



CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CAMPOS
DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RR.II - UNR

Artículo

**Trabajo Social en Cuidados Paliativos
Desafíos en Pediatría
Serviço Social em Cuidados Paliativos
Desafios em pediatria**

Maricel Andreatta

Lic. en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Rosario)
Mag. en Salud Mental
(Universidad Nacional de Entre Ríos)
Profesora Escuela de Trabajo Social
(Universidad Nacional de Rosario)
Docente Investigador del Centro de
Investigaciones en Campos de Intervención
del Trabajo Social. Facultad de Ciencias
Políticas y Relaciones Internacionales
(Universidad Nacional de Rosario)
Profesional de los servicios de Oncología e
Internación Domiciliaria
(Salud Pública Municipalidad de Rosario)
Correo: maricelandreatta@gmail.com

Resumen

El presente trabajo intenta comenzar a reflexionar sobre las intervenciones del Trabajo Social en el campo de los Cuidados Paliativos en Argentina, fundamentalmente en sectores poblacionales en situación de vulnerabilidad social.

Reflexionar desde el Trabajo Social, requiere mirar, leer e investigar la historia, el contexto que posibilitó sus prácticas y discursos hasta la actualidad. Reflexionar sobre las intervenciones en el campo de los Cuidados Paliativos, son nuevos desafíos en la profesión.

Palabras clave: Trabajo Social - Cuidados Paliativos - Intervenciones en Pediatría.

Resumo

O presente trabalho tenta começar a refletir sobre as atribuições do Serviço Social no campo dos Cuidados Paliativos na Argentina, fundamentalmente nos setores populacionais em situação de vulnerabilidade social.

Refletir a partir do Serviço Social requer olhar, ler e pesquisar sua história, o contexto que fez suas práticas e discursos até a atualidade, refletir sobre as intervenções atuais diante dos novos desafios que surgem nesse campo de intervenção, como os Cuidados Paliativos Pediátricos.

Palavras-chave: Serviço Social - Cuidados Paliativos - Intervenções em Pediatria.

Historias, prácticas y discursos de los Cuidados Paliativos (CP)

Todo origen disciplinar tiene historias, prácticas y discursos emergentes en un momento dado que van transformándose en base a cambios sociales, culturales y económicos, necesarios de historizar para conocer el contexto en que estas prácticas y discursos de cuidados a personas situadas en final de vida surgieron y toman impulso.

En base a indagaciones realizadas, sus primeros inicios fueron en los hospicios medievales de fines del siglo XII, pero es en Francia (1842) en que empiezan a focalizarse estos cuidados en espacios institucionales religiosos como fue el hospicio fundado por las Damas del Calvario y otros en las ciudades de Dublin (1870) y Londres (1905).

A partir de 1967 comienza el movimiento de los hospicios conocido como moderno, con la creación en Londres del hospicio St. Christopher's Hospice organizado por Cicely Saunders (Enfermera, Trabajadora Social y Médica).

El contexto en el que emerge este movimiento, tiene varias dimensiones a tener en cuenta que posibilitaron la apertura de este hospicio, siendo una de ellas el avance de la medicina y la tecnología generando cambios sustantivos en las prácticas médicas y los procesos del morir que eran declarados técnicamente por el médico y el equipo hospitalario. La creación del respirador artificial a fines de la década del '50, uno de los avances biotecnológicos, trajo enormes beneficios y serios problemas al permitir mantener con vida a pacientes en estado de coma irreversible; prácticas médicas e instrucciones técnicas que no generaban grandes beneficios para lxs pacientes exponiéndolos a ellxs y a sus familias a una agonía prolongada en lugar de generarles expectativas de mejoría, conocidos como procedimientos desproporcionados. En relación a ellos Tripodoro (2011) comenta:

Estos procedimientos que podemos llamar desproporcionados se conocen con el nombre de obstinación o encarnizamiento terapéutico, no se eligen con el objetivo explícito de dañar al paciente, pero se aplican incluso sabiendo que no serán útiles para curar ni para mejorar la calidad de vida. A esto se le llama futilidad terapéutica. Los cuidados paliativos aceptan el final natural de la vida, por lo tanto, cualquier procedimiento que solo logre prolongar una agonía es considerado fútil, es decir, no útil (p. 154).

