

HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA CLÍNICA ONCOLÓGICA

Javier García-Conde*, Ana García-Conde

*Facultad de Medicina. Universidad de Valencia Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia

**Instituto de Psicología Aplicada y de la Salud. Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante

INTRODUCCIÓN

La atención clínica a los pacientes de cáncer es, sin lugar a dudas, la más compleja de entre todas las especialidades médicas. Su ejercicio requiere conocimientos científicos profundos y continuos, una percepción de las situaciones que aparecen en un momento determinado y en el trascurso del tiempo. Junto a ello una personalización individualizada y humana, sin interrupciones y sin cambios en la captación de los valores que médico y enfermo ponen en juego a lo largo de todo un proceso, incluso con independencia de los resultados. En el siglo XXI será necesario considerar criterios expuestos en la tabla 1.

El paciente con cáncer es ante todo una persona, debilitada por su enfermedad y por la incertidumbre de su proyecto vital. A ello

colabora la toxicidad de los tratamientos que se le administra, el pronóstico, el temor al sufrimiento, la necesidad de adaptarse a una nueva situación personal y a su entorno, a los cambios que a lo largo de su evolución preeve que va a tener y en una medida muy importante a la relación de confianza y competencia que va a tener con su médico. Laín ⁽¹⁾ decía que la relación médico-enfermo tiene una configuración amistosa basada en la confianza y en la confidencia.

Vamos a centrarnos en la relación médico-enfermo incluyendo una actividad tan importante como es la comunicación y la terapéutica por la "palabra" en la que incluimos tanto las actividades exclusivamente médicas como las psicológicas y las éticas ⁽²⁾. La comunicación bien empleada, es una de las mayores posibilidades que tenemos los seres humanos en cualquier

Tabla 1. Fines de la Medicina en el siglo XXI

FINES DE LA MEDICINA EN EL SIGLO XXI
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de prever y modelar los acontecimientos del futuro. • La participación de los individuos. • La posibilidad del desarrollo sostenible. • Nueva imagen del profesional. • El individualismo y el trabajo integrado y coordinado. • El criterio del usuario como valor en el desarrollo de proyectos sanitarios. • La autonomía del paciente. • Toma de conciencia de la sociedad en su conjunto y no solo en un grupo profesional. • La Medicina del Siglo XXI debe marginar concepciones como el exclusivismo, el absolutismo y el racionalismo.

Correspondencia:

Javier García-Conde
Faculty of Medicine, University of Valencia,
Avda. Blasco Ibañez, 15.
46010 Valencia
E-mail: JAVIERGARCIA@telefonica.net

actividad de relación de la vida y de forma muy especial en medicina. Saber escuchar con atención, individualizar, responder, implicarse, generar compromisos y elegir aquello que es lo que consideramos lo

mejor para el enfermo, respetando su concepción integral del bien, es una buena forma de actuación en cualquier relación amistosa.

Los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer poseen, como todos los seres humanos su propia percepción de la realidad y su forma racional de entender y comprender la vida. Estos análisis presentan un componente emocional, sentido de la intimidad y privacidad, reconocimiento de valores, concepto de la dignidad personal, cultura y tradiciones y una forma personal de percibir la realidad y los proyectos de futuro. La educación de los propios sentimientos y la expresión de formas individuales de adaptación ante los cambios que se suceden proceden de la experiencia en la toma de decisiones y en el desarrollo de la capacidad de elegir.

Ningún ser humano es amoral o carece de valores ^(3,4) de emociones o sentimientos. El médico debería tener la capacidad de percibir que son expresiones diferentes a las suyas propias y sobre ellos debe modular y sobreexpresar aquellos que significan recursos y potenciarlos para lograr no solo la mejor adaptación sino también poder alcanzar los fines que desea el paciente en una situación nueva y cambiante.

El ejercicio de la Medicina y en particular de la Oncología, está íntima y permanentemente ligada a la consideración de fines y medios, y a la aplicación de principios y de consecuencias ante la toma de decisiones en cada situación concreta.

Las decisiones que adoptamos deben ser prudentes y ello está totalmente alejado de una acción de abstención o de silencio estratégico. Martín Luther King afirmaba que "los grandes delincuentes de este siglo serían aquellos que con su silencio omiten responsabilidades y dejan el camino libre a la perversidad".

