

MEMORIAS

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

XVIII Jornadas de Investigación

**Séptimo Encuentro de Investigadores
en Psicología del MERCOSUR**

22 al 25 de noviembre de 2011

**PSICOLOGÍA DE LA SALUD, EPIDEMIOLOGÍA
Y PREVENCIÓN**



UBA190
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ANIVERSARIO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Secretaría de Investigaciones

LA MUERTE, LA ENFERMEDAD Y EL SUFRIMIENTO EN EL TRABAJO COTIDIANO DEL PSICÓLOGO

Albornoz, Ona
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En un mundo que ha enmudecido frente a la muerte, si se considera que la muerte es un fenómeno tan natural, si nosotros como científicos la estudiamos y sabemos que es inevitable, ¿por qué entonces como agentes de salud no siempre se dialoga abiertamente en aquellos casos que lo requieren? ¿Se dan cuenta cuántas contradicciones internas, subjetivas, psicológicas tenemos sobre este acontecimiento? ¿Con cuántas dudas volverán los psicólogos para su casa, con cuántas angustias y emociones mal canalizadas, con cuántos deseos a lo mejor de hacer más y mejor pero no atreverse, por temor a sufrir? A veces en la vida profesional podemos creer que es tan habitual ver morir a un paciente o acompañar en el duelo o escuchar el sufrimiento frente a la finitud, que no nos detenemos a evaluar el proceso que vivenciamos a nivel psicológico. El objetivo de este trabajo será explicar la importancia que tenemos como profesionales, docentes y supervisores, de introducir la temática de la muerte, el sufrimiento y la enfermedad en el quehacer y el discurso cotidiano del psicólogo. Así como reflexionar sobre cómo nos atraviesa la muerte y la implicancia y modalidades de respuesta frente a estas diferentes temáticas.

Palabras clave

Muerte Sufrimiento Enfermedad Psicólogo

ABSTRACT

DEATH, DISEASE AND SUFFERING IN THE PSYCHOLOGIST DAILY WORK

In a world that has muted in front of death, if it's considered that death is such a natural phenomenon, if we, as scientists study and know it's unavoidable, why, then, as health agents isn't always openly talked in those cases that is required? Do we realize how many internal, subjective and psychological contradictions we have over this event? With how many doubts will the psychologist return home, with how many anguishes and wrongly channelized emotions, with how many desires to do more and do better but we don't dare to for fear of suffering? Sometimes in the professional life we can believe that is usual to see a patient dying or accompany him in the grieving process or listen to the suffering, that we don't stop to evaluate the process that we live on a psychological level. The objective of this job will be to explain the importance that we have as professionals, teachers and supervisors, to introduce the themes of death, suffering and disease in what has to be done and the psychologist's daily speech. As well as reflecting

about how death goes through us and the implication and ways to respond in front of these different themes.

Key words

Death Suffering Disease Physiologist

“ Se muere mal cuando la muerte no es aceptada, se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes, se muere mal cuando se abandona al paciente al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad de una sociedad donde no se sabe morir”. Comité Europeo de Salud Pública (1981).

Luis tiene 62 años, está internado en un hospital general, en el último año le han hecho 10 operaciones de intestino, bajó más de 20 kg, hace muchos días que se alimenta por vena, situación completamente irreversible, tomar agua le produce vómitos, presenta una infección que va generalizándose, tiene el dolor controlado. Cirujanos y clínicos evalúan realizar una nueva operación para salvar 7 de los 10 cm que le quedan sanos de su intestino. El solicita que no le hagan NADA MÁS, no quiere que le saquen sangre, no quiere que lo operen, no quiere que lo alimenten, no quiere seguir ofreciendo su cuerpo para intervenciones que él comprende que no va producir ningún cambio. Solo quiere y pide que lo dejen morir en paz. Luego de la evaluación psicológica se observa que se encuentra totalmente lúcido, que comprende la consecuencia de su decisión, que es morir, su familia está de acuerdo y presenta un balance de vida que le implica mucha paz. ¿Por qué es tan difícil escucharlo? ¿Qué les pasa a los profesionales que están buscando más y más opciones?

María tiene 22 años y en el curso de dos años sus progenitores fallecieron, su padre de una enfermedad terminal, su madre en forma abrupta, sin poder despedirse. Llega al consultorio privado medicada por depresión grave y crisis de angustia expresada por la respuesta del aparato simpático como mareos abruptos inmanejables, dificultad en la respiración e hipertensión, sin trabajar desde hace 6 meses y sin salir de su casa ni ver amigos. Su red es una tía y un hermano poco contenedor. Presenta un duelo complicado, durante los primeros meses solo puede hablar de la muerte de sus padres y del deseo de terminar su propio sufrimiento, muriendo. ¿Es fácil escuchar durante sesiones y sesiones el tema de la muerte?