En este contexto de muerte tecnificada, donde lxs pacientes no podían elegir y estaban alejados de sus relaciones familiares y vinculares, comienza a producirse en la sociedad cambios en relación a las actitudes ante la muerte, a los sentidos atribuidos al fallecimiento, a los modos del morir y a los ritos funerarios. En relación a esto el antropólogo Ariés (2000) expresa:

Ya no se muere en la casa, en medio de los suyos; se muere en el hospital y a solas. Las actitudes ante la muerte han cambiado, no sólo por la alienación del moribundo, sino por la variabilidad de la duración de la muerte (p. 73).

Otra de sus dimensiones a considerar histórica, social, política, es la efervescencia social que se vivía en Europa, Estados Unidos y otros países en los años '60, con predominio de movimientos sociales que reivindicaban las minorías y segmentos poblacionales postergados en demanda de los derechos civiles sociales y económicos igualitarios; en estos movimientos fueron involucrados lxs pacientes que hasta en ese momento eran miembrxs pasivxs de las prácticas médicas, solicitando para ellxs el derecho a morir con dignidad y poniendo en debate la eutanasia. En esta atmosfera de debates, surge como disciplina la bioética, con el fin de arbitrar los conflictos morales que se presentaban en relación a las prácticas médicas y utilización indiscriminada y deshumanizada de tecnología de soporte vital.

El Hospice St. Christopher's Hospice también introduce en este contexto, otros modos de atención y cuidados a las personas enfermas terminales, donde no solamente eran escuchadxs y atendidxs sus padecimientos físicos, sino también los otros aspectos que hacen a la integridad de la persona. En relación a la atención y funcionamiento de este hospice Nadal (2012) dice:

El St. Christopher's Hospice está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega y de todas las maneras posibles; en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y el malestar, en la simpatía y entendimiento personal, con respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres; sin barreras de raza, color, clase o credo. (p.4).

Debemos remarcar que esta institución, además de atender a pacientes en procesos de final de vida, realizaba investigaciones, docencia y apoyo dirigido a las familias durante el proceso de enfermedad y en el de duelo.

Como vemos, Cicely Saunders luego de observar, escuchar y atender, comprendió que cuidar a personas en final de vida, no solo se reducía a tratar el dolor físico, sino que incluía otras dimensiones como las emocionales, sociales y espirituales, introduciendo una nueva definición que más tarde será orientadora para la práctica asistencial en CP que es el concepto de *dolor total*. Este concepto está sintetizado en unas de sus frases más relevantes que expresó a un paciente mientras lo acompañaba en su proceso de morir *"Importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo que podamos para que te sientas mejor y te ayudaremos a mantener tu calidad de vida, y en el final, te apoyaremos y daremos confort en el morir"*.

El objetivo de este hospicio moderno era el de brindar un lugar para lxs enfermxxs y sus familias que contara con la capacidad científica de un hospital y con la calidez de un hogar. En lo referente a esta institución, el antropólogo Vincent Thomas (1991) expresa su relevancia:

Por ignorancia o prejuicio se intenta desconocer el papel fundamental que incumbe a las unidades de cuidados paliativos o centros de ayuda a los moribundos: el más célebre de

todos es el Christopher's Hospice, en los suburbios del sur de Londres, creado en 1967. Estos Hospicios se distinguen por tres rasgos esenciales: 1) el control del dolor físico y moral; 2) la atención del moribundo en los aspectos biológicos, social y psicológico, y 3) la naturalización del morir a fin de privarle de su dramatismo (p.99).

Otro de los rasgos de este centro de cuidados, parafraseando a este autor, es que permite presenciar la muerte cuando el/la/x paciente entra en agonía, dando aviso a sus compañerxs para que puedan manifestar su angustia y hacer preguntas. A menos que lo disponga la familia, no se lx aislaba. En relación a esto, Vincent se pregunta “Si el morir es un hecho natural ¿por qué ocultarlo?”

Esta nueva forma de pensar y actuar emergente en esta época, produjo una “revolución” en la atención de estxs pacientes, donde no solo es destacada la labor de Cicely Saunders, sino también de Elisabeth Kübler-Ross con su publicación del libro “Sobre la Muerte y los Moribundos” en 1969 en Estados Unidos. Ambas delinearon el inicio del desarrollo de los CP en el sentido que lo conocemos actualmente.

