

ARTE TERAPÉUTICA

Fecha de recepción: 09/06/2025

Fecha de aceptación: 11/07/2025

MARÍA DE LA VICTORIA ROSALES

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4248-5080>

Contacto: mariarosales@uca.edu.ar

- Doctora en Ciencias Médicas (Pontificia Universidad Católica Argentina).

Máster en Ética Biomédica (Pontificia Universidad Católica Argentina).

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires).

Jefa del Servicio de Salud Mental del HZGA Mi Pueblo de Fcio. Varela (Buenos Aires).

Presidente del Comité de Bioética Clínica del HZGA Mi Pueblo de Fcio Varela (Buenos Aires).

Responsable del Área Neuroética y Salud Mental del Instituto de Bioética de Pontificia Universidad Católica Argentina.

Directora de la Diplomatura en Cuidados Paliativos: Calidad asistencial y Ética de cuidado en la Facultad de Ciencias Médicas (Pontificia Universidad Católica Argentina).

Profesora de grado y posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas (Pontificia Universidad Católica Argentina)

RESUMEN

Este escrito rinde homenaje al Papa Francisco y a su legado bioético, centrándose en el cuidado de las personas vulnerables en las etapas finales de la vida, inspirado en la parábola del Buen Samaritano. Se analiza la carta "Samaritanus Bonus" (2020), que rechaza explícitamente la eutanasia y el suicidio asistido, promoviendo en su lugar una ética del cuidado integral.

El texto enfatiza la importancia de los cuidados paliativos, que trascienden la simple curación de síntomas para abordar el bienestar físico, mental y espiritual del paciente y su entorno. Estos cuidados reafirman la dignidad intrínseca de la persona, incluso en la declinación de la vida, y se centran en aliviar el sufrimiento, entendiendo la muerte como un proceso natural.

La vulnerabilidad humana se presenta como el fundamento de esta ética. Esta condición inherente al ser humano, que lo hace permeable a la interacción con otros, es la base para el arte terapéutico.

La empatía es una herramienta esencial en la práctica del cuidado, ya que permite al profesional de la salud ir más allá de la enfermedad y conectar con la persona. Esta actitud humaniza la atención y se convierte en un acto de compasión que acompaña al enfermo.

El artículo concluye que el deber del médico es aliviar el sufrimiento, reafirmando la vida como un bien inalienable. El acto de cuidar es un compromiso que regenera el sentido de la existencia y refleja la vocación de socorrer la fragilidad humana, incluso cuando no es posible curar.

Palabras clave: Cuidados paliativos- ética del cuidado-vulnerabilidad- empatía- Samaritanus Bonus

ABSTRACT

This paper pays tribute to Pope Francis and his bioethical legacy, focusing on the care of vulnerable individuals in the final stages of life, inspired by the parable of the Good Samaritan. It analyzes the Vatican letter "Samaritanus Bonus" (2020), which explicitly rejects euthanasia and assisted suicide, promoting instead a comprehensive ethics of care.

The text emphasizes the importance of palliative care, which transcends the mere curing of symptoms to address the physical, mental, and spiritual well-being of the patient and their environment. This care reaffirms the person's intrinsic dignity, even as life declines, and focuses on alleviating suffering, understanding death as a natural process.

Human vulnerability is presented as the foundation of this ethics. This condition inherent to human beings, which makes them permeable to interaction with others, is the basis for therapeutic art. Empathy is an essential tool in the practice of care, as it allows the healthcare professional to go beyond the illness and connect with the person. This attitude humanizes care and becomes an act of compassion that accompanies the sick.

The article concludes that a physician's duty is to alleviate suffering, reaffirming life as an inalienable good. The act of caring is a commitment that regenerates the meaning of existence and reflects the vocation of helping human fragility, even when a cure is not possible.

Keywords: Palliative Care-Ethics of care-Vulnerability-Empathy- Samaritanus Bonus.

