

Artículos seleccionados

Repensar el Trabajo Social como garante de los cuidados paliativos hacia las personas mayores

Sofía Oya^a y Delfina Ramos^b

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2021
Fecha de aceptación: 2 de junio de 2021
Correspondencia a: Sofía Oya
Correo electrónico: sofioya375@gmail.com

- a. Estudiante lic. Trabajo social. Universidad de Buenos Aires.
- b. Estudiante lic. Trabajo social. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo fue ideado en el marco de la materia electiva de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires: "Sociedad y Envejecimiento: Nuevos Desafíos Profesionales" a cargo de la Dra. en Ciencias Sociales Romina Manes. Ahora bien, nos proponemos como objetivo analizar los cuidados paliativos hacia las personas mayores desde la perspectiva del Trabajo Social, retomando la perspectiva de derechos y el enfoque gerontológico, utilizando una metodología cualitativa a partir del análisis de una fuente secundaria Juárez (2020), en el cual Mora Juárez relata, desde su experiencia, la internación y la posterior muerte de su padre de 83 años en el actual contexto de pandemia, calificando esta vivencia como un completo abandono por parte del sistema sanitario argentino.

Palabras clave: Trabajo Social - Personas Mayores - Cuidados Paliativos.

Summary

This paper was devised within the framework of the elective subject of the Social Work career of the University of Buenos Aires: ("Society and Aging: New Professional Challenges") in charge of Romina Manes, Doctor of Social Science. However, our aim is to analyze palliative care towards the elderly from the perspective of Social Work, retaking the rights perspective and gerontological approach, making use of a qualitative research method from the analysis of a secondary source Juárez (2020), in which Mora Juárez tells, from her experience, his 83-year-old father's hospitalization and death in the current pandemic context, qualifying this life experience as a complete abandonment by the Argentine Health System.

Key words: Social Worker - The Elderly - Palliative Care.

Introducción

Actualmente nos encontramos demográficamente ante un proceso de envejecimiento mundial de la población, lo cual conlleva a repensar la producción gerontológica, como a su vez las desigualdades y la diversidad de representaciones que existen respecto a las vejeces. La pregunta que guía el artículo es: ¿Cuáles son los aportes que pueden realizar los cuidados paliativos, como política pública, para garantizar los derechos de las personas mayores?

En este artículo, se pretenden analizar los cuidados paliativos (de aquí en más CP), ya que es una temática poco explorada desde la disciplina del Trabajo Social y que contribuye a humanizar y dignificar los cuidados a lo largo de la vida (primordialmente hacia al final de la misma), desde una perspectiva de derechos retomando la voz y las decisiones de las personas mayores. Tomando como punto de partida que son sujetas/os de derechos y no objetos de cuidados, es central indagar sobre las políticas sociales que abordan esta problemática. Así, los cuidados paliativos pueden contribuir a la perspectiva de los buenos tratos para con las personas mayores, previniendo diversos tipos de violencia.

A partir de comprender que no hay una única forma de envejecer, sino que existen tantas como personas habitan el planeta Tierra, se pretende abordar el trabajo entendiendo que la interacción de diversos factores sociales, biológicos y psicológicos condicionan las vejeces. Considerando, a su vez, que el Trabajo Social puede contribuir a las políticas de CP centradas en las personas mayores a partir de una perspectiva de derechos.

Repensando el marco normativo de las vejeces

El envejecimiento se configura en función de cada cultura, sociedad y grupo social sin tratarse de un fenómeno homogéneo. A esto Yuni y Urbano (2008) lo caracterizan como "envejecimiento diferencial", dando cuenta de la diversidad y heterogeneidad del envejecimiento tanto individual como social. De esta forma, hay diversos ejes que condicionan las formas de envejecer y uno de ellos es el género; por lo tanto, personas no binarias, mujeres y varones, tienen modos diferentes de envejecer, de concebirlo, de hacerle frente y darle sentido.

