

CONSIDERACIONES SOBRE INTERDISCIPLINA Y MULTIDISCIPLINA A PROPÓSITO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

CONSIDERATIONS ON INTERDISCIPLINE AND MULTIDISCIPLINE WITH REGARD TO PALLIATIVE CARE

JUAN MANUEL FERRARO

Universidad Nacional de Rosario, Argentina. jmsdferraro@hotmail.com

RESUMEN

Se presentan reflexiones hechas al momento de denominar un conjunto de profesionales diversos dispuestos a trabajar en Cuidados Paliativos. Esta cuestión nos llevó a cuestionar la interdisciplina y la multidisciplina, en razón de sopesar cuáles de esos dos conceptos era más coherente y permitía definir mejor a la práctica hecha. El análisis llevó a notar la confusión conceptual en la definición de tales términos, situación que propicia también los usos indiscriminados de lo uno y de lo otro por parte de los profesionales. Optándose por considerar a ambos como términos que refieren a cuestiones y modos de trabajo diversos, y notándose la especificidad del trabajo en este campo particular que es el de los Cuidados Paliativos –por su multidimensionalidad inherente en juego–, se pasa a tomar la interdisciplina como definición que describe y guía la práctica, y que toma por objetivo la producción de un trabajo asistencial. Resta entonces la pregunta sobre por parte de quién se realiza dicha producción: ¿por parte de una Unidad Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos, o por parte de un Equipo? Por el desarrollo propuesto, por considerar que la interdisciplina se funda en la heterogeneidad, y que ésta se pierde en la homogeneidad de la unidad indiscriminada, se concluye que el término que mejor aplica a nuestro caso es el de equipo. Se finaliza planteando un interrogante: ¿puede trabajarse, en Cuidados Paliativos, de otra manera que no sea interdisciplinaria?

PALABRAS CLAVE: cuidados paliativos, interdisciplina, medicina, multidisciplina, oncología.

ABSTRACT

We present some reflections when naming a set of diverse professionals working in Palliative Care. This issue led us to question interdiscipline and multidiscipline, in order to consider which of these two concepts is more coherent and allowed us to better define the practice.

The analysis led us to note the conceptual confusion in the definition of these terms, a situation which also leads to the indiscriminate use of one or the other by professionals.

Choosing to consider both as terms that refer to different issues and ways of working, and noting the specificity of the work in this particular field of Palliative Care –due to its inherent multidimensionality–, interdiscipline is taken as the definition that describes and guides the practice, and which aims to produce a care work.

The question then remains as to by whom this production is carried out: by an Interdisciplinary Palliative Care Unit, or by a Team? From the proposed development, considering that interdiscipline is based on heterogeneity, and that this is lost in the homogeneity of the indiscriminate Unit, it is concluded that the term that best applies to our case is that of Team.

Our development concludes by proposing a question: can Palliative Care work be done in any other way than interdisciplinarity?

KEYWORDS: Interdiscipline, Medicine, Multidiscipline, Oncology, Palliative Care.

DOI: <http://dx.doi.org/10.23878/alternativas.v22i1.346>

RECIBIDO: 13/9/2021

ACEPTADO: 12/11/2021

INTRODUCCIÓN

El escrito surge como respuesta a una pregunta propuesta al interior de un dispositivo asistencial de Cuidados Paliativos sobre nombres y sobre su práctica.

Dada la necesidad de atención a pacientes y sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal (Organización Mundial de la Salud, 2020), se decide la conformación de un grupo humano de profesionales a tal fin. En este punto surge el primer interrogante respecto de los nombres: ¿cómo denominar al dispositivo naciente? De lo que se resolvió llamarlo “Equipo de Cuidados Paliativos”, siendo ésta una decisión tomada sobre otras opciones posibles.

En ejecución tal equipo, lo que surge es la interrogación sobre su práctica misma, más aún atendiendo a la polisemia y al uso indiscriminado de términos que se utilizan para adjetivar la confluencia de disciplinas diversas en torno a un mismo problema: el calificativo que aplica, ¿es multidisciplinaria o es interdisciplinaria? La utilización de un término y no otro es de consecuencias prácticas que impactan en la atención dispensada y, según sea un caso u otro, harán justicia o no a la tarea hecha.

