

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Cuidados paliativos: el rol del psicólogo en el abordaje interdisciplinario.

Di Donato, María De Los Milagros, Giusti, Sheila Daiana y Amigone Forte, Joselina.

Cita:

Di Donato, María De Los Milagros, Giusti, Sheila Daiana y Amigone Forte, Joselina (2020). *Cuidados paliativos: el rol del psicólogo en el abordaje interdisciplinario*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/653>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/c6V>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CUIDADOS PALIATIVOS: EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Di Donato, María De Los Milagros; Giusti, Sheila Daiana; Amigone Forte, Joselina
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente escrito apunta a pensar situaciones paradigmáticas propias del trabajo al interior de un equipo asistencial interdisciplinario en Cuidados Paliativos, tomando los entrecruzamientos legales, éticos y clínicos a tener en cuenta para pensar las intervenciones y los modos posibles de hacer con el padecimiento de personas con enfermedades amenazantes para la vida. Para ello proponemos pensar el concepto de interdisciplina y el lugar específico del psicólogo allí.

Palabras clave

Cuidados - Paliativos - Autonomía - Interdisciplina

ABSTRACT

PALLIATIVE CARE: THE PSYCHOLOGIST'S ROLE IN INTERDISCIPLINARY APPROACH

The purpose of this writing is to think paradigmatic situations that are typical of everyday's work in an interdisciplinary care team in Palliative Care, taking into account the legal, ethical and clinical considerations in order to think our interventions and possible ways of dealing with people's suffering due to life threatening diseases. In order to do this, we will introduce the concept of interdiscipline, thinking about the psychologist's place within it.

Keywords

Palliative - Care - Interdiscipline - Autonomy

Introducción

El presente trabajo se desprende de nuestra experiencia como residentes de psicología clínica rotando en un servicio de Cuidados Paliativos de un hospital público de CABA, experiencia que nos permitió un acercamiento novedoso y distinto a una clínica con ciertas particularidades a destacar.

Los **cuidados paliativos** "son los cuidados centrados en el paciente y su familia, a fin de optimizar la calidad de vida, mediante la anticipación, prevención y tratamiento del sufrimiento de quienes padecen una condición crónica que amenaza su vida. Se aplican idealmente como un continuo durante la enfermedad, identificando las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales y facilitando la autonomía del paciente, su acceso a la información y elección" (De Simone et al., 2012). Se extienden más allá del alivio de los síntomas físi-

cos, ya que buscan integrar diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, social y espiritual, de modo tal de "facilitar al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final" (De Simone et al., 2012).

El equipo interdisciplinario de cuidados paliativos con el cual trabajamos se encuentra conformado por profesionales de diversas especialidades: médicos especializados en dolor, trabajadores sociales, psicomotricistas, psicólogos, enfermeros, farmacéuticos, y voluntarios. El mismo era convocado por múltiples servicios del hospital y en dichas interconsultas no sólo se consideraban aspectos relacionados al control del dolor y el confort del paciente, sino que la familia - o quien sea que acompañe al paciente- también era destinataria de la atención del equipo. En cuidados paliativos se trabaja con el concepto de "unidad de tratamiento", el cual engloba al paciente y la familia tomando en cuenta el modo singular en que la enfermedad amenazante para la vida afecta a cada uno de ellos.

En este contexto, nos encontramos con múltiples situaciones singulares y complejas que permiten hacer una lectura de una clínica difícil con ciertas particularidades, para lo cual se torna necesario introducir algunos conceptos pertenecientes a distintos campos de saber que se entrecruzan para pensar los cuidados paliativos.

Ética, final de vida y derechos del paciente

Partimos de la ética principialista para plantear cuatro principios elementales para el análisis de casos concretos en cuidados paliativos. En 1971, van Rensselaer Potter en su libro "Bioética, puente al futuro" propone estos principios, los cuales fueron luego plasmados en el Informe Belmont (1978) y en los desarrollos de Bauchamp y Childress (1979):

- 1) El **Principio de Beneficencia**, el cual implica procurar el bien del paciente en las intervenciones biomédicas, teniendo en cuenta el avance médico y tecnológico del momento y de futuras generaciones. En otras palabras, expresa el hacer a los otros lo que uno entiende como bueno para sí mismo. Debe ponderarse junto al Principio de No Maleficencia.
- 2) El **Principio de No-Maleficencia**, del cual se derivan las siguientes reglas: no matarás, no causarás dolor o harás sufrir a otros, no incapacitarás, no ofenderás, no privarás a los demás de los bienes de la vida. Principio que como agente de salud no debería violarse nunca: no dañar. Bajo este principio podemos pensar el concepto de **encarnizamiento terapéutico** y eva-

lugar hasta qué punto un tratamiento (por excepcional, artificial, complejo, invasivo o costoso) no resulta de incierta utilidad y potencial perjuicio o carga para quien lo recibe (De Simone et al., 2012)

3) El **Principio de Justicia**, alude a la justicia distributiva y a la equidad, entendida como la relación justa entre un colectivo y los individuos que la constituyen, darle a cada uno lo que necesita (Belmont, 1978 en De Simone et. al , 2018).

4) El **Principio de Autonomía**: Es un concepto que tiene origen en el campo filosófico relacionado con la dignidad de la persona, y consiste en la condición de agente moral (racional y libre). Racionalidad o entendimiento en tanto capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a las mismas, y libertad o no-control en relación al derecho y facultad de actuar conforme a las decisiones, o por lo menos hacerlo sin coerción o restricción. En este sentido, la autonomía es una capacidad de los sujetos para determinar el curso de su propia existencia (De Simone et. al, 2012).

De Simone et. al (2012) refieren que estos cuatro principios son considerados deberes prima facie, esto significa, que existe la obligación de respetarlos, y en caso de conflicto se concede prioridad a uno de ellos.

El trabajo en Cuidados Paliativos en un contexto preponderantemente médico y particularmente en el final de vida, plantea diversos escenarios donde estos principios podrían entrar en conflicto. En nuestra experiencia observamos como en muchas ocasiones el equipo era convocado como interconsultor justamente para repensar situaciones que resultaban un dilema ético para los médicos especialistas tratantes y donde muchas veces el eje quedaba puesto en la angustia del equipo médico frente a situaciones que los confrontaban con la toma de decisiones de los pacientes en el final de vida. Proponemos pensar algunas de estas situaciones complejas tomando dos viñetas clínicas en las cuales podría articularse el principio de autonomía de la ética principialista con la Ley Nacional N° 26529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

En esta línea, una de las interconsultas más frecuentes donde se hacía presente la angustia en los médicos era el caso de pacientes que decidían rechazar un tratamiento que podría resultar potencialmente beneficioso, ya sea con un objetivo curativo, de soporte vital, paliativo o sintomático. Así resultó ser el **caso de J.**, un paciente de 35 años que luego de múltiples cirugías por tumores decide interrumpir las medidas quirúrgicas. J. había sido diagnosticado a raíz de la aparición de un tumor en la cavidad oral. Luego de una intervención quirúrgica en la cual se lo habían extirpado, tuvo un pronta recidiva y sucesivas operaciones en su boca, cara y cuello con mala respuesta. Hasta entonces las cirugías no habían alterado la funcionalidad a nivel físico, pero sí habían producido gran sufrimiento psíquico.

Tal como lo indica la Ley 26529 de Derechos del Paciente en el Artículo 5 el consentimiento Informado implica la “*declaración*

de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud, los objetivos del procedimiento propuesto, beneficios esperados junto con riesgos, molestias y efectos adversos previsibles, la explicación de procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados. Asimismo la ley contempla “el derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”; y por último, “el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”. (Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012)”.

Tal como la Ley lo indica en caso de intervenciones quirúrgicas, el consentimiento informado fue brindado a J. por escrito y en todos los casos implicó un proceso de toma de decisiones, tanto en las cirugías efectivamente realizadas como en la que decidió no realizarse. La figura del consentimiento informado como adhesión racional y libre del paciente al tratamiento médico se desprende del **principio de autonomía** y debe cumplir tres requisitos: competencia plena, información veraz y completa y no coacción. Para decidir sobre una situación (racionalidad) es esencial comprenderla previamente (información), además brindar consentimiento presupone libertad (no coacción).

En este proceso el equipo médico le explicó al paciente en lenguaje comprensible su información sanitaria, estableciendo claramente los riesgos y los beneficios de la intervención, incluyendo otras alternativas posibles, abriendo un espacio y tiempo para preguntas, e informándole que tiene la opción de abandonar o cambiar su parecer, que su decisión será respetada y que seguirá recibiendo cuidados. J. decidió no someterse a una próxima cirugía cuando, en este proceso, le explicaron la alta probabilidad de que no pueda volver a comer por sus propios medios (ya que perdería la capacidad de deglutir), debiendo recurrir a recursos artificiales. J. tomó la decisión de realizar un tratamiento analgésico para paliar el dolor y mejorar su calidad de vida. Su médico tratante nos expresaba su angustia en tanto interconsultores, refiriendo que era “*un chico joven para decidir no realizarse una intervención que podría extender su tiempo de vida*”. Sin embargo, como J. ya se encontraba advertido desde

las intervenciones previas, la cirugía no implicaba curación, y a su vez deseaba poder vivir lo que quedara de vida pudiendo comer, más allá de alimentarse por una vía artificial.

La renuncia al tratamiento, implica la decisión de una persona competente, en la que se cumplen los requisitos de toma de decisión libre, de rechazar o suspender un tratamiento que le ha sido propuesto. En nuestro país, la **Ley 26.529**, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, determina en el artículo 2 los derechos esenciales del paciente en la relación médico paciente siendo uno de ellos la **Autonomía de la Voluntad**: *“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”*. En este sentido, el ejercicio de la autonomía por parte del paciente implica que los valores, deseos y preferencias de éste sean determinantes en la decisión que el médico debe tomar; es decir, el médico no puede ignorarlos o subestimarlos en el proceso de toma de decisiones. En el caso de J. las múltiples cirugías habían dejado secuelas irreversibles en cara y cuello, afectando fuertemente su imagen corporal y provocándole gran sufrimiento subjetivo. Para J. no tenía sentido, en términos de lo que para él era tolerable, alargar su vida de una forma en que no deseaba vivirla, con múltiples amputaciones y alteraciones funcionales. Por lo cual, se trabajó con el equipo médico en relación a las propias ansiedades que suscitaba la decisión de J. y se pensaron alternativas o estrategias que apunten a que J. pueda vivir su vida sin dolor, respetando su decisión, y ponderando el valor singular de la dignidad humana.

La segunda viñeta será de utilidad para pensar lo que la Ley 26.529, define en el marco de la Autonomía de la Voluntad como **Directivas Anticipadas**: *“Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”*.

En Cuidados Paliativos las directivas anticipadas suelen ser un eje a trabajar con el paciente y su familia en el marco de un proceso voluntario de discusión sobre los cuidados futuros, identificando las preferencias y valores del paciente, estableciendo objetivos y adaptándolos a escenarios evolutivos (Gómez-Batiste et al., 2011). Ejemplo de esto fue la situación de N., un paciente de 50 años con cáncer de próstata, diagnosticado en estadio avanzado de la enfermedad en el curso de una internación por una complicación clínica. N. presentaba múltiples síntomas, con gran impacto emocional, pérdida de la autonomía y muy escasa

capacidad de respuesta a un tratamiento específico. Frente a este contexto de fragilidad progresiva, sus hijos adolescentes interrumpieron su escolaridad para acompañarlo en la internación y que su madre pueda continuar trabajando. El pedido de interconsulta proviene de los médicos residentes de una sala de internación de clínica médica luego de haber comunicado el diagnóstico al paciente, solicitando “contención emocional” para N. y su familia.

Luego de que el equipo médico le haya brindado a N. la información sanitaria, el equipo de cuidados paliativos comenzó a entrevistar al paciente y a su familia. Se trabajó sobre su diagnóstico, la situación pronóstica, las preferencias de tratamiento y cuidados, el grado de información que N. quería recibir, su grado de implicación en las decisiones y tratamientos y a qué personas incluiría en este proceso. Entre los puntos que a N. le preocupaban recortaremos dos aspectos trabajados en las **entrevistas psicológicas**:

- 1) el temor a que la conciencia y juicio se vean alterados
- 2) su deseo de, una vez estabilizado del cuadro clínico, transcurrir el final de vida en su domicilio, deseo vinculado a sentimientos de culpa ya que sus hijos no estaban yendo a la escuela por acompañarlo en los cuidados hospitalarios.

En Cuidados Paliativos, el objetivo del proceso de decisiones anticipadas implica orientar a los pacientes, sus cuidadores (familiares, amigos, etc.) y profesionales sanitarios para desarrollar una estrategia de cuidados coherente con los valores, objetivos y preferencias del paciente (Gómez-Batiste, 2011). Esto incluye, en caso que el paciente lo desee, designar a personas en quienes delegar la toma de decisiones. El Artículo 4 postula: *“Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad”*.

Este fue uno de los puntos que se trabajó con N. y que redujo el temor de que su conciencia y/o juicio se vean alterados y de esta forma no poder tomar decisiones sobre su salud y su vida. Decidió y autorizó a su esposa a ser partícipe de consultas médicas y que sea ella quien tome decisiones en caso de que en algún momento de su enfermedad se vea imposibilitado de hacerlo. Si bien la ley así lo estipula, fue de suma relevancia para N. conocer esta posibilidad y poder decidir en base a sus deseos y valores quien decidiría en el futuro por él. Frente a la vulnerabilidad en la que se encontraba (fragilidad del cuerpo físico, miedo y angustia, sufrimiento existencial), dicho trabajo con el paciente permitió aligerar parte de su angustia y fortalecer su autonomía.

En relación a su deseo de transcurrir el final de vida en su casa, N. lo manifestó como expresa voluntad, y refirió no querer perjudicar la escolaridad de sus hijos quienes por su enfermedad habían cambiado completamente sus rutinas. Frente a los temores de la familia en relación a los cuidados en domicilio y el fin de vida se trabajó brindándoles apoyo, contención, y estrategias para poder llevarlos a cabo. Dicha anticipación y planificación no sólo permitió reducir las ansiedades de N. y su familia, sino que también una vez que tuvo el alta clínica de la internación, le permitieron volver a su hogar con los recursos de atención domiciliaria necesarios para su cuidado y confort, velando por respetar el derecho al **trato digno y respetuoso** presente en el artículo 2 de las Ley 26.529: *“El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”*.

Interdisciplina y cuidados paliativos

Luego de situar algunos conceptos centrales con los cuales nos topamos en el encuentro con nuestra práctica, resulta necesario poder señalar otra particularidad de los equipos asistenciales de cuidados paliativos, que es el hecho de estar conformados por una diversidad de especialistas, con saberes distintos respecto del abordaje de un paciente padeciente, que en este caso son convocados a trabajar interdisciplinariamente de un modo particular.

En este punto nos parece pertinente señalar que entendemos por interdisciplina: esta no se trata de la simple yuxtaposición de distintos especialistas compartiendo el mismo espacio de trabajo, ni de una sumatoria de saberes heterogéneos, sino que para que haya abordaje interdisciplinario, debe haber una “construcción conceptual común del problema”, el cual “supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción” (Stolkiner, 1999). Y para que esto sea posible, es necesaria la participación programada en distintos dispositivos como reuniones de equipo, ateneos; todos espacios en los que se construya un abordaje a partir del diálogo y la discusión de la problemática en juego, la cual excede la enfermedad e incluso al paciente en sí mismo, incluyendo a toda la unidad de tratamiento.

Resulta interesante lo propuesto por Stolkiner (1999) respecto de las implicancias que tiene, a nivel individual, trabajar en un equipo asistencial interdisciplinario: propone que la participación en un equipo de estas características supone “numerosas renuncias”, siendo la primera de ellas la de “considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, reconocer su incompletud”. Se vuelve imprescindible pensar con otros para situar qué aporte puede traer cada profe-

sional, no sólo en relación al paciente sino también al interior del equipo, pensando las intervenciones hechas y por hacer. Poder trabajar partiendo desde ahí supone un esfuerzo de trabajo particular y novedoso, el cual no implica el borramiento de los límites de cada disciplina y la especificidad de su quehacer (aunque a veces esos bordes se tornan borrosos): “la tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar” (Stolkiner, 1999, p.3). En otras palabras, la posibilidad de que el trabajo sea interdisciplinario no se da de una vez y para siempre, ante cada nueva problemática supone uno o varios encuentros donde repensar el mejor abordaje. Abordaje que no pierda de vista que el objetivo común que es lograr la mayor calidad de vida posible para el paciente en un momento donde prima el sufrimiento.

Surge las preguntas, ¿qué lugar para el psicólogo allí? ¿Qué puede aportar la escucha analítica en estos casos? Como hemos señalado previamente, el trabajo en cuidados paliativos confronta no solo a los pacientes sino también a los profesionales con diversas situaciones paradigmáticas donde la angustia enlazada a la posibilidad de la muerte se torna ineludible. Como refiere Spinelli (2002) al escribir acerca de pacientes con diagnóstico oncológico, “quienes padecen esta enfermedad parecen tener prohibida la posibilidad de olvidar lo que el resto olvida día a día, es decir, su propia muerte” (p.27).

Se vuelve necesario poder dialogar una y otra vez sobre estos pacientes, supervisarlos, hacer circular ese malestar para que nuestras intervenciones no queden tomadas por esa inminencia de la muerte ajena: “si uno piensa que el paciente va a fallecer y dirige la cura desde la perspectiva que indica que el paciente va a morir por efecto del cáncer, el cáncer deviene signo, signo inequívoco de la muerte” (Spinelli, 2002, p.20). Estar advertidos de los efectos subjetivos que tiene también en nosotros, en tanto profesionales de la salud, trabajar con pacientes en fin de vida toma un lugar central en los primeros encuentros con esta clínica.

Desde nuestro lugar trabajamos desde la escucha, ofertando un espacio y un trabajo posibles que el paciente puede aceptar o rechazar. Marcelo Negro (2008) propone que “se trata de sostener una posición de escucha que permita además de ponerle palabras al pánico, historizar la enfermedad no cediendo a prácticas compasivas. Para ello, se requiere del lado del analista una posición activa -siempre y cuando el paciente lo permita- para construir la historia de vida, ya que recordar es recordarse”

Conclusión

Para concluir, el objetivo de este trabajo fue hacer un recorrido no exhaustivo de algunos conceptos centrales provenientes de distintos campos de saber con los cuales nos encontramos en nuestra inserción en un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos. Al mismo tiempo, se intentó ubicar cierta especificidad de nuestro lugar y quehacer como psicólogos, como analis-

tas, el cual partiendo de la escucha apunta a poder acompañar, siempre que sea posible, el proceso de subjetivación de la enfermedad y, en algunos casos, de toma de decisiones respecto del final de vida.

Las viñetas presentadas intentan mostrar algunos de los motivos de consulta más típicos en esta práctica, los cuales confrontan a pacientes, familiares y profesionales con decisiones éticas difíciles, donde la inminencia de la muerte se vuelve ineludible al igual que la angustia que genera en los distintos actores en juego. Resaltamos que lo que guía nuestras intervenciones debe contemplar siempre el respeto a la dignidad de las personas, garantizando condiciones dignas en la etapa final de sus vidas y el proceso de morir. Jorge Manzini (2012) considera que el único requisito para que una muerte pueda ser llamada digna es que se trate de un **acto personal**. En este sentido, no se trata de únicamente de determinar si en la casa o en el hospital, si es con soporte artificial o sin él, se trata de acompañar al paciente en este proceso ponderando su voluntad, reforzando su autonomía, de forma que pueda morir de la forma que él elija.

BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics, 5th ed.* 2001. Oxford University Press. Nueva York.
- Belmont, I. (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. USA.*
- de Diputados, C. (2009). Ley 26.529/09: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Congreso Argentino.
- De Simone, G., Manzini, J., Butera, J. M., Ceschi, R. I., Cullen, C., Estévez, A., ... & López, H. (2012) Glosario sobre Decisiones en el Final de la Vida. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, 9 (no1).
- Gómez-Batiste X, González-Olmedo MP, Maté J, et al. (2011) "Principios básicos de la Atención paliativa de personas con enfermedades crónicas evolutivas y pronóstico de vida limitado y sus familias". Observatorio 'Quality' - Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia.
- Manzini, J. L. (2012). Reflexiones acerca de la muerte digna. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, vol 7. Recuperado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/download/1434/1206>
- Negro, M. (2008). *La otra muerte: psicoanálisis en cuidados paliativos*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Stolkiner, A. (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campos PsiRevista de Información Especializada*. Año 3. N° 10. Abril de 1999, Rosario.
- Spinelli, F. (2002). (...) de un signo particular en el Otro. En *Psicoanálisis y cáncer*. Buenos Aires. JVE