

Formación y docencia en cuidados paliativos: la necesidad de una aproximación pedagógica integral

Training and teaching in palliative care: the need for a comprehensive pedagogical approach

Boris Julián Pinto B.¹

RESUMEN

La enseñanza actual de los cuidados paliativos en nuestro medio refleja una aproximación conceptual parcial hacia el fenómeno de la muerte. En las instancias de pregrado, todavía se privilegia la concepción curativa de la medicina y las ciencias de la salud, por lo cual el cuidado de los pacientes en los momentos finales de la vida carece de una visión más holista y compleja. Diversas experiencias en otras latitudes nos pueden insinuar otros caminos para el abordaje de la enseñanza de los cuidados paliativos en nuestro medio, así como la reevaluación curricular que permita aproximar a los profesionales en formación hacia una comprensión más integral, más respetuosa y más competente de la complejidad que demanda un paciente en los momentos finales de la vida.

Palabras clave: cuidados paliativos, ética del cuidado, bioética, currículo, cuidados al final de la vida.

ABSTRACT

Current teachings on palliative care in our environment show a partial conceptual approximation regarding the phenomenon of death. In undergraduate instances the healing aspects of medicine and health sciences are favored, so that patient care during the last days of life lacks of a more holistic and complex vision. Diverse experiences in other latitudes can suggest alternative approaches to introduce the teaching of palliative care into our environment, and to reassess the curriculum to allow professionals in training to reach a more comprehensive understanding, one more respectful and more competent of the complexity that a patient requires in the final days of life.

Keywords: palliative care, care ethics, bioethics, curriculum, end of life care.

Recibido: 2010-07-28; aprobado: 2010-10-13

1. Médico. Especialista en Bioética, Magister en Bioética. Profesor de Bioética Universidad El Bosque, Fundación Universitaria Sánitas. Miembro del Comité de Ética Institucional de la Investigación, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: borisjpinto@gmail.com, pintoboris@unbosque.edu.co

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1980, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos, la preocupación por la formación integral de médicos, anestesiólogos y profesionales comprometidos con el cuidado de pacientes cuya opción de manejo terapéutico está fuera del alcance curativo de la medicina, ha evolucionado de forma interesante en las últimas décadas. Ya en 1987, la Medicina Paliativa era reconocida como una subespecialidad médica, la cual hace parte, a su vez, de un concepto más amplio: el concepto de Cuidados Paliativos, “que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición, el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral” (1).

La evolución de la Medicina Paliativa y los Cuidados Paliativos, puede rastrearse desde la creación y el impulso que diversas instituciones dedicadas a los cuidados al final de la vida han fomentado desde Inglaterra y los Estados Unidos, particularmente desde el exitoso trabajo desarrollado por Cicely Saunders en la fundación del *St Christopher Hospice* en las afueras de Londres, institución que marcaría el inicio de lo que hoy por hoy se conoce como “Hospice Movement”, y su posterior desarrollo en los Estados Unidos. La expansión de la Medicina Paliativa y los Cuidados Paliativos ha alcanzado otros países de Europa y América Latina, logrando un asentamiento cada vez más promisorio cuyo respaldo se explica, entre otros factores, por la creciente publicación de artículos científicos, revistas especializadas e iniciativas de investigación, que han contribuido en el asentamiento progresivo de la Medicina Paliativa dentro de la esfera de la comunidad científica mundial.

Sin embargo, este asentamiento al interior de los hospitales altamente tecnificados y los programas de formación médica en pregrado y posgrado, aun no ha sido asimilado satisfactoriamente como parte de la cultura asistencial en buena parte de la comunidad médica occidental. La promesa curativa de la medicina contemporánea, respaldada por las incesantes iniciativas de investigación, los recientes

descubrimientos en inmunología, genómica, el desarrollo de tecnologías mínimamente invasivas, así como por el impulso de la industria farmacéutica y los avances en medicina regenerativa, entre otros progresos, siguen considerando a la muerte como un enemigo postrero al que es necesario derrotar. Ante el creciente protagonismo de la promesa curativa, los cuidados en situación de enfermedad terminal, cuando “las opciones terapéuticas se encuentran fuera del alcance”, siguen siendo una eventualidad incómoda, una suerte de derrota, a la que muchos médicos preferimos no enfrentar.