Una psicóloga que pertenece a un gabinete psicológico en un colegio explica el impacto que produjo la enfermedad terminal de un niño de jardín de infantes cuyo hermano cursa 2do, grado. ¿Cómo trabaja el profesional con ese niño, con sus compañeros, con su hermanito, con las mamás, con los directivos, con todos los miembros del colegio?

Una especialista en recursos humanos se plantea que herramientas implementar en la empresa cuando muere un integrante abruptamente en un accidente de tránsito. ¿Hago que no pasó nada?

Un perito psicólogo toma las entrevistas para realizar un informe para asesorar al juez, una madre llora porque su hijo de 8 años fue atropellado por un camión mientras iba al colegio, se presenta tres años luego del hecho a realizar una pericia en el contexto de un juicio por Daños y Perjuicios en el área Civil del ámbito judicial, y reedita en las entrevistas el dolor de su pérdida como si hubiese sucedido el día anterior, mostrando un duelo complicado. ¿Qué siento frente a esta mujer que veré solo dos veces y que sufre tanto?

Casos como estos no son excepcionales en el quehacer del psicólogo en los ámbitos de trabajo, hospital, educacional, laboral, clínica, forense, investigación... En cada área los próximos psicólogos, los actuales estudiantes, van a encontrarse con la temática del impacto de la enfermedad y de la muerte y del sufrimiento.

En nuestro trabajo del día a día nos encontramos con la temática de la muerte, esto nos impele a pensar en nuestra propia existencia, en nuestra propia muerte y la de nuestros seres queridos; deberemos prepararnos para cuando nos encontremos frente a personas que sufren por sus enfermedades o que se enfrentan a la muerte podamos responder éticamente y usar los recursos adecuados para lograr el cuidado y acompañamiento de las personas, realizando la tarea pertinente a cada especialidad.

Estas preguntas se están planteando desde hace varias décadas, Eric Cassell, en un artículo paradigmático, publicado en 1982 en la revista *The New England Journal of Medicine* con el título "El sufrimiento y los objetivos de la medicina, nos trasmite un mensaje capital: "Los que sufren, no son los cuerpos; son las personas", así mismo denunció la poca atención prestada al problema del sufrimiento en la educación, la investigación o la práctica médica, y estableció una distinción, basada en observaciones clínicas, entre sufrimiento y dolor físico. El sufrimiento puede abarcar el dolor físico, pero en modo alguno se limita a él. Rechazando el histórico dualismo de mente y cuerpo, Cassell sostiene que el sufrimiento lo experimentan las personas, no simplemente los cuerpos, y que tiene su origen en los retos que amenazan a la integridad de la persona, entendida como una compleja entidad social y psicológica. El dolor físico se transforma en sufrimiento cuando se considera como signo precursor de un daño importante que acecha a la existencia, o cuando se teme su prolongación o intensificación en el futuro sin posibilidad de control. En este trabajo ya clásico, Cassell definió el sufrimiento co-

mo un estado de aflicción grave asociado con hechos que amenazan la integridad de la persona. Refinando esta definición, Chapman y Gravin hablan de un estado cognitivo y afectivo, complejo y negativo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. Se puede concluir que la teoría actual define el sufrimiento como el resultado de un balance negativo entre amenazas y recursos. El sufrimiento se concibe como un balance negativo o déficit vital, como una pérdida: pérdida de la salud, de la dignidad, de autonomía, de planes de futuro, de otra persona, de uno mismo; pero el sufrimiento -o, mejor dicho, su expresión, con el consiguiente desahogotambién puede ser considerado como un recurso terapéutico, o incluso como una posibilidad de superación personal, de maduración, a través de la adquisición de los recursos necesarios para afrontar dicho sufrimiento, aunque en este caso no se trata tanto de enaltecer el sufrimiento como de aprender a partir de su experiencia. En relación con el sufrimiento, el estudio de J. M. Morse y A. Proctor (1998) en Canadá ha identificado el fenómeno del "aguante" o *enduring* como una respuesta ante una amenaza a la integridad personal en la que se suprime la expresión emocional hasta que la persona se haga cargo de la situación. Es una estrategia necesaria para continuar funcionando día a día, pero no trae consigo descanso ni curación, de modo que a menudo las personas que están "soportando" o "aguantándose" el sufrimiento utilizan ciertas vías de escape para liberar la tensión emocional. Según ese trabajo, la dinámica entre el aguante y el sufrimiento está regida por el contexto y las normas culturales de conducta (por ejemplo, uno "aguanta" en público y "sufre" en privado), así como por varios niveles de reconocimiento y aceptación de la causa del sufrimiento. Para el profesional sanitario el contacto con algo tan aparentemente temible y de difícil manejo como el sufrimiento ajeno es un factor de riesgo que puede conducir a conductas de evitación y de escape; por ello, tanto en la literatura médica como desde la psicología se hacen numerosas referencias al cuidado del cuidador, o a que el cuidador adquiera el convencimiento de que debe cuidarse a sí mismo con el objetivo, entre otros, de evitar la ansiedad y el síndrome de *burnout* o "profesional quemado". En 1926, en una recordada conferencia magistral pronunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, un médico ilustre, Francis Peabody señalaba: "Cuando hablamos de un <cuadro clínico> no nos referimos a la fotografía de un hombre enfermo en cama, sino a la pintura impresionista de un paciente en el entorno de su casa, su trabajo, sus relaciones, sus amigos, sus alegrías, sus preocupaciones, esperanzas y miedos".

A finales del pasado siglo, el denominado Informe Hastings (1996) nos aporta un atractivo modelo de salud para el siglo XXI que subraya que "los enfermos presentan sus malestares al médico como personas; esto

es lo que experimentan subjetivamente de forma más directa y lo que suele motivarles a buscar alivio. Se presentan a sí mismos como individuos, y son precisamente esos individuos los que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados” allí se destacan el alivio del dolor y el sufrimiento, la evitación de la muerte prematura, los cuidados a los enfermos incurables y la búsqueda de una muerte tranquila. Pese a ello, este proyecto dirigido por Daniel Callahan (en Bayés 2004) concluyó que la medicina que se practica hoy día en todo el mundo no suele cumplir correctamente con esos fines. Bayés (2004) señala tres dimensiones subjetivas que, al margen del control de síntomas realizado de acuerdo con los deseos del paciente a cada momento, es necesario analizar a la hora de estudiar el sufrimiento en el final de la vida: el binomio autonomía-dependencia, el sentido de la vida y el soporte emocional. De manera complementaria, Barbero (2004) analiza también las variables biológicas, psicosociales y antropológicas que intervienen en la experiencia del sufrimiento, y trabaja algunas estrategias de exploración y evaluación de esa experiencia, que concibe como esencialmente relacional.

El anterior marco teórico pone de manifiesto que el sufrimiento es una experiencia subjetiva y que por ello la primera responsabilidad moral del profesional en su abordaje es la escucha activa. Para evaluar y diagnosticar el sufrimiento, por lo tanto, se hace necesario dar la palabra al paciente e interpretar su experiencia mediante una metodología cualitativa o narrativa. Ahora bien, ¿cómo intervenir ante un sufrimiento que ni siquiera sabemos definir en sus partes o componentes básicos? De manera general, sabemos que esos componentes se engloban en los múltiples contextos descritos por Callahan (2004) -problemas de salud y enfermedades; violencia social; catástrofes naturales; accidentes; la vida cotidiana y las decisiones que adoptamos-, pero ¿cuáles son los más determinantes en nuestro entorno?, ¿cuáles son aquellos que nos impactan más de acuerdo a nuestra historia? Esbozando un camino para responder estas preguntas, deberemos primero detectar el sufrimiento de las personas frente a las diversas situaciones, discernir la causa o motivo del sufrimiento y explorar cursos de acción para aliviar el sufrimiento evitable. El recurso que proponemos implicará también que el profesional detecte su propio impacto frente a lo que está planteando la persona que tenemos enfrente, sufriendo, luego deberemos discernir en nosotros la causa o motivo de lo que sentimos y para finalizar exploraremos en nuestros recursos aquellos que nos permitan realizar en forma ética y cuidadosa nuestra labor. Tal vez podamos aceptar que no podemos dejar de sentir frente al sufrimiento del otro, tal vez por esa misma razón nos hemos convertido en psicólogos. El trabajo será utilizar la empatía para que la persona se sienta contenida y escuchada, escuchando al mismo tiempo nuestras propias emociones para poder así, no llevarlas a la acción en forma inadecuada, no evitar las situaciones y no enfermarnos o quemarnos en el camino de es-

ta maravillosa profesión que hemos elegido transitar. Entre todas las experiencias de límite y de fracaso, ocupa un lugar central la situación límite de la muerte. Todas las filosofías en su intento por aclarar la complejidad de la existencia humana, se vieron confrontadas con la realidad de la muerte de manera más o menos explícita. Reflexionar sobre la naturaleza de la muerte significa preguntarse por su significado para un ser que tiene que realizarse con los demás en el mundo. Significa reflexionar acerca de su repercusión en la existencia humana.