*Y entonces, un doctor de la Ley se levantó y le preguntó para ponerlo a prueba:
«Maestro, ¿qué tengo que hacer para heredar la Vida eterna?».*

Jesús le preguntó a su vez: «¿Qué está escrito en la Ley? ¿Qué lees en ella?».

*Él le respondió: «Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma, con todas
tus fuerzas y con todo tu espíritu, y a tu prójimo como a ti mismo».*

«Has respondido exactamente, le dijo Jesús; obra así y alcanzarás la vida».

*Pero el doctor de la Ley, para justificar su intervención,
le hizo esta pregunta: «¿Y quién es mi prójimo?».*

*Jesús volvió a tomar la palabra y le respondió: «Un hombre bajaba de Jerusalén a Jericó
y cayó en manos de unos ladrones, que lo despojaron de todo, lo hirieron y se fueron, dejándolo
medio muerto. Casualmente bajaba por el mismo camino un sacerdote: lo vio y siguió de largo.
También pasó por allí un levita: lo vio y siguió su camino. Pero un samaritano que viajaba por allí,
al pasar junto a él, lo vio y se conmovió. Entonces se acercó y vendó sus heridas, cubriéndolas
con aceite y vino; después lo puso sobre su propia montura, lo condujo a un albergue
y se encargó de cuidarlo. Al día siguiente, sacó dos denarios y se los dio al dueño del albergue,
diciéndole: "Cuidalo, y lo que gastes de más, te lo pagaré al volver"*

*¿Cuál de los tres te parece que se portó como prójimo del hombre
asaltado por los ladrones?».*

*«El que tuvo compasión de él», le respondió el doctor.
Y Jesús le dijo: «Ve, y procede tú de la misma manera»*

Lc 10,25-37

Con el propósito de rendir homenaje al papa Francisco y a su legado en bioética, este escrito se centra en sus intervenciones en relación con la ética del cuidado en todas las etapas de la fragilidad del ser humano y su llamado a acompañar a quienes enfrentan enfermedades graves o el final de la vida.

La carta *Samaritanus Bonus*¹, emitida en el año 2020, se centra en el cuidado de las personas en etapas críticas y terminales de la vida (1). El documento invita a reflexionar sobre nuestro modo de pensar la medicina, el significado del cuidado de la persona enferma y la responsabilidad social frente a los más vulnerables.

1 Congregación para la Doctrina de la Fe del Vaticano

Reafirma la inviolabilidad de la vida humana y rechaza la eutanasia y el suicidio asistido. Enfatiza el compromiso de la iglesia con el cuidado de los enfermos y moribundos, reafirma la dignidad intrínseca de la persona humana, nos ofrece directrices para la acción en el campo de la salud y provee una guía pastoral sobre como acompañar y cuidar de manera compasiva a los enfermos.

La estructura de *Samaritanus Bonus* nos permite adentrarnos en el enfoque existencial de los cuidados paliativos, que resignifica el límite de la medicina tradicional y más allá de analizar la enfermedad, propicia el entorno para enfrentar las duras pruebas que marcan el final de la vida.

La comprensión de los cuidados paliativos conduce a reflexionar más allá de la simple cura de los síntomas. Cuando un paciente recibe el diagnóstico de una enfermedad para la cual no existe cura, comienza un proceso que implicará afrontar cambios radicales en su vida. Trabajar en los cuidados paliativos implica hacerse cargo del paciente y de su entorno, intentando responder de forma continua, activa e integral, buscando su bienestar físico, mental y espiritual. La actitud paliativa involucra un abordaje humanístico e integral, que no solo evalúa, sino que se anticipa en el alivio del sufrimiento, dándole a los síntomas la misma importancia que a la enfermedad en sí misma (2).

En este escenario, la muerte es considerada un proceso natural que no es preciso acelerar o diferir, y los esfuerzos se implementan para respetar y tutelar la vida cuando esta declina hacia el final. El termino *Paliativo* evoca el acto de cubrir y proteger al enfermo en el tramo final de su existencia y el profesional de la salud que se ocupe de estos cuidados debe ser capaz de acompañar al que se va, sosteniendo un tratamiento que no reside en recuperar la salud sino en acentuar todo lo que un ser humano puede hacer por otro, cuando las técnicas han llegado a su límite. Por ello, es fundamental considerar integrar los cuidados paliativos en todos los niveles asistenciales y a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad avanzada, subrayando la importancia de cuidar la vulnerabilidad del enfermo y su entorno.

EL OTRO

La vulnerabilidad humana fundamenta la ética del cuidado y ubica la primera responsabilidad del médico en el encuentro con el enfermo, que es cuidar la vida. La noción de cuidado se amplía. El arte terapéutico, que une el cuidado a las prácticas, inicia en una relación que reconoce la fragilidad del enfermo a partir del

reconocimiento de la propia vulnerabilidad, lo cual permite hacerse cargo del otro, cuidándolo ante la cercanía de la muerte y frente a la imposibilidad de curarlo.

La vulnerabilidad del ser humano es la condición de ser permeable, ser afectado y transformado al interactuar con los otros, consigo mismo y con aquello que lo trasciende. Es posible ver plasmada la vulnerabilidad de cada hombre en su cuerpo, pero también en su condición social, cada persona es vulnerable ante el ser, la presencia o el actuar de otro. Implica relacionalidad, permeabilidad, transformación y comunicación, lo que permite establecer vínculos responsables y reconocer al semejante al mismo tiempo que implica la posibilidad de ser herido. El ser humano vulnerable queda expuesto tanto a la herida como a la cura, su vulnerabilidad conlleva tanto la posibilidad generativa, en su pleno carácter humanizante, como la posibilidad destructiva, en la vulneración del otro. Es posible vislumbrar la vulnerabilidad formulada como apertura a la transformación y también a la devastación, situar en la relación con el semejante tanto un polo amoroso como un polo violento (3). La cualidad de apertura y su condición de ambigüedad son categorías centrales de la vulnerabilidad humana. Si bien, la capacidad para la comunión y la solidaridad podrían considerarse una constante en la vida de cada individuo, esto no es experimentado de la misma forma por todas las personas lo cual impide evaluarlas de un modo objetivo, incluso es posible encontrar con más frecuencia situaciones vinculadas al conflicto, la desigualdad y la violencia que actitudes solidarias interesadas en un bien común (4). La vulnerabilidad en la persona puede ser tanto enriquecedora como amenazadora, suele ser vivida en términos de una experiencia de ambigüedad y en tanto todos participamos de una vulnerabilidad radical compartida, algunos individuos en situaciones de mayor riesgo o en condiciones de precariedad son más vulnerables. La susceptibilidad del ser humano al daño es el riesgo que implica la vulnerabilidad y al mismo tiempo el recurso, condición previa de la confianza, de la responsabilidad y de la posibilidad del amor, justamente allí donde amar involucra alojar al otro en un espacio de mutua vulnerabilidad (5). Ante la vulnerabilidad del otro, nos convertimos en su rehén, incapaces de ser indiferentes o desapasionados (6). El otro tiene prioridad en relación al sí mismo y el sujeto es atraído a un acontecimiento relacional que ocurre en un espacio de reciprocidad, el arco de la intersubjetividad humana, donde es posible dar y recibir (7).

El mensaje del buen samaritano que deja su camino para socorrer al hombre enfermo, se traduce para quienes trabajamos en cuidados paliativos, en la capacidad de detenerse ante el enfermo y tratarlo con respeto, valoración y reconocimiento de su dignidad (8). El samaritano no es un intelectual ni un beato: es un comerciante, nada de iglesia y poco de vínculos, muy cerca de la naturaleza,

un hombre práctico, que ve al hombre tirado y abandonado a la orilla del camino porque tenía el espíritu alerta, se reconoce en ese hombre herido, podría haber sido él. Con algo de tiempo y valor, lo cura con lo que tiene a mano, lo socorre, lo toma a su cargo al montarlo en su propia cabalgadura, lo deja en buenas manos y continúa su camino.