ORÍGENES, ANTECEDENTES Y TENDENCIAS

¿Por qué es tan difícil llevar a cabo el Cuidado Paliativo? ¿Por qué cada hospital tiene una unidad de cuidados intensivos, mientras pocos cuentan con un servicio de cuidados paliativos o una unidad diseñada para el cuidado de los pacientes agonizantes? ¿Por qué las escuelas médicas dan escasa atención a los cuidados al final de la vida? ¿No compartimos todos, este hilo común de la muerte? ¿No moriremos todos? Usted se graduará de la escuela médica y será capaz de prescribir antibióticos pero muchos residentes permanecen incómodos con el suministro de medicamentos para el control del dolor. ¿Por qué se dan estos casos? (2).

La formación en cuidados paliativos ha experimentado una interesante evolución en los últimos veinte años. Para comprender la importancia de tal evolución, es necesario partir de algunos aspectos cuya trascendencia no ha sido debidamente ponderada en la práctica clínica tradicional, los cuales, en la atención de pacientes en fase terminal, adquieren una relevancia particular: el trabajo decididamente interdisciplinario, la inclusión de los miembros de la familia como agentes fundamentales en la toma de decisiones, el enfrentamiento cotidiano con procesos de duelo y agonía, el desarrollo de destrezas y actitudes que permitan llegar a abordar, con igual entusiasmo, la práctica diaria de manejar pacientes en situación terminal, como al abordar pacientes con enfermedades curables⁽³⁾. Estas peculiaridades requieren una aproximación pedagógica particular.

Desde los años setenta, el reconocimiento de la necesaria inclusión de módulos de enseñanza a estudiantes de pregrado sobre cuidados al final de la vida, era ampliamente considerado⁽³⁾. En 1992, se informa sobre los primeros programas

para posgrados médicos⁽³⁾, acerca de los cuales Plumb y Segraves encuentran que el 92% de tales programas curriculares solamente ofrecen materiales didácticos, sin exponer a los estudiantes a la realidad de los pacientes en situación terminal⁽³⁾. En 1988, Dupont anota que aún no existía un consenso general acerca del contenido de los cursos y sobre cómo integrar este aprendizaje en las escuelas de medicina y enfermería⁽⁴⁾. Sin embargo, este panorama ha experimentado una transición importante desde mediados de los años 90 en los Estados Unidos y en el Reino Unido. Para 1992, Smith subraya que en un estudio de 27 escuelas de medicina, en 22 de ellas los estudiantes de medicina tienen un cuerpo específico de instrucciones en manejo del dolor y en control de los síntomas⁽⁵⁾.

De igual forma, otras destrezas necesarias como la comunicación con pacientes al final de la vida y con sus familias, el manejo integral del duelo y el trabajo interdisciplinario, han sido paulatinamente incorporadas en los currículos académicos, aunque el contacto del estudiante con la práctica real de los cuidados paliativos sigue siendo limitado. Para mediados de los años noventa, un componente clínico estaba presente en el 33% de las escuelas de formación médica en Estados Unidos, y sus estudiantes estaban asignados en rotaciones en un hospicio de cuidados paliativos⁽³⁾.

En el área de enfermería, desde el estudio de Quint en 1967, se reconocían los vacíos en educación formal para el cuidado integral de pacientes en situación terminal, así como se proponía la estandarización de un currículo alrededor de los cuidados paliativos que pudiera ofrecerse de manera consistente a través de las escuelas de enfermería y programas de educación continuada⁽³⁾. En 1988, Degner y Gow informaron que pocos programas consistentes en educación en cuidados paliativos han sido reportados en la literatura y, de éstos, pocos han sido correctamente evaluados⁽⁶⁾. A pesar de la cercanía del personal de enfermería con el paciente en fase terminal, observaciones han revelado que el 25% de las estudiantes de enfermería trabajan a solas con el paciente moribundo, mientras el 75% solo cuentan con una supervisión intermitente⁽³⁾.

Los programas de formación en cuidados paliativos han evolucionado desde una enseñanza basada en el modelo del aprendiz, hasta programas cada vez más formales y sofisticados, respondiendo a la creciente necesidad de profesionales altamente especializados en manejo del dolor y los síntomas presentes en pacientes al final de la vida, en consonancia con el énfasis en un manejo interdisciplinario que pretende responder a la complejidad y la heterogeneidad del paciente en situación terminal. Es así como se han desarrollado modelos pedagógicos interesantes en Inglaterra y en Escocia, con un marcado énfasis en la interdiscipliniedad, ofreciendo programas educativos a médicos, enfermeras, clérigos, terapeutas y trabajadores sociales, quienes reciben formación a través de lecturas didácticas formales, seminarios en pequeños grupos, instrucciones en entornos asistenciales y sistemas de aprendizaje específicos para cada profesión⁽³⁾.

En el hospicio de St. Columba en Edimburgo, los educadores enseñan aspectos como toma de conciencia, principios generales y detalles técnicos⁽³⁾. Programas multidisciplinarios que otorgan títulos como diplomados y títulos de maestría, han sido desarrollados en otros países como Australia, Estados Unidos y España a través de programas presenciales, semipresenciales y por correspondencia. Este último punto es, hoy por hoy, uno de los epicentros de la discusión alrededor de la formación en cuidados paliativos. Diversas voces cuestionan la proliferación de programas no formales así como la probidad del clásico modelo del aprendiz en la enseñanza de los cuidados paliativos, reclamando la necesidad de una educación formal que reconozca debidamente la complejidad de esta subespecialidad, permitiendo un incremento significativo en las dimensiones cualitativas de calidad de vida de los pacientes en situación terminal, así como la racionalización de los recursos destinados a su atención⁽⁷⁾.

En esta dirección, se han propuesto diversas iniciativas interesantes como la propuesta pedagógica del Comité Canadiense de Educación en Cuidados Paliativos, cuyo currículo, publicado en 1991, distribuye sus metas en tres áreas de aprendizaje: Actitud (*Attitude*), Destrezas (*Skills*) y Conocimiento (*Knowledge*)⁽⁸⁾. De forma paralela, otros esfuerzos desde las facultades de enfermería han sido

propuestos, como el currículo desarrollado por la Sociedad Internacional de Enfermeras en Cuidados de Pacientes con Cáncer (9). Otras iniciativas como el estudio desarrollado por Degner y Gow en la Universidad de Manitoba en Canadá, han hecho énfasis sobre los beneficios de un programa consistente para estudiantes de pregrado en Enfermería⁽⁶⁾.

Diferentes modelos pedagógicos se han propuesto para optimizar la difusión de una cultura de cuidados al final de la vida en programas de pregrado y posgrado tanto en medicina como enfermería, partiendo de la premisa de una necesaria profundización en aspectos no técnicos de los cuidados al final de la vida, como son el desarrollo de destrezas comunicativas y el énfasis en una medicina basada en el paciente más allá de la enfermedad, donde el deseo altruista de cuidar se complementa con una adecuada educación técnica y formal (7).

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos, ya proponía desde 1993 algunas herramientas pedagógicas en la enseñanza de los cuidados al final de la vida:

1. Lecturas, tanto técnicas como experienciales
2. Aprendizaje experiencial a través de tutorías individuales
 - › Discusiones en pequeños grupos
 - › Proyectos de trabajo
 - › Carpetas de trabajo
3. Estudios de casos
4. Aprendizaje asistido por computador
5. Conferencias multidisciplinarias
6. Sesiones de escucha a las experiencias de los pacientes, cuidadores y grupos de pacientes; discusión posterior con el paciente y con otros doctores
7. Demostración de equipos y técnicas a través de video y prácticas manuales
8. Sesiones de audio
9. Enseñanza al pie de la cama (10).

Recomendaciones similares han sido propuestas en años más recientes, con un acento creciente en

la necesidad de incluir, de forma sistemática, la formación en cuidados paliativos desde los escenarios educativos de pregrado en medicina. Estudios como el modelo pedagógico desarrollado por Frasser y Ross en la Universidad de Maryland (el cual propuso módulos que utilizaban aprendizaje en pequeños grupos, presentaciones didácticas y métodos prácticos/experienciales fuera del aula de clase) (11), así como la interesante propuesta recientemente planteada por Auret y Starmer en la Universidad Western Australia, a través de un taller de 2 horas en Módulos de Instrucción Clínica Estructurada (SCIM) (12), documentan la creciente demanda por la institucionalización de un programa educativo de cuidados paliativos y cuidados al final de la vida, dentro del currículo formal de las escuelas de formación de profesionales en atención sanitaria (11).

La complejidad de la atención en cuidados paliativos exige el desarrollo de cualidades y destrezas no técnicas, tanto en estudiantes de pregrado como en especialistas y profesionales no médicos. Es así como se proponen modelos curriculares y talleres pedagógicos enfocados en el desarrollo de competencias comunicativas (13), en el reconocimiento de las diversas variables espirituales y religiosas en la práctica de los cuidados de pacientes terminales (14), en el análisis del papel de capellanes, clérigos y pastores dentro de los equipos multidisciplinarios en cuidados paliativos (15), en la educación en aspectos fundamentales de espiritualidad para proveedores de cuidados de salud al final de la vida (16), en el desarrollo de estrategias que optimicen las competencias para comunicar malas noticias de estudiantes de pregrado y residentes (17), en la formación teórico-práctica desde las instancias de pregrado a profesionales sanitarios, voluntarios y cuidadores principales en el manejo de la situación terminal, así como educación específica en el uso de opioides (18), en el reconocimiento del manejo del dolor como un derecho humano fundamental (19), así como otros estudios reclaman la necesidad de incluir un currículo formal de cuidados paliativos para residentes de diversas especialidades médicas como cirugía (20).

En cuanto a la formación de subespecialistas en Medicina Paliativa, parece ya superada la discusión sostenida hacia finales de la década de los noventa,

respecto a la definición de la Medicina Paliativa como un cuerpo especializado de conocimiento, destrezas y actitudes (21). Diferentes programas de entrenamiento en cuidados paliativos y manejo del dolor, se han propuesto como espacios formales de capacitación para médicos interesados en la atención de pacientes en etapas avanzadas, progresivas e incurables de su enfermedad, con una complejidad creciente que ha evolucionado desde el manejo del dolor basado en la aplicación de la Escala Analgésica del Dolor de la Organización Mundial de la Salud, al manejo integral de pacientes multisintomáticos, profundizando en la comprensión de la fisiopatología de las diversas formas del dolor oncológico y de otras formas de dolor, reconociendo dentro de la atención de pacientes en cuidados paliativos, patologías no oncológicas que también demandan la intervención de un equipo multidisciplinario altamente capacitado (7).

ALGUNAS EXPERIENCIAS EN COLOMBIA

En Colombia, uno de los programas de formación en Medicina Paliativa y manejo del dolor, fue el programa impulsado por el Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Javeriana, cuya estructura curricular se representa en la Figura 1.

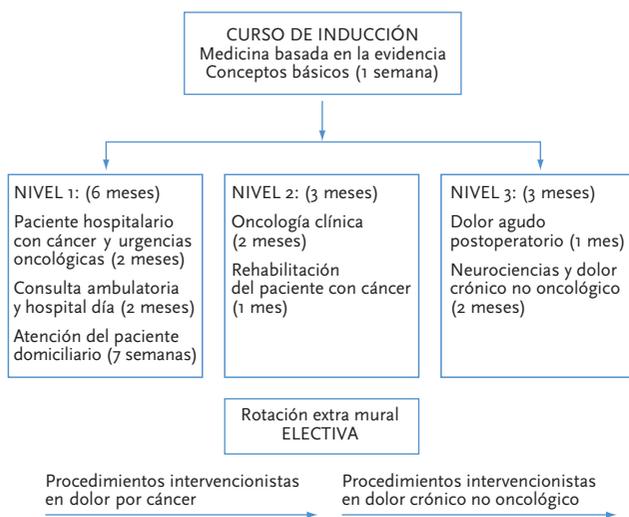


Figura 1. Esquema del programa de Formación en Dolor y Cuidado Paliativo. Pontificia Universidad Javeriana–Instituto Nacional de Cancerología. Fuente: Linares R, 2005 (7).

Existen otros programas académicos en Colombia, como la subespecialidad en Medicina del dolor y

Cuidados Paliativos de la Universidad El Bosque, así como es importante reconocer la extraordinaria contribución que instituciones como el Programa de Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Hospital San Vicente de Paúl, organizaciones no gubernamentales como la Fundación Omega (22) y el grupo de Cuidados Paliativos de la Universidad de La Sabana (23), han significado en la formación y docencia en tanatología y cuidados al final de la vida. Aunque se evidencian avances en esta materia, aún es manifiesta la necesidad de un currículo transversal e interdisciplinario en las escuelas de medicina en el país, en las que se sigue privilegiando la promesa curativa de la medicina occidental, dejando de lado los énfasis necesarios en promoción y prevención de la salud, así como la atención en cuidados paliativos y manejo integral del dolor. De igual forma, la figura del hospicio, tal como fue concebido originalmente en Inglaterra hace más de 50 años, no es un concepto integrado en el actual sistema de atención en salud en el país.

APROXIMACIONES DESDE LA BIOÉTICA

El concepto de cuidados apropiados al final de la vida suscita preguntas que trascienden la esfera biológica y el ejercicio técnico-asistencial de la medicina y la atención sanitaria, que requieren de un discurso amplificado sobre la base de conceptos más extensos como su relación con los derechos humanos, el reconocimiento de la dignidad humana en los estertores de la vida, y la comprensión integral de los elementos que constituyen el concepto general sobre calidad de vida. Como afirma Andrew Lustig, tales preguntas requieren el concurso de la filosofía y de otros presupuestos más amplios para su abordaje:

- a. Preguntas sobre las metas finales de la medicina
- b. Preguntas acerca de la naturaleza y el espectro de acción de la medicina como práctica
- c. La distinción entre los conceptos de “cura” y “cuidado”
- d. Los problemas planteados frente al cuidado del paciente, por las tendencias clínicas hacia el reduccionismo
- e. Los problemas generados por el énfasis primario de la medicina en los aspectos físicos de la enfermedad

- f. Las tensiones suscitadas por el lenguaje de la “medicalización”
- g. La función de la interpretación en el lenguaje médico
- h. Asuntos específicos planteados por la filosofía del cuidado paliativo (24).
- i. Desde la bioética, se promueve una comprensión amplia que trata de evitar el reduccionismo ético y positivista en escenarios complejos como el cuidado de pacientes en situación terminal, desde una perspectiva interdisciplinaria, pluralista, que privilegia el reconocimiento de las dimensiones morales en cada caso concreto, tanto en el nivel del paciente y su familia, como en el personal de atención sanitaria (25). Desde esta concepción interdisciplinaria, se han propuesto diversas metodologías pedagógicas que permitan la aproximación de los estudiantes de medicina, enfermería y otras profesiones implicadas en el manejo contemporáneo de los cuidados paliativos y los dilemas suscitados en este entorno.

El enfoque analítico basado en principios promueve el reconocimiento de la agencia moral del paciente y propone cuestionamientos desde la justicia distributiva sobre el acceso de la población a servicios de calidad especializados en cuidados paliativos, que, a la fecha en Colombia (26), no se encuentran contemplados en los planes de cobertura en salud. Una vez escogido el camino de los cuidados paliativos, se hace necesario partir desde una perspectiva basada en una ética del cuidado, situacional, basada en valores intersubjetivos como la responsabilidad, la solidaridad y el respeto por la complejidad del paciente y su familia en el final de la vida, para lo cual, un enfoque desde la ética basada en narrativas puede ser una valiosa herramienta pedagógica, consignada con éxito en otros ámbitos formativos en el mundo (27), a partir, por ejemplo, de la narración fílmica (28).

Como fuente de cultura [el cine] proporciona una potenciación de las posibilidades de la literatura para aumentar la impresión de realidad a través del impacto emocional que provoca, con lo que puede conseguir que el espectador cobre una aguda conciencia del problema y se sensibilice con lo real, con lo que nos une como una sola humanidad, sea cual sea nuestro origen. Refle-

jando el cotidiano ámbito de la deliberación y la decisión, el cine nos revela la estructura moral de los seres humanos (29).

CONCLUSIONES

La enseñanza de los Cuidados Paliativos, aunque ha progresado decididamente desde mediados de los años ochenta, requiere todavía una mayor atención y un mayor impulso desde los ámbitos formativos de las escuelas de pregrado en medicina y enfermería en nuestro medio. El desarrollo de programas formales de entrenamiento que identifiquen la complejidad y la necesidad de la interdiscipliniedad, demandan una re-comprensión del fenómeno de la muerte en nuestra sociedad y en nuestra cultura. La figura del hospicio, como aquel lugar a la orilla del camino donde se celebra la calidez y la solicitud del anfitrión para con los peregrinos, que caminan de paso hacia otros destinos, personales y diversos, encarna la correcta dimensión de lo que hoy en día la comunidad científica y la comunidad pública en general, reconocen y reclaman como atención integral en cuidados paliativos y cuidados al final de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Río M. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007; 32 (1): 16-22.
2. Fins J. A palliative ethic of care: clinical wisdom at life's end. Jones & Bartlett Publishers, 2005.
3. Sheehan D, Forman W. Hospice and palliative care: concepts and practice. Jones and Bartlett series in oncology Nursing Series. Jones & Bartlett Publishers, 1996: 152-154.
4. Dupont EM, Francoeur RT. Current state of thanatology education in american health care professions and an integrated model. Loss Grief and Care. 1988; 1&2: 33-38.
5. Smith AM. Palliative medicine education for medical students: a survey for British Medical Schools, 1992. J Med Ed. 1994; 28: p. 197-199.
6. Degner LF, Gow CM. Evaluations of death education in nursing: a critical review. Cancer Nursing. 1988; 11(3): 151-159.
7. Linares R. Educación en dolor y cuidados paliativos: reflexiones sobre un programa de entrenamiento formal en Colombia. Persona y Bioética. Universidad

- de La Sabana, Cundinamarca, Colombia. 2005 julio-diciembre; 9 (25): 70.
8. The Canadian Committee on Palliative Care Education. The Canadian Palliative Care Curriculum, 1991.
 9. International Society of Nurses in Cancer Care. A core curriculum for a post- basic course in palliative nursing. *Palliative Medicine*. 1990; 4: 261-270.
 10. European Association for Palliative Care (EAPC). Report and recommendations of a workshop on palliative medicine education and training for doctors in Europe. Bruselas, 1993 marzo 20-21.
 11. Ross DD, Fraser HC, Kutner JS. Institutionalization of a palliative and end-of-life care educational program in a medical school curriculum. *Journal of Palliative Medicine*. 2001 winter; 4 (4): 512-518.
 12. Auret K, Starmer D. Using structured clinical instruction modules (SCIM) in teaching palliative care to undergraduate medical students. *Journal of Cancer Education*. 2008; 23: 149-155.
 13. Torke AM, Quest TE, Kinlaw K, Eley JW, Brabch WT Jr. A workshop to teach medical students communication skills and clinical knowledge about end-of-life care. 2004 may; 19 (5 Pt 2): 540-544.
 14. Puchalski CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, Larson DB. A systematic review of spiritual and religious variables in palliative medicine: *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *Hospice Journal*, *Journal of Palliative Care*, and *Journal of Pain and Symptom Management*, *Palliative Support Care*. 2003 mar; 1(1): 7-13.
 15. Flannelly KJ, Weaver AJ, Smith WJ, Oppenheimer JE. A systematic review on chaplains and community-based clergy in three palliative care journals: 1990-1999. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003 jul-aug; 20 (4): 263-268.
 16. Bellows M, Billings JA, Weissman DE. Spirituality training for palliative care. *J Palliat Med*. 2007 feb; 10 (1): 169-77.
 17. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004 feb; 79 (2): 107-117.
 18. Benítez MA, Salinas A. Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización. Barcelona: Springer, 2000. p. 101.
 19. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *International Anesthesia Research Society*. 2007; 105 (1): 205-221.
 20. Klaristenfeld D, Harrington D, Miner T. Teaching palliative care and end-of-life issues: a core curriculum for surgical residents. *Annals of Surgical Oncology*. 2007;14 (6): 1801-1806.
 21. Seely J, Scott J, Balfour M. Mount, J. The need for specialized training programs in palliative medicine. *Cancer Medical Association Journal*. 1997 nov 15; 157 (10): 1396.
 22. Ospina AM. Apoyo al paciente terminal y la familia. Acción profesional desde el trabajo social. Cali: Universidad del Valle, 2000. p. 24.
 23. León Delgado MX, Flórez Rojas SP, Torres M, Trujillo Gómez CC, Luna M. Educación en cuidado paliativo para pregrado de medicina: resultados de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos, Arán, Madrid, España (1994). *Medicina Paliativa*. 2009; 16 (1): 28-33.
 24. Lustig A. Death, dying, euthanasia and palliative care: perspectives from philosophy of medicine and ethics. En: Khushf G. *Handbook of Bioethics: Taking stock of the field from a philosophical perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004. p. 445.
 25. Dorr S, Williams BC, Arnold R. Conflict in the health-care setting at the end of life. En: Singer P, Viens A.M. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. New York: Cambridge University Press 2008.p. 79.
 26. Proyecto de Ley 015 de 2008 (Ley de Cuidado Paliativo en Colombia). Aprobado por la plenaria del Senado, el proyecto pasó a Cámara de Representantes para su trámite durante el segundo semestre del año 2011.
 27. Astudillo W, Mendinueta C. El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética. Ediciones Universidad de Salamanca, *Rev Med Cine*. 2007; 1: 32-41.
 28. Marzábal Í. Cine, ética y medicina ante el final de la vida: el poder de las metáforas. *Rev Med Cine*. 2007; 3: 23-31.
 29. Casado Da Rocha A, Astudillo Wilson (eds). *Cine y medicina en el final de la vida*. Donostia, San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos - Ardurako Paliatiboetarako Euskal Elkarte, 2006. p. 9.