Tomando la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" (de aquí en más, Convención) se entiende por persona mayor a toda "... aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base mayor o menor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" (Ley 27.360, 2017). Se retoman los derechos que proponen para las personas mayores "vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población" (Ley 27.360, 2017) a partir del acceso a cuidados integrales, incluidos los paliativos. Además, el derecho a la independencia y la autonomía, el cual se centra en la toma de decisiones, el fortalecimiento de los lazos familiares y con la comunidad.

Asimismo, a partir de este instrumento legal, las personas mayores tienen derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, recibiendo un trato digno con respeto. Por otro lado, poseen también derecho a la

salud y a prestar un consentimiento libre e informado en este ámbito;

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales (...) promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía (Ley 27.360, 2017).

Por último, los Estados parte se comprometen a promover una actitud positiva hacia la vejez basándose en un trato digno y respetuoso, promoviendo los derechos de las personas mayores y su empoderamiento, evitando el lenguaje y las imágenes estereotipadas.

Desde la perspectiva de derechos se prioriza la concepción de las personas mayores como titulares de derechos (Roqué y Fassio, 2016), no como objetos de las políticas que se despliegan en favor de ellas. Además, es necesario tener en cuenta que la vejez (como etapa) está definida por un conjunto de características no sólo biológicas y físicas sino también psicológicas y sociales. Por lo tanto, cualquier política, estudio o investigación que se hiciera en relación a las personas mayores debe contemplar la perspectiva de género, la diversidad sexual, como también las nociones de clase y desigualdad.

Enfoque gerontológico: problematizando los Cuidados Paliativos

El enfoque gerontológico “... es la disciplina que estudia el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva biopsicosocial y puede, por ello, brindar las mejores herramientas a estos fines” (Roqué y Fassio, 2016, p. 43); puede contribuir a no caer en determinismos biológicos ni enfoques cerrados que no contemplen la voz de las personas involucradas. En línea con ello, el foco está puesto sobre los cuidados paliativos, que hacen referencia a un:

Modelo de atención integral sanitario para personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas y potencialmente limitantes de la vida. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida y aliviar su sufrimiento, como así también el de sus familiares, allegados y/o cuidadores. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019, p. 17).

Así, a partir de una concepción integral, los CP son concebidos como aquella atención activa que requiere de cuidados integrales y trabajo interdisciplinario para, y con, pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o que sufren dolores evitables. Con el fin de mejorar su calidad de vida desde que se detecta la enfermedad hasta el final de sus días; atendiendo no sólo a los problemas físicos y el control del dolor, sino también a problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor.

Actualmente existe el “Programa Nacional de Cuidados Paliativos” (2016), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que a su vez se inscribe dentro del “Instituto Nacional del Cáncer” y tiene como coordinadora general a la Dra. Belén Pranevicene (especialista en oncología). Éste posee como objetivo principal implementar CP de calidad como estrategia de atención durante la evolución de la enfermedad en personas con pronóstico de vida limitado y sus familias en todo el territorio nacional; el programa entiende, entonces, que estos cuidados son un componente fundamental para una política integral de cuidados. A su vez, atiende la prevención, la detección precoz y las estrategias de tratamiento de estas enfermedades para responder a todas las necesidades prioritarias en una comunidad y hacer el mejor uso posible de los recursos. Propone el desarrollo de redes de asistencia en los distintos niveles del sistema de salud para favorecer la accesibilidad de los cuidados paliativos con eje principal en la atención primaria de la salud; articulando con equipos de soporte interdisciplinarios especializados en ésta área, la implementación de una estrategia de capacitación orientada a la formación de equipos específicos; el desarrollo de mecanismos que aseguren una provisión continua y una distribución adecuada de opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa en todo el territorio nacional; el desarrollo e implementación de un sistema de evaluación de calidad mediante estándares que permitan conocer el desempeño de los distintos niveles de atención paliativa; la implementación de acciones para proporcionar a la comunidad los conocimientos y herramientas necesarios para sostener el proceso de cuidado de la/os pacientes en el ámbito familiar y comunitario. Si bien la creación del programa es un gran avance en favor de las personas que atraviesan estas delicadas situaciones, falta mucho camino por recorrer, ya que, por ejemplo, aún no existe una ley referida específicamente a CP. Actualmente hay un proyecto de ley que obtuvo media sanción en senadores y si bien es un avance en términos de derechos, creemos que falta mucho por hacer.

Es interesante recuperar las palabras de Alonso (2005) cuando menciona que a partir de sus entrevistas realizadas en campo a personas y familiares que transitan por el ámbito de los CP, lo que surge de las mismas es la importancia de la ausencia del dolor y las angustias en los últimos días de la/el paciente. En su investigación de campo se puede apreciar que muchas personas consideran que sólo al llegar al área de CP es que "...el dolor logra controlarse..." (Alonso, 2005, p.13), además se alienta a que la persona misma se comprometa con la tarea (es decir, se la tiene en cuenta y se la escucha para la participación activa del proceso).

La pesadez del "deber ser": la Política Pública de Cuidados

Los CP son parte, como dice Alonso (2005), de la lógica del cuidado; y hablar del mismo en el campo de la salud (Gómez Da Silva, y otra/os, 2009) es la propia razón de ser de las acciones desarrolladas por la/os profesionales que actúan en ese campo. Al hablar de cuidado, se hace referencia a la acción social (Croas, 2016) apuntada a asegurar la reproducción social de aquellas personas que carecen o han perdido la autonomía y que requieren ayuda de otra/os. Esto es parte del tejido social y como tal, es interesante problematizar el rol que cumple como elemento del desarrollo socio-económico. Cómo aborda cada sociedad y gobierno el cuidado tiene consecuencias centrales en el tipo de relaciones que se dan entre los diversos géneros y las distintas edades, el tipo de desigualdades y lazos de solidaridad que se gestan, en el tipo de ciudadanía que se construye. Siguiendo con Croas (2016), un sistema de cuidados ideal debería ser de carácter: *progresivo (es decir, no ser excluyente); *preventivo (no centrarse solamente en la asistencia, sino considerar también la prevención); *gradual y *combinado (pudiendo coordinarse distintos servicios).

Los CP se enmarcan en una política pública de cuidados hacia las personas mayores (aunque no exclusivamente), por lo tanto, en términos de Oddone y Pochintesta (2017), les correspondería aumentar la independencia mejorando la readaptación y encontrando respuestas y alternativas a la fragilidad. Esta debería lograr el bienestar de las vejezes, teniendo en cuenta su participación activa y retomando sus voces, saberes y prácticas, siempre partiendo del análisis demográfico y biopsicosocial, a fin de saber desde dónde se parte, para luego poder evaluar si la política está logrando los objetivos deseados.

Siguiendo la línea de Oddone y Pochintesta (2017), una política pública que garantice los derechos de las personas mayores debería resolver la provisión del cuidado. Y los CP como política pública de cuidado deberían generar intervenciones por parte de todos las/os actores intervinientes; intentando, por un lado, suscitar un compromiso desde el estado sin excluir a las familias y otros actores de la comunidad, pero, por otro lado, sin generar políticas absolutamente familiaristas desligándose de la responsabilidad que ya ha asumido como firmante de tratados internacionales. La responsabilidad de los cuidados regularmente recae sobre las familias, y al interior de las mismas, sobre la cuidadora principal (recurrentemente mujer), quien suele experimentar una sensación de sobrecarga, noción acuñada por Tripodoro y otras (2015); no solo física, sino psicológica, social, económica, que muchas veces trae aparejada una ruptura de los lazos sociales de la persona cuidadora. En este sentido, es primordial equilibrar la distribución desigual del diamante de los cuidados, término propuesto por Enriquez Rodríguez (2015) y Aguirre (2007), que expone gráficamente cómo se gestionan y resuelven la provisión de los cuidados entre el Estado, el mercado, las familias y las comunidades.