A diferencia del animal, **el hombre se da cuenta de que va a morir** y sabe que se dirige hacia ese final. De algún modo, la certeza de la muerte está presente en el horizonte de la conciencia. La conciencia de la inevitabilidad de la muerte implica una mezcla de amenaza inexorable y la conciencia de un plazo temporal del que no podemos huir. La muerte se presenta como algo que no debería ser y que en algunas etapas de la vida percibimos todavía alejada. Sin embargo, la **huida** frente al pensamiento de la muerte es una reacción frecuente ante la percepción de la misma como algo real. M. Heidegger afirma que la huida del pensamiento de la muerte es, de alguna manera, una confirmación de la amenaza y peligro que significa para el hombre. Esta huida puede expresarse en la búsqueda constante de estímulos y actividades que impidan la presencia consciente de estas cuestiones vividas como amenazantes. La muerte se presenta como uno de los grandes tabúes de nuestro tiempo. La amenaza concreta de la muerte suele revelarse en la **experiencia de la muerte ajena**, más precisamente en la muerte de la persona amada.

Para referirnos al tema de la muerte se hace necesario entonces trascender lo relativo al orden teórico y conceptual y adentrarnos “en el mundo de las emociones y la espiritualidad del hombre común, quien-a pesar de reconocer que la muerte es el natural colofón de la vida-intenta evadir la confrontación racional de esta verdad”... al abordar los problemas relacionados con la muerte no resulta suficiente asumir las dificultades que en el orden intelectual ello trae aparejado, sino que deberían enfrentarse además las relativas a los aspectos psicológicos, sociales, culturales, morales, religiosos y legales”. (Amaro M, 1998).

Pretendemos entonces por un instante solicitar a aquellos que lean estas líneas que se detengan no en conceptos, no en conocimientos, no en el ser profesionales de prestigio, les pedimos que traten de leer desde el rol persona, en el esencial rol de nuestra vida, y desde allí tratar de acercarnos a vuestra subjetividad, a lo que puede ocurrir u ocurre en sus mentes, y en sus complejos mecanismos psicológicos, cuando desde el rol profesional se enfrentan a la enfermedad o la muerte de sus pacientes o entrevistados o alumnos, el sufrimiento que puede conllevar enfrentarse a estas temáticas como personas en nuestra propia existencia. Confucio dijo que “el hombre superior debe vigilarse a sí mismo cuando está solo”.

En un mundo que ha enmudecido frente a la muerte, si

se considera que la muerte es un fenómeno tan natural, si nosotros como científicos la estudiamos y sabemos que en algún momento es inevitable, ¿por qué entonces como agentes de salud no siempre se dialoga abiertamente en aquellos casos que lo quieran y lo requieran? ¿Se dan cuenta cuántas contradicciones internas, subjetivas, psicológicas tenemos sobre este acontecimiento? ¿Con cuántas dudas se deben ir todos los días los psicólogos para su casa, con cuántas angustias mal canalizadas en ocasiones, con cuántos deseos a lo mejor de hacer más y mejor pero no atreverse por temor a sufrir lo indebido en esta profesión?. A veces en la vida profesional podemos creer que es tan habitual ver morir a un paciente o acompañar en el duelo o escuchar el sufrimiento frente a la finitud, que no nos detenemos en el "pequeño detalle" de qué nos va sucediendo a nivel psicológico."La vivencia con un paciente terminal exige del terapeuta que este tenga muy claro la forma en que asume determinados cuestionamientos y valores en relación con la muerte y con el acto de morir, lo que no significa decir que ese profesional tenga que ser totalmente insensible a la muerte". (Angerami, V.A 1995).

En muchas ocasiones nos preguntan: ¿Cómo pueden Uds. escuchar tantos problemas y no enloquecer? ¿Acompañar a tantas personas que sufren y seguir su día? Y la respuesta podría ser: gracias a los recursos técnicos que me ha dado mi profesión.