Es importante apreciar que, en el amor, puro acto de dar, la debilidad de la vulnerabilidad se vuelve fortaleza humanizante (9). Es precisamente esta potencia de la vulnerabilidad humana la que le permite al sujeto establecer vínculos, la que posibilita la apertura al otro y el amor mutuo. Nuestro paciente es el "tú" sin el que el "yo" habría dejado de existir en nosotros, cuando desprovistos de recursos no podíamos actuar, asumirnos o guiarnos. No claudicar en los cuidados implica complementar al otro en momentos de soledad, cuando el desvalimiento físico y mental representan la imposibilidad de sobrevivir.

INTERIORIDAD

El sufrimiento de Cristo en su más radical humanidad habla de la finitud vulnerable de la condición humana. La enfermedad en fase terminal deja al sujeto en la soledad inerme y extraviada de la existencia, vive la experiencia del abandono, la proximidad irreversible y angustiosa de la muerte, acaso las más profundas heridas que debe soportar un ser humano (10). Ante la pregunta ¿por qué trabajar en cuidados paliativos? la respuesta que surge para mí, (o mejor dicho *en mí misma*) es la oportunidad que brinda este modelo de asistencia de acercarse y tocar lo esencial de la condición humana: su fragilidad, sus carencias, sus tormentos.

Diferenciándolo del dolor físico y subrayando los aspectos subjetivos, el sufrimiento frente a la situación de enfermedad supone la aparición de emociones que el paciente no conocía ni esperaba y que lo deja inseguro y vulnerable frente a su médico tratante, solo la adecuada comunicación con su médico podría resultar un alivio para el desorden que el sufrimiento genera. Esto implica enfrentar la desaparición de perspectivas futuras en el enfermo, implica también observar el trato y el lugar que ocupará la tristeza en el proceso de la enfermedad. Estar enfermo le arrebató el sentido de su existencia, el sufrimiento lo confronta con la fragilidad de la vida y de sus relaciones, en muchos casos con la muerte (11).

Trabajar teniendo imaginariamente a la muerte en la línea de mira, no nos garantiza, a quienes estamos a cargo del enfermo, el estar más vivos. Habilitar un espacio de escucha nos involucra de manera personal. Escuchar al paciente no es posible sin comprometer la propia experiencia, es preciso involucrarse en la ex-

ploración y observación del dolor existencial. Son el propio sufrimiento, el propio dolor y la propia muerte, marcadas por la mirada y la presencia de los otros. Morir compromete y enlaza lo físico con un lado desconocido, un lugar de no saber, una apuesta con lo que no podemos resolver y que abre la posibilidad en esta escena del cuidado, a que nos asalte lo inesperado. No es posible dar remedios mágicos ni lecturas del mundo que alivien, es necesario acompañar al paciente para que, sin replegarse en el ensimismamiento, pueda confrontar la desmesura que guarda en silencio y en el espacio ofrecido, ponerlo en palabras. Es preciso transmitir la inmediatez del combate interior que debe ocurrir, en busca del coraje para enfrentar el sufrimiento: tomar lo que viene en la intensidad de lo dado. La esperanza es la otra palabra para el consuelo, pero no para creer que sin ella la vida ya estaría perdida sino para interiorizarla. La esperanza es la primera tarea (12).

El impacto de lo ineluctable de la muerte nos alcanza en el lugar de nuestra vulnerabilidad y es preciso comenzar de nuevo, abrir un espacio de asistencia paliativa donde se revisen los propios pasos, la historia personal, las expectativas, lo que podemos celebrar y lo que podríamos ignorar, lo que abandonamos, lo que hemos perseguido, lo que aún anhelamos. La palabra escuchada al paciente nos toma por testigos, es el espacio de nuestra humanidad que le da hospitalidad a la humanidad del otro, un encuentro que nos transforma a ambos.