Una actuación prudente es aquella que valora los principios, y con su aplicación, las consecuencias. Es una acción deliberada, ejercida con la máxima libertad y competencia posible y con un profundo y amplio estudio casuístico. Estas medidas se

toman ante situaciones conflictivas en donde existe una contraposición de diferentes valores morales. Es imprescindible intentar no destruir radicalmente el valor de ninguna persona excepto cuando un principio domina sobre otro porque tiene carácter de absoluto (no maleficencia vs autonomía). Por ello se necesita buscar caminos intermedios para intentar una solución. No se puede utilizar exclusivamente un pensamiento racional y es imprescindible saber percibir las emociones, el entorno y las experiencias de todo ser humano.

¿QUÉ ES HUMANIZAR Y EN QUÉ CONSISTE LA DESHUMANIZACIÓN?

Se escucha con frecuencia que el mundo está deshumanizado⁽⁵⁾ y que se vive en sistemas de notable corrupción. Las palabras corrupción y prevaricación se utilizan constantemente para indicar, en el primer caso, la desviación de bienes públicos a intereses privados y en el segundo, procedimientos de "injusticia a sabiendas". Existe por parte de los enfermos miedo y temor para actuar con libertad como solicitar al médico una segunda opinión, la posibilidad de disponer de su documentación clínica, el cambio de médico o incluso la denuncia de actos graves contra su propia salud. Es decir, hay enfermos que carecen de libertad y que esta se encuentra limitada por acciones de manipulación e incluso de coacción. Para encontrarse en un sistema humanizado se requiere poder utilizar la libertad como enfermo, como persona y como ciudadano. Resulta casi imposible que cualquier proceso humano se realice fuera de la libertad a la que cada persona aspira. Kant⁽⁶⁾ indicaba que los indicativos de identidad propios de una constitución republicana eran la libertad en cuanto hombre, la igualdad como súbdito y la independencia como ciudadano.

La humanización no se puede expresar como una receta que se aplica como con ciertos productos bajo el esquema de "leer y hacer". Podemos considerar que en un proceso de humanización es importante

considerar lo que Morin⁽⁷⁾ denomina las dos trinidades. La trinidad humana que relaciona individuo, especie y sociedad, y significa la concepción de libertad y la trinidad mental representada por la pulsión, la afectividad y la razón.

La mente de los seres humanos puede estar sujeta a procesos de servidumbre, basados en una herencia biológica, a factores que proceden del medio ambiente, de la cultura, las tradiciones u otras ideas impuestas. Pero también se genera un poder de búsqueda de libertad mantenida, tanto en personas sanas como enfermas mediante procesos creativos y analíticos acerca del error y sobre la capacidad de aprender por sí mismas.

La libertad también puede expresarse como conservadora o como de riesgo pero nunca de no participación o de silencios. La quietud interna como indica Tolle⁽⁸⁾ permite la percepción, la ideación y la visión amplia del mundo. Los conflictos complejos y difíciles de elección es conveniente abordarlos con una visión globalizadora⁽⁹⁾ y escasamente discriminativa para no llegar a una excesiva parcialización de hechos o a lo que podríamos denominar como “los conflictos del conflicto”.

Gracia⁽¹⁰⁾ indica que humanizar es ayudar a otros para realizar sus propios objetivos y estima que vivir humanamente es un acto involuntario. En el análisis y conducción de este proceso los interlocutores tendrían que actuar alejándose de formulaciones exclusivistas que solo permiten una sola

posibilidad, o absolutistas que no contemplan la excepción o incluso racionalistas que marginan las dimensiones afectivas. En la tabla 2 se exponen criterios sobre la humanización de la relación médico enfermo.

En los pacientes con cáncer observamos un proceso de humanización que recorre etapas diferentes en relación con diversos hechos en la evolución de la enfermedad. Abarca situaciones sobre el proyecto de la información en el tiempo, tanto diagnóstica como pronóstica y terapéutica, empeoramiento de la enfermedad, expresión de los resultados obtenidos, la introducción de pacientes en ensayos clínicos y entre otros la fase de “final de la vida”.

Cuando el médico y el enfermo se implican en estos aspectos, el proceso de humanización intenta que se alcancen los fines y objetivos de cada paciente en cada momento, modulados por los cambios que se producen en el transcurso de la enfermedad, tanto si existe curación, como lesiones residuales o muerte. En la tabla 3 se incluyen recursos que requieren una integración y sobre todo una capacidad para su percepción.

