

ASPECTOS ÉTICOS EN EL FINAL DE LA VIDA

Eduardo Clavé Arruabarrena

6ª Sección

ASPECTOS ÉTICOS EN EL FINAL DE LA VIDA

Eduardo Clavé Arruabarrena

En la actualidad, un número considerable de enfermos termina su existencia entre extraños, en el hospital o en una residencia, donde diversas medidas de mantenimiento de la vida permiten retrasar la hora fatídica de la muerte. En ocasiones, este retraso paga un precio: la prolongación de los padecimientos físicos y morales. El reconocer que un enfermo se encuentra en la fase final de su vida no siempre es fácil. Por este motivo no resulta difícil comprender por qué los médicos insisten en mantener los tratamientos. La medicina no es una ciencia exacta y, tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, nos movemos entre ciertos márgenes de incertidumbre. En esa situación, tanto los enfermos y sus familias como los médicos, tienen dificultades para afrontar el sufrimiento cuando la enfermedad no tiene curación. La experiencia del sufrimiento, que no cede con la moderna tecnología médica o con los nuevos fármacos, nos recuerda a todos los que nos sentimos implicados, enfermos, familias, profesionales sanitarios y a la sociedad en su conjunto, que su alivio precisa de una medicina humana que tenga en cuenta a la persona en todas sus dimensiones (biológica, psíquica, social y espiritual)

En la fase final de la vida surgen numerosas preguntas que son difíciles de contestar. Cuando se tratan de responder aparecen algunas dudas cuyo componente ético analizaremos brevemente.

1. ¿SE ENCUENTRA EL ENFERMO EN EL FINAL DE SU VIDA?

Reconocer si un enfermo se encuentra en el final de su vida no es una cuestión baladí. Si lo hacemos y el paciente es potencialmente curable, cometeremos un error del que pueden derivarse graves consecuencias, como puede ser la muerte precoz de un enfermo que aún podría vivir cierto tiempo. Lo contrario, es decir, someter a un paciente incurable, en el que concurren todas las características del enfermo en el final de su vida, a terapias no indicadas en su situación biológica, también tiene graves consecuencias (encarnizamiento terapéutico). Para disminuir la incertidumbre, los profesionales sanitarios establecen algunos criterios que les ayudan a definir el final de la vida. El enfermo y la familia tienen derecho a ser informados acerca de estos criterios.

2. ¿SE LE DEBE INFORMAR AL ENFERMO DE SU ESTADO?

Toda persona tiene el derecho a disponer libremente de sí misma y a actuar conforme a los principios y valores que han regido su vida. El *consentimiento informado* es un proceso de información y de comunicación entre el profesional sanitario y el enfermo, que puede culminar con la autorización del paciente sobre las actuaciones diagnósticas o terapéuticas, de las que el médico ha ponderado sus riesgos, beneficios y alternativas. En ausencia de un verdadero proceso de comunicación resulta imposible que una persona pueda decidir de manera libre y responsable por lo que es necesario que los profesionales dediquen un tiempo suficiente a la información y a la comunicación, que les dará la oportunidad de conocer los valores del enfermo, su concepto de calidad de vida, así como saber qué tipo de relaciones mantiene con su familia.

Sin embargo, el terreno de la información y de la comunicación no está exento de dificultades. En el final de la vida, la información debe responder a las necesidades del paciente, a la que él mismo solicite o sea capaz de soportar.

Pero ¿de qué manera se concretan estas necesidades?

Saber escuchar a los enfermos se convierte en un requisito imprescindible si se desea que se produzca una verdadera comunicación. Se debe prestar atención a lo que desea transmitir el enfermo, escuchando sus problemas y mostrando verdadero interés por sus dificultades, sus dolores y sus sufrimientos. Cada paciente tiene necesidades diferentes de información por lo que se deberá medir la cantidad, el ritmo, los límites y la forma de la información. La necesidad de conocer la verdad no es la misma en todos los individuos, ni para todos los temas en cualquier momento. El enfermo necesita integrar la información en su mundo. En todo este proceso no se deberá olvidar a la familia que arrastra sus propios miedos y que los profesionales sanitarios deben saber encauzarlos.

