



Artículo especial

Enfoque global en la atención al final de vida. Aspectos médico-legales, éticos, sociales, psicológicos y de cuidados



A comprehensive approach to end-of-life care. Medical-legal, ethical, social, psychological and care aspects

Josep Arimany-Manso^{a,b,c,*}, Francesc Torralba^{c,d}, Ana Isabel Lima^{c,e} y María Die Trill^{c,f}

^a Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España

^b Cátedra de Medicina Legal, Responsabilidad Profesional y Seguridad Clínica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Consejo Asesor de la Fundación Mémora, España

^d Departamento de Ciencias de la Educación, Universitat Rovira i Virgili, Barcelona, España

^e Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^f Cancer Center, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de septiembre de 2024

Aceptado el 5 de octubre de 2024

On-line el 19 de noviembre de 2024

Introducción

Hoy en día, los profesionales dedicados a la atención al final de vida aceptan, de manera incuestionable, que la atención dispensada a las personas en dicha etapa debe abarcar, de manera holística, la gestión, el cuidado y el soporte a las personas, de acuerdo con un enfoque global, que abarque la atención integral y compasiva a los pacientes con enfermedades terminales, a la vez que busque un soporte desde todos los ámbitos; médico-legal, ético, social, psicológico y de cuidados, proporcionando al mismo tiempo, una atención médica adecuada, para mejorar la calidad de vida del paciente terminal. Los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o comodidad y soporte a los pacientes (tanto adultos como niños) y sus familiares en las fases finales de una enfermedad terminal¹. Este soporte incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales². En definitiva, los cuidados paliativos abarcan el cuidado total de la persona en todas sus dimensiones.

Este enfoque de la atención al final de vida es la base y el modelo para resolver los problemas y avanzar en el conocimiento de este trascendente momento.

Este artículo revisa los diferentes paradigmas, desde la perspectiva médico-legal, ética, social, psicológica y de cuidados y soporte del enfermo terminal que constituyen el enfoque global en la atención al final de vida.

Aspectos médico-legales

A nivel normativo, no existen discrepancias respecto a la idoneidad de la adecuada atención al final de vida. Nuestra legislación³ recoge de manera clara e inequívoca el derecho a recibir cuidados integrales y de calidad y el derecho a que se respete el principio de autonomía de la persona enferma, también en el proceso final de su vida⁴. Toda persona (o paciente) tiene derecho a recibir información veraz sobre su proceso y enfermedad, a rechazar un tratamiento, a la limitación del esfuerzo terapéutico y a elegir entre las opciones disponibles. Así, el principio de autonomía del paciente en el proceso de morir puede articularse mediante una toma de decisiones informada adecuada en ese momento o mediante la realización de un documento de instrucciones previas (DIP). Dicho documento determina que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que esta se cumpla en el momento que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, abarcando los cuidados y el tratamiento de su salud o tras el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos de este, entre otros.

Por otro lado, la reciente promulgación y puesta en marcha, tras décadas de debate, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josep.arimany@comb.cat (J. Arimany-Manso).

regulación de la eutanasia⁵, conllevó diversas cuestiones nuevas a nivel médico-legal⁶. En relación con los cuidados paliativos, la Ley insiste en la necesidad de la potenciación de una mirada paliativa de la enfermedad grave e incurable, que permita la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares al final de vida⁷. Dicha Ley ha pretendido dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda de la sociedad actual como es la eutanasia. En este contexto, la ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos definidos claramente y sujetos a garantías suficientes que protegen la absoluta libertad de decisión descartando cualquier presión externa. En definitiva, la Ley de regulación de la eutanasia introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la solicitud de ayuda para morir.

Asimismo, desde el punto de vista médico-legal, es necesario recordar que el derecho a la intimidad constituye uno de los derechos fundamentales del paciente. Por lo tanto, el profesional de la salud debe ser especialmente cuidadoso con el respeto a este derecho en el proceso del final de vida. El paciente que asume con plena consciencia dicha etapa, porque ha sido correctamente informado de ello, tiene derecho a compartir en la privacidad el ritual de despedida con los seres más allegados y debe poder comunicarse con las personas que considere oportunas y adecuadas, lo cual significa que tiene que disponer de unos espacios idóneos para ello, en un marco de intimidad y de privacidad⁴.

Aspectos éticos del proceso de final de vida

El abordaje de los aspectos éticos del proceso de final de vida requiere una mención especial de, como mínimo, 3 aspectos; 1) el respeto a las decisiones libres y responsables, 2) la veracidad y tacto y 3) la intimidad y calidez.

El respeto a las decisiones libres y responsables

Desde un punto de vista ético, el respeto a las decisiones libres y responsables de la persona es un principio básico de la ética asistencial moderna y contemporánea. En el proceso final de vida es especialmente imperativo respetar este principio, aunque familiares y amigos no compartan la decisión de la persona atendida.

Si la persona constata que se respetan sus voluntades durante el proceso final y que también serán respetadas después de su muerte, esto pacifica el proceso que está viviendo, proporcionándole tranquilidad y paz. Los profesionales y los familiares deben seguir sus directrices, pero solo pueden hacerlo si estas han sido expresadas con claridad y se tiene constancia escrita u oral. Cuando no se tiene conocimiento, se pueden producir todo tipo de interpretaciones y conflictos que generan angustia y desasosiego a los miembros del entorno afectivo y profesional, y a veces incluso culpa y remordimientos.

Por eso es clave que toda persona, en plenitud de facultades, pueda elaborar su propio DIP, de tal modo que pueda planificar su final con la máxima libertad y precisión⁸. La práctica de estos deseos será puesta en acción siempre y cuando sea conforme al marco legal vigente del país en el que se encuentra la persona.

Veracidad y tacto

La gestión de la información por parte de los profesionales que acompañan al proceso final de vida es determinante con el fin de pacificar este tráfico.

La desinformación o la comunicación deficitaria, suscita desconfianza y desasosiego. La opacidad y la imprecisión generan inquietud. Toda persona tiene derecho a ser informada respecto de lo que le afecta directamente, aunque no siempre quiera ejercer

ese derecho. Los profesionales de la salud tienen el deber, expresado en sus respectivos Códigos deontológicos, de comunicar la verdad a la persona que atienden de forma transparente, adecuada y confidencial.

Sin embargo, hay que averiguar si la persona que se encuentra en este proceso desea o no tener conocimiento de su situación, del diagnóstico y del pronóstico que le espera. Solo debe ser informada si lo desea, lo que exige tacto y conocimiento de su personalidad. No informarle, cuando la persona lo desea, es vulnerar un derecho fundamental; informarla, cuando no quiere, es sucumbir al encarnizamiento informativo.

En caso de que quiera ser informada de su estado de salud y del pronóstico fatal, es necesario que se le informe de forma veraz, adecuada y oportuna. El destinatario de esta información debe ser la misma persona, y solo si ella lo desea, la información será comunicada a las personas de su entorno familiar y amigable. La preservación del secreto profesional es indispensable para guardar la confidencialidad y mantener la relación de confianza entre los profesionales y las personas atendidas.

Incluso cuando la persona desea ser informada, es importante que la información proporcionada no sea baladí ni técnicamente enrevesada. La información debe ser comprensible y asumible por la persona, permitiendo, cuando esto es posible, alternativas claras por la toma de decisiones. Si el margen de decisión fuera escaso o inexistente, la comunicación de la información facilitará en todo caso la interiorización y asunción de la situación.

En cualquier caso, es necesario evitar dibujar escenarios de pura pasividad, enfatizando todo lo que está al alcance de la persona y de su entorno para mejorar el bienestar, mantener una esperanza adaptativa y cumplir deseos en el tramo final de vida.

En la comunicación de la verdad hay que discernir varios elementos: el modo en que se comunica la noticia difícil, el lugar donde se transmite, el emisor que la transmite y el momento en el que se realiza esta transmisión. No siempre es el momento, ni el sitio oportuno. Todos estos elementos debidamente relacionados son decisivos para que la persona interesada pueda asumir el mensaje y digerirlo emocionalmente.

El compromiso con la verdad es indispensable para pacificar el proceso final de vida, pero es necesario comunicarla de forma que pueda ser tomada emocionalmente por la persona destinataria y eso exige tacto y sentido de la oportunidad.

Intimidad y calidez

El entorno en el que tiene lugar el proceso final de vida no es irrelevante, ni neutro emocionalmente⁹. No siempre es posible escoger el entorno físico al que llegará la muerte, porque, a menudo, esta irrumpe de forma inesperada. Pero si la persona es conocedora que está en ese trance, es decisivo que pueda hacerlo en un entorno adecuado, donde sea posible unir el respeto a la intimidad personal y la calidez en el trato.

Siempre que se pueda, es necesario facilitar al paciente espacios personales y no compartidos. También es esencial que sea un sitio significativo, que la persona atendida pueda estar rodeada de sus objetos y elementos simbólicos, y de las personas que necesita para crear un entorno de calidez. En los momentos finales, y con las debidas precauciones, habría que incluso facilitar que la persona pueda despedirse de animales de compañía.

Los espacios impersonales o anónimos generan una sensación de soledad y desasosiego. Todo ser humano tiene derecho a morir en un sitio. La muerte acaecida en un espacio de tráfico, desterrado o desidioso, supone un desprecio de la persona y puede dejar una huella traumática en los familiares.

Siempre que sea posible, debería facilitarse que este proceso se produzca en casa, en el entorno vital de la persona o bien en un lugar que sea significativo emocionalmente para ella. Es necesario

hacer lo posible para garantizar la asistencia técnica y farmacológica que la persona necesita y, a la vez, su ubicación en un entorno personalizado.

Cuando es viable que el proceso se haga en el propio hogar, es necesario valorar no solo las condiciones del entorno físico, sino también las del entorno familiar y humano, anticipando posibles limitaciones o necesidades de apoyo (p. ej., garantizando que los cuidadores familiares tengan las condiciones físicas, cognitivas y emocionales adecuadas). Hay que priorizar los deseos y las preferencias de la persona que afronta la muerte, pero pacificando también en todo lo posible la experiencia del entorno familiar¹⁰.

Aspectos sociales del final de vida: familia, cultura y comunidad

Morir con dignidad tiene sus propias claves en cada contexto cultural y social, en occidente se convierte en un fracaso por parte del ámbito sanitario donde se lucha contra la muerte como fenómeno tabú. En la actualidad, se pretende naturalizar la idea de la muerte aplicando la metodología de la intervención de la atención centrada en la persona, poniendo el foco en la participación consiente y la toma de decisiones en el proceso del final de vida.

El final de vida se entiende como un proceso en el que afloran profundas inquietudes tanto en la persona afectada como en sus familiares y allegados, no solo son importantes las cuestiones médicas sino también las emocionales, espirituales, éticas y sociales que se entremezclan dando lugar a necesidades específicas de atención que va más allá del paciente y requiere el trabajo con sus familiares y allegados, así como con su contexto.

Las necesidades sociales en el proceso del final de vida pueden tener origen externo o interno ya que pueden ser originadas por factores económicos o laborales o por cuestiones familiares y del contexto social, por lo que es necesario hacer un buen análisis de las cuestiones referentes al ámbito social de cara a detectar los factores de riesgo y de protección necesarios para la intervención en cada caso.

La intervención en el proceso final de vida desde el ámbito social debe comprender 3 momentos, en primer lugar, la fase previa o el antes, en el que es importante tener en cuenta el apoyo a los familiares durante a la enfermedad, en segundo lugar, el durante, donde se produce el momento del fallecimiento y, en tercer lugar, el después, que implica el abordaje del periodo de duelo. Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud¹¹ los cuidados paliativos requieren un abordaje integral psicosocial desde equipos interdisciplinarios. La intervención debe tener un carácter holístico y no solo debe ir dirigida al paciente sino también a las personas que le acompañan en su entorno como sucede habitualmente como son los familiares. Una de las cuestiones clave es capacitar a todo el grupo para afrontar el sufrimiento de un momento tan trascendente como es la muerte.

El proceso de final de vida requiere una intervención social peculiar que implica la necesidad de la especialización de las profesiones que intervienen en el mismo, en el caso del ámbito social el trabajo social sanitario debe abordarse desde una formación específica en cuidados paliativos.

El papel de los profesionales de la intervención social es importante a la hora de asesorar en la toma de decisiones del proceso y facilitar la comunicación entre la persona afectada, sus familiares y otros profesionales. Esta intervención integral facilita que se pueda detectar y prevenir el posible riesgo de claudicación de las personas cuidadoras.

No obstante, aunque se haga hincapié en la familia y los allegados, existen casos en los que no existe este apoyo familiar y hay que encarar la soledad, que en muchos casos se acrecienta en el proceso del final de vida. Asimismo, hay situaciones en las que la persona se

encuentra en instituciones por lo que hay que establecer protocolos para el acompañamiento y los cuidados con estas. El trabajo en red y la coordinación con otros profesionales en este momento es importante para la buena gestión del caso, además es importante preservar la participación y la toma de decisiones de la persona en todo su proceso, así como informar sobre la importancia de realizar el DIP por si estas fuesen necesarias.

La importancia de las variables psicológicas en el proceso final de vida

Las personas con enfermedades graves y en situación de soledad no deseada requieren, entre otras cosas, de una estrategia de responsabilidad social basada en proyectos que se desarrollen en el ámbito sanitario, socio-sanitario y residencial. Debe enfatizarse los aspectos psicológicos más relevantes que ayudan a optimizar el cuidado y el bienestar de las personas en los procesos de final de vida, en un intento por reducir la medicalización y aumentar la humanización en esta etapa vital.

Esto supone integrar varios aspectos del cuidado en la atención psicosocial al final de vida: la comunicación eficaz entre profesionales sociosanitarios y pacientes; el acompañamiento compasivo y la intervención psicológica y espiritual con el enfermo y con su familia, la soledad no deseada, y la atención al duelo.

La comunicación, que ocupa un lugar prioritario en el entorno sociosanitario, debe corresponderse con un lugar prioritario en la formación de los profesionales a través de la impartición de talleres prácticos en los cuales se transmitan las bases de la comunicación eficaz en situaciones médicamente complejas, haciéndose especial énfasis en la transmisión eficiente de malas noticias; en la importancia de la empatía y la escucha activa en el encuentro con el paciente; en cómo hablar de malos pronósticos y de efectos adversos; en cómo pasar de un tratamiento activo a cuidados paliativos, y en cómo responder a preguntas difíciles (p. ej., «¿Me voy a morir?», o «La vida ya no tiene sentido, no quiero seguir luchando»).

También cómo hablar con los niños acerca de la enfermedad grave y la muerte, y temas relacionados con las voluntades anticipadas y con el manejo de las reacciones emocionales de los pacientes que frecuentemente viven esta situación de final de vida con profunda tristeza, rabia, impotencia y culpa, son temáticas que igualmente deben tratarse. Este tipo de formación adquiere una relevancia especial dado que los profesionales sociosanitarios raramente las reciben durante su currículo profesional y, sin embargo, frecuentemente estos se encuentran en situaciones de elevada complejidad médica, social y emocional que deben afrontar con las herramientas adecuadas.

Aprender a cuidar compasivamente en este contexto es fundamental y para ello adquiere especial importancia ayudar a los profesionales sociosanitarios a gestionar el impacto que sobre ellos tiene la exposición diaria al dolor, al sufrimiento, y al deterioro ajenos, lo cual nos expone entre otras cosas, a nuestra propia mortalidad y a sentimientos de vulnerabilidad e impotencia. La compasión es un componente importante de los comportamientos prosociales y del deseo de ayuda. Va más allá de la empatía ya que ayuda a entender el sufrimiento de la otra persona y motiva a intentar aliviarlo; produce una conexión más profunda con el otro. En este sentido, el trabajo personal y la conexión con nuestro mundo interno, nos ayuda a proporcionar una atención y cuidados en los que priman la compasión, el respeto y el vínculo con el otro.

Existen actualmente diversas técnicas psicológicas cuya eficacia se ha descrito en los procesos de enfermedad avanzada y de final de vida. Tal es el caso de la Terapia Centrada en el Sentido¹² basada en la logoterapia de Frankl¹³, y de la Terapia de la Dignidad descrita por Chochinov et al.¹⁴. La primera aporta un acercamiento terapéutico que fortalece el sentido y el significado, el bienestar espiritual,

y la calidad de vida, postulando que la definición de un significado constituye una fuerza primaria de la motivación humana. Encontrar sentido puede reducir sufrimiento y facilitar el bienestar emocional del individuo. La terapia de la dignidad aborda el malestar emocional y la existencial en la etapa final de vida. Invita a las personas a plantear las cuestiones vitales que considera más importantes o aquellas con las que quisieran ser recordados. Ambas, con una orientación humanista, complementan el uso de otras intervenciones psicológicas y del importante trabajo con la espiritualidad descrito por Puchalski et al.¹⁵, en estas poblaciones.

El trabajo del duelo es doloroso y complejo, y depende de muchas variables: el modo en que se ha producido la muerte; la relación mantenida con el fallecido, su edad, y un sinnúmero de variables más. Aprender a facilitar los procesos de duelo, así como a intervenir desde el punto de vista psicológico adquieren una especial importancia sobre todo en situaciones de pérdidas complejas: muertes súbitas o inesperadas, muertes en el seno de relaciones familiares complejas, y suicidios y solicitudes de eutanasia, entre otras.

Proporcionar cuidados de bienestar al final de vida

Los cuidados al final de vida están orientados a mantener una calidad de vida libre de sufrimiento, centrados en la historia de vida de la persona, y teniendo presente lo espiritual, lo trascendental del significado de vida para la persona que cuidamos¹⁶. Sin embargo, su aplicación no debe situarse tan solo en el proceso de final de vida, ni incluso sobre los cuidados paliativos que deberían iniciarse en etapas anteriores encaminados a una intervención temprana¹⁷, sino que deberían de guiar la atención integral de la persona.

La atención integral al final de vida nos obliga a la interdisciplinariedad, donde la atención médica y de enfermería se complementan con la atención psicológica, social y espiritual, dirigida tanto a la persona en el proceso de final de vida como al apoyo de su entorno cercano y familia. Teniendo como objetivo aliviar el sufrimiento, promover la calidad de vida y garantizar la dignidad y el respeto de la persona.

En el proceso de cuidados hay aspectos importantes a considerar entre los que se encuentran un adecuado control del dolor y otros síntomas; el apoyo emocional, la escucha activa y la comprensión para ayudar a gestionar los sentimientos de la persona doliente y de sus seres queridos; la comunicación clara y honesta que nos permita tener presentes los deseos, las metas de atención y cualquier preocupación que pueda tener, si bien la planificación anticipada de cuidados es una herramienta muy valiosa que permite a la persona expresar sus preferencias y permite a los profesionales garantizar que se respeten sus deseos y se le brinde la atención adecuada; y el apoyo espiritual, teniendo en cuenta las necesidades espirituales y religiosas de la persona y su familia, respetando las creencias y prácticas religiosas que para la persona puedan ser reconfortantes y facilitándoles el acceso al líder o asesor espiritual que considere.

Es importante que la persona esté ubicada en el nivel asistencial donde desea fallecer, y en el caso de ser atendido en el domicilio la familia deberá de estar instruida sobre las posibles complicaciones y disponer de la medicación necesaria para su abordaje. Es fundamental, que los profesionales de referencia establezcan visitas diarias y sistemas de apoyo telefónico para la resolución de dudas¹⁸.

Los aspectos ambientales son importantes, de ahí que debe procurarse que pueda estar ubicado en una habitación individual que permita mantener un ambiente íntimo con un manejo adecuado de la luz, la ventilación o la música como elementos facilitadores que se puedan adaptar a las preferencias de la persona y la familia.

El cuidado físico engloba un conjunto amplio de aspectos que pasan por detectar el inadecuado alivio del sufrimiento a través

de la monitorización clínica o la instrucción de la familia para su detección¹⁸. Es importante durante todo el proceso, identificar todas aquellas situaciones derivadas de los cuidados (aseo, movilizaciones, etc.) que puedan generar malestar o sufrimiento con el objetivo de poder adecuarlas a las necesidades reales de la persona o establecer un abordaje terapéutico que permita su control o alivio. Siendo relevante el control del dolor y de los síntomas en esta situación de final de vida, no debemos de olvidarnos de un adecuado abordaje de los cuidados de la boca, de la piel, del tratamiento de las lesiones relacionadas con la dependencia (úlceras por presión, lesiones por humedad, etc.), de las lesiones tumorales, del linfedema, del manejo de las fistulas o de las ostomías, así como el manejo de los reservorios venosos subcutáneos o las vías de administración de fármacos y alimentación, entre otros.

Esta situación se ve magnificada en los últimos días o fase agónica, cuya atención pasa a ser de máxima relevancia para la persona, la familia y los propios profesionales al tratarse de una situación única e irrepetible¹⁹. La persona habrá alcanzado en esta etapa elevados niveles de dependiente junto con una mayor emotividad²⁰, y toda nuestra atención se orientará a mantener el bienestar físico, aliviar el sufrimiento emocional, espiritual y social del paciente y la familia²¹. Será necesario adecuar los cuidados al mínimo imprescindible de intervenciones con el objetivo de conseguir el bienestar y asegurar el bienestar de la persona.

Conclusiones

En el presente artículo se ha pretendido desgranar el enfoque actual en la atención al final de vida, desde diversas dimensiones, que queda bien definido en la literatura científica, pero que requiere ser recordado y englobarse en una actuación transversal, con la actualización de la promulgación legislativa y con el soporte ético, social, psicológico y de cuidados adecuados, enmarcado en una actuación médico-legal, cumpliendo la normopraxis asistencial y a la vez dar seguridad jurídica a los intervinientes, facultativos, personal de enfermería, cuidadores y también a los familiares, sin olvidar que el paciente tiene unos derechos que se han de respetar. La atención a las personas al final de vida debe basarse en la capacidad de humanizar y dignificar el final de vida, desde un enfoque multidisciplinar y holístico que permita un enfoque integral de dichos cuidados, promoviendo, al mismo tiempo, un entorno de confianza en la asistencia que garantice la idónea comunicación, a todos los niveles, con el paciente y sus familiares.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para el presente artículo.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que este trabajo no ha implicado el uso de sujetos humanos, por lo que no le aplican consideraciones éticas (obtención del consentimiento informado).

Declaración de IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción

No se ha utilizado herramientas de inteligencia artificial en el presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración en la confección del presente artículo al Dr. Joan Berenguer, Dr. Josep Maria Vía, Dr. Marcos Gómez Sancho, Sr. Josep Paris, Dr. Francesc Rillo, Sr. José Joaquín Pérez de la Vara, Sr. Fernando Sánchez Tulla y especialmente por su contribución relevante al Sr. Fernando Martínez-Cuervo, miembros del Consejo Asesor de la Fundación Mémora.

Bibliografía

1. Centeno Cortés C, Arnillas González P. Historia y desarrollo de los Cuidados Paliativos. En: Marcos Gómez Sancho, editor. *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de cáncer*. Las Palmas: ICEPS; 1988.
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [consultado 28 Ago 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
4. Arimany-Manso J, Torralba F, Gómez-Sancho M, Gómez-Durán EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Med Clin (Barc)*. 2017;149:217–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.004>.
5. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado núm. 72, de 25 de marzo de 2021.
6. Martín-Fumadó C, Barbería E, Arimany-Manso J. La certificación de la muerte por eutanasia. *Med Clin (Barc)*. 2022;158:333–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.10.0016>.
7. Arimany-Manso C, Martín-Fumadó C. Aspectos médico-legales de la ley de regulación de la eutanasia en España. *Rev Esp Med Legal*. 2021;47:89–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2021.04.002>.
8. Lasmarías C. Desarrollo e implementación de la Planificación de Decisiones Anticipadas en Cataluña: análisis del impacto de su puesta en práctica a partir de la autoeficacia de los profesionales sanitarios [Tesis doctoral]. (2022). Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya [consultado 28 Ago 2024] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/674299>
9. Torralba F. Pacificar el final de vida. Claves filosóficas. *Health, aging and end-of-life*. 2016;1:27–34 [consultado 28 Ago 2024] Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/haei/article/view/20346>
10. Bayés R, Limonero JT. Influencia de la proximidad de la muerte en los factores que pueden ayudar a morir en paz. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:556, <http://dx.doi.org/10.1157/13073946>.
11. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA67.19 Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida [consultado 28 Ago 2024] Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67.2014.REC1-sp.pdf?ua=1&ua=1#page=60
12. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010;19:21–8.
13. Frankl V. *Man's search for meaning*. 1st ed. New York: Penguin Random House; 1946.
14. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23:5520–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jco.2005.04.002>.
15. Puchalski C, Ferrel B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of a consensus conference. *J Palliat Med*. 2009;12:885–904, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.
16. Saunders C. The evolution of palliative care. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 2003;66:4–7.
17. Ryan S, Wong J, Chow R, Zimmermann C. Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? *Curr Treat Options Oncol*. 2020;21:20, <http://dx.doi.org/10.1007/s11864-020-0716-4>.
18. Benítez-Rosario MA, Alonso-Babarro A, González-Guillermo T. Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [consultado 28 Ago 2024] Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index>
19. Bradford, Airedale, Wharfedale & Craven: Symptom Control in the Last Days of Life [accessed 28 08 2024] Available from: <https://www.bradfordvts.co.uk/wp-content/onlineresources/clinical-knowledge/palliative-care/terminal%20care%20-%20symptom%20control%20last%20days.pdf>
20. Ann-Yi S, Bruera E. Psychological Aspects of Care in Cancer Patients in the Last Weeks/Days of Life. *Cancer Res Treat*. 2022;54:651–60, <http://dx.doi.org/10.4143/crt.2022.116>.
21. Redondo Moralo MJ. *I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura*. 1.^a ed. Badajoz: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura. 2019.