La deshumanización podría coincidir con acciones y situaciones opuestas al proceso de toda relación humana. Sin embargo, la proyección de valores, la expresión emotiva, la percepción y la implicación en fines y medios, hace que tenga un perfil muy diferente. En la tabla 4 se exponen signos que conducen a la deshumanización de los actos médicos.

Tabla 2. Humanización de la Relación Médico-Enfermo

HUMANIZACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la relación con el enfermo. • Equidad en la prestación de servicios sanitarios públicos y personales. • Atención a las necesidades emocionales de los enfermos. • Personalización de los servicios sanitarios. • Respeto a la autonomía y a la capacidad de decisión y opinión de los enfermos. • Impulsar la relación humana considerando la pluralidad de soluciones, la existencia de excepciones y la situación razón-emoción. • Denuncia de las malas prácticas clínicas.

Tabla 3. Integración de Recursos Percibidos en la Relación Médico-Enfermo

INTEGRACIÓN DE RECURSOS PERCIBIDOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de fines y objetivos. • Sentimientos y valores. • El binomio razón-emoción. • La angustia. • La situación enfermo-sociedad. • Ideas y creencias. • Conflictos complejos y el análisis del caos. • Los fines de los profesionales. • Los fines, los medios y la estrategia. • La percepción desde el enfermo y desde el médico como fuente de lo estimado. • Los mecanismos de defensa. • La involuntariedad de las situaciones.

Tabla 4. Signos de la Deshumanización de la Asistencia Clínica

SIGNOS DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> • El Hospital: Una estructura deshumanizada. • Despersonalización “cosificación”, “infantilización”. Pérdida de dignidad. • La humanización como actos aislados. • Variabilidad de las personas que tratan al enfermo. • Finalidad de lucro. El dilema medicina pública y privada. • Discriminación de los pacientes. • ¿Los ensayos clínicos tienen los criterios técnicos y éticos exigibles? • Atención diferente técnica y humana en las distintas fases de la enfermedad. • Desconocimiento de los aspectos éticos. • Incompetencia diluida en una “pseudohumanidad”. • Los silencios y los encubrimientos.

El enfermo con cáncer se encuentra en una situación variable con reducción e imprecisión en fines y objetivos, con alta emocionalidad, escasa racionalidad que conduce tanto a un estado de angustia y temor como a una compleja relación familiar, social y profesional.

Es necesario enseñar la humanidad a la humanidad como indicaba Rodrigo de Zayas. Para esto se requiere tener evidencias de que el ser humano se compone de lo que es y de lo que carece (Ortega y Gasset) y se

proyecta siempre en un ambiente muy amplio y encadenado, que se aleja de la focalización en lo que respecta a la concreción personal de las percepciones. Esta visión de lo que acontece y de lo que percibimos nos permite huir de situaciones de “caos” que arrastran actuaciones reduccionista.

Los seres humanos no carecen, de forma absoluta de casi ningún sentimiento. Podemos actuar de formas muy diferentes, con valores diversos en su intensidad, expresión y priorización. Pero nadie es absoluta-

mente amoral ni carece de la expresión de sentidos. La relación interhumana se percibe de forma muy diferente en el mundo actual y requiere aproximaciones diferentes tanto en nuevas acciones como en la supresión de aquellas totalmente “desadaptadas” con los cambios que se producen. Cambia el perfil de los fines, se dispone de mayor número de medios y se transforman las estrategias, todo ello relacionado con casos concretos y sobre una base de conocimientos, habilidades y actitudes personales.

HUMANIZAR LA ASISTENCIA MÉDICA

La actuación del médico positivista, estrictamente dedicado a manejar síntomas y signos le hace tener como objetivo y fines la enfermedad y el enfermo. La persona enferma exige por parte del médico unas facultades determinadas, interacción, presencia en tiempos concretos y escasa delegación de sus actividades. El filósofo escocés David Hume y la corriente anglosajona representada por él, consideraron las emociones como el estado de actitudes presentes percibidas que dejaban limitado el exclusivismo de la razón cartesiana expresada en el Discurso del Método de Descartes⁽¹¹⁾. Por ello la educación de los sentidos es necesaria en las actuaciones en la vida y de manera muy especial en la práctica clínica con los pacientes con cáncer.

El libro acerca de “la investigación sobre el conocimiento humano” de Hume⁽¹²⁾ publicado en 1775 representa una de las obras maestras sobre el carácter falible de nuestras facultades cognitivas, respecto a la imposibilidad de justificaciones racionales en aspectos como las creencias religiosas, la ética o la política y al mismo tiempo sobre una forma tolerante y laica de entender la vida.