En aquellos casos en los que se sepa con casi total seguridad, que la información va a generar mayores males de los que se pretenden evitar al proporcionarla, estará justificada la abstención informativa

(*privilegio terapéutico*) En el resto, se proporcionará la información al enfermo teniendo en cuenta sus necesidades y características, sabiendo que el objetivo final es que pueda potenciar su autonomía.

3. ¿SE PUEDEN LIMITAR LOS TRATAMIENTOS?

Poner un límite a los tratamientos constituye uno de los problemas éticos más comunes en la práctica actual de la medicina. Utilizar y mantener todas las posibilidades terapéuticas que el desarrollo científico-técnico de la medicina pone en nuestras manos puede salvar la vida de un enfermo o representar una agresión continuada que le impida morir en paz. Limitar los tratamientos obliga a los profesionales sanitarios a un serio ejercicio diagnóstico que es reconocer: 1. Si el enfermo se halla en el final de su vida y predecir las posibles consecuencias que se derivan de la continuación o no de dichos tratamientos, y 2. Los deseos del enfermo.

Una vez establecido que el enfermo se encuentra en el final de la vida, los profesionales sanitarios disponen de algunos criterios que pueden ayudarles a predecir las consecuencias que se derivan de la continuación o no de los tratamientos. Primero diferencian “*niveles de tratamiento*”, de menos a más agresivos, con objeto de poder determinar si una medida terapéutica es o no adecuada teniendo en cuenta la situación clínica del enfermo y las consecuencias que se prevén de su utilización. Siempre tienen en cuenta que los cuidados generales de enfermería y los tratamientos paliativos necesarios para aliviar y disminuir el sufrimiento son una exigencia en todas las situaciones. Otros niveles de tratamientos, como los que se administran en una unidad de cuidados intensivos, los que se aplican en una planta de hospitalización u otros como la alimentación y la hidratación son discutibles dependiendo de otros criterios como la *proporcionalidad*, la *futilidad* o la *calidad de vida*.

La *proporcionalidad* trata de evaluar los efectos positivos del tratamiento y los negativos como la falta de confort o el dolor. La *futilidad* tiene relación con la utilidad de los tratamientos. Decimos que un tratamiento es fútil cuando los beneficios que se obtienen ocurren en un porcentaje inferior al 5% de los enfermos tratados. Por último, es importante conocer como quedarán los pacientes tras la aplica-

ción de los recursos tecnológicos que hoy día disponemos: Qué *calidad de vida* tendrán, qué grado de autonomía, qué minusvalía.

Estos criterios (proporcionalidad, futilidad, calidad de vida) involucran juicios de valor complicando el debate acerca del significado de la utilidad o no de los tratamientos en el final de la vida. Por dicho motivo, resulta básico conocer los “*deseos del enfermo*”, pues sólo a él le corresponde decidir cuándo y cómo decir “basta ya” a los tratamientos.

4. ¿QUIÉN DEBE TOMAR LAS DECISIONES?

Sólo al enfermo le corresponde tomar las decisiones que afectan a su propia vida. A través del proceso de información y comunicación con el paciente dentro de la relación clínica, éste podrá valorar si un tratamiento es proporcionado o no y si los niveles de calidad de vida resultantes son aceptables o no y si reúnen los requisitos de humanidad o dignidad que él precisa para continuar viviendo. La participación y la codecisión del enfermo son una ayuda inestimable en las situaciones de incertidumbre.

Dentro de las obligaciones de los profesionales se encuentra determinar la capacidad o competencia del enfermo para saber si éste puede tomar o no una decisión. La incompetencia del enfermo supone la invalidación, tanto de su consentimiento al tratamiento como de su rechazo. La evaluación de la competencia se centra normalmente en la capacidad mental del paciente, sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta. Se deberá saber si el enfermo comprende lo que se le está explicando y si puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado.

Cuando el enfermo sea incompetente se deberá identificar a un sustituto en la toma de decisiones. En la práctica habitual la sustitución suele corresponder a un miembro de la familia. El representante o tutor sustituye las decisiones del enfermo basándose en el mejor conocimiento de sus valores y de lo que considera que se ajusta mejor a sus intereses. Estas decisiones se denominan “*decisiones de sustitución*” o “*decisiones subrogadas*”.

5. ¿QUÉ SON LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS?

En un contexto de respeto a los valores y a las decisiones que toma el enfermo, éste puede participar en sus cuidados y planificar su futuro mediante la expresión de sus deseos a través de la elaboración de un documento de *voluntades anticipadas*. En este documento una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, puede decidir, cuando todavía es capaz, cómo debe tratarse cuando no pueda tomar decisiones por sí mismo y otros deban hacerlo en su lugar. Por su intermedio la persona también puede designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario, y que le sustituirá en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

Entre los aspectos positivos de los documentos de voluntades anticipadas se encuentra la posibilidad de conocer el concepto de calidad de vida del paciente y que pueden contribuir a reducir la tensión que supone tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Entre las dificultades se encuentra la necesidad de determinar la capacidad o competencia del enfermo para saber si cuando suscribió el documento de voluntades anticipadas podía tomar o no una decisión. En este sentido, el paciente debería conocer los problemas clínicos o situaciones que se pueden plantear al final de la vida, las alternativas terapéuticas que se podrían aplicar en diferentes escenarios y, sobre todo, apreciar las consecuencias que podrían derivarse de la aplicación de cada alternativa.

6. ¿CÓMO PROCEDER CUANDO EL ENFERMO NO PUEDE DECIDIR Y NO SE PONEN DE ACUERDO LOS REPRESENTANTES DEL PACIENTE (FAMILIARES) Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

En primer lugar, todas las personas que participan en la relación clínica deberían esforzarse por conocer qué hubiera deseado el enfermo en esas circunstancias concretas. Esto no resulta fácil. Las situaciones que se producen en el final de la vida son tan complejas que, incluso si el enfermo hubiera dejado su opinión escrita en un documento de voluntades anticipadas, a veces es difícil tomar una decisión. Sustituir las decisiones de otra persona, sobre todo en el final de su vida, entraña una enorme responsabilidad.

En determinadas ocasiones, las opiniones de la familia y de los profesionales sanitarios difieren. Otras veces, son los propios familiares quienes discrepan abiertamente. En dichas circunstancias estarán obligados a realizar un esfuerzo por argumentar sus opiniones y por alcanzar un consenso. Si esto no fuera posible se podrá solicitar la intervención del Comité de Ética Asistencial (CEA)

7. ¿QUÉ ES EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL?

Es una comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

Estos comités nacieron como consecuencia de las necesidades de los profesionales sanitarios de compartir las decisiones que afectan a la calidad de vida de los pacientes y que conllevan el riesgo de la incertidumbre, tanto por los resultados previsibles de determinadas terapias o intervenciones, como en la valoración de riesgos y beneficios. Tienen entre sus objetivos respetar al máximo la legítima autonomía del paciente, así como proporcionar pautas de actuación coherentes en casos difíciles o que se presentan con frecuencia, mediante protocolos. También cuando se necesitan respuestas rápidas y entran en conflicto valores del paciente o de su familia, con los valores que los profesionales de la salud y de la institución sanitaria desean proteger. O cuando suceden conflictos de valores entre los propios miembros de la familia o entre los propios miembros del equipo profesional.

El Comité de Ética Asistencial trataría de facilitar el proceso de decisión en los casos más conflictivos asesorando, tras su análisis, sobre la corrección de las decisiones morales que se toman en la actividad sanitaria.

No son funciones del Comité ni promover ni amparar actuaciones jurídicas para las personas o para la institución. Tampoco peritan ni se manifiestan sobre las denuncias o reclamaciones que afecten a los procesos técnicos de la actividad sanitaria. No realizan juicios

sobre la práctica profesional o la conducta de los profesionales sanitarios, ni sobre las conductas de los pacientes o usuarios. Tampoco toman decisiones. Son órganos consultivos y tienen carácter asesor.