Con estas nuevas prácticas y discursos de mirar a la muerte como un proceso natural afirmando la vida, a partir de 1980 comienza a expandirse esta disciplina por el resto del mundo, desarrollándose nuevos modelos asistenciales adaptados a cada sistema sanitario en el marco político, económico, financiero y cultural de cada país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 amplía la definición poniendo más énfasis en la prevención:

El tratamiento paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (OMS, 2002).

En la actualidad, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos agrega a esta definición la incorporación de personas con enfermedades graves para la atención.

Focalizando un poco más los CP en nuestro país Argentina, en 1994 es fundada la Asociación Argentina de Cuidados Paliativos, existiendo en la actualidad un proyecto de ley para ser debatido en la cámara de diputados para su implementación a nivel Nacional del Sistema de Salud. En relación a esto, Luxardo (2011) expresa:

Si bien no están legisladas medidas que atañan específicamente a los cuidados paliativos, se respalda su accionar terapéutico en la Ley Básica de Salud 153, donde se estipula que todas personas que padezcan de enfermedades terminales tienen derecho a recibir atención que le brinde una mejor calidad de vida hasta el momento de su muerte. Incluye el suministro gratuito de medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor y el desarrollo de nuevas modalidades de atención no basadas en las camas

hospitalarias, como la internación domiciliaria (p.122).

En correlación a esto Tripodoro (2011:209) dice que “en Argentina hay un crecimiento importante de CP que, si bien no hay una legislación nacional, se viene trabajando para promover, difundir, planificar y organizar la provisión de estos servicios a la población”.

En varias provincias existen ya leyes y decretos que reglamentan las prácticas de este servicio tanto en las instituciones como en los domicilios, siendo una de ellas la provincia de Santa Fe.

En lo referente al vocablo *paliativo* deriva de la palabra *pallium*: palio, capa, manto, debiendo lxs profesionales que intervienen desde esta disciplina y filosofía en la actualidad, brindar asistencia y confort desde lo físico, lo psicosocial y lo espiritual a lxs pacientes y sus familias que transitan por un proceso de final de vida, como es expresado por la Trabajadora Social D’Urbano (2016:13) “debe facilitarse al paciente no solo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final”.

Como advertimos, trabajar en CP requiere de un abordaje integral e interdisciplinario que contemple y asista a todas las necesidades del paciente, familia o cuidadores formales e informales teniendo en cuenta principios básicos como lo manifestado por Sepulveda (2014) en base a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud:

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como proceso natural,
- Establecer una estrategia de asistencia que no acelere la llegada la muerte, ni tampoco la posponga artificialmente.
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes.
- Integrar los aspectos psicológicos, emocionales, físicos, éticos y espirituales del tratamiento del paciente y su familia, procurando el máximo bienestar posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a las personas enfermas a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- Extender este apoyo a los familiares, facilitando que puedan afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el período del duelo.

En lo referente a los recursos humanos, materiales, espacios y modalidades de atención existentes en CP, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos realizó una investigación para conocerlos y difundirlos en Latinoamérica, haciendo saber que en nuestro país existen varias modalidades de atención desde las hospitalarias, domiciliarias, tanto públicas como privadas y los hospicios.

Con respecto a la formación de los recursos humanos especializados en CP, los posgrados y residencias interdisciplinarias se encuentran gran parte en la ciudad de Buenos Aires, no de la misma manera en el interior del país. En la provincia Santa Fe, recién en el año 2019 la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad del Litoral realiza el primer curso de

posgrado multidisciplinario en Cuidados Paliativos y Humanización de la Salud. En materia de actualización y capacitación, existen cursos virtuales organizados la mayoría de ellos por el Instituto del Cáncer y la Asociación Argentina de Cuidados Paliativos.

En formación de grado son pocas las facultades de medicina que incluyen CP en sus planes de estudios, y en otras disciplinas como Trabajo Social, enfermería y psicología, sólo en dos facultades –una de enfermería y otra de psicología- son obligatorias. En las facultades y escuelas de Trabajo Social no forma parte de los planes de estudios, pero si hay publicaciones en repositorios digitales de investigaciones realizadas por estudiantes como trabajos de tesinas.