En la asistencia clínica en Oncología se proyectan los hechos clínicos de la ciencia y las interrelaciones personales que giran en torno a la comunicación interhumana donde las trinidades enunciadas por Morin adquieren su máxima relevancia.

Son difíciles de percibir los cambios cualitativos y su secuencia que en el siglo XXI se desarrollarán respecto a la asistencia clínica en Oncología. En cualquier caso, estos cambios⁽¹³⁾ se van a producir y ellos como indica Diego Gracia implicarán a la misma profesión médica, a los usuarios de los servicios de salud y a la propia sociedad. Los cambios de los profesionales se orientarán sobre una reducción de privilegios y mediante una progresiva desaparición de la impunidad. Los servicios de salud serán amplios y se acentuarán las exigencias de servicios por los propios enfermos o las personas a riesgo de padecer ciertas enfermedades bajo la forma de diagnóstico precoz o de detección de procesos con incidencia familiar o hereditaria de posibles enfermedades. La acción como “clientes” no debe debilitar la dimensión personal de la enfermedad y la relación técnica y humana con el médico.

La sociedad adquirirá cada vez más compromisos e implicaciones éticas que en este momento son casi siempre referidas a los profesionales sanitarios. En este cambio la asistencia clínica pública deberá alcanzar un nivel donde no se interpongan los errores e incompetencias de los gestores sanitarios con situaciones éticas que derivan de ellos.

Por otra parte, la adquisición y enseñanza de recursos y conocimientos clínicos en las Facultades de Medicina y en los Hospitales no podrán separarse de actuaciones humanitarias que revestirán formas diferentes de aproximación a los enfermos. Es indudable que las relaciones personales en la sociedad influirán en la Medicina y que desde ella y desde otros lugares se debe intentar una proyección de valores que incidan en la humanización de las Instituciones Sanitarias y en la relación médico-enfermo. Por ello, enseñar la condición humana y afrontar incertidumbres será básico para poder ejercer la profesión médica.

HUMANIZAR LA SALIDA DE LA VIDA (FINAL DE LA VIDA)

Pocos actos son tan personales como la forma en que se abandona esta vida y los

días y meses que la preceden. No parece que deba ser una etapa de improvisaciones, o de cambios de ritmo en la percepción de las situaciones. En la vida suelen haber más procesos que hechos y las situaciones importantes se vienen configurando con la capacidad de elección, y de configurar proyectos. La comunicación contribuye a reducir lo imprevisible y en los momentos más críticos pueden hacerse visibles situaciones que permanecían en la oscuridad.

Séneca indicó que “lo que nos impide alcanzar la perfección es que enseguida estamos contentos de nosotros mismos”⁽¹⁴⁾. Por ello la gestión del propio ego debe modularse a lo largo de la vida llegando a una reducida expresión en las etapas finales. ¿Cómo anima el médico al enfermo en esos momentos? Una vez más procede de la Humanización de este y del entorno. No se pueden desarrollar gestos hacia las personas enfermas próximas a la muerte, si ello se produce en un marco de incomunicación operativa produciéndose representaciones en donde se banaliza rápidamente la situación. Los que rodean al enfermo y el mismo tienen, en los recursos humanos, más que nunca, la habilidad para comunicarse. y para aproximar razón y emoción limitando desde esta situación la angustia. Las personas tenemos más recursos ante la muerte que ante la agonía por ello deseamos que ella no se prolongue y que no revista connotaciones de sufrimiento.

El deseo del paciente de desaparecer procede de su instalación más confortable en la muerte que en la vida, ya que no desea asistir a una degradación física y moral.

La relación humana entre el médico y el enfermo con cáncer “no ha empezado en jueves” y procede de situaciones anteriores y continuadas. La disponibilidad que los seres humanos tienen acerca de su vida y de la forma de salir de ella facilita la comprensión del curso de este proceso y no se perciben con tanta incompreensión los suicidios como los de Sócrates, Séneca y otros muchos. No parece sencillo limitar a “dones” las creencias sobre la vida y la muerte. Ambos extremos son los que facili-

tan un entendimiento y un respeto a los derechos humanos y una especial consideración a la capacidad de elegir.