Lo que sigue es la trastienda de estas interrogaciones y de las que anticipamos la respuesta que intentaremos justificar: el Equipo de Cuidados Paliativos es interdisciplinario y se propone como fin producir una práctica acorde a tales principios. Pero más allá de esa cuestión contingente que motivó el trabajo del que se presentan sus resultados, es en esencia una reflexión sobre la interdisciplina que se cree valiosa para compartir.

DE LOS POR QUÉS DE LA INTERDISCIPLINA

La lógica del pensamiento humano puede ser definida como cartesiana, a pesar de que su *modus operandi* preexistía a Descartes –si bien consideramos que él lo formaliza-. Y más aún, el pensamiento humano sobre el hombre ha procedido de igual manera a través de los siglos, hecho que motiva el interés de la reflexión cuando la práctica sanitaria lo tiene a éste por su centro de atención.

Aquello que es definido como lógica de pensamiento cartesiano se encuentra formulado en el *Discurso del método para dirigir bien la razón y buscar la verdad en las ciencias* (Descartes, 2004), cuando Descartes lista sus cuatro preceptos, de los cua-

les interesan a los fines del presente trabajo el segundo y el tercero, a saber:

El segundo, en dividir cada una de las dificultades que examinare en tantas partes como fuese posible y en cuantas requiriese su mejor solución. El tercero, en conducir ordenadamente mis pensamientos, comenzando por los objetos más simples y más fáciles de conocer, para ir ascendiendo poco a poco, como por grados, hasta el conocimiento de los más compuestos (pp. 31-32)

De estos preceptos se desprende una lógica tendiente a la partición del objeto de estudio del que se trate en cada ocasión en “tantas partes como fuese posible”, a fin de ir atendiendo una por una, desde las más simples hasta las más complejas de resolver.

Descartes aplica sus preceptos al momento de abordar a lo que hace al ser humano, lo que lo lleva a dividirlo en dos sustancias: la *res cogitans* –entendida como el alma, sustancia inteligente, pensante– y la *res extensa* –el cuerpo, sustancia mortal que no tiene capacidad de pensamiento– (p. 165), de las cuales dirá que la primera es más fácil de conocer que la segunda (p. 124).

En todo esto se puede notar un dejo de platonismo explícito, en la división del hombre entre cuerpo y alma que es también rastreable en el *Fedón* (Platón, 1988) –planteamos al pasar, por nuestra pertenencia disciplinar, ¿qué consecuencias tiene este dualismo en las relaciones entre medicina y psiquiatría?–, donde se habla de lo compuesto del ser humano en una parte “que es el cuerpo, y otra el alma” (p. 69), siendo el cuerpo mortal, el alma inmortal (p. 71) y de la que depende el entendimiento a través de la reminiscencia. Pero también en la cultura latina, cuando en las *Sátiras* de Juvenal (Juvenal, 1892) se lee el apotegma de “*Mens sana in corpore sano*” (p. 181).

De esta forma se nota que aquel proceder cartesiano de dividir en partes al objeto de la reflexión –por caso el hombre– para poder estudiarlo, es una lógica de pensamiento que data incluso de antes de que Descartes lo formalizara como un precepto, lo que da motivo a que Páramo Valero hable del “Eterno dualismo antropológico alma-cuerpo” (Páramo Valero, 2012). Pero no es sencillamente cosa del pasado, sino que también las consecuencias de tal lógica permanecen hasta nuestros días, y puntualmente en el campo Salud.

DE LOS EFECTOS DE LA LÓGICA DE PENSAMIENTO CARTESIANO EN SALUD

Si sostenemos que los preceptos rescatados de Descartes son una lógica del pensamiento humano, y por tanto, excede a la particularidad de la concepción del hombre como compuesto, no es extraño que el mismo se aplique también a la idea misma de salud, dividiéndola en sus partes componentes.

Con esta premisa es que se pueden extraer algunas reflexiones de lo que comentan Gavidia y Talavera (2012) en su problematización de tal concepto. Éstos realizan una historización del concepto de salud que retoma las teorías del equilibrio helénicas, según las cuales, por ejemplo, Alcmeón de Crotona concebía a la salud como un “equilibrio de las potencias; de lo húmedo y lo seco, de lo frío y lo caliente, de lo amargo y lo dulce” (p. 168); e Hipócrates en su teoría humoral, quien por salud entendía al equilibrio en cuanto a cantidad y calidad de la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra.

Se puede situar el declive de tales concepciones entre los siglos XVIII y XIX, y en dos lugares distintos: en la sala de autopsias –episodio que Foucault describe como “Abrid algunos cadáveres” en *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 2008)– y en el laboratorio de microbiología –con Hansen descubriendo el *mycobacterium lepræ*, primera bacteria en ser asociada con una enfermedad humana (Davis, Dulbecco, Eisen & Ginsberg, 1984, p. 589)¹–. De esta forma, la enfermedad dejaba de ser considerada desequilibrio para pasar a ser producto de una lesión constatable en el tejido, o de la infección de un agente patógeno.

Como resultado de todo esto, se dio preeminencia al cuidado biomédico. Pero esta situación cambió en 1946 con la carta constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), que revitaliza el paradigma de lo compuesto por partes y en equilibrio. Allí se define a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”, lo que da como resultado que el espectro de la atención sanitaria se expande admitiendo otras áreas, no reduciéndose a la atención biomédica

¹ Dado que el hallazgo de Hansen se produjo en 1879, se entiende por qué el descubrimiento de Bayle para la parálisis general progresiva demoró en ser reconocido, a pesar de haber sido hecho en 1826 (Bayle, 1826)

DE LA MULTIDISCIPLINA Y LA INTERDISCIPLINA EN TORNO DE LA SALUD

Esta última definición permite adjetivar como sanitarias a diversas disciplinas –como la psicología y el trabajo social– y las convoca así a sumarse a la medicina y la enfermería en torno al cuidado de la salud. Pero esto último puede darse de diversas maneras.

Una de las opciones posibles es la de la reunión de diversas disciplinas en torno a un mismo problema, tal como sucede, por ejemplo, en el ámbito judicial ante un delito acaecido: las actividades convocadas en derredor pueden ser las fuerzas de seguridad, el derecho, incluso la sociología y también la medicina si se la llama como perito para mensurar daño o si corresponde inimputabilidad. Pero esta convocatoria conjunta es hecha de manera contingente ante un caso puntual. ¿Puede ser este el mismo caso de la atención sanitaria?

La salud, si se es coherente con esta definición mencionada de la OMS, no es un objeto de estudio que pueda ser leído de manera aislada desde distintos marcos conceptuales; es un objeto que lo que demanda es un abordaje y que éste sea integral, lo cual coloca las cosas en otro nivel diverso. No se trata de lo que la medicina o la psicología o el trabajo social puedan decir al respecto, sino de que cada una de esas disciplinas sumen su esfuerzo de manera conjunta para lograr un objetivo, que es el de la atención. Y esa sumatoria de fuerzas no puede ser ocasional, sino algo de lo que se parta de suyo, dado que la atención misma en Salud habrá de implicar necesariamente a estas distintas esferas en juego para alcanzar en la mayor medida de lo posible a su ideal.

Estas ideas nos ayudarán a poder comprender en qué caso se trata de multidisciplinaria y cuál de interdisciplinaria.

Se trata de conceptos que están sujetos al equívoco, y no sólo por parte de los profesionales que los usan como términos de sus enunciacines, sino también en la literatura misma, lo que profundiza y da razón a la situación de confusión.

Cardoso Gómez (1999) brinda una sistematización de tal problema que da por resultado que “la integración disciplinaria no ha podido consolidarse” (p. 32), a pesar de la imperiosa necesidad de integrar diferentes profesiones para resolver el problema común de la atención sanitaria.

Así apunta que, para Apostel (1975), “La multidisciplinaria ocurre cuando la solución a un

problema requiere obtener información de más de una ciencia” (Cardoso Gomez, 1999, p. 33); y para la ENEP Zaragoza (1992), se entiende “el trabajo que implica la participación de diversos profesionales en torno a un problema de salud” (Cardoso Gomez, 1999, p. 34). Hasta este punto no dista mucho de la presentación del problema que le planteábamos al ámbito judicial. Pero Ribes (1979 y 1980) le añade un punto más a estas definiciones hablando del cómo debe ser la acción de las diversas disciplinas puestas en juego. Dirá que:

La multidisciplinaria es la acción que reúne paralela pero convergentemente a disciplinas diferenciadas sobre un mismo objeto compartido al nivel de la acción por cada una de ellas. La multidisciplinaria plantea los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodologías y técnicas de distintas disciplinas en un mismo campo de problemas, sin que pierdan la identidad original que las configura como disciplinas (Cardoso Gomez, 1999, p. 34)

En este punto es donde comienza la confusión de las definiciones en la literatura. Porque al incluir en la reunión de disciplinas diferenciadas su *modus operandi*, siendo éste la conjunción coordinada y convergente de ellas, comienza a mezclarse esta definición con la que otros autores nos dan de la interdisciplina.

En palabras de Cardoso Gómez, Jantsch (1979) y Palmade (1979) suponen “que la multidisciplinaria no comprende integración y que dicha integración es propia de la interdisciplina” (Cardoso Gomez, 1999, p. 34).

Estas posiciones contradictorias entre los autores obligan a una toma de posición al respecto. Si se considera que un mismo término puede reunir en su definición tanto a la conformación de un grupo humano de profesionales de diversa formación, como así también a la acción que ellos desarrollan, no tiene sentido distinguir entre un término –multidisciplinaria– y otro –interdisciplina–. Pero si la riqueza del español permite tener dos términos distintos, es porque de esta forma se alude a dos cuestiones que también son distintas.

El utilizar al mismo tiempo y de manera diferenciada los términos de multidisciplinaria e interdisciplina, permite poder discriminar diversos niveles en los grupos humanos. Consideramos de esta forma que, si se trata de diversas disciplinas reunidas en torno de un mismo

problema a resolver, se parte de una situación que permite la calificación de multidisciplinaria. Pero si a esa reunión disciplinaria se le adiciona una acción convergente, coordinada, conjunta y sostenida en el tiempo, se trata de otro nivel de la cuestión, en el que, de lo que se trata, es de interdisciplina.

De esta forma se puede decir que cualquier Hospital General –por el caso del marco particular en el que realizamos nuestra práctica– es de base multidisciplinaria: allí confluyen enfermeros, kinesiólogos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y también hasta abogados, arquitectos e ingenieros, entre otros. Pero la acción de todas estas diversas disciplinas no necesariamente tiene que ser convergente, coordinada, conjunta ni sostenida en el tiempo; sólo cuando esto acontece es que se puede hablar de interdisciplina

DEL POR QUÉ EN CUIDADOS PALIATIVOS EL ABORDAJE ES POR PARTE DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Tal concepción de la interdisciplina, a diferencia de la multidisciplinaria, es coherente con lo que indica al respecto Stolkiner. Retomando a Elichiry (1987) cuando comenta que una cooperación ocasional no es interdisciplina, dirá que la interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante (Stolkiner, 2005).

Pero si tal enunciado ya es válido cuando de salud se trata, la situación se agudiza más aún cuando el abordaje se propone una acción en Cuidados Paliativos.

La reglamentación provincial vigente que rige nuestra práctica (Ley Nro. 13.166, 2011) establece que los equipos dedicados a la atención de Cuidados Paliativos estarán conformados por “al menos un médico, un enfermero, un psicólogo y un trabajador social en términos de la interdisciplinaria requerida”. Pero el hecho de que se alude a la interdisciplina como algo requerido, señala que la interdisciplina en Cuidados Paliativos no es simplemente un requisito formal, sino también una necesidad clínica.

A este respecto es que se puede hacer mención a uno de los conceptos con mayor pregnancia en el campo de los Cuidados Paliativos, que es el del dolor total.

El dolor total es descrito por Saunders de manera multidimensional e incluyendo sintomatología física, distress mental, problemas sociales y emocionales (Saunders, 1964). De esta forma es que el trabajo en Cuidados Paliativos obliga a tomar en consideración dimensiones

múltiples que incumben a diversas disciplinas. Siendo ésta la cuestión de la que se parte en Cuidados Paliativos –no siendo una cooperación ocasional entre disciplinas– es que decimos que no existe otra manera de trabajar en este campo que no sea de manera interdisciplinaria.

De esta forma se llega a concluir que hablar de interdisciplina en Cuidados Paliativos es cosa obligada: por lo formal de adecuación a la legislación habilitante; por lo requerido del fenómeno que se trata en la clínica, indicando el *modus operandi* que habrá de tener el abordaje; pero también por hacer justicia a la manera de trabajar que tiene nuestro equipo, por reconocer que, más allá de todos estos requisitos, el esfuerzo que se realiza es interdisciplinario.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: APLICACIÓN DE LA INTERDISCIPLINA

Nombrar a la interdisciplina como un esfuerzo no es una cuestión inocente; señala lo que está en juego. Feijoo, Gallegos & Selva (2006) comentan que “el trabajo es la interdisciplina”, homologando la práctica a la denominación. Pero, ¿en qué consiste este trabajo? Por irlo diciendo, implica un trabajo compartido y un trabajo sobre sí.

Este trabajo sobre sí consta en que, como dice Galende, cada uno de los profesionales que se dispongan a hacer una labor interdisciplinaria tengan “una cabeza interdisciplinaria” (Galende, 2005, p. 129), un posicionamiento en el que cada cual reconozca la incompletud de la propia disciplina (Stolkiner, 2005, p. 5), para así habilitar al diálogo con el otro. Y más todavía, preservando la falta aún en la interdisciplina, para que ese vacío deje lugar a que lo ocupe y transite en él el paciente del que se trata en cada caso (Feijoo, Gallegos & Selva, 2006, p. 293).

De esta forma la interdisciplina aplicada no apuntará a la obtención ni a la producción de un saber homogéneo ni superador de aquel que podría supuestamente obtenerse con la simple sumatoria de disciplinas diversas, sino a una práctica: la producción de un trabajo tal que permita el abordaje del problema asistencial mediante la inclusión de lecturas diversas, y el alojar al destinatario de tal trabajo.

Más allá de esta cuestión de principio, creemos que el espacio propio de la interdisciplina, por tanto, no tiene que ver con la presencia simultánea de los distintos profesionales en torno a la cama de un paciente –aunque esto sea parte de la práctica en, por ejemplo, el Pase de

Sala–. Esto da lugar a que el trabajo interdisciplinario pueda ser desarrollado de manera separada por cada una de las disciplinas en juego –por ejemplo: la visita al médico para el control farmacológico por un lado, el acompañamiento de enfermería por el otro, la intervención del trabajador social en territorio y la consulta del psicólogo en el consultorio–, siempre y cuando la lógica subyacente tenga en cuenta tal principio del trabajo compartido que permita reconocer los límites de la propia práctica y sostenga como espacio privilegiado de encuentro la reunión de equipo semanal para trabajar conjuntamente las acciones realizadas en torno del caso puntual en la senda de la dirección de una cura.

De la consecuencia interdisciplinaria en una nueva definición: ¿unidad o equipo?

Habiéndose reconocido a la interdisciplina como una necesidad del abordaje y un modo de trabajo –que consta principalmente en el trabajo sobre sí–, resta una última cuestión que tiene que ver con la denominación del grupo humano de profesionales que harán uso de la interdisciplina para cumplir aquel objetivo propuesto que es la producción de un trabajo asistencial.

Frente a esta situación aparecen dos alternativas. La primera es denominarla como Unidad de Cuidados Paliativos. Terminología médica aceptada, se cuenta por ejemplo con la definición de una Unidad de Cuidados Intensivos como aquella “Unidad de hospital en la que se concentran equipo especializado y personal capacitado para la asistencia de pacientes graves que requieren atención inmediata y continua; se abrevia UCI” (Saunders, 1985, p. 1629). Pero, ¿vale esta denominación si lo que el grupo humano se propone es un trabajo interdisciplinario?

Creemos en este punto que la noción de unidad, si bien implica en su definición la reunión de profesionales, no deja de poseer un matiz de homogeneidad que no coincide con lo que venimos sosteniendo de la interdisciplina.

Si ésta ha de tener *in limine* la reunión de diversos representantes disciplinares, este hecho nos indica que por principio la interdisciplina se fundamenta en un estado de heterogeneidad. Y más aún: que tal estado de heterogeneidad es preciso conservarlo en todo el desarrollo del trabajo, ante el riesgo latente de sucumbir a una hegemonía disciplinar (Feijoo, Gallegos & Selva, 2006, p. 292).

La otra denominación posible a contemplar es la de equipo.

Equipo hace referencia a un “Grupo de operarios organizado para determinado fin o servicio” y también a un “Grupo o bando deportivo que se disputa con otro el triunfo en un concurso” (Sopena, 1962, p. 1240). Teniendo en cuenta que en estas dos acepciones el equipo está orientado a la consecución de un objetivo, tal denominación es aplicable si consideramos que lo interdisciplinario es en nuestra definición orientado a la producción de trabajo. Y más aún si consideramos que ambas acepciones, la laboral y la deportiva, nos permiten contemplar que un equipo se componga por distintos integrantes con funciones diversas, que en su reunión y esfuerzo mancomunado se orientan a la obtención de un objetivo común. Es de esta forma una conservación en su concepto del principio de heterogeneidad que adjudicábