

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.

Construir la muerte.

Verdaro, Camila.

Cita:

Verdaro, Camila (2020). Construir la muerte. 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/000-007/719>

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

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>.

CONSTRUIR LA MUERTE

Verdaro, Camila

Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo pretende realizar una aproximación al trabajo que realizamos como psicoterapeutas con pacientes en la proximidad de la muerte. Enmarcando dicho trabajo en una perspectiva de cuidados paliativos, donde el objetivo radica en lograr la más alta calidad de vida posible para el paciente y su familia. Se construirá el trabajo en torno al relato de un caso clínico, de una paciente de 34 años, atendida por un equipo de salud mental durante una internación en terapia intensiva de un hospital general y público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para la construcción del análisis del caso clínico se tomarán aportes provenientes de diferentes perspectivas teóricas, tanto desde el enfoque de cuidados paliativos como desde el psicoanálisis. Dicho caso se erige como el eje para reflexionar sobre diversos aspectos del trabajo singular y de la clínica en general, y desde el cual han surgido diversos interrogantes. ¿En qué consiste el trabajo sobre la muerte? ¿Qué es una “buena muerte”? Asimismo, ¿Qué beneficios puede traer un encuentro psicoterapéutico en una situación tan extrema? Por último, ¿es el trabajo sobre la muerte exclusivo de tratamientos con pacientes con enfermedades terminales?

Palabras clave

Psicoterapia - Muerte - Calidad de vida - Cuidados paliativos

ABSTRACT

BUILD DEATH

The following paper tries to carry out an approach to the labor we do as psychotherapists with patients in the vicinity of death. Including this work in a palliative care perspective, where the aim is to achieve the highest possible quality of life for the patient and his family. The article will be built around a clinical case, of a 34-year-old patient, attended by a mental health team in an intensive care stay in a general and public hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. For the construction of the analysis of the clinical case, contributions from different theoretical perspectives will be taken, both from the palliative care approach and from psychoanalysis. This case allows us to think about different aspects of the singular work and of the clinic in general, and from which various questions have arisen. What does the work on death consist of? What is a “good death”? Likewise, what benefits can a psychotherapeutic encounter bring in such an extreme situation? Finally, is the work on death exclusive to treatments with terminally ill patients?

Keywords

Psychotherapy - Death - Quality of life - Palliative care

“Nunca es verdad que no se puede hacer nada más”.
(Billings, 1989)

Introducción

El presente escrito tiene como objetivo intentar abordar el trabajo que realizamos como psicoterapeutas cuando nos vemos convocados al encuentro con pacientes en la proximidad de la muerte. Para alcanzar dicho objetivo, se partirá del relato de un caso clínico, el cual se erige como el eje para reflexionar tanto sobre aspectos singulares como sobre la clínica en general.

El relato clínico se enmarca dentro de la práctica llevada a cabo en un hospital general y público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, específicamente dentro del dispositivo de interconsulta de salud mental. Dicho dispositivo se define como el trabajo realizado con pacientes internados en diferentes servicios y/o con su familia, a raíz del pedido de intervención del equipo tratante.

Algunos interrogantes que guían este trabajo son: ¿Existen diferencias en la forma en que intervenimos en la proximidad de la muerte, que en situaciones clínicas más “clásicas”? ¿En qué consiste el trabajo sobre la muerte? ¿Qué es una buena muerte? Asimismo, ¿Qué beneficios puede traer un encuentro psicoterapéutico en una situación tan extrema?

Presentación de Beatriz

Beatriz es una paciente de 34 años que luego de cursar una internación de un mes de duración en una sala de clínica médica, es trasladada a la unidad de terapia intensiva debido a un empeoramiento de su cuadro clínico (presentaba uso de musculatura accesoria, tos inefectiva, taquicardia, taquipnea, hipotensión). Es desde dicha especialidad que recibimos la interconsulta por “síndrome depresivo”. Beatriz presenta un diagnóstico “poco claro” según los médicos, quienes refieren que la paciente fue estudiada por largo tiempo recibiendo el diagnóstico de mielitis transversa.

Concurrimos junto a un psiquiatra a hablar con los médicos tratantes quienes refieren que la paciente se encuentra en la etapa final de su vida, “le queda muy poco tiempo”. Y manifiestan, con gran consternación, que en el día de la fecha la paciente decidió rechazar la intubación, firmando el consentimiento debido. Agregan que la ven muy angustiada, ya que la misma tiene hijos pequeños, por lo que consideraron pertinente nuestra intervención.

Cuando iniciamos la entrevista con Beatriz, lo primero que nos transmite es haber tomado la decisión de rechazar la ventilación mecánica. Respecto de esto, se encontraba muy segura y tranquila refiriendo como motivo que “no quiero que mi familia me llegue a ver así, me quiero ir de acá como Dios manda, como él me trajo”. A raíz de esto, nos interpela sobre nuestra opinión acerca de esta decisión, a lo que mi compañero y yo respondemos resaltando la autonomía de sus decisiones y la importancia de que pueda llevarlas a cabo. Después comienza a relatar, con mucha angustia, su preocupación en relación a su familia, principalmente sobre sus 3 hijos. Luego de la primera entrevista, acordamos con mi compañero que, si bien no presentaba criterio para tratamiento psiquiátrico, continuaríamos ambos realizando las entrevistas, debido a la angustia que nos generaba la presentación de la paciente, particularmente, la proximidad en que se encontraba de la muerte.

A lo largo de los próximos encuentros, comenzamos a trabajar sobre el vínculo con sus hijos y particularmente las preocupaciones en torno a estos. En un inicio, la angustia abarcaba todo aquello referido a sus hijos de modo muy abstracto y general. El trabajo realizado consistió en ir ubicando junto con la paciente, de forma más particular y concreta aquellos temores y preocupaciones que más la atormentaban. Respecto de esto, ubica que el mayor temor es dejar solos a sus hijos. Se pregunta cómo se estarán sintiendo y se angustia mucho al pensar en el sufrimiento de ellos. Aparece la preocupación por su comportamiento, su asistencia a la escuela y cómo estarán al cuidado de su madre. Por otro lado, refiere que nunca estuvo tanto tiempo separada de ellos y que no tiene forma alguna de comunicación, únicamente sabe lo que le cuenta su madre cuando la visita. Los hijos no tienen permitido ingresar a la sala por la edad y ella no puede tener celular. A raíz de esto surge la idea de escribirles una carta, expresando aquello que le gustaría decirles antes de fallecer, lo que alivia a Beatriz de forma considerable.

Luego de conocer la situación de Beatriz en relación al distanciamiento con sus hijos, conversamos con los médicos tratantes, quienes se muestran muy comprensivos con la situación de la paciente y acordamos que dejen ingresar a los hijos más grandes, poniendo de relevancia lo positivo que sería tanto para Beatriz como para sus hijos, poder encontrarse. Los profesionales se muestran ciertamente conmovidos por el estado de la paciente, debido a la particularidad de su presentación, a saber, el estado de total claridad de conciencia y la corta edad, en una unidad de terapia intensiva.

Luego de algunos encuentros, Beatriz se encontraba más tranquila. Había podido ver a sus hijos. A raíz del efecto de alivio que dicho encuentro produjo, comenzamos a trabajar junto con Beatriz sobre la vida de sus hijos, a construir de manera conjunta el futuro posible para los mismos sin ella. Es así cómo pudo reflexionar y construir que sus hijos se encuentran acompañados y cuidados mutuamente. Asimismo, trabajamos sobre la confianza que tiene en su madre para que continúe con la crianza

de sus hijos. La significación de su historia y la construcción de un relato sobre la misma fueron produciendo un marcado alivio sobre aquello que constituía su principal motivo de angustia. A partir de esto, las charlas que teníamos acerca de sus hijos, se tiñeron de afectos más placenteros y se fueron despojando de la angustia acuciante que se imponía al comienzo. Por otro lado, resulta importante remarcar que Beatriz continuaba cumpliendo su rol de madre desde la internación. En diversas ocasiones nos comentaba que ponía en penitencia a alguno de sus hijos o que les daba o no permiso para determinadas actividades. Poder tomar estas decisiones, generaban un sentimiento de continuidad y control, en medio del deterioro físico evidente.

Más adelante, Beatriz comienza a presentar dificultades en el sueño. Refiere que por momentos se despierta sobresaltada, con sensación de falta de aire, con mucho miedo y alarmada sin entender porqué. Trabajamos junto con la paciente que dichas dificultades pueden estar vinculadas con el temor a la muerte y progresivamente comienza a utilizar la lectura de la Biblia como un mecanismo para sentirse más segura. Cuenta que generó un vínculo estrecho con algunas enfermeras y que conversan mucho. En una ocasión, una de ellas se acerca y señala que desde que concurrimos a verla “está más charleta”.

Con el correr de los días, Beatriz empieza a mejorar clínicamente. A raíz de esto, resurge la angustia, “estoy más consciente de todo, ayer lloré todo el día”. Manifiesta que al sentirse mejor, tiene más tiempo para pensar. Además, “no tengo nada que hacer acá, solo mirar el techo”. Pensamos junto con la paciente estrategias para evitar la rumiación y el aburrimiento y comienza a leer algunos libros, a hacer crucigramas y otras actividades similares.

La última vez que vimos a Beatriz, la encontramos con una sonrisa, haciendo un crucigrama, sin el soporte de oxígeno. Cuando nos ve, nos dice “miren que bien que estoy, parece que salgo de esta”. Cuenta que se siente mucho mejor y que al parecer los pulmones se fueron limpiando. “Los doctores dicen que nunca me habían visto sonreír así”. Relata algunos proyectos que tiene para la externación como una terapia de agua y el reinicio de estudios abandonados por la enfermedad. Refiere estar “feliz de que me voy a casa, quiero hacer cosas que me diviertan”. Manifiesta que se dio cuenta que “la enfermedad viene, se instala rápido y tarda mucho en irse. Así es como me lo tomo yo”. Finalmente, nos agradece y dice que “con ustedes aprendí a tener paciencia. Antes me desesperaba mucho estando internada. Mi mamá me dijo que, para poder sobrellevar esto, me tenía que querer más y pensar en mí. Y con ustedes aprendí a quererme más, empecé a hablar mucho y a leer. Antes era tímida, no hablaba con nadie, me tenían que sacar las palabras de la boca. Ustedes me ayudaron un montón. Pude decirle a mi familia las cosas que siento”.

Algunas reflexiones

Concurrir a ver a Beatriz siempre implicaba la posibilidad de que ya no esté, y por lo general, alguno de nosotros “se asomaba” a ver si estaba todavía ahí. Inclusive, en varias ocasiones, al hablar con los médicos, estos manifestaban que probablemente no pasaría la noche. Cada encuentro tenía una característica particular; que podía ser el último. Sin embargo, el trabajo fue adquiriendo continuidad y el cuadro orgánico fue mejorando. La última vez que asistimos, al asomarnos, no la reconocimos. La presentación clínica había cambiado por completo. Los médicos referían que la mejoría era inesperada, y que si bien era muy probable que se fuera a la casa, el curso de su enfermedad era inexorable y el deterioro progresivo, por lo cual el tiempo que le quedaba era acotado. La finalización de la interconsulta tuvo una resolución sorpresiva. Que la paciente lograra salir de la internación nos conmocionó mucho y nos llevó a repensar y reflexionar junto con mi compañero acerca del trabajo realizado. Sentíamos que habíamos acompañado y preparado a Beatriz para la muerte, inclusive despidiéndonos de sus seres queridos. ¿Qué es lo que guió nuestro trabajo clínico en este caso? ¿Fueron los temores y preocupaciones de la paciente lo que nos llevó a abordar la problemática de la muerte? ¿El trabajo realizado le permitió a la paciente una mejor calidad de vida hasta la muerte?

Los cuidados paliativos

El trabajo con pacientes con enfermedades amenazantes para la vida se enmarca dentro de los cuidados paliativos. Los mismos pueden ser definidos como la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (IAHPC, 2019).

En este sentido, los cuidados paliativos afirman el morir como un proceso normal y como parte de la vida; intentan no acelerar o aplazar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; tratan de ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; así como un sistema de apoyo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad de los pacientes y su propio duelo; utilizan un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias; buscan mejorar la calidad de vida y si se puede, influir también positivamente en el curso de la enfermedad (Barreto, Bayes, 1990).

Considerando los objetivos fundamentales planteados en el marco de los cuidados paliativos ¿Se puede tener una perspectiva de cuidados paliativos cuando concurrimos a las salas como interconsultores externos? ¿Podemos enmarcar el trabajo realizado con Beatriz dentro de los cuidados paliativos?

Respondiendo a estos interrogantes, consideramos que algunos de los ejes y objetivos planteados pudieron ser abordados. Por una parte, los médicos acompañaron y respetaron las decisio-

nes de la paciente, detectando sus necesidades y solicitando la intervención por parte de salud mental. Asimismo, buscaron incrementar su bienestar durante la internación, permitiendo que sus hijos ingresaran a la sala (en contra de las reglas establecidas institucionalmente) reconociendo la importancia y el impacto que esto produciría, tanto en la familia como en la paciente. Por otra parte, algunos de los enfermeros, brindaban sensación de cuidado y sostén, acompañando y conversando con la paciente. Por último, desde el equipo de salud mental, ayudando a la expresión y elaboración de ciertos temores y angustias vinculados a la proximidad de la muerte. Considero, sin embargo, dos grandes dificultades. En primer lugar, encuentro cierto obstáculo, en el dispositivo de interconsulta, en la conformación de equipos interdisciplinarios con los médicos tratantes. Por lo general, nos acercamos a los distintos servicios en calidad de agentes externos que concurren a resolver determinada demanda. En segundo lugar, un elemento considerado fundamental para los cuidados paliativos se encuentra ausente: el trabajo con la familia. Repensando el trabajo clínico llevado a cabo, me pregunto si el trabajo con la madre y los hijos de la paciente, podría haber sido beneficioso para todos los miembros de la familia.

Ya explicitado el marco general en el que se enmarca nuestra actuación con pacientes en el final de la vida, ahondaré a continuación en el trabajo que realizamos los profesionales de salud mental ante las proximidades de la muerte.

La muerte

El abordaje de pacientes con enfermedades graves trae inherentemente la cuestión de la cercanía de la muerte. La muerte ha sido abordada desde diferentes perspectivas y disciplinas, como la filosofía, la antropología, la medicina y la psicología. Diversos autores coinciden en que en el mundo occidental, la vida transcurre en gran medida en el rechazo de la idea de la propia muerte. Morir parece reservado al otro, se trata de una experiencia ajena. Recién cuando el cuerpo es tocando en su propia materialidad nos conmocionamos frente al saber de la propia finitud. La muerte puede considerarse como “un momento mítico” (Aulagnier, 1980), un “acontecimiento psíquico” (M'Uzan, 1978) y una experiencia de la que no es posible tener relato (Pezchnik, 2012). Por otra parte, para Bayes (1990), en el contexto de enfermedades terminales, la muerte no es un acto puntual, sino un proceso que se inicia con el conocimiento subjetivamente cierto de que «voy a morir», denominado «muerte psíquica», que puede coincidir con la muerte biológica o precederla en días, semanas o meses. De esta forma comienza una sucesión de interrogantes, tanto para el paciente como para su familia, donde el temor a los acontecimientos impredecibles que pueden anteceder a la muerte ocupa un lugar predominante. Con frecuencia el paciente en situación de enfermedad avanzada sufre, semanas o meses antes de morir otro tipo de muerte denominada «muerte social». El deterioro progresivo de su

estado de salud le impide continuar con su actividad laboral, dificulta el mantenimiento de sus circuitos de relaciones sociales y modifica, incluso, el rol que desempeñaba dentro de la estructura familiar.

Sobre el miedo a la muerte

Puesto que la mayoría de los humanos desean con vehemencia continuar vivos, ¿no es perfectamente natural que sientan un miedo extraordinario a la muerte? Las principales fuentes del miedo se relacionan no solo con la muerte sino con el proceso de morir y estas son: la pérdida de autonomía, deformidad y cambios en apariencia física, pérdida de funciones corporales, convertirse en una carga para los demás, separación de sus seres queridos, aislamiento, soledad, incertidumbre, pérdida de control, dolor no controlado y tener una muerte escandalosa (Sánchez Pérez, 2004). En el caso presentado, el sufrimiento de la paciente no se expresaba en relación a la muerte en sí misma, sino más bien, a todo aquello que la rodeaba: la separación de sus hijos, la carga sobre su madre, la soledad y el aislamiento, el temor a ser vista intubada, entre otros. El miedo está relacionado con el significado y valores hacia la muerte, los cuales están determinados culturalmente. Esto se observa claramente en los pacientes con profundas creencias religiosas, quienes presentan una mayor capacidad para enfrentar el temor a la muerte. Las religiones apuntalan al psiquismo y aportan respuestas existenciales aliviadoras. En cambio, si la muerte suele ser vista como algo demasiado malo los pacientes permanecerán en un estado constante de ansiedad ante la posibilidad de que llegue el momento (Sánchez Pérez, 2004). Para Beatriz, la creencia en Dios le permitió transitar con cierta tranquilidad la proximidad de la muerte, leyendo la biblia y dejando a “la voluntad de Dios” su advenimiento.

Ahora bien, ¿cómo nos situamos los psicoterapeutas ante un paciente en esta etapa?, ¿cómo intervenimos?

Intervención psicoterapéutica

El objetivo fundamental que persiguen todas las intervenciones terapéuticas dentro de un enfoque paliativo, es único: conseguir para el sujeto el máximo bienestar y la mejor calidad de vida posible (Gómez-Batiste y Roca, 1989; Sanz, 1988) a lo largo de todo el proceso que conduce a la muerte. Dentro de un enfoque paliativo la muerte no es un fracaso. El fracaso es que las personas mueran sufriendo, existiendo, en muchos casos, la posibilidad de evitarlo (Barreto, Bayes, 1990).

En primer lugar, el terapeuta debe posicionarse de tal manera de poder dictaminar prioritariamente si ha de serle útil o no al paciente sostener encuentros psicológicos (Alizalde, 1996). La intervención del agente de salud mental habrá de requerir máximo tacto y arte a fin de respetar las defensas y al mismo tiempo facilitar los cambios psíquicos cuando las circunstancias son favorables. Cada caso y cada período de la enfermedad requieren de una peculiar organización terapéutica.

Para Sánchez Pérez (2004), las metas generales de la intervención psicoterapéutica en la proximidad de la muerte incluyen disminuir el sufrimiento, trabajar con los recursos de la persona, apoyar la toma de decisiones, mantener viva la esperanza, ayudar en la elaboración del duelo ante pérdidas, fomentar la gradual aceptación, favorecer la despedida, favorecer la expresión abierta de emociones, acompañar, entre otros. Si aplicamos dichas metas al trabajo realizado con Beatriz, podemos suponer que las metas establecidas fueron abordadas en algunas de sus dimensiones. En primer lugar, se apoyó la toma de decisión de la paciente sobre rechazar la intubación, haciendo hincapié y fortaleciendo su autonomía. En segundo lugar, se acompañó a la paciente a lo largo de la internación. Asimismo, considero que lo que generó un verdadero impacto en la disminución del sufrimiento de Beatriz fue la posibilidad de expresar sus emociones de forma abierta, algo que la paciente rescata al final de nuestros encuentros. “Gracias a ustedes puedo hablar más, y expresarle a mi familia lo que siento”. En este sentido, la expresión de las emociones de la paciente en los encuentros terapéuticos tuvo una resonancia en sus vínculos más íntimos, permitiendo que pueda expresar sus pensamientos y sentimientos sobre la enfermedad y la muerte a su familia, lo cual impacta en la calidad del acompañamiento y del contacto humano. Alizalde (1996) rescata la función continente del marco psicoterapéutico. “El continente implica la puesta en ejercicio de las envolturas de alivio psíquico durante el trabajo de acompañamiento con miras a procurar una mejor calidad de vida y una buena calidad de muerte”. En este sentido, el trabajo se centra en sostener la mejor calidad de vida hasta la muerte. Y el logro de tal fin depende de los proyectos vitales por mínimos que sean, del cultivo de las relaciones interpersonales, y del interés por las actividades de la vida. El terapeuta acompaña al paciente en los “saltos psíquicos” que fluctúan entre el “estar todavía en la vida” y el “prepararse para la muerte”. El paciente necesita de un interlocutor válido que lo acompañe tanto en el esclarecimiento y comprensión de sus ansiedades e ideas frente a la enfermedad y la muerte como en el fortalecimiento de la esperanza en su recuperación, aunque fuera parcial, olvidando, por un tiempo, que su vida está seriamente amenazada.

Sobre la esperanza

La esperanza es un elemento sumamente importante para el paciente con una enfermedad avanzada. La esperanza se va modificando de acuerdo con la situación. En un primer momento, la esperanza se dirige hacia la posibilidad de curación, pero si la enfermedad persiste, la esperanza puede enfocarse en la realización de ciertas cosas antes de morir. Aún cuando el estado de salud se deteriore considerablemente, la esperanza puede centrarse en el alivio del dolor y finalmente, en tener una muerte tranquila. En este proceso es muy importante el papel del terapeuta que, a través de la relación que establece con el paciente, le ayude en la redefinición de sus metas, manteniendo

la idea de que siempre hay algo para hacer y de que el equipo de salud no lo abandonará a su suerte (Sánchez Pérez, 2004). Cuando conocimos a Beatriz, la esperanza se centraba en poder hacer algunas cosas antes de morir, particularmente, en poder transmitir afecto a sus hijos. Cuando su estado físico comienza a mejorar, la paciente tiene la esperanza de poder recibir el alta y compartir algunos momentos con su familia. Cuando el estado físico mejora considerablemente, aparecen proyectos vitales más importantes, como son los estudios.

Conclusión

En el inicio, el encuentro con Beatriz resultó angustiante, tanto por su estado físico (particularmente por la debilidad muscular, el bajo peso y la dificultad para respirar) como por la conciencia que presentaba sobre la gravedad de su cuadro y la conmoción con la que la expresaba, necesitando de distintas estrategias para afrontar cada entrevista con ella. Si bien desde el primer momento evaluamos que no requería intervención psicofarmacológica, nunca dudamos en continuar el tratamiento en conjunto. El recurso del humor y el intercambio entre nosotros posterior a cada entrevista, constituyeron elementos que permitieron que la angustia no nos imposibilitara el trabajo clínico. Considero que el trabajo de elaboración realizado con la paciente, permitió un cambio de posición, desde una postura pasiva, en la que se encontraba ante una enfermedad que la dejaba paralizada y enmudecida, a una posición más activa en la toma de decisiones sobre su padecer, restituyendo su autonomía y dando valor a su palabra. Como dice Alizalde (1996), cuanto más haya incluido el sujeto en sí el saber sobre su muerte más preparado lo encontrará esta cuando vaya en su busca. Si bien considero que siempre hay algo de irreductible en lo que constituye el acercamiento a la muerte, sí hay mucho por hacer para lograr que un sujeto arribe a ese momento con la menor carga de sufrimiento posible y la mejor calidad de vida, decidiendo de qué forma desea transitar ese camino.

BIBLIOGRAFÍA

- Alizalde, A. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer. Alienación, amor, pasión*. Barcelona: Argot.
- Barreto, P., Bayes, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. En: *Anales de psicología*. 6 (2), 169-180.
- Gómez-Batiste, X. y Roca, J. (1990). *Atenció als malalts terminals oncològics*. Todo Hospital (en prensa).
- Holland, J.C. (1982). Psychological issues in care of the terminally ill. *Directions in Psychiatry* (Lesson 25).
- M'Uzan, M. (1978). "Del arte a la muerte". Barcelona: ICARIA Editorial.
- Sánchez Pérez, M. (2004). Intervención psicológica ante la respuesta emocional del paciente. En: *Avance en Cuidados Paliativos*. Tomo 1.
- Sanz, J. (1988). Problemática del paciente en situación terminal. En E. Díaz Rubio (Ed.), *Avances en Oncología*, 1 (pp. 83-98). Madrid: Aran.
- Saunders, C. M. (1967). The management of terminal illness. *Hospital Medicine*, Enero, 317-320.
- Pezcnik, A (2012). *El sujeto ante su muerte. Violencia y terminalidad terapéutica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.