Si bien en la profesión de Trabajo Social no están muy difundidos los CP como campo de intervención, en Argentina tres Trabajadoras Sociales (Lic. Carolina Nadal, Mag. Elena D' Urbano y Dra. Natalia Luxardo) investigan y forman parte de comisiones nacionales para pensar y diseñar políticas públicas en relación a la implementación de los CP en el sistema de salud.

Como venimos viendo, desde la historia hasta el presente, las prácticas multi o interdisciplinarias en CP, incluidas las de Trabajo Social, tienen como esencia intervenir mejorando la calidad de vida y el confort de las personas y sus familias, que transitan por un proceso de enfermedad crónica y/o de final de vida.

Según lo expresado por la Dra. Pastrana, presidenta de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, por investigaciones realizadas, de los 3,3 millones de personas que requieren CP en América latina, sólo el 4% accede a estos tratamientos que alivian el sufrimiento y ofrecen una mejor calidad de vida a las personas que atraviesan enfermedades degenerativas progresivas o terminales. En esta línea de análisis, por estadísticas locales difundidas recientemente por la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), se estima que sólo el 10% de lxs pacientes oncológicxs que requieren cuidados paliativos en la Argentina accede a ellos, pero el porcentaje es incluso menor (5%) si se toma en cuenta a pacientes no oncológicxs que requieren dichos tratamientos.

Sobre los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP)

Estos discursos y prácticas que vienen desarrollándose desde mediado de los años '60, y en base a las estadísticas recientes, involucran mayoritariamente a personas adultas con enfermedades crónicas y en final de vida, existiendo en la actualidad poca visibilidad y aceptación de los CP en niñxs y adolescentes, los cuales también son imprescindibles desde los derechos humanos, derechos de los pacientes y de los niños, niñas y adolescentes como medida de protección y asistencia.

Hay que remarcar que en los últimas décadas, dos transformaciones se produjeron en el campo de las ciencias médicas que requeriría de las prácticas de los Cuidados Paliativos en Pediatría (CPP); uno por el cambio en los perfiles epidemiológicos pediátricos con el

surgimiento de nuevas enfermedades limitantes para la vida en niños, y otro por los progresos científicos y tecnológicos que generan existencias de niños/pacientes con patologías crónicas y complejas que tienen que ser atendidas por especialistas.

A partir de estos emergentes, en Argentina desde 1980 comienza a asistirse a la niñez con requerimiento de CP, siendo todavía escasos al día de hoy, profesionales desde las distintas disciplinas que estén capacitados y con intención de atender en este campo de asistencia. En relación a esto nos preguntamos ¿Por qué hay poco interés en los profesionales en formarse para trabajar con esta población desde los cuidados paliativos? ¿A qué se debe que no haya suficientes producciones y bibliografías sobre este tema? ¿Hay alguna imposibilidad para trabajar en este campo? ¿Por qué? ¿De dónde deviene? ¿Será por la subjetivación existente en la sociedad que genera modos de pensar y sentir que los niños no deben transitar por un proceso del morir? Interrogantes que abre muchas líneas de indagaciones para investigar, pero por lo pronto nos atrevemos a plantear a partir de la formación en CPP, la investigación y el trabajo profesional cotidiano con niños/pacientes con requerimiento de atención de cuidados paliativos, que existen diversos nudos problemáticos, dilemas éticos - morales y asistenciales que requiere de profesionales capacitados en el tema, siendo algunos de los relevados los siguientes:

- a) Los procesos de subjetivación societal y cultural: la enfermedad grave de un niño y su muerte genera negación e inelaborabilidad, es un acontecimiento difícil de aceptar, de comprender porque rompe con el esquema la sociedad y cultura, como bien lo expresa Kersner (2005):

La pérdida de un hijo implica siempre una ruptura de la cadena generacional. El sentirse un eslabón en esa cadena implica una continuidad del proyecto personal en el hijo, como dicen frecuentemente personas sometidas a este tipo de situación: estamos preparado para aceptar la muerte de nuestros padres, pero no la de nuestros hijos (p. 165).