El sistema sanitario, para evitar reproducir esta sobrecarga y asumir su responsabilidad, debería acompañar el proceso de cada persona en particular gracias a sus trabajadoras/es, por eso la importancia de los equipos interdisciplinarios y de la inversión en ciencia y tecnología. Además, es de su incumbencia generar espacios que le permitan a las personas vivir tan activamente (dentro de sus posibilidades y deseos) como les sea posible, hasta su muerte. Como propone la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida-CONICET (s.f), diseñar políticas que aborden la problemática de CP nos brinda una impostergable oportunidad de ponderar la organización de las prácticas sanitarias con el fin último de una óptima conciliación de las dimensiones que hacen a una concepción integral de la salud. Además, este documento menciona la importancia de enmarcarlo dentro de los derechos humanos, como el derecho a eludir dolores y sufrimientos evitables.

La implementación de los CP como política pública contribuye a prevenir la violencia estructural y social que describe Rueda Estrada (2008) como negligencias en las instituciones públicas, la falta de políticas públicas adecuadas a las necesidades de las personas mayores y las escasas medidas de prevención tanto primaria como

secundaria para evitar el deterioro de capacidades físicas y/o psicológicas. La violencia antes mencionada, como sostiene el INADI (2017), genera una serie de maltratos que se manifiestan como resultado de la interacción de una multiplicidad de factores sociales, culturales y psicoemocionales.

Las diversas formas de violencia, cualquiera sea el ámbito en el que se manifiesten, generan maltrato hacia las personas mayores, el cual se define en el texto de Rueda Estrada (2008) como una acción u omisión intencional o no. Teniendo en cuenta la Convención, es posible agregar que puede ser “única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza” (Ley 27.360, 2017).

¿Cómo intervenir con (y no sobre) las personas mayores?

El rol del Trabajo Social dentro del área mencionada de la política pública tiene relación con la vulnerabilidad de las personas con las cuales se trabaja (como a su vez, sus potencialidades). Este ejercicio profesional, como describe Vanzini (2010), se inscribe en el marco de un trabajo interdisciplinario que requiere de diálogo y consenso, sin dejar de lado las tensiones siempre presentes entre profesiones diversas y heterogéneas. Estos equipos constan de diversas profesiones tales como: medicina general, enfermería, auxiliares de enfermería, psicología, trabajo social, entre otras, que puedan resultar relevantes para la persona. Al interior de esos equipos, las/os trabajadoras sociales tienen funciones específicas que constan de:

Propiciar la comunicación del paciente y su familia, así como también con el equipo terapéutico; Promover la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación; Orientar y asesorar al paciente y su familia o entorno social, sobre los recursos disponibles en la comunidad, la gestión de los mismos, realización de trámites, etc.; Planificar estrategias de cuidado, para evitar la sobrecarga de algún miembro de la familia o entorno; Evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia, para que no sea un obstáculo la falta de recursos para el cumplimiento del tratamiento. (Olaizola, 2006, p. 71).

Tanto el Trabajo Social como los CP se estructuran sobre los fundamentos de los derechos humanos, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas, y de las/os actores presentes en escena, en términos de D'Urbano (2016). Siguiendo a esta autora, la enfermedad puede implicar la ruptura de los lazos sociales; motivo por el cual el Trabajo Social entra en escena a contribuir a recuperar esa fragmentación, con una mirada multidimensional e integral que permite incorporar a las/os diversos actores implicada/os (la persona, su familia, pero también el estado, el rol del mercado, y la comunidad). La profesión desarrolla su práctica en este espacio, como menciona Vanzini (2010), abordando las necesidades de tipo físicas, emocionales, sociales y espirituales, procurando que se respeten los deseos de las personas y las familias.

La integralidad, como afirma D'Urbano (2016), significa dar respuesta al conjunto de necesidades, ya que la intervención implica consensuar cómo cubrir cada una de ellas, en función de los recursos disponibles. Fomentando la participación de las/os actoras/os involucradas/os, especialmente de la familia para mejorar la atención y el cuidado, como sostiene Vanzini (2010), desde la singularidad de cada persona mayor con una perspectiva holística; la propuesta será siempre hacer de la calidad de vida y del respeto a las decisiones del otra/o, el motor de la intervención. En el ámbito de los CP habrá mucho para hacer, más en las etapas finales de la enfermedad, donde la realidad nos confrontará con el sufrimiento (Vanzini, 2010); y en esas ocasiones, acompañar será un saber estar que también se podrá asumir como profesionales.

Lamentablemente, se puede observar en el caso expuesto a continuación que la integralidad propuesta no siempre está garantizada, menos aún la participación de las familias, de la comunidad y de diversas/os profesionales. Se puede apreciar también una de las tantas formas de violencia que es el silencio institucional ante la angustia de una familia y la falta de respuesta por parte de un sistema cruel, una forma de vulnerar sus derechos, de no escuchar a las partes involucradas y de no hacerlas partícipes de las decisiones.

Mora Juárez, ¿un caso efectivo de “cuidados”?

Con lo antes mencionado, se hace alusión a situaciones de violencias vividas, como el caso Manolo Juárez, recu-

perado de la nota periodística de su hija Mora Juárez en Página 12 (4 de Agosto de 2020), que si bien sucedió en un contexto de crisis, no justifica el accionar del sistema; la situación lejos está de ser un caso aislado. Durante la pandemia se implementaron diversas estrategias para intentar paliar el Covid-19; una de las más efectivas (y a su vez, discutidas por la población), fue el llamado "aislamiento social preventivo y obligatorio", la cual refiere a una "medida gubernamental con el objetivo de resguardar la salud colectiva; de este modo la población en general debe permanecer en sus domicilios" (Carchak y otras/os, 2020, p. 2), y al interior de las diversas instituciones de salud, también fue necesario tomar medidas restrictivas para reducir el contacto humano. Se restringieron, y hasta prohibieron las visitas, como fue el caso de la "Fundación Favalaro" donde permaneció internado Manolo.

El tipo de estrategias implementadas responde a un modelo de política sanitaria que es "perverso", como menciona Mora, que abandona; que expulsó a la familia de Manolo, que no dio cuenta de las necesidades que él y su familia tenían y que no pudo evitar que se agregara un daño mayor (ya que durante la internación, contrajo coronavirus). En este caso, como en tantos otros, el sistema continúa viendo a las personas que se encuentran internadas como un número, como un "paciente más". El sistema sanitario no dio cuenta de los principales cuidados que necesitaba, negándole el derecho a una salud integral, "Murió por un sistema que lo apagó, lo devastó y lo abandonó" (Juárez, 4 de Agosto de 2020). La violencia que se generó en esta situación fue tal que: "Siempre, siempre aislado de sus familiares. Durante algunos días no pudimos ni tomar contacto telefónico con él" (Juárez, 4 de Agosto de 2020). En la nota periodística, Mora destaca el accionar de otras instituciones sanitarias como el caso del Hospital Rossi, en el cual permitían que un familiar se internara con la persona a ser tratada.

Tampoco obtuvieron información sobre CP, no les informaron sobre su posibilidad y tal vez los beneficios que le podrían haber traído a su padre y a su familia. Por ende, no solo le quitaron el derecho a poder decidir sobre su propia internación o proceso de enfermedad, sino que además le negaron el derecho a la información, el derecho a acompañar a su padre al final de su vida y a despedirse de él en el momento en el que falleció. Frente a estas situaciones debería primar una concepción interdisciplinaria que genere un proceso digno tanto en la vida como en la muerte, evitando generar una

iatrogenia (lo que entendemos sucedió en el caso de la familia Juárez).

En contraste, en otras instituciones de salud se han implementado diferentes estrategias impulsadas por las/los profesionales para que pudiera mantenerse el contacto con las/los allegadas/os por videollamada y otros medios tecnológicos. De esta forma, no solo circula la información pertinente a los procesos de salud-enfermedad-atención, sino también la referida a la cotidianidad de la persona internada, con el objetivo de que no se convierta en un "objeto" de la política pública, sino que sea considerada como sujeta/o de derechos.

Conclusión

Este artículo buscó dar cuenta, como sostiene D'Urbano (2016) que el acceso a los CP integra el derecho a la salud y ésta como cuestión social expresa problemáticas sociales complejas que atraviesan el ámbito de intervención desde su heterogeneidad, singularidad y complejidad. El derecho a los CP requiere de un sistema de salud para ponerlo en práctica, no implica únicamente prevenir y curar, sino también sortear sufrimientos evitables y promover las condiciones para garantizar los derechos, particularmente los de las personas mayores si se tiene en cuenta la Convención (Ley 27.360, 2017). Por sobre todas las cosas, requiere de una escucha atenta y comprensiva de las personas y familias involucradas, ya que su participación es fundamental en cualquier intervención.

Los CP son parte de la política pública hacia las vejeces (aunque no exclusivamente) y tienen como eje principal brindar respuestas humanizadas ya que son un Derecho Humano inalienable; contribuyendo a garantizar la autonomía, la toma de decisiones, el derecho a la salud, a un sistema integral de cuidados y a vivir libres de violencia. Por lo tanto, pueden fomentar una imagen positiva de las vejeces, libres de estereotipos y reducir la violencia estructural y social, en términos de Rueda Estrada (2008).

Es primordial problematizar las políticas de cuidado en general, y los CP en particular, retomando siempre el carácter conflictivo entre los diversos actores presentes en escena: el Estado, el mercado, las familias, las/os actores de la comunidad y las/os diversas/os profesionales que intervienen en esta problemática. También, es clave remarcar la importancia de la desfamiliarización del cui-

dado para centrar la responsabilidad estatal en cuanto aparato hospitalario e insumos requeridos por los CP; sin menospreciar el accionar familiar a la hora del acompañamiento de la persona que recibe este tipo de cuidados. El artículo comenzó con la pregunta “¿Cuáles son los aportes que pueden realizar los cuidados paliativos, como política pública, para garantizar los derechos de las personas mayores?”, estos no sólo son innumerables, sino que es fundamental un equipo interdisciplinario en donde circule la palabra y el conocimiento; y en el cual se recupere la voz de las personas mayores para lograr garantizar los derechos de las mismas.

En cuanto al rol profesional, “El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas” (Atencio, 2012, pp. 83-84); las personas son más que números en una base de datos; son personas que lloran y se ríen, que sufren pero que también tienen deseos; y el Trabajo Social tiene la posibilidad de acompañarlas. Esta profesión puede realizar un aporte significativo para garantizar los derechos de las personas mayores que reciben CP. Apelando así al ejercicio profesional crítico en el campo gerontológico,

como sostienen Sala y Daniel (2012), el cual lleva a cuestionar sobre la posibilidad de expresión de necesidades y deseos de las personas mayores, como sujetas/os de derechos y no como objetos de cuidado, recuperando y acompañando sus (quizás) últimos deseos.

Concluyendo, lo central es respetar la dignidad de las personas involucradas (la familia, el entorno y la/el llamada/o paciente); como así también sus decisiones. Y el Trabajo Social como profesión que muchas veces se desenvuelve en el marco del Estado, tiene la posibilidad de contribuir a dignificar los tratamientos a los que la persona se somete, como también disputar para que las políticas de cuidado se lleven a cabo respetando los deseos de las personas partícipes. Se debería velar para que no ocurran más sucesos como los de Mora Juárez y familia; ninguna otra persona mayor debería morir aislada, alejada de sus afectos, desinformada y sin conocimiento acerca de las diversas posibilidades respecto de su tratamiento. La creciente visibilización de situaciones como éstas, en virtud de debates públicos que se generan gracias a ellas, contribuye no sólo al avance en la afirmación de derechos sino también en la regulación del poder de las/os médicas/os en este tipo de realidades (Alonso y otras/os, 2013).

Bibliografía

- Aguirre, R. (2007). Cap VIII Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En CEPAL, *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros* (págs. 187-199). Santiago de Chile.
- Alonso, J. P. (2005). La experiencia de la atención en Cuidados Paliativos. Un abordaje desde las trayectorias del paciente con la enfermedad. *III Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani*.
- Alonso, J. Luxardo, N. Poy Piñeiro, S y Bigalli, M. (2013). El final de la vida como objeto de debate público: avatares de la "muerte digna" en Argentina. *Sociedad*.
- Atencio, V. (2012). Capítulo 6. De padecimientos, sujetos, instituciones e intervenciones. En Tello, C. y Danel, P, *Decolonialidad, identidades divergentes e intervenciones* (págs. 80-88). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social: Editorial de la UNLP.
- Carchak Canes, M. Merlo Laguillo, Y. Manes, R. Melechenko, L. Savino, D. Di Gregorio, C. y Jové, C. (2020). Vejece Desiguales En Cuarentena Aislamiento Social, Preventivo Y Obligatorio. Centro de Estudios de Ciudad- Facultad de Ciencias Sociales.
- Croas, R. (2016). Capítulo VI. Cuidados progresivos a lo largo de la vida I: sistema de cuidados progresivos. Autonomía personal en contextos institucionales. Derechos humanos en personas con fragilidad y dependencia. En FLACSO. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. SENAMA, *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur* (págs. 167-188).
- D' Urbano, E. (2016). Trabajo Social y Cuidados Paliativos: un aporte para los equipos de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Enríquez Rodríguez, C. (2015). Economía Feminista y Economía del Cuidado. Aportes Conceptuales para el Estudio de la Desigualdad. *Nueva Sociedad* (256), 30-44.
- Gómez Da Silva, A. De Moura Pontes, A. Monteiro Heniques, R (2009). El cuidado como categoría analítica en la enseñanza basada en la integralidad. En R. Pinheiro, *Enseñar salud. La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud* (págs. 133-153). Editorial Teseco.
- Instituto Nacional contra la discriminación, la Xenofobia y el racismo- INADI (2017) Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). Manual de Cuidados Paliativos para Cuidadores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Juárez, M. (4 de Agosto de 2020). A mi papá lo mató un sistema perverso. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/282981-a-mi-papa-lo-mato-un-sistema-perverso>.
- Ley 27.360: Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2017). Congreso de la Nación Argentina.
- Oddone, M. J. y Pochintesta, P. A. (2017). Actitudes de los adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires ante las políticas y los programas para la vejez. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(1), 105-114.
- Olaizola, P. R. (2006). ¿Qué lugar ocupa el Trabajador Social en el área de Cuidados Paliativos? Universidad Nacional de Luján.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida- CO-NICET. (s.f.). Documento sobre cuidados paliativos en relación con el final de la vida.
- Roqué, M. y Fassio, A. (2016). Capítulo I. los Desafíos del Envejecimiento: Políticas Públicas y Envejecimiento. En FLACSO. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. SENAMA, *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur* (págs. 13-43).
- Rueda Estrada, J. D. (2008). Capítulo 6. Violencia y Maltrato a las Personas Mayores. En Rueda Estrada, J. D. (Coord) *El Maltrato a las Personas Mayores: bases teóricas para su estudio*. Universidad de Valladolid. Junta de Castilla de León.
- Sala, D. y Danel, P. (2019). Capítulo 7. Tramas teórico - metodológicas del Trabajo Social en el campo gerontológico. En Tello, C. y Danel, P, *Decolonialidad, identidades divergentes e intervenciones* (págs. 89-101). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social: Editorial de la UNLP.
- Tripodoro, V. Veloso, V. Llanos, V. (2015). Sobrecarga del Cuidador Principal de Pacientes en Cuidados Paliativos. *Argumentos* (17), 307-330. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social* (47), 184-199.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169.