Proponemos recursos simples: nunca correr el riesgo de deshumanizar el contacto con el que sufre, se enferma o muere, buscando siempre nuevas formas de humanizarlo más. Así mismo, nunca sobrevalorar las potencialidades personales y psíquicas que como simples humanos poseen, y prepararse, adiestrarse no sólo en técnicas para diagnosticar o evaluar o realizar intervenciones perfectas sino también prepararse también para identificar una queja, para tomar una mano a tiempo, para escuchar lo que el otro necesita en ese momento y para dejar expresar correctamente las emociones que se generan en estos acontecimientos cotidianos de la labor del psicólogo. Otro recurso necesario será conocer nuestros propios miedos o ansiedades frente a la muerte para lograr escuchar al otro en el momento que lo tenemos enfrente y no solo a nosotros mismos. Por eso se haría imprescindible realizar un trabajo sistemático educativo- preventivo dirigido ha:

-Reconocer la complejidad subjetiva del vínculo psicólogo- paciente, entrevistado, alumno, no ajena ante el evento de la muerte. El vínculo está fundamentado en una ética profesional, que no es más que una ética del sistema vincular de las personas que entran en interacción. Una ética de las relaciones interpersonales constituida por elementos tales como el respeto, la honestidad, la sensibilidad y el compromiso. (Calviño M, 1998).

-Reconocer el vínculo ante el evento de la muerte, el sufrimiento o la pérdida, como posible fuente generadora y evocadora de conflictos personales y/o dilemas éticos que pudieran matizar los procedimientos técnicos que se realizan.

-Necesidad de una preparación psicológica y supervi-

sión, para enfrentar las diferentes situaciones emocionales vinculadas a estas temáticas, evitando de este modo la aparición de malestares psicológicos más complejos (Síndrome de Burnout).

Conclusión

Con respecto al rol del docente...¿debemos los profesores limitarnos a impartir y verificar conocimientos y habilidades a nuestros alumnos, o más bien tratar de cincelar personas autónomas que posean buenos conocimientos y habilidades? (Bayés, 2009). Con relación al trabajo cotidiano del psicólogo, en cualquiera de sus especialidades, todos los seres humanos poseemos un organismo y todos somos personas. No hay duda, por tanto, de que estamos familiarizados con ambas realidades. Pero este hecho - nos recuerda Cassell (1982)- no nos capacita por sí solo para explorar el funcionamiento del organismo ni el sufrimiento de las personas. El problema aumenta porque, lo que causa sufrimiento a una persona no lo produce a otra. Tan importante es conocer las estrategias de afrontamiento de una persona - nos recuerdan Lazarus y Folkman (1984)- como el hecho de que las mismas pueden variar de un momento a otro. "*El sentido de la vida* - señala, por su parte, Viktor Frankl (1946,1991) - *difiere de un hombre a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues, lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado*". La persona - el resultado de una historia individualizada de interacciones - se puede explorar a través de la observación, la actitud hospitalaria, la empatía, la escucha activa y el lenguaje. Las habilidades de comunicación , así como la validación de las biografías, constituyen la tecnología punta para aliviar el sufrimiento de las personas. Los sanitarios, deberían conocerlas a fondo para llevar a cabo buenos diagnósticos y administrar buenos tratamientos; los profesores, para impartir enseñanzas; los investigadores, para explorar a seres humanos que no sólo son organismos enfermos o conductas alteradas sino, esencialmente, individuos que sufren y que en todo momento - también en el hospital, también en el aula, también en el laboratorio o frente al ordenador - están siempre intentando, en el seno de entornos complejos, tensar el arco con tino para alcanzar su blanco de felicidad. (Bayés , 2009).

Si definimos el sufrimiento como la consecuencia, dinámica y cambiante, de la interacción, en contextos específicos, entre la percepción de amenaza y la percepción de recursos, modulada por el estado de ánimo. Cuanto más amenazadora le parezca al enfermo, al estudiante, al profesor - a cualquier persona - una situación y cuanto menos control crea tener sobre ella, mayor será su sufrimiento. Si queremos aliviar el sufrimiento y facilitar el camino hacia la serenidad hay que aprender no sólo a explorar a los seres humanos como personas, sino también ayudarles, en lo posible, a adquirir control sobre la situación en que se encuentran. Los psicólogos podemos contribuir a hacerlo más llevadero, disminu-

yendo las vivencias de amenaza, incrementando la percepción de recursos, y mejorando el estado de ánimo; disminuyendo la incertidumbre, ayudando a los hombres a deliberar en las encrucijadas difíciles y aumentando su percepción de control en el itinerario de la vida. Pero, sobre todo, no olvidando nunca que en la universidad, en el hospital, en la ciudad, en la familia, sea cual sea la edad, sexo, raza, condición o cultura de nuestros interlocutores, no nos relacionamos sólo con cuerpos con apariencia de persona, sino con personas reales que sufren y luchan porque tienen una permanente vocación de felicidad y plenitud.

