales-para-ancianos-tienen-habilitacion-del-msp/>

United Nations (2002). *World Population Ageing 1950-2050*. Nueva York.

Vidal, M. A., & Torres, L. M. (2006). *In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. La Sociedad Española del Dolor*, 13(3), 143-144. Recuperado en 10 de julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001&lng=es&tlng=es.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M.J. (2003). *Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio*. *Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós, Barcelona, España

Zurriarán, R. G. (2018). *El final de la vida. Sobre eutanasia, ensañamiento terapéutico y cuidados paliativos*. Editorial Palabra, Madrid.

(2018). *¿Va a contratar un residencial de ancianos? Esto es lo que hay que tener en cuenta*. El Observador. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/-va-a-contratar-un-residencial-de-ancianos-esto-es-lo-que-hay-que-tener-en-cuenta-201872311190>