El Comité es un foro constituido por médicos, enfermeros, psicólogos, filósofos y ciudadanos que no tienen relación con las profesiones sanitarias, donde se delibera, sopesa y pondera sobre los diferentes valores inmersos en la práctica asistencial, tratando de asesorar sobre las distintas decisiones que se pueden tomar.

En Gipuzkoa existe un Comité de Ética Asistencial acreditado (**Comité de Ética Asistencial del Hospital Donostia y Fundación Matía Calvo**) ubicado en el Hospital Donostia. También están en marcha otros comités en fase de acreditación en atención primaria (Tolosaldea) y otras instituciones. Cualquier ciudadano o profesional sanitario puede acudir y consultar acerca de los problemas éticos que acontecen en la práctica sanitaria. **La forma de contacto se realiza mediante los Servicios de Atención al Usuario, de la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Donostia o a través de cualquiera de los miembros del Comité de Ética Asistencial.**

8. EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE ALGUNOS SÍNTOMAS Y SUS PROBLEMAS

El *dolor* es uno de los sistemas de alarma de que disponen los seres humanos que tiene como objeto la defensa de las agresiones que ponen en peligro sus vidas. Es una experiencia desagradable que lleva a buscar su alivio. Sin embargo, una vez realizada su función de prevención, la permanencia del dolor no parece servir para nada positivo.

A veces, la utilización de fármacos que pueden disminuir la angustia u otros síntomas acompañantes como la disnea o el dolor, puede derivar un acortamiento de la vida. Esta utilización de los fármacos se considera indicada, tanto desde la buena praxis médica como desde el punto de vista ético, en el final de la vida. Este hecho se conoce como “doble efecto”. En la utilización de estos fármacos queda implícita la *intencionalidad paliativa* y no eutanásica de la indicación médica.

La *sedación* del paciente terminal es otra cuestión controvertida. Mediante la sedación se trata de aliviar el sufrimiento del enfermo disminuyendo su nivel de conciencia. Una vez sedado el paciente pierde su capacidad de tomar decisiones, su autonomía. La decisión de sedar a un paciente con carácter definitivo obliga a responder a una serie de interrogantes ¿Se han utilizado todos los tratamientos disponibles alternativos a la sedación? ¿de quién es el sufrimiento que se pretende aliviar, del enfermo, de la familia o del equipo profesional?, ¿quién toma la decisión? ¿al sedar de manera definitiva a un paciente terminal se le ha arrebatado su condición de persona?. Los complejos problemas que se derivan de su puesta en práctica debe obligar a los profesionales que se enfrentan a estas situaciones a utilizar un protocolo que asegure la buena práctica y el respeto a los derechos y a la dignidad del enfermo terminal.

En la *alimentación* y la *hidratación* del enfermo terminal y de los pacientes con daño neurológico irreversible no se ha alcanzado un consenso ético universal. El problema surge en los enfermos terminales o con enfermedades neurodegenerativas muy evolucionadas que no pueden alimentarse al perder la facultad de deglutir. En dichas circunstancias, el soporte nutricional puede efectuarse mediante diversas técnicas como las sondas nasogástricas, gastrostomías o alimentación parenteral. Para algunos la alimentación y la hidratación son unos cuidados básicos que no pueden ser omitidos. Otros, en cambio, consideran que dichos procedimientos forman parte de los tratamientos médicos que pueden resultar molestos, dolorosos e, incluso, indignos y, por lo tanto, sujetos a los límites de cualquier otro tratamiento, es decir, la situación clínica del paciente y la expresión de sus deseos en dicho momento o mediante las voluntades anticipadas orales o escritas.

La administración de *antibióticos*, las *transfusiones sanguíneas*, la *ventilación* y la utilización de otras herramientas o tratamientos en las etapas finales de la vida dependerán de la proporcionalidad de dichas medidas que resulten de cotejar los beneficios que se desean obtener con los efectos secundarios y riesgos hacia un enfermo particular y concreto.