La actitud paliativa conlleva perseverar, entremezclar emociones con pensamientos y no quedarnos al servicio de la espera o de la renuncia fatal; ofrecer la esperanza como la puerta de salida a la situación presente, mostrarla imprescindible, como los sueños, el pensamiento, la belleza. Es la emoción, que hace humano ese acto, si faltara la emoción el encuentro con el paciente ya no sería único como en la parábola, sería apenas una profesión acostumbrada (13).

EMPATÍA

Ver al otro y hacerse cargo no ocurre sin un desprendimiento personal que muestre una disponibilidad permanente. Cuidar de manera eficaz, sin proezas ni hazañas, requiere de la empatía como herramienta fundamental. Un corazón compasivo se conmueve y se involucra. Se detiene, se ocupa de lo que sucede. Irradiar sin empobrecerse es algo de lo que son capaces los seres que poseen un corazón libre y abierto.

La actitud paliativa activa que se dirige a aliviar el dolor y el sufrimiento con empatía, permite tanto una conexión emocional como una evaluación cognitiva de la situación que atraviesa el enfermo; la posibilidad de tener la perspectiva

de la persona enferma, de comprender cómo se siente y el porqué de sus reacciones habilita una atención más humana, que acerca al médico con su paciente y su familia, va más allá de los alcances científicos y tecnológicos y enmarca la asistencia en mejorar la calidad de los cuidados sin temor a involucrar las emociones. Responsabilización y reparación caracterizan los procesos de cuidado llevados adelante con amabilidad empática; el trabajo del paliativista podría considerarse incompleto sin una posición empática que permita ir más allá de los síntomas y las enfermedades para ocuparse de la persona.

Corresponde en este punto, detenerse en el concepto de empatía, definida como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y comprenderlo, manteniendo un contacto directo y continuo. Se la reconoce como la reacción emocional y el estado afectivo que permite compartir las emociones con el otro y diferenciarlas mínimamente de los propios sentimientos. Ser empático implica comprender el dolor del otro, reconocer su humanidad y su dignidad (14). La esencia de la empatía es percibir lo que el otro siente sin decirlo, ya que aquello que un sujeto experimenta, puede ser comunicado también por el tono de su voz, los gestos, la mirada, la postura corporal. Forma parte del desarrollo emocional y social, es una competencia o habilidad que puede ser desarrollada; permite un tipo de comunicación con el enfermo que transforma el encuentro clínico, proporciona un mejor tratamiento del dolor, ayuda a una real toma de conciencia de la situación de enfermedad, así como a elaborar las implicancias de un diagnóstico y el control de síntomas. Un sujeto empático puede identificarse a sí mismo, ubicarse espacialmente y tener conciencia del lugar desde el cual percibe la realidad, posee la capacidad de descentrarse mentalmente, sintiendo con alguien más. La conciencia de *estar fuera de la otra persona y tener que alcanzarla* es el requisito previo para la empatía. (15) Compasión, ternura y proximidad se convierten en el criterio ético esencial en el ámbito del final de la vida: *"los cuidados paliativos son un signo concreto de cercanía y solidaridad con nuestros hermanos que sufren"* (16).

LA VIDA INALIENABLE

Interpretar y usar de una manera equívoca el concepto de "muerte digna", adelantar la muerte justificando el acto en la compasión por el que sufre y el individualismo creciente en el cual un sujeto solo busca su satisfacción personal, son factores que impiden captar el valor profundo e intrínseco de la dignidad de la vida humana. (8)

La angustia y el dolor insoportables frente a una situación de enfermedad, la sensación de ser un estorbo y un problema para los demás junto a la percepción de estar abandonado pueden conducir al deseo de adelantar la muerte. Se ha sostenido en escritos anteriores ² la importancia de ayudar a *tejer un nuevo tapiz con hilos viejos*, de resignificar el pedido de muerte y la enfermedad que se padece, dejando en claro que para ser asistido no hay que despojarse de lo que es más propio de cada quien, que es posible ofrecer una mirada distinta a partir de la cual se pueda *extrañar* lo establecido como cotidiano. El sufrimiento puede manifestarse en una multiplicidad de sentidos y cada persona debe ser asistida para que pueda reconocerlo y volverlo propio (8).

El deseo de adelantar la muerte, que aparece en el momento de la desesperación, debe ser acompañado sin posturas absolutas o pragmáticas; la prioridad es defender y cuidar la autonomía como fortaleza última (salvo la conciencia) en la personalidad del paciente, no puede considerarse correcta la intención de manipular las decisiones de la persona enferma conociendo su vulnerabilidad, lo cual correspondería a anular la independencia de alguien. Teniendo en cuenta que la autonomía en muchas ocasiones se muestra afectada por condicionamientos culturales, factores psicológicos, presiones familiares, etc., es importante poder advertir que existe una parte de la autonomía del paciente que es difícil de alcanzar desde el exterior, que pertenece a su interioridad y que podría decirse, se defiende naturalmente y que, como cuestión de mera practicidad, es intocable. Sin embargo, no puede considerarse que la eutanasia sea una solución sino más bien un impedimento para brindar al enfermo la ayuda que merece recibir. Ayudar a morir es una opción que aparece opuesta a la esencia de la práctica médica, que es curar al enfermo, continuar bregando por el bienestar del paciente debe sostenerse aún en situaciones en las que se hayan agotado las posibilidades de cura. El deber de los médicos de aliviar el sufrimiento del paciente es tan importante como el de preservar la vida y aunque pueda admitirse que en ocasiones ambos deberes se enfrenten, no resulta convincente el argumento de que respetar los valores y decisiones del enfermo signifique olvidar los propios y beneficiar al enfermo ayudándolo a dejar de vivir. Es importante recordar que intuitivamente los seres humanos aman sus vidas y naturalmente existe una inhibición con respecto a terminar intencionalmente con ella y en tanto seres gregarios tampoco la vida de los demás; naturalmente las personas consideran el valor inalienable de la vida, por lo tanto, la premisa que insiste es la de recordar junto al paciente y su entorno,

2 Cuando ya no es posible curar. *Vida Y Ética*, 23(1)

que esta condición no se pierde ni disminuye según las condiciones que atraviese un individuo (17).

ÉTICA DEL CUIDADO

La Carta invita a todas las personas de buena voluntad a cuidar de quien está muriendo, nos convoca a atender de qué manera nos afecta el sufrimiento humano. A cuidar de los demás en su vulnerabilidad desde la percepción de nuestro propio ser vulnerable.

Samaritanus Bonus expone su postura ética en el final de vida. Resume la descripción de la ética del cuidado: con una rotunda negativa y firme prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido, comunica la obligación moral de evitar el ensañamiento terapéutico, indica no cesar de ofrecer cuidados básicos de alimentación e hidratación, destaca la responsabilidad de brindar cuidados paliativos y proteger del rol de la familia y de los *hospices*. No faltan entre sus recomendaciones, el acompañar y cuidar en la edad prenatal y pediátrica, la consideración de las terapias analgésicas y supresión de la conciencia, la posición a adoptar ante los pacientes en estado vegetativo y en estado de mínima conciencia. Subraya la necesidad de reconocer el derecho de los profesionales de la salud a la objeción de conciencia, destaca la función del acompañamiento pastoral y el apoyo de los sacramentos, el discernimiento pastoral hacia quien pide la eutanasia o el suicidio asistido y reafirma la necesidad de insistir en la formación académica de los agentes sanitarios.

MOMENTO DE CONCLUIR

En su mensaje, Francisco nos ha animado a promover con esfuerzo los cuidados paliativos, a perseverar en dar un testimonio de esperanza a quienes experimentan la incertidumbre de la enfermedad y la muerte. Nos inspira a ser cercanos y solidarios en nuestra actitud paliativa, a acompañar y ayudar a nuestros pacientes a aceptar la vulnerabilidad y la finitud de la vida humana (16).