«En los últimos momentos de un moribundo se puede encerrar el absoluto» (Simone de Beauvoir, 1964). No podemos disociar la muerte de nuestra propia existencia y de la vida de las personas de nuestro entorno. Sabemos que morimos, y conocemos nuestra constitución mortal: somos seres inexorablemente abocados a la muerte. Reconocer nuestra finitud es respetar el drama de vivir y enfrentarse a la angustia, a ese peculiar dolor humano que nos atenaza en esa especie de agujero negro de nuestra existencia. Y justamente éste parece ser el camino de nuestra realización como seres humanos: la toma de conciencia de uno mismo. La muerte es el cese de la vida natural de la persona, el final de su existencia. Morir es algo único, personal e irreplicable. El protagonista es aquí el ser humano, y ni él puede ignorarlo ni otro puede privarle de serlo. Nadie puede amar, crear, sufrir, morir en nuestro lugar.

La muerte, la finitud de la existencia, constituye una dimensión fundamental de la condición humana ante la cual, como suele ocurrir con las grandes cuestiones, no se trata tanto de dar respuestas satisfactorias y definitivas cuanto de plantear en profundidad el tema y sugerir, desde la perspectiva psicológica, algunas ideas a modo de horizontes en el siempre arduo y complejo camino de la comprensión humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro M (1998) Una muerte digna para una vida digna. En: Cuadernos de Bioética. Vol. IX.No.36,4ª. España. Págs. 822-824.
- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés, R. (2008) Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos (3ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral.(2004) En: Couceiro A, editora. Ética en cuidados paliativos. Madrid: TriaCastela; p. 143-59.
- Bayés R. (2000) Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)* ; 7 (3): 101-5.
- Bayés R. (2004) Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *MedClin(Barc)* ; 122: 539-41.
- Bayés, R. (2009). Sobre los usos del término "dignidad". *Medicina Paliativa*, 16 (4), 199-200.
- Borrell i Carrió F.(2003) Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. *Med Clin (Barc)* ; 121: 785-6.
- Callahan D. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. En: Bayés R, (2004) editor. Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; p. 5- 16.
- Calviño M (1998) La ética de las relaciones interpersonales (el sustento axiológico de la ética clínica). Ponencia presentada en el Primer Taller Nacional " La Ética Clínica en las instituciones de salud", Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Ciudad Habana. Cuba.
- Cassell EJ. (1982)The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*; 306: 539-45.
- Cabodevilla, Josu: (1994) «A morir también se aprende». *Humanizar* 15 (agosto 1994), 32-33.
- Chochinov HM. (2004) Dignity and the eye of the beholder. *J Clin Oncol.*; 22 (7): 1336-40.
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas (2004); 11. España.
- De Beauvoir, S. (1964). *Une mort très douce*. París: Gallimard.5
- Frankl VE. (1946) *Ein psychologue erlebt das Konzentrationslager*. Traducción: El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1996.
- Frankl, Viktor E. (1991): *El hombre en busca del sentido*. Editorial Herder. Barcelona. España.
- Hastings Center, *Goals of medicine:setting new priorities*; (1996). Traducción: Los fines de la medicina (www.fundaciongrifols.org)
- Kübler-Ross, E. (1969): *Attitudes toward death and dying*. (1ª ed.) 25-50. *On Death and Dying*. New York. Ed.Macmillan publishing Company. Recuperado 25 abril 2011. http://www.amazon.com/gp/reader/0684839385/?ref=sib_dp_pt/002-3957731-7599256#reader-link
- Laín Entralgo P. (1983), *La relación médico-paciente*. Madrid: Alianza.
- Lazarus RS, Folkman S: (1984) *Stress, appraisal and coping*. Nova York: Springer.
- Morse, J. M. y A. Proctor (1998) "Maintaining patient endurance. The comfort work of trauma nurses", *Clinical Nursing Research*, núm. 7(3), 250-274.
- Santisteban I, Mier O.(2005) Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revisión de la literatura. *Med Pal .Madrid*; 12 (3): 169-74.