9. LAS PETICIONES DE EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

La penalización de la eutanasia y del suicidio asistido impide un debate serio y riguroso acerca de los argumentos que esgrimen las partes enfrentadas. También nos impide conocer la realidad sobre la práctica de la eutanasia o del suicidio asistido en nuestro entorno. Por otro lado, la existencia de distintas denominaciones como eutanasia activa y pasiva, directa e indirecta, voluntaria o involuntaria, no hace más que aumentar la confusión. El término eutanasia debería reservarse exclusivamente para designar aquellos actos que tienen por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa de éste. En esta definición aparece lo que los juristas denominan el triple juicio: de *motivos* -razones humanitarias o piadosas-, de *irreversibilidad* del estado y de *calidad de vida* personal.

En muchas ocasiones, los deseos de morir son peticiones de auxilio de un ser humano que sufre física, psíquica, social y espiritualmente. Una asistencia paliativa integral puede aliviar este sufrimiento y reconducir el deseo de morir hacia una muerte serena y digna. Los profesionales de los Cuidados Paliativos tienen la obligación de aliviar, tratar los síntomas molestos y dolorosos, y revisar el plan terapéutico tantas veces como sea necesario. Lo que nunca debería suceder es que un enfermo solicite la eutanasia porque no se sabe o no se pueden utilizar los recursos que nuestra sociedad dispone para el alivio de sus síntomas y de su sufrimiento. A pesar de todo lo que se ha dicho, existen pacientes cuya petición de eutanasia no se debe a razones de mala asistencia, sino porque su valoración de la situación puede ser totalmente distinta a la de los profesionales de la salud. El debate de la eutanasia por lo tanto sigue abierto.

El suicidio asistido consiste en proporcionar a un paciente los medios adecuados, para que él mismo, en el momento que lo desee, ponga fin a su vida. La propuesta del suicidio asistido no puede ser nunca el sustitutivo de los Cuidados Paliativos.

¿Tiene derecho una persona a disponer de su vida? La respuesta es afirmativa. El sujeto puede determinar el cuándo y, en cierta medida, el cómo de su muerte. La discusión se establece cuando el sujeto que ha decidido poner fin a su vida, solicita que *otras personas se involucren*. ¿Estamos legitimados para quitar la vida a otro ser humano o para colaborar en que él mismo se la quite?

10. LOS PROBLEMAS ESPIRITUALES

El ser humano comparte con el resto de los seres vivos la dimensión biológica y algunos aspectos de las dimensiones psíquicas y sociales. Sin embargo, la dimensión espiritual es propia y exclusiva del ser humano y se basa en la búsqueda de su realización como ser humano. Los creyentes incluyen la búsqueda del fundamento y sentido de su vida desde una óptica religiosa. En las fases finales de la vida se necesita una atención respetuosa, activa y personalizada de las creencias o convicciones del enfermo. En este sentido, los enfermos no religiosos también sufren problemas espirituales y no suelen disponer, a diferencia de los creyentes, de personas expertas en este campo. Para una atención adecuada de la espiritualidad se precisa sensibilidad para detectar las necesidades, amor a los seres humanos, predisposición a la escucha, carácter no impositivo y un nivel cultural suficiente acerca de las diferentes confesiones religiosas.

BIBLIOGRAFÍA BIOÉTICA RECOMENDADA

- Saulier Jean-Pierre. Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética. Edit. Temas de Hoy. Ensayo. Madrid 1995.
- Sanz Ortiz J. Decisiones en el final de la vida. Med Clin (Barc) 1997; 109; 457-459.
- Conde Herranz J. y Couceiro Vidal A. Asistencia espiritual a los enfermos terminales y a sus cuidadores. Problemas éticos en cuidados paliativos. En Medicina del Dolor, L. M. Torres, ed. Masson, Barcelona, 1997, capítulo 33, 423-438.
- Torralba i Roselló F. Antropología del cuidar. Institut Borja de Bioètica; 1998.
- Clavé E., Cabarcos A., Aranaegui P., Salinero K., Pumar B. ¿Estamos en condiciones para trabajar en calidad? Calidad Asistencial sep 1995, Vol. 10, nº 4, 241.
- SECPAL. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid: Mº de Sanidad y Consumo, 1993: 10.
- González Barón, M. La atención del enfermo terminal. Actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 25 de octubre de 1995. En: Morir con Dignidad. Dilemas Éticos en el Final de la Vida. Madrid; Ed. Doce Calles; 1996, p.54-70.