Trabajar y acompañar en la aceptación de la gravedad de la enfermedad y la muerte del/la/x hijx en este contexto, es un arduo trabajo hacia padres, madres y familia por parte los CPP.

- b) Momentos de tensión, angustias, incertidumbre, entre equipo tratante y las familias, en las instancias de:
 - El momento del diagnóstico: instancia dolorosa y de conmoción subjetiva, donde los padres y madres inician y transitan por un recorrido de reacciones emocionales como el shock que les produce el enterarse del diagnóstico. Transitan por un proceso de aturdimiento, incredulidad, en que no pueden oír verdaderamente sobre lo que le dicen de su hijx.
 - La incorporación del equipo de CPP en el proceso de atención de la enfermedad: también de impacto emocional por la asociación existente de esta especialidad en relación a una muerte pronta, representación a desconstruir en los procesos de atención.

- Prescripción de la morfina: existen mitos sobre este opioide que genera inquietud y aflicción en su administración, generando obstáculos para el tratamiento del dolor y confort como bien lo expresa (Tripodoro, 2011:65): “Estos miedos se transforman en mitos que constituyen barreras para el alivio del dolor”.
- Intervenciones quirúrgicas como la gastrostomía y traqueotomía, dos operaciones realizadas por avance de enfermedad si el niño lo requiere como modo de calidad de vida en su proceso del morir.
- Las tomas de decisiones para concertar la adecuación del tratamiento, conocida anteriormente como limitación del esfuerzo terapéutico. Este es uno de los momentos de mayor tensión y repercusión emocional entre el equipo de salud y lxs progenitorxs, debido a que se debe acordar de no reanimar en caso de paro cardiorrespiratorio, no iniciar tratamientos desproporcionados (drogas vasoactivas, asistencia respiratoria mecánica, nutrición parenteral) o suspender un tratamiento de soporte vital (asistencia respiratoria) cuando lxs profesionales tratantes decidieron que ya no hay tratamiento curativo para la enfermedad del/la/x niño. Esta instancia es realmente un nudo problemático ético y moral entre profesionales y familiares, de ponderación entre evitar tratamientos desproporcionados y la obstinación moral por parte de padres y madres de no aceptar la limitación del tratamiento.
- Finalmente, la decisión de sedación paliativa final en agonía (si es necesario realizarla), intervención médica que, como está descrita en el manual de CP de la Nación, debe realizarse frente a síntomas refractarios que no cesan, luego de aplicarse los mejores tratamientos posibles disponibles según la evidencia. Esta medida que va a marcar el final existencial, es una instancia de mayor impacto emocional.

Como venimos viendo hasta ahora, intervenir en CPP desde Trabajo Social, es formar parte y acompañar en estas tomas de decisiones que tiene que ver con la calidad de vida y el confort de lxs niños. Escenario que requiere de mediaciones y acuerdos entre lo adecuado y lo desproporcionado, entre aceptar el final y rechazar futilidades terapéuticas como también obstinaciones morales y afectivas. Momento tensional de relaciones de fuerzas y poderes que deben adecuarse para lograr el cumplimiento principal de los CPP, calidad de vida hasta el final, tanto para el paciente como del mismo modo a su familia y red vincular.

Lxs trabajadorxs sociales, al estar formados desde la ciencias sociales, y teniendo como objetivo principal desde nuestra incumbencia profesional la defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales, somos profesionales imprescindible para asesorar, informar y consensuar arreglos entre todas las partes intervinientes en este campo de intervención.

De igual modo, tenemos otras especificidades interventivas en este campo de actuación,

relacionadas al acceso de los derechos de la seguridad social y asignación asistencial de lxs niñxs/pacientes con atención de CPP y sus familias, siendo algunas de estos derechos:

- El acceso a un hábitat social digno que aloje al/la/x niñx y a su familia, no sólo teniendo en cuenta la vivienda y los servicios (agua, luz y gas), sino también el medio ambiente físico que rodea la familia (saneamiento ambiental, recolección de basura, calles pavimentadas, etc).
- Asegurar, si se encuentra en sus posibilidades físicas y subjetivas, el acceso y la permanencia en el sistema educativo (escuela domiciliaria).
- Acceso a programas concretos de cuidadorxs domiciliarixs, asistentes personales que sirvan de apoyo a lxs cuidadorxs informales, que velen por la salud y la calidad de vida de lxs familiares y la persona enferma, con el objetivo de evitar claudicaciones en los cuidados. Por experiencia en el campo, la atención continua y prolongada de cuidados agota a las familias, produciendo irritabilidad, tensión, angustia, trastorno en el sueño y en la alimentación, situaciones que caracterizan el estado de stress, con posibilidad de desestructuración familiar y aislamiento social (efecto bunker).
- Posibilitar y evitar laberintos burocráticos administrativos con respecto a gestiones de asignación de recursos materiales (asignación universal por hijos y discapacidad, programas de asistencias alimentarias, cuidadores, elementos ortopédicos, etc).
- Asesoramiento o gestión de sepelio.
- Trabajo de duelo con la familia, desde una actitud empática, escucha atenta y flexible ante lo acontecido.

Mucho por desarrollar

Para ir cerrando, es necesario decir que desde el Trabajo Social en CPP, las actuaciones son desarrolladas en trabajo multi o interdisciplinario según la configuración del equipo, donde lxs profesionales de las distintas disciplinas comparten información, establecen líneas comunes de trabajo y colaboración mutua con el objetivo general de paliar el dolor total físico- psíquico y social de lxs niñxs con enfermedades graves y limitantes para la vida y su familia, intentando en lo posible lograr calidad de vida.

Mucho más queda por desarrollar en este campo de intervención, que es de interés seguir avanzando y profundizando, sabiendo que en el camino se encontrarán nuevos desafíos.

Con el desarrollo realizado hasta aquí se espera generar aportes que abran puertas para reconsiderar nuestras estrategias de intervención y que amplíe el andamiaje conceptual con el que tratamos la temática en cuestión.

Referencias

- o ARIES, Philippe (2007). *Morir en Occidente. Desde la edad media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- o D` URBANO; Elena (2016). *Trabajo Social y Cuidados Paliativos. Un aporte para los equipos de salud*. Buenos Aires: Espacio.
- o KÜBLER ROSS, Elisabeth (1993). *Sobre la muerte y los moribundo*. Barcelona: Grijalbo.
- o LUXARDO, Natalia (2011). *Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida*. Buenos Aires: Biblos.
- o NADAL, Carolina (2012). *Cuidados Paliativos: derecho al final de vida*. Revista Debate Público. Año 2 - Nro. 4. Universidad de Ciencias Sociales UBA. Buenos Aires Argentina. Disponible en [trabajosocial.sociales.uba.ar > uploads > sites > 2016/03 > 10_Nadal-1](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/uploads/sites/2016/03/10_Nadal-1)
- o Sociedad Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Disponible en <http://www.svmedicinapaliativa.com.ve/index.php/31-destacado/54-iahpc-definicion-de-cuidados-paliativos-basada-en-el-consenso>
- o OLAIZOLA, P. R. (2006). *¿Qué lugar ocupa el Trabajador Social en el área de Cuidados Paliativos?* Tesina de Grado, Universidad Nacional de Lujan. Buenos Aires.
- o PASTRANA T, DE LIMA L, WENK R, EISENCHLAS J, MONTI C, ROCAFORT J, CENTENO C (2012). *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica* ALCP. 1a edición. Houston: IAHP Press.
- o Disponible en: [https://cuidadospaliativos.org > uploads > 2012/10 > Atlas de Cuidados Paliativos](https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/Atlas_de_Cuidados_Paliativos).
- o PROYECTO DE LEY DE CUIDADOS PALITIVOS Argentina: (S 1667/17). Disponible en [www.senado.gov.ar > parlamentario > parlamentaria > downloadPdf](http://www.senado.gov.ar/parlamentario/parlamentaria/downloadPdf)
- o SEPULVEDA, Cecilia (2014). *“Perspectiva de la OMS para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vía de desarrollo”*.

España. Disponible en:<https://paliativossinfronteras.org> › wp-content › uploads › LA-OMS-Y-LO...

- o THOMAS, Louis-Vincent (1991). *La muerte*. Paidós, Barcelona.
- o TRIPODORO, Vilma (2011). *Te voy a acompañar hasta el final. Vivir con cuidados paliativos*. Capital Intelectual, Buenos Aires.