Los cuidados paliativos^(15,16) están desarrollando un papel destacado en el tratamiento de síntomas, apoyo psicológico, conexión con los servicios de oncología, así como en la relación con la medicina familiar y comunitaria, y con otras especialidades a las que corresponden pacientes que necesitan estas atenciones.

La discusión sobre si los cuidados paliativos deben ser una especialidad o ser subsidiaria de la Oncología es un hecho que hemos tenido ocasión de observar ante procesos similares con otras especialidades. El análisis del desarrollo de una nueva especialidad responde a criterios técnicos y sociológicos. Sobre este análisis no parece que a la especialidad de cuidados paliativos, tanto a su enseñanza como a su formación, se le deban poner demasiadas objeciones. Es lógico contar con las discrepancias de los especialistas ya existentes que se instauran en un proceso “de integrista sin desarrollo” y de aquellos que tienen “relaciones románticas” con la nueva especialidad y consideran una desintegración de sus raíces en las que se contienen las bases científicas y metodológicas de los nuevos conocimientos. Son más importantes las necesidades que tiene la sociedad de las actividades propias de esta especialidad y de médicos y equipos sanitarios dedicados de forma exclusiva, que ya iniciaron sus trabajos, con éxito y eficacia. Al lado de ello surge la aparición de libros, revistas y reuniones específicas dedicadas a la nueva especialidad que confirman tanto la necesidad como un proceso específico.

La mayor parte de los pacientes que requieren cuidados paliativos padecen cáncer avanzado. La naturaleza de esta próxima nueva especialidad requerirá una formación especializada y una formación en investigación. No creo que el proceso de humanización en cuidados paliativos y su relación con la muerte del paciente deba anexionar símbolos de especial sensibilidad hacia los pacientes ni hacia los equipos

de trabajo, tampoco patentes exclusivas en cuanto a la relación médico-enfermo. En ocasiones es frecuente oír en medios relacionados con la medicina paliativa como una especie de “vacuna” de esta actividad respecto a la prevención de eutanasia. El proceso de relación entre humanización⁽¹⁷⁾ y la retirada de medios desproporcionados, el fenómeno del “doble efecto” o sedación, el suicidio asistido y la eutanasia activa, requieren una profundización humana, ética y que posee niveles muy profundos.

Nos parece que los recursos que se deben aportar a los cuidados paliativos serán más humanizadores que los que aportan los Hospitales convencionales y que los equipos sanitarios estarán mejor formados que los que realizan esta actividad a tiempo parcial o situados en la esfera del ilusionismo o incluso del interés personal.

LA DESHUMANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN TERAPÉUTICA EN ONCOLOGÍA.

Los ensayos clínicos en Oncología suponen investigaciones terapéuticas con fármacos que con bases sólidas intentan mejorar la evolución de distintos tipos de cáncer.

Es imprescindible tener la intención y la convicción científica de que en toda investigación se desea contestar a una pregunta que se desconoce. Ello hay que realizarlo desde una actividad clínica-técnica y ética correcta.

Todo ensayo en humanos requiere que la fase técnica esté correctamente diseñada y que el objetivo sea relevante. También es imprescindible un desarrollo correcto de todo el proceso.

El enfermo que participa en uno de estos estudios desconoce cual será el beneficio para él y sabe que en todo caso este será para otras personas.

Los estudios aleatorizados desean mejorar el tratamiento con la rama experimental y existen datos sobre su posible eficacia. El investigador desconoce si el tratamiento experimental será mejor que el estándar. En caso de que así lo creyese no

debería participar en ese estudio tanto en relación con la presunta eficacia superior como sobre los supuestos riesgos de la toxicidad. Los pacientes y los enfermos no deberían tener intenciones de lucro como así se podría interpretar de la legislación vigente^(18,19) y la Industria Farmacéutica no se debería encargar de elegir el Comité de Ética e Investigación (CEIC) que valore su propio estudio.

Los estudios realizados en paciente deben publicarse tanto si son positivos como negativos. Ello representa para los enfermos un compromiso ético.

Los investigadores principales de los ensayos clínicos desarrollados por la Industria Farmacéutica son simplemente coordinadores ya que las ideas de estos y su metodología en escasas ocasiones, están allí plasmadas.

Los CEIC suelen ser “benevolentes” en criterios técnicos y éticos y se sienten presionados desde las Direcciones de los Hospitales o Directores de Fundaciones hasta por los investigadores principales de los ensayos y por la propia Industria Farmacéutica.

Por todo ello y sobre todo, por las implicaciones económicas que aparecen en ciertos hospitales, se produce una deshumanización en la relación médico-enfermo que en el caso de la Oncología y de otras especialidades es notable, ya que los ensayos son numerosos, bien remunerados y escasamente relevantes. Ello hace que los propios investigadores consideren este tipo de investigación como no propia, poco relevante en función de los objetivos y en consecuencia sea muy escasamente publicable.

El fenómeno de lucro, entre otras características, ha hecho que el ejercicio de la Medicina se encuentre más en la línea de un oficio que de una profesión la cual anteriormente llevo a poseer el privilegio de la impunidad.

Parece evidente que este tipo de investigación se encuentra deshumanizada y poco calificada en el plano científico. La información que se suministra a los pacientes es escasa en concreción y muy amplia en documentación, lo cual indica una cierta defensa frente a lo que podría ocurrir. Con la firma del Consentimiento Informado

se establecen acuerdos que representan la nueva fórmula de la relación médico-enfermo-cliente. Esta fórmula de acuerdo, procede de la medicina americana, y posiblemente debería tener en nuestro País mayor sencillez y claridad para que permitiesen una relación con los enfermos mas directa y menos contradictoria. En la tabla 4 indicamos las situaciones que deshumanizan las relaciones entre médico y enfermo en la práctica de una proporción estimable de ensayos clínicos.

Para el momento actual y para los próximos años la relación de los médicos con los enfermos y la sociedad necesitan nuevos recursos para poder comprender la situación de la asistencia oncológica en toda su dimensión y de forma especial en las relaciones humanas entre médicos y enfermos. Los fines se diferenciaran claramente de los medios y los primeros no tendrán exclusivamente el poder de la razón. Los pacientes se incorporarán al proceso de definir como perciben su propio estado de salud. Los conflictos, enfrentan valores y requieren la búsqueda de caminos que no los rechacen y que permitan escoger vías intermedias con prudencia, es decir, valorando los principios y las consecuencias. El nuevo estado social y la evolución que ofrecerá el nuevo "orden" mundial exige renunciar a las formas antiguas con las que se establecían las relaciones humanas y tomar posturas o elegir el silencio. Los proyectos requerirán poner en juego voluntades, inteligencia y valores. Las técnicas pueden ser medios o en ocasiones fines, pero no sustituirán a las relaciones interpersonales en donde se contienen transferencias recíprocas sobre la libertad, una visión amplia del mundo y sobre todo la no discriminación de proyectos de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laín P. El Médico y el Enfermo. Madrid: Alianza Madrid; 1979.
2. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. 8ª Edición; 2002.

3. Cortina A. El Mundo de los Valores. Ética y educación. Santafé de Bogotá: El Buho; 1997.
4. Cortina A. Ciudadanos del Mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza; 1997.
5. Glover J. Humanidad e Inhumanidad. Una Historia Moral del Siglo XX. Madrid: Cátedra; 1999.
6. Kant I. Teoría y praxis. Madrid: Tecnos; 1986.
7. Morin E. El método. La Humanidad de la Humanidad. La Identidad Humana. Madrid: Cátedra; 2003.
8. Tolle E. El silencio habla. Madrid: Gaia; 2003.
9. Morin E. Los Siete Saberes Necesarios para la Educación del Futuro. Barcelona: Piados Ibérica; 1999.
10. Gracia D. Por una asistencia médica más humana. En: Gracia D. Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética. San Sebastián: Triacastela; 2004. p. 93-102.
11. Descartes R. Discurso del Método. Madrid: Espasa Calpe; 1991.
12. Hume D. Investigación sobre el entendimiento humano. Madrid: Istmo; 2004.
13. Gracia D. Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI En: Gracia D. Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética. San Sebastián: Triacastela; 2004. p. 79-92.
14. Séneca LA. Tesoro de Máximas, Avisos y Observaciones. Barcelona: Edhsa. Barcelona, 1998.
15. Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE. Principles & Practice of Palliative Care Supportive Oncology (2nd). Philadelphia: Lippincott; 2002.
16. Couceiro A. Ética en Cuidados Paliativos. San Sebastián: Triacastela; 2004.
17. Dworkin G, Frey RG, Bok S. La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio. Madrid: Cambridge University Press; 2000.
18. Real decreto 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. (Boletín Oficial del Estado, número 36, de 7-2-2004).
19. García-Conde J. Metodología de la Investigación Clínica. Barcelona: Ars Medica; 2003.