- Navarro Hevia E. Concepto de terminalidad en geriatría: Una visión de conjunto. III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos. "La Medicina Paliativa, una necesidad sociosanitaria". Bilbao, oct. 1999, 229-246.
- Gil Gregorio P. Demencia-Terminalidad: Un binomio de actualidad. III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos. "La Medicina Paliativa, una necesidad sociosanitaria". Bilbao, oct. 1999, 247-270.
- Simón P., Domenech P., Sánchez B. L., Blanco T., Frutos B., Barrios Y. ¿Querría usted saber que tiene cáncer? Medifam 1994; 4: 127-136.
- Marañón G. Vocación y Ética. 5ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1966. p. 71-75.
- Broggi M. A. Algunas proposiciones sobre el proceso de la información clínica y el consentimiento informado. En: Bioética para clínicos. Azucena Couceiro (ed.) Edit. Triacastela, Madrid, 1999. p. 145-150.
- Tom Beauchamp y L. McCullough. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Ed. Labor, Barcelona, 1987.
- Simón P. y Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II) Med Clin (Barc) 1993; 100-101; 659-663, 174-182.
- Couceiro A. "Las voluntades anticipadas de los enfermos" (I) Jano, vol. LX, febrero 2001, nº 1375, 600-601.
- Couceiro A. "Las voluntades anticipadas de los enfermos" (II) Jano, vol. LX, marzo 2001, nº 1376, 718-719.
- Gómez Rubí J.A. "Directivas anticipadas: la última oportunidad de ejercer la autonomía". Jano, vol. LX, nº 1377, marzo 2001, 804-805.
- Clavé E. "Ante el dolor. Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte". Ediciones Temas de Hoy, S. A., Madrid, 2000.
- Marijuán Angulo Ml. Aspectos éticos en el tratamiento del dolor. Bilbao; Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 1999.
- Barbero J., Camell H. Sedación y paciente terminal: La conciencia perdida. Med Pal 1997; vol 4, nº 4; 171-177.
- Álvarez J. y Requena T. Ética clínica y soporte nutricional. Nutr. Hosp.. XV (Suplemento) 41-48 ISSN 0212-1611 – CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.
- Finucane T., Christmas C., Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. JAMA, Vol 282 (14), oct. 13, 1999, 1365-1370.

- Gillick, MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *NEJM*. 2000. 342; 206-210.
- Clavé E. Aspectos éticos en el día a día en el medio residencial. En: Uranga M. J., Calvo J.J., Torrijos M., editores. *Enfermería geriátrica en el medio sociosanitario*. XX Reunión de la S.E.G.G. San Sebastián; 2001. p. 290-305.
- Simón P., Couceiro A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: Una introducción general y un marco de análisis. En Salvador Urraca, editor. *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Ed. Noesis, Madrid 1996. p. 313- 354.
- Quill T.E. La muerte médicamente asistida: ¿Progreso o peligro? Actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 25 de octubre de 1995. En: *Morir con Dignidad. Dilemas Éticos en el Final de la Vida*. Madrid; Ed. Doce Calles; 1996, p.14-36.
- Warren T. Reich. El arte de cuidar a los moribundos. Actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 25 de octubre de 1995. En: *Morir con Dignidad. Dilemas Éticos en el Final de la Vida*. Madrid; Ed. Doce Calles; 1996, p.72-91.
- Gracia D. en *Medicina Interna*, Ferreras-Rozman, ed. Salvat, pág. 22
- Pera C. Humanismos, humanistas y humanidades, *Jano* 9-15 junio 2000, VOL. LIX nº 1349.
- Arteta A. La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha. Ed. Paidós. Barcelona 1996.
- Clavé E. La toma de decisiones al final de la vida. En: "Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia. Editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA, Barañain, 4º Edición, 555-558, 2002