El vínculo del cuidado supone un compromiso en la intención de sanar, curar y cuidar de otro que no es posible llevar a cabo sin confianza, perseverancia y empatía. Cabe preguntarse cuáles son los hechos y realidades esencialmente médicas que se ponen en juego en el encuentro clínico y sobre qué elementos se apoya la responsabilidad del médico cuando asume el cuidado de una persona con la humanidad herida vulnerada por la enfermedad, cuando busca con su acto médico

hacer lo correcto y bueno para su paciente respondiendo a lo que se debe hacer no solo desde un punto de vista técnico sino también moral.

Centrarse en la persona supone asistirla en su totalidad. Hacerse cargo del otro implica regenerar el sentido profundo de la existencia en el enfermo, partiendo de una cuidadosa revisión del propio significado del cuidado, en un encuentro con el enfermo en el que muchas veces, cuando ya no sea posible curar ni aliviar, solo se esperará del médico que permanezca a su lado.

Es en esos espacios donde la vocación que Dios imprimió en nosotros refleja los infinitos modos finitos en los que nuestro Creador socorre a la fragilidad. (...) el Dios que se acerca al débil y enfermo, imprime parte de esta identidad en su obra más perfecta: el ser humano, de forma tal que la solidaridad y empatía claman desde nuestras conciencias y no nos dejan ser indiferentes ante el dolor (18).

REFERENCIAS

1. Francisco. Samaritanus Bonus: sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida. Vaticano: Congregación para la Doctrina de la Fe, Santa Sede.
2. Centeno C, Sitte T, De Lima L, Alsirafy S, Bruera E, Callaway M, et al. Libro Blanco para la promoción de los cuidados paliativos globales Ciudad del Vaticano: UCAM; 2018.
3. Stalsett S. Towards a political theology of Vulnerability: anthropological and theological propositions. Political Theology. 2015; 16(5): p. 467-475.
4. Fineman M. The autonomy myth: a theory of dependency. The New York Press.
5. Montero C. Hacia una comprensión interdisciplinar de la vulnerabilidad humana como categoría ético-teológica. Teología y Vida. 2021; 62(4): p. 613-640.
6. Levinas E. De otro modo que ser, o más allá de la esencia: Salamanca; 1999.
7. Reynolds T. Vulnerable Communion.
8. Juan Pablo II. Carta Ap. Salvifici doloris. Ciudad del Vaticano. Roma.
9. Dolto F. El evangelio ante el psicoanálisis Delarge JP, editor. Madrid: Ediciones Cristiandad; 1979.
10. Recalcati M. La noche de Getsemaní Barcelona: ANAGRAMA; 2024.
11. Navarro R. Sufrimiento, silencio y sabiduría. RIBET. 2019; XV(29).

12. Dufourmantelle A. El elogio del riesgo CABA: Nocturna Editora/Paradiso Editores; 2019.
13. Dufourmantelle A. En caso de amor. Psicopatología de la vida amorosa CABA: Nocturna Editores; 2018.
14. Eggenberger T, Howard H, Prescott D, Luck G. Exploring Quality of Life in End of Life Discussions. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020; 37(6): p. 465-473.
15. Rosales MdIV. Empatía y final de vida: su manifestación en la personalidad del profesional de la salud y sus efectos en la práctica clínica. *Persona y Bioética*. 2024; 27(2).
16. Francisco. Hacia una narración de la esperanza. En: Hacia una narración de la esperanza: Simposio Internacional interreligioso sobre los cuidados paliativos Roma; 2024
17. Revello R, Rosales MdIV. El sufrimiento frente a la etapa final de la vida. *Persona y Bioética*. 2023; 27(1).
18. Revello R. Aspectos teológicos del tema: La presencia cristiana junto a la fragilidad humana en el tiempo de la pandemia. Ciudad del Vaticano: Dicasterio para el Servicio del desarrollo humano integral.