

**REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS
RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS
Pragmatismo y derechos humanos
frente a las políticas del prohibicionismo**

Antoni Llorc y Teresa Borràs

Resumen

La política prohibicionista en lo que concierne a las drogas ilegales cuesta unos cien billones de dólares anuales, con el objetivo de eliminar su uso, distribución y producción. Se ha evidenciado en los últimos años que este enfoque represivo no solo no alcanza sus metas, sino que además produce graves daños colaterales. En contraposición a este modelo hegemónico, el planteamiento de reducción de daños y riesgos, plantea y alumbra realidades incómodas que pueden desmontar las estructuras de doble moral que se yerguen alrededor del consumo de drogas ilegales y legales. Paralelamente, aportaciones como las de la antropología ponen en cuestión lo que entendemos como consumo problemático de drogas, y permiten comprender la naturaleza de este comportamiento que suele etiquetarse como patológico y está socialmente estigmatizado.

Palabras clave: drogas, prohibicionismo, reducción de daños, consumo problemático, estigmatización social.

1. Origen del prohibicionismo. EE.UU.: los controladores de la moral

El uso y el comercio de sustancias psicoactivas es tan antiguo como la existencia de la civilización. Los gobiernos religiosos comenzaron a penalizar la posesión y el comercio de drogas en la Edad Media, y esta persecución ha continuado hasta nuestros días. Pero es desde el siglo XX que los Estados Unidos encabezaron la más importante oleada renovada de la prohibición de drogas, llamada *guerra contra las drogas*.

A mediados del siglo XIX, las denominadas Guerras del Opio (1839-1842, 1856-1860) pusieron en evidencia el gran interés comercial, político-estratégico y económico del control del opio entre el Imperio Chino y el Imperio británico. Los

de fumar opio en este país es el gran número de mujeres blancas que se han unido a los chinos en los diferentes barrios chinos de nuestras ciudades» (Del Olmo, 1989). Debemos mencionar aquí que la primera ley prohibicionista del uso de un medicamento, en particular en los EE.UU. era una ordenanza de la ciudad de San Francisco, que prohibió fumar opio en los denominados fumaderos, en 1875.

Posteriormente, Anslinger emprendería una cruzada contra la marihuana con la Ley de Tasación de la Marihuana (1937), asociando su uso a consecuencias malignas que provocaban asesinatos y perturbación sexual (violaciones, promiscuidad, etc.). Su consumo se asociaba tanto a la población afroamericana como a la población de origen hispano, ambas dedicadas a la explotación agrícola y industrial. A la población afroamericana del sur del país se le asociaba principalmente el uso de cocaína, que supuestamente les proporcionaba una fuerza extraordinaria que les empujaba a la violación y al asesinato. Podemos intuir y constatar que el racismo y el deseo de control de las poblaciones extranjeras —que suponían la mayor fuerza de trabajo y desarrollo del país— fue una de las causas principales de la cruzada prohibicionista. Se alimentaba, además, del puritanismo cristiano protestante, que consiguió prohibir el comercio del alcohol entre 1920 y 1933 (ley seca) para limpiar la sociedad de delincuencia, acciones y pensamientos impuros. En algunos estados —por ejemplo, Alaska— continúa la prohibición y restricción de consumo de alcohol para los indígenas, alegando también que la ingesta de alcohol les provoca violencia y desórdenes sociales.

Ya en los años sesenta, aparecen movimientos juveniles contestatarios que empiezan a usar las drogas como forma de liberación. Su uso y expansión es multitudinario, a pesar de que durante el mandato de Kennedy se había aprobado ya la Convención Única sobre Estupefacientes en la ONU (1961). Nixon, y después Reagan, continúan la cruzada contra las drogas o guerra contra las drogas como la bautizó Nixon. Eran los tiempos de la Guerra del Vietnam, y debido a los avances científicos y farmacéuticos aplicados al campo de batalla y a la investigación, surgen nuevas drogas como el LSD, las anfetaminas, los barbitúricos, etc., Empiezan a usarse de forma lúdica y como forma de identificación social con un movimiento

juvenil contracultural símbolo de las libertades individuales y de la crítica a la sociedad capitalista que se erigía en esos años en Occidente.

En 1962 se produce un cambio conceptual crucial: la Corte Suprema de Justicia de EE.UU. reconoce al consumidor de drogas como un enfermo y no como un delincuente, etiqueta que se le había adjudicado hasta ese momento. Se empieza a desarrollar una red de centros de salud mental en todo el país a través del Instituto Nacional de Salud Mental: en ella se contemplará el tratamiento psiquiátrico de la adicción (Del Olmo, 1989).

Este cambio de paradigma es importantísimo para entender el estado actual de las políticas de drogas, que se apoyan en la criminalidad y la enfermedad mental como explicación del fenómeno de consumo de drogas, y que en la actualidad continúan fundamentándose en bases científicas biologicistas. El enfoque biologicista pretende desahuciar las teorías sociales que explican el consumo de sustancias centrándose en el análisis del contexto y su interacción con las diferencias individuales y variabilidad de las sustancias. El objetivo es descartar la posibilidad de modelos comprensivos alternativos, que contemplen la posibilidad de una gestión responsable del consumo de sustancias y que rechacen una guerra contra las drogas. En los últimos años se ha evidenciado que la dudosa efectividad de este enfoque represivo que, lejos de conseguir sus metas, produce daños colaterales aún mayores para la salud pública (Wodak, 2013). Algunas de las consecuencias del modelo prohibicionista que goza de un estatus hegemónico son: las desproporcionadas penas de prisión; las muertes en nombre de la lucha contra el narcotráfico; el miedo a las medidas represivas como obstáculo para el acceso a los tratamientos; la exposición de los posibles usuarios a la violencia, la discriminación y la negación del derecho a la salud; el fortalecimiento de los grupos armados; las estrictas regulaciones para el uso de opiáceos en el ámbito médico; la tortura y abusos sexuales (McFarland y Sánchez-Moreno, 2014).

uso de drogas: se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. Como ya planteara hace unos años Zinberg, para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos dissociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo. Esto es así porque una cosa es el laboratorio y otra distinta son las condiciones, materiales y simbólicas, en las que los sujetos, en su vida cotidiana, consumen el producto-droga. Son variadas las personas que las consumen (por su estructura físico-psíquica), los grupos en los que viven, que dan un sentido u otro (pautado culturalmente) al hecho de consumirla y, por lo tanto, a la utilidad social que se atribuye a la droga, en fin, las expectativas culturales con que se consumen, las condiciones sociales en que se hace, las formas de obtener el producto, las dosificaciones que cada cual consume, las técnicas de uso y la calidad del producto obtenido, además de las circunstancias concretas en las que se hace y otros aspectos menos relevantes. (Romaní, 2008).

La exclusión de ciertas drogas de las prácticas culturales es el resultado tanto de la implementación de las sociedades industriales —donde el carácter colectivo perdió centralidad en la organización social— como del prohibicionismo (Romaní, 2004; Díaz, 1998). El prohibicionismo desplazó el consumo hacia los márgenes sociales y las subculturas juveniles, lo que supuso que en lo que respecta a las nuevas drogas, producto de los avances farmacéuticos (cocaína, heroína, etc.), no se construyeran regulaciones socioculturales como las que presentaban los consumos tradicionales (Arif, 1981). El prohibicionismo negaba la capacidad de control a pesar de que la mayoría de consumidores controlaba el consumo (Becker, 2009; Zinberg, 1984) y ejercía de paso violencia simbólica hacia los consumidores. Por el contrario, otros estudios, pertenecientes al ámbito de la teorías de la normalización del consumo de drogas legales e ilegales, permiten observar que este puede ser controlado y gestionado por distintos usuarios sin conllevarles problemáticas en sus

vidas, y que este hecho puede darse y se ha dado en todos los tipos de sociedades. Estos estudios señalan, también, que puede abandonarse el consumo sin acudir a centros especializados ni profesionales. De hecho, a menudo es la propia estructura social la que favorece la estigmatización y la problemática asociada, y no tanto la sustancia en sí y la relación que establecen los individuos con ella. (Grund *et al.*, 2004; Peele, 1990 y 1985; Zinberg, 1984; Young, 1971; Martínez Oró, 2014).

Tras la Segunda Guerra Mundial, las etnografías sobre consumidores de drogas en todo el territorio norteamericano supusieron un primer cambio radical en el enfoque de investigación en torno a las drogas, hasta el momento basada en la farmacología: centraron la atención en la perspectiva del actor y su relación con las sustancias y el contexto, revelando identidades no patológicas detrás de sujetos que consumían mayoritariamente heroína, (Lindesmith, 1968; Finestone, 1957; Hughes, 1961; Preble y Casey, 1977, en Waldorf, 1980) o que fumaban marihuana (Becker, 1953; Rubin y Comitas, 1975, en Waldorf, 1980). Estos estudios¹⁵ son algunos de los ejemplos paradigmáticos de la descripción naturalista de este tipo de fenómenos, así como las primeras investigaciones sobre el uso controlado de sustancias y el cuestionamiento del modelo que asociaba a los consumidores con la enfermedad y/o la delincuencia.

Este tipo de investigaciones científicas son minoritarias todavía y se sitúan en una posición secundaria en relación a los postulados científicos que nutren las políticas represivas sobre drogas. Sin embargo, su expansión e influencia crecen progresivamente, de la mano de los logros obtenidos en la regulación de usos de otras sustancias como el cannabis, que ya cuenta con algunos éxitos en las propuestas de cambio de modelo de gestión de la oferta y la demanda y regularización de su consumo. Actualmente ya existen propuestas concretas de regularización del mercado de cocaína que abogan por la eliminación del narcotráfico y la violencia y mejores opciones de salud para sus usuarios.

¹⁵ Hay estudios más recientes en la misma línea (Waldorf *et al.*, 1991; Díaz *et al.*, 1992; Bieleman *et al.*, 1993; Cohen y Sas, 1993; Decorte, 2000; Bourgois, 1995; Sepúlveda, 1997; Díaz, 1998; Epele, 2007; Decorte y Muys, 2010; Reynaud-Maurupt y Hoareau, 2010).

Los posicionamientos de reducción de daños y riesgos plantean y alumbran realidades incómodas que pueden desmontar las estructuras de doble moral alrededor de un fenómeno social como es el consumo de drogas ilegales y legales. Asimismo, la antropología aplicada a la salud, en sus estudios sobre los sistemas de atención, el sistema médico como sistema cultural y las tensiones teóricas provocadas por la diferenciación entre los conceptos de *disease/illness/sickness* (Kleinman *et al.*, 1978), cuestiona lo que entendemos por consumo problemático de drogas (construcción sociocultural del adicto), comportamiento desviado (teoría del etiquetamiento) y procesos de estigmatización (Becker, 2009; Goffman, 2008; Matza, 1981).

El enfoque antropológico presentado por Kleinman, Eisenberg y Good (1978) asigna especial importancia teórica a la noción de afección o malestar (*sickness*), que enfatiza los aspectos sociales y culturales de la enfermedad. Su propuesta se basa en la distinción entre las dimensiones biológicas y culturales del malestar (*sickness*). La enfermedad como *disease* sería la patología subyacente, biológicamente definida desde la perspectiva del clínico. Por el contrario, la enfermedad en cuanto *illness* sería la experiencia subjetiva de los síntomas definida por la persona. En este sentido, el concepto de adicto o drogadicto ha sido construido como patología desde la posición clínica y, culturalmente, a partir de determinados estereotipos de las personas que usan drogas, siempre asimiladas a la imagen de delincuencia, enfermedad o inmoralidad. De acuerdo con la teoría antropológica, la salud, la enfermedad y el proceso de atención a los mismos son parte de un sistema cultural y deben ser entendidos a través de sus relaciones mutuas. Examinar estos conceptos de forma separada distorsiona su comprensión, tanto en lo que respecta características como en lo que atañe a su modo de funcionar en un determinado contexto.

Desde el discurso prohibicionista, se persuade al conjunto de la sociedad de que los usos de drogas producen inevitablemente problemas: el consumidor es una persona con carencias emocionales e identitarias que lo empujan a consumir, y el consumo únicamente pueden ser compulsivo y perjudicial. Estas características

promueven el rechazo unilateral del conjunto de la población de consumidores de drogas y conllevan su estigmatización, sean problemáticos o no. Pero una de las consecuencias más perversas de este imaginario es que ciertos consumidores lo reproducen, y la profecía del discurso prohibicionista se autocumple en ellos mismos. Es decir, como en su acervo de conocimientos para interpretar las consecuencias del uso de drogas solo poseen el conocimiento prohibicionista, terminan por hacer coherente la profecía con sus prácticas y, en consecuencia, sus consumos solo pueden resultar problemáticos (Martínez Oró y Pallarès, 2013).

Las ciencias sociales han contribuido decisivamente a dismantelar las lógicas del prohibicionismo sustentadas radicalmente por el imperante paradigma, estrictamente biomédico imperante y jurídico punitivo. A su vez, han propuesto modelos de combinación de ambos paradigmas, o como mínimo de coexistencia y convivencia, para poder gestionar el uso de las drogas desde perspectivas razonables, desde la óptica de la salud pública y los derechos humanos. Reconocer la posibilidad de una gestión no problemática de drogas, respaldada por numerosos estudios científicos, es una obligación de la sociedad: si no se reconocen los consumos controlados e integrados, las políticas de drogas continuarán desenfocando el objeto de intervención y se perseverará en la estigmatización, la criminalización y el ejercicio de violencia simbólica hacia los usuarios (Martínez Oró, 2014). Basta aquí una breve mención a las denominadas nuevas sustancias psicoactivas para constatar la proliferación de consumo y distribución de nuevas sustancias que, mediante la red, inundan ahora el mercado de las drogas, esquivando los tratados internacionales¹⁶. Esta realidad anticipa un escenario de incertidumbre respecto de los riesgos asociados a su consumo, y delata las debilidades del sistema de fiscalización internacional.

¹⁶ Para profundizar en este tema, leer a Giné *et al.* (2014) o ver el proyecto Nuevas Sustancias Psicoactivas en Europa (<http://www.npsineurope.eu/>).

4. La respuesta asistencial

Hay una gran variabilidad de respuestas desde diferentes perspectivas y según el punto de aproximación: en ocasiones apreciamos una gran fragmentación en la aprehensión del fenómeno, y una falta de atención a su complejidad y al hecho de que este *capilariza* los diferentes niveles del individuo, de su entorno microsociedad y del contexto macrosociedad y geopolítico. Por tanto, la respuesta asistencial no debería plantear a priori como objetivo primordial y/o implícito la abstinencia, ni tampoco debería estar basada en una interacción instructiva, sino que tendría que contemplar un posible acoplamiento estructural (Maturana y Varela, 2004) para lograr relaciones que posibiliten cambios, de mínimos a máximos, en función de los múltiples y singulares elementos que caracterizan las demandas y las respuestas en un momento y lugar concretos.

En este sentido ha surgido la implementación y difusión de la filosofía de disminución de daños y riesgos a diferentes niveles: tanto en el sistema formal (servicios asistenciales hospitalarios, ambulatorios y extrahospitalarios; hospitales de día, centros de día, centros de actividades, comunidades terapéuticas, etc.) como en el sistema informal o de nueva creación, que a su vez se ha ido introduciendo en nuevos contextos, por ejemplo, los planes de actuación municipal. Han aparecido centros de encuentro y acogida, salas de consumo supervisado (en lugares fijos y también en el contexto habitual de consumo, a menudo cercano al contexto de venta), espacios de venopunción asistida, unidades móviles de atención mínima, programas móviles de intercambio de jeringuillas, a veces vinculados al contexto de venta (*basements* de Rotterdam, unidades móviles y programas *outreach*, etc.). Con la finalidad de evitar procesos de marginalización continuos, estos dispositivos han facilitado el trazado y desarrollo de circuitos de atención, y han hecho posible la articulación de intervenciones del sistema sanitario público con recursos que cubren las necesidades elementales de usuarios con trastornos ligados a la cronicidad en el consumo y a situaciones de precariedad biopsicosocial.

En la primera línea de atención se ha tratado de evitar la tendencia a la fragmentación del usuario y del sistema asistencial, para poder avanzar en una

perspectiva de continuidad de la cura: «Una fórmula de organización que permite entender la demanda del usuario como un acto único centrado en un proceso, lo cual hace imprescindible la óptima coordinación entre los diversos niveles de atención en su sentido más amplio» (Martí y Borràs, 2006). En los primeros años, la respuesta a la alarma social generada por el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas se articuló en el marco de los llamados programas libres de drogas. En paralelo, se generó un incipiente cuestionamiento de estos programas. Se propusieron aproximaciones terapéuticas que no priorizaban la abstinencia y sí proponían un acercamiento a la persona, a sus relaciones y a su entorno desde una posición de mayor respeto hacia los individuos y una comprensión de su realidad. La voluntad de fondo consistía en minimizar daños a partir de un rol más activo y participativo de los destinatarios de la atención (De Andrés *et al.*, 1996).

Proponemos la combinación de un marco epistemológico ecosistémico con el pragmatismo de la actuación de la teoría de reducción de daños y riesgos (Borràs y Sardà, 2004). Es por ello que lo más adecuado, a la hora de dar respuesta a las demandas asistenciales, es concebirlas en un complejo mapa de puntos de contacto e itinerarios múltiples. Estos permiten diseñar recorridos únicos para cada usuario, y atienden a sus necesidades a partir de la definición de unos objetivos acordados con el profesional de referencia, en función de los aspectos predominantes de la demanda del sujeto y sus posibilidades de respuesta. Para acercarse o tender a esta forma de abordar las relaciones terapéuticas, es fundamental que el sistema asistencial acepte que el sistema demandante tiene la última palabra en el planteamiento de cambio. El terapeuta –o sistema terapéutico– acompañará al usuario, con un pilotaje más o menos directivo, hacia el destino que este proponga, sabiendo también que en cualquier punto del trayecto se puede cambiar de programa o destino. Para ello podemos intervenir desde diferentes niveles. No obstante, para lograr coherencia y articulación, es fundamental la redacción, en coparticipación, de un plan de acción comunitario sobre drogas.

En conclusión, desde la perspectiva de disminución de daños y riesgos, las respuestas asistenciales tienen que tener como objetivo básico y primordial la

mejoría del individuo. La mejoría es entendida en un sentido genérico de salud pública: desde un consumo menos perjudicial para el sujeto y su entorno hasta la abstinencia absoluta en el consumo de la sustancia y/o sustancias que provocan la demanda o el contacto con el dispositivo. Estas demandas atañen desde el tabaco a la heroína, pasando por el alcohol (sustancia que actualmente se relaciona con la demanda mayoritaria en los servicios especializados de drogodependencias) y otras sustancias como la cocaína, el cannabis y medicamentos tranquilizantes (benzodiacepinas). Además, hay que tener en cuenta factores que suelen acompañar al consumo: psicopatologías comórbidas como los trastornos de ansiedad, afectivos y psicóticos; patología orgánica asociada; y la repercusión comunitaria. Tener en cuenta la intervención comunitaria y la coparticipación de todos los agentes implicados requiere en ocasiones de acercamientos a todos los elementos en la cadena de consumo: desde el acceso a la sustancia y su distribución, al consumo activo supervisado, el vecindario, el sujeto, su familia y la escuela de sus hijos, lugares de ocio, etc.

Detenernos a conocer cuáles son nuestros mapas relacionales, la naturaleza de nuestras relaciones y el marco epistemológico en el que actuamos es algo que consideramos importante e imprescindible en nuestra organización. Nuestra intervención se orienta a generar unas condiciones donde pueda surgir la conciencia necesaria para la participación responsable en los procesos de cambio; en definitiva, afrontar emociones, placeres, malestares y, en ocasiones, el rechazo individual y social. Se trata de aportar líneas y cuestionamientos teóricos que fomenten un pensamiento y acción críticos. Estos deberían conducir hacia la superación de los actuales paradigmas ideológicos restrictivos, que impiden, a fin de cuentas, el desarrollo de unas políticas de drogas más justas y eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKER, Howard. *Outsiders. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2009.
- BORRÁS, Teresa, y SARDA, Artur. «Cambios sociales, cambios en los tratamientos», en *Monografías Humanitas*. 2004, núm.1.

- CÁCERES, Baldomero. «La coca el mundo andino y los extirpadores de idolatría del siglo XX», en *América Indígena*, vol. 4. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1978.
- DE ANDRÉS, Miguel, et al. *Programas de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup Igja, 1996.
- DEL OLMO, Rosa. «Drogas: distorsiones y realidades», en *Nueva Sociedad*. 1989, núm. 102.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- KLEINMAN, Arthur. «Concepts and Model fort he comparison of medical systems as a cultural model», en *Social Science & Medicine*, 1978, núm. 12.
- MARTÍ I CARRASCO, Víctor, et al. «Salud mental y drogodependencias», en LEAL, José, y ESCUDERO, Antonio (Coords.). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
- MARTÍNEZ ORÓ, David .P. *Sense passar-se de la ratlla. La normalització social dels consums de drogues*. Barcelona: Bellaterra, 2014.
- MATURANA, Humberto, y VARELA, Francisco. *El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen, 2004.
- MATZA, David. *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus, 1981.
- MCFARLAND, María. «Por qué el respeto a los derechos humanos exige reformas a las políticas de drogas. Cómo la criminalización de las drogas destruye vidas, fomenta abusos y subvierte la justicia», en *Informe Mundial 2014*. Human Rights Watch. Nueva York: HRW, 2014.
- ROLLES, Steve, et al. *The alternative world drug report. Counting the costs of the war on drugs*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation, 2012.
- ROMANÍ, Oriol. «Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño», en *Salud Colectiva*. 2008, vol. 4, núm. 3.
- SZASZ, Thomas. *Ceremonial Chemistry. The Ritual persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1974.
- WODAK, Alex. «Harm Reduction and law. The impact of criminalisation on public health», en Brigaud, Thierry (Dir.). *The history and principles of Harm Reduction. Between public health and social change*. París : Médecins du Monde y Agence Française de Développement, 2013.

III. LA PERSPECTIVA ASISTENCIAL

**PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES
EN LOS PACIENTES DADOS DE ALTA
EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA**

Pilar Sales, Macarena Cabrera y Germán Diestre

Resumen

La demencia es el paradigma del aumento de supervivencia en enfermedades crónicas mediante la aplicación de tratamientos y técnicas avanzadas. La planificación anticipada de decisiones (PAD) es una herramienta que facilita espacios de reflexión entre el paciente o su representante y el equipo terapéutico responsable. Permite adecuar el tipo de atención y se utiliza para tomar decisiones difíciles al final de la vida. Este artículo evalúa la frecuencia y tipo de PAD que se lleva a cabo en los pacientes con demencia que son dados de alta en una Unidad de Psicogeriatría. Es fruto de un estudio descriptivo, prospectivo a través de la recogida de datos procedentes de la historia clínica, y de la búsqueda y selección de la literatura relacionada con este tema.

Palabras clave: planificación anticipada de decisiones, demencia, psicogeriatría.

Durante el siglo pasado se produjo un cambio en las causas que llevan a la muerte de los enfermos: la muerte aguda debida a enfermedades infecciosas fue sustituida, en gran medida, por enfermedades que, en general, implican un proceso de muerte más prolongada, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Hasta hace unas décadas eran pocos los problemas éticos relacionados con el inicio y el final de la vida, pues no había alternativas ante las enfermedades graves y las situaciones de enfermedad crónica terminal no eran frecuentes (Sanz Ortiz, 2001).

Actualmente, esta situación ha cambiado: las mejoras en las condiciones socioeconómicas, sumadas a los avances tecnológicos –especialmente los ocurridos en el campo de la sanidad, tanto en el ámbito preventivo de salud pública como a

nivel de diagnóstico y tratamiento—, han llevado aparejado un cambio a escala demográfica. Ha habido un descenso en la tasa de natalidad y de mortalidad, un aumento de la edad de la población y el consiguiente envejecimiento poblacional. También ha ocurrido un cambio a nivel epidemiológico, con una variación en la incidencia y prevalencia de las causas de enfermedad y mortalidad: ha habido una evolución desde las enfermedades de etiología infecciosa a enfermedades de curso crónico, más relacionadas con la edad.

La aproximación a estos cambios plantea la necesidad de separar lo que es enfermedad de lo que es envejecimiento. El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad ni de cuidados paliativos, sino que significa una disminución de la capacidad del organismo para adaptarse a situaciones de estrés. Esto conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad y, por lo tanto, que las manifestaciones que presenta esta respuesta a menudo no sean las esperadas en la población más joven. Esta diferencia puede dificultar su abordaje. Además, la comorbilidad es algo frecuente en la población envejecida, por lo que los síntomas se pueden solapar con las causas que los provocan, creando más incertidumbre. Finalmente, las enfermedades en esta etapa de la vida requieren un mayor uso de medios diagnósticos y terapéuticos, lo que conlleva un aumento en el riesgo de iatrogenia (López *et al.*).

Este escenario de la enfermedad en población envejecida incluiría la demencia, síndrome clínico de etiología diversa, que se manifiesta por deterioro cognitivo, con síntomas que pueden incluir la alteración de la función mental en áreas como la memoria, el aprendizaje, el juicio, la atención, la concentración, el lenguaje y el pensamiento. Todo esto se acompaña a menudo de cambios en la conducta, que afectan y repercuten en las actividades habituales y en el entorno social, laboral y familiar del paciente. Dado que el diagnóstico de demencia supone un deterioro intelectual y funcional respecto del estado previo, su valoración tendrá en cuenta el contexto sociocultural del sujeto, es decir, adoptará una perspectiva biográfica. La evolución clínica suele ser crónica, progresiva y, en general, conlleva una dependencia completa, tanto en relación con la función física como psíquica.

Ocasiona la muerte en un plazo variable de tiempo, dependiendo de la etiología (Robles, 2006).

La demencia, en su estadio final, es un ejemplo de enfermedad que desemboca en una muerte crónica¹⁷, con un pronóstico vital incierto, con múltiples y variados síntomas. A pesar de que no existe un tratamiento efectivo que revierta la progresión de la enfermedad, la demencia es el paradigma del aumento de supervivencia de las enfermedades crónicas mediante la aplicación de cuidados y técnicas médicas. Es aquí donde muchos profesionales de la medicina se plantean dónde está el límite de su actuación. Sabemos que la enfermedad no tiene curación, que progresa y que afecta a los niveles cognitivos y funcionales fundamentales, lo que hace que la persona sufra una muerte biográfica y social. Al tomar medidas terapéuticas de mantenimiento de la vida biológica en el contexto de una demencia avanzada, la cuestión a plantearnos es hasta qué punto estamos provocando daño – en contra de los principios éticos–, e incluso atentando contra el derecho inherente de todas las personas a morir y a decidir (Delgado Fontaneda y López Sainz, 2009).

Actualmente, ante la escalada tecnológica a la que asistimos, hay una preocupación por las decisiones que se toman al final de la vida. Se cuenta con más recursos y una ayuda de los profesionales de la salud al alcance de casi todo el mundo. Pero, al mismo tiempo, se teme que su aplicación no se ajuste lo suficiente a la situación personal y a la forma de ser de cada uno. Todos tenemos derecho a poner límites a cualquier actuación que se efectúe sobre uno mismo y a pedir una actuación determinada cuando se prefiere antes que otra. Poder confiar en que se respetará nuestra voluntad es importantísimo para morir mejor: hace posible una cura más personalizada y permite evitar una de las preocupaciones actuales, las actuaciones no deseables. Sin embargo, el problema grave se plantea cuando

¹⁷ La enfermedad, como fenómeno concomitante al ser humano, no ha sido conquistada. Paradójicamente, el propio éxito de la medicina moderna ha provocado un aumento y no una reducción de la tasa de morbilidad, lo que convierte el proceso de morir en un problema más complejo. Solo se pueden superar algunas enfermedades, que a su vez se sustituyen por otras que aparecerán en el transcurso de la vida, como es la demencia. El desarrollo de las técnicas médicas permite alargar la vida en la demencia avanzada, lo que provoca que la muerte haya dejado de ser natural, en algunas ocasiones puede representar una muerte en vida. Para que un paciente en estas circunstancias muera, alguien tiene que hacer o dejar de hacer algo, alguien tiene que tomar una decisión (Delgado Fontaneda, 2009).

perdemos la capacidad de expresar nuestra voluntad debido a la evolución de una enfermedad, como puede ser una demencia. Es una situación frecuente que conviene prever, ya que entonces uno queda a merced de las decisiones de los otros y hay peligro de que los propios deseos quedan relegados (Broggi, 2011).

1. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la frecuencia y tipo de planificación anticipada de decisiones (PAD) que se lleva a cabo en los pacientes diagnosticados de demencia y dados de alta entre los años 2010 y 2014 en la Unidad de Psicogeriatría del Centro Sociosanitario Albada de Sabadell.

Los objetivos secundarios son:

- a) reflexionar sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA) y la PAD en el ámbito de la demencia;
- b) aclarar conceptos relacionados con el DVA y la PAD;
- c) indagar sobre los factores que influyen en la toma de decisiones al final de la vida en el contexto de la demencia;
- d) estudiar las características de los pacientes en los que se realiza algún tipo de PAD;
- e) sugerir cambios en la asistencia clínica.

2. Método

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo, realizado entre enero de 2010 y julio de 2014. Los datos son recopilados de la historia clínica de pacientes de una Unidad de Psicogeriatría en el momento de su alta. Asimismo, se ha realizado una búsqueda y selección de la literatura relacionada con este tema.

3. Resultados

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y disminución de la calidad de vida en la población mayor. Esto conlleva una problemática médica, social y económica que va en aumento. Tomando los datos de la bibliografía internacional en su conjunto, se puede afirmar que la prevalencia de demencia bien establecida en individuos de edad superior a los 65 años es del 8 %, pero la cifra se puede doblar si incluimos a los sujetos con formas leves de demencia o con deterioro cognoscitivo superior al que se esperaría para su edad y nivel educativo. Hay unanimidad en considerar que la tasa de demencia depende sustancialmente de la edad, duplicándose cada 5 años desde el 1 % al 2 % a los 65-70 años, hasta el 30% o más después a los 85 años.

El curso evolutivo clásico es el de una enfermedad que se inicia de manera insidiosa y evoluciona de forma lenta y progresiva, aunque no todas las personas que la padecen evolucionan igual ni todas ellas llegan hasta la última fase de la misma manera. A medida que la enfermedad avanza, se produce un aumento del deterioro funcional (capacidad para realizar actividades de la vida diaria), aparecen alteraciones del apetito y los hábitos alimentarios y del sueño, y hay disminución de la movilidad y de la capacidad de autocuidado personal. Todos estos factores hacen que el paciente con demencia sea muy vulnerable y aumente la susceptibilidad de sufrir complicaciones médicas, lo que explicaría la alta utilización de los diferentes recursos sanitarios y sociales por parte de estos enfermos (Formiga *et al.*, 2009).

El papel tradicional de los médicos es aliviar el sufrimiento y mantener la vida, sin olvidarse de promover la calidad de vida y el respeto a la dignidad humana, sobre todo cuando tratamos con las nuevas fronteras de la medicina moderna. Ante un paciente con demencia severa, ¿cómo podemos evaluar la calidad de vida, el sufrimiento y los cuidados adecuados para paliarlo? ¿Qué criterios pronósticos de supervivencia se utilizan? ¿Cuánto tiempo pueden los tratamientos alargar la vida? A diferencia de los pacientes con cáncer metastásico, las personas dementes no son consideradas en situación terminal ni por los profesionales ni por la familia y, probablemente, no tienen acceso a participar en programas adecuados de final de la

vida. En la literatura encontramos que los siguientes factores predicen la supervivencia a corto plazo en estos enfermos: edad avanzada, anorexia y la limitación funcional medida con la escala de Karnofsky. Teniendo en cuenta también los estudios europeos, otros factores indicativos de 6 meses de supervivencia son: condiciones de inestabilidad clínica, incontinencia fecal, encamamiento, deterioro cognitivo, caquexia severa, tipo de demencia, edad y género. Sin embargo, los pacientes con demencia que sufren enfermedades intercurrentes agudas suelen ser trasladados al hospital para ser sometidos a tratamientos agresivos, sin considerar el deterioro cognitivo, los síntomas conductuales, el estreñimiento o las úlceras por presión. Por otra parte, la eficacia de los antibióticos y la nutrición artificial en la demencia severa se encuentra en discusión, ya que varios estudios han demostrado que no alargan la vida ni proporcionan confort (Congedo *et al.*, 2010).

La demencia consiste, como ya hemos visto, en un deterioro fisiológico en cuyas fases avanzadas nos preguntamos cuáles son los derechos morales que tienen, o retienen, estas personas, y qué es lo mejor para ellas. ¿Es esencial para tener cualquier derecho estar en posesión de algún mínimo nivel de competencia mental? ¿Las personas mentalmente incapacitadas tienen los mismos derechos que tienen los individuos normalmente competentes, o sus derechos se alteran, disminuyen o se extienden a alguna otra forma en virtud de su enfermedad? Por ejemplo, ¿tienen derecho a la autonomía, a recibir cuidados, a la dignidad y a un mínimo nivel de recursos en la misma medida que los enfermos con competencia mental normal? (Dworkin, 1994).

Si alguien diagnosticado de demencia no ha indicado sus deseos, ni formal ni informalmente, entonces, por supuesto, es posible que nunca haya considerado el asunto y que no haya tenido opinión al respecto. En este caso, los parientes pueden preguntarse si, en caso de pensarlo, hubiera querido que se le permitiera morir o que se le matara al llegar a las etapas finales de la enfermedad. Estas especulaciones sobre su opinión se basan, usualmente, en la idea de lo que sería más coherente en el conjunto de su personalidad y experiencias previas.

Los dos derechos fundamentales que entran en juego en las decisiones de representación son el derecho a la vida y el derecho a la libertad. Ambos derechos deben ser interpretados, en cada caso concreto, al amparo del respeto a la dignidad de la persona. El ordenamiento jurídico español se ha estructurado tradicionalmente en torno a la superioridad de la vida sobre la libertad. De ahí que el criterio tradicional de decisión haya sido el de *mejor interés*. Esto ha significado defender la vida del enfermo a toda costa, sin atender a otro tipo de consideraciones como su calidad de vida o sus deseos (criterio subjetivo), o lo que el paciente hubiera decidido de haber sido capaz (criterio de juicio sustitutivo).

Actualmente, es el propio paciente quien tiene en primer lugar el derecho a determinar el contenido de este *beneficio* o *interés*, ya sea de forma inmediata o de forma mediata, a través de su representante. El mismo paciente, aunque ahora esté incapaz, debería decidir o haber decidido lo que hay que hacer (criterio subjetivo); si no es posible, su representante actuará como el paciente lo haría de ser aún capaz (criterio de juicio sustitutivo). Y solo si son imposibles estas dos vías, el representante actuará de acuerdo al *mayor beneficio* de la persona incapaz. Este criterio tampoco deberá guiarse solo por la idea de cantidad de vida: hoy debería incluir necesariamente una ponderación adecuada de la idea de calidad de vida (Barri Cantalejo y Simón Lorda, 2006).

En este contexto se inscribe la idea de las voluntades anticipadas: una ocasión para continuar ejerciendo la autodeterminación personal en momentos de pérdida del control de decisión en los que se quiere que los propios valores o indicaciones estén presentes y se respeten. Estas voluntades pueden quedar plasmadas en un documento de voluntades anticipadas (DVA) o en una planificación anticipada de decisiones (PAD). El DVA consiste en un documento escrito por una persona con plena capacidad para hacerlo que, libremente y de acuerdo con algunos requisitos legales, expresa unas instrucciones u orientaciones a seguir cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurran no le permitan expresar su voluntad. También incluye la posibilidad de designar un representante. La base del DVA es el respeto a la autonomía de la

persona, poniendo a su alcance una herramienta para que pueda continuar ejerciéndola y asegurando que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de vulnerabilidad. El principio de autonomía, que incluye la gestión de la propia vida, implica que toda persona con capacidad, debidamente informada y sin coacciones, puede decidir sobre lo que considera bueno para sí misma, incluidos la demanda, la aceptación o el rechazo de determinados procedimientos. No existe una buena práctica médica sin el respeto a la voluntad del paciente, que tiene derecho a participar en la propia planificación de sus cuidados sanitarios. El personal sanitario tiene la responsabilidad profesional, legal y ética de asegurar y favorecer esta participación. El fundamento del DVA es, por tanto, el respeto a este derecho que, mediante el documento, se prolonga cuando ya no pueda ejercer el paciente por sí mismo (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2010).

La PAD es un proceso de comunicación entre el paciente y su representante y, en caso de incapacidad, los proveedores de la salud, su familias y otras personas vinculadas a él. Su contenido atañe al tipo de atención que se considera apropiado cuando el paciente no pueda tomar decisiones. Asimismo, la PAD también puede incluir directivas o voluntades anticipadas plasmadas por escrito. El objetivo original del movimiento por la PAD, desde la perspectiva de los especialistas en ética y medicina legal, era ayudar a los pacientes a tomar decisiones en relación a futuros tratamientos, en el caso de incapacidad. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, el objetivo principal de la PAD implica prepararse para la muerte y su proceso. La PAD puede ayudar a las personas a conseguir una sensación de control del pensamiento, más allá de una lista detallada de objetivos concretos para asignar un enfoque personal de la propia muerte, considerando los valores más relevantes para cada persona. Permite, también, determinar la configuración de la atención y los límites en tratamientos de soporte vital, que pueden alargar de manera inadecuada el proceso de morir. Además, facilita al paciente espacios de reflexión sobre valores, objetivos y preferencias con sus seres queridos, en un ambiente tranquilo. Esto ayuda a la gente a resolver sus diferencias con sus seres queridos, y,

llegado el caso, facilita la búsqueda del perdón de los conflictos pasados mediante el refuerzo de los vínculos personales (Martin *et al.*, 2000).

Es probable que con el desarrollo de la PAD más personas puedan decidir hacer un DVA que formalice legalmente sus preferencias de forma sistemática. Y viceversa: disponer de un DVA puede facilitar claramente la PAD en una persona con la capacidad conservada, confirmándose o modificándose las preferencias allí expuestas. Si bien la PAD y el DVA no son sinónimos, sí que son procesos muy relacionados. Ambos persiguen como objetivo final garantizar el máximo respeto de los valores del paciente. Durante el proceso de la PAD, en el caso de enfermedades avanzadas que potencialmente amenazan la vida, la comunicación y negociación con los pacientes y sus familias puede evitar daños psicológicos y ser de gran ayuda para ajustar expectativas. Por otra parte, la PAD tiene sus riesgos: puede implicar una limitación del esfuerzo terapéutico, puede confundirse con un DVA, su aplicación exige una evaluación bastante precisa del paciente y no hacer esta evaluación puede dificultar la toma de decisiones apropiadas, y, por último, cabe la posibilidad de ser impuesta a enfermos que no la desean (Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí, 2010).

Una de las conclusiones a las que llega una revisión elaborada en el Reino Unido (Harrison Denning *et al.*, 2011) es que la principal barrera para confeccionar una PAD es, por parte de los profesionales, la falta de conocimiento de este proceso. Puede resultar clave el hecho de que la aproximación a los temas relacionados con el pronóstico y final de la vida tenga lugar en el momento en que la persona con un diagnóstico de demencia todavía tiene las funciones superiores suficientemente conservadas y dispone de capacidad para poder tomar decisiones. Al hacer la comparación con otros grupos de enfermedades, la diferencia fundamental reside en la capacidad del enfermo. El problema radica en que, de manera habitual, las decisiones en torno a las medidas de soporte vital se tratan en un momento en que puede haber un riesgo vital para el enfermo en un entorno de crisis y estrés para los cuidadores y los profesionales, poco propicio para una reflexión cuidadosa.

En otra revisión sistemática realizada también en el Reino Unido (Robinson *et al.*, 2012) se hace patente que hay evidencia, aunque de calidad variable, de que la existencia de voluntades anticipadas tiene el potencial de reducir los ingresos hospitalarios inadecuados y, por tanto, los costes de atención de salud para las personas con deterioro cognitivo y demencia. En la guías de este país se recomienda que estas voluntades, en el contexto de las demencias, queden plasmadas en las primeras etapas de la enfermedad, antes de que se pierda la capacidad de decidir. En caso de ser más adelante, se recomienda la búsqueda de puntos de vista de los familiares para facilitar la toma de decisiones en cuestiones de interés.

En otro trabajo realizado en Ámsterdam (de Boer *et al.*, 2010) se plantea que un diagnóstico de demencia constituye un factor de complicación a la hora de respetar las voluntades anticipadas. En primer lugar, los pacientes con demencia difieren de los pacientes incompetentes (por ejemplo, pacientes en estado de coma), en el sentido de que la demencia implica un proceso a menudo lento aunque progresivo, que resulta en la disminución gradual de la competencia en el transcurso de la enfermedad. En segundo lugar, aunque las personas con demencia reciban la etiqueta de incompetentes, pueden estar alerta, participar en su situación y ser capaces de interactuar con su entorno, de modo que pueden tener experiencias subjetivas y seguir teniendo deseos y preferencias. En consecuencia, puede aparecer un conflicto entre los deseos actuales de la persona con demencia (expresado en palabras o comportamiento) y sus preferencias establecidas en unas directrices previas. Esto se traduce en el dilema de cómo respetar los deseos e intereses actuales de la persona con demencia y, sin embargo, hacer justicia con los deseos expresados con anterioridad en el tiempo, sobre todo en decisiones como la eutanasia, la nutrición artificial, etc. Los autores concluyen que los cambios en el papel y contenido de las directivas anticipadas parecen inevitables, y que quizás se les debe dar otro significado, menos relevante, en el conjunto global de la PAD en el contexto de la demencia.

En nuestra Unidad de Psicogeriatría del Centro Sociosanitario Albada de Sabadell, ingresaron 660 pacientes desde enero del 2010 al 31 de julio del 2014, de

los cuales 439 (66,5 %) fueron dados de alta. De estos últimos, 97 (22 %) tenían registrada en la historia clínica algún tipo de PAD y solo un paciente disponía de DVA. La edad media fue de 84 años (en una franja de entre 61 y 98 años) y el cuidador principal fueron en la mayoría de los casos los hijos (68 %), seguidos de la pareja (21 %). La causa más frecuente de ingreso fue un proceso intercurrente (infección, insuficiencia cardíaca, etc.), en 58 pacientes (58,7 %), seguido de los trastornos de conducta en 23 (23,7 %). Los tipos de demencia más prevalentes fueron: la enfermedad de Alzheimer en 64 pacientes (65 %), la demencia por cuerpos de Lewy, en 13 (13,4 %), y la demencia de origen vascular en 9 pacientes (9,3 %). La severidad de la demencia se evaluó mediante la escala de deterioro global de Reisberg, y quedó registrada en 87 de los pacientes con PAD (89,6 %). De estos, 30 (31%) presentaban una fase muy evolucionada de la demencia, es decir, un 7 según la escala, y 47 (48,4 %) un 6 según la escala.. En 38 pacientes (39,1 %) no se especifica el tipo de PAD, aunque sí que se hacía referencia a ella en el informe de alta. En 46 pacientes (47 %) hay órdenes de no reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria, en 44 (45,3 %) se acuerda no instaurar nutrición artificial en caso de disfagia severa, y en 37 enfermos (38 %) no se considera al paciente candidato de ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) si aparece una complicación médica con riesgo vital.

4. Conclusiones

En su concepto actual, la demencia puede definirse como un síndrome adquirido de naturaleza orgánica, caracterizado por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales, a menudo acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas y del comportamiento, que pasa sin alteración del nivel de la conciencia, afectando el funcionamiento social y / o laboral del sujeto afectado.

Un elemento importante de la calidad asistencial al final de la vida es el respeto a las voluntades anticipadas del paciente, ya sea en forma de PAD o DVA, un proceso de comunicación entre los pacientes, los proveedores de la salud, sus

familias y otras personas importantes en relación con el tipo de atención que se considera apropiado cuando el enfermo no pueda tomar decisiones.

En nuestro trabajo la PAD se llevó a cabo en una cuarta parte de los pacientes que fueron dados de alta. El tipo de PAD más frecuentes fueron las órdenes de no reanimación, la no instauración de la nutrición artificial y el no ingreso a la UCI como respuesta a los principales problemas en relación a actuaciones médicas que aparecen en fases avanzadas de la demencia como son: el tratamiento de las infecciones (broncoaspiración, infecciones urinarias...) y la nutrición artificial. Los pacientes en los que recoge algún tipo de PAD en la historia clínica se encuentran en estadios más avanzados de la demencia, GDS 7 y GDS 6. Como hecho destacable, se ha objetivado un incremento de la PAD en los últimos años, con tendencia a mantenerse.

BIBLIOGRAFÍA

- DELGADO, Alfonso, y LÓPEZ, María. «Problemas éticos y legales en la demencia severa: El derecho a morir en paz», en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009, vol. 44, núm. 2.
- BROGGI, Marc A. *Per una mort apropiada*. Barcelona: Edicions 62, 2011.
- FORMIGA, Francesc, et al. «Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal», en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009, vol. 44, núm. 2.
- BARRIO, Inés, y SIMÓN, Pablo. «Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces», en *Revista Española de Salud Pública*. 2006, vol. 80, núm. 4.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. *Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades*. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris, 2010.
- CONGEDO, Maria, et al. «Ethical issues in end of life treatments for palliative with dementia», en *European Journal of Neurology*. 2010, vol. 17, núm. 6.
- Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí. *Guia per la Planificació Anticipada de Decisions al Centre Sociosanitari Albada*. Sabadell: Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, 2010.
- DE BOER, Marike E., et al. «Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness», en *International Psychogeriatrics*. 2010, vol. 22, núm. 2.
- DWORKIN, Ronald. *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel, 1994.

- HARRISON, Karen, *et al.* «Advance care planning for people with dementia: a review», en *International Psychogeriatrics*. 2011, vol. 23, núm. 10.
- MARTIN, Douglas, *et al.* «Planning for the end of life», en *The Lancet*. 2000, vol. 356, núm. 9242.
- ROBINSON, Louise, *et al.* «A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia», en *Age and Ageing*. 2012, vol. 41, núm. 2.
- ROBLES, María José. «Toma de decisiones clínicas en pacientes con demencia avanzada», en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2006, vol. 16, núm. 4.
- SANZ ORTIZ, Jaime. «Final de la vida: ¿puede ser confortable?», en *Medicina Clínica*. 2001, vol. 116, núm. 5.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de Cuidados Paliativos en el anciano* [en línea, consulta: 10 de junio de 2014]. Disponible en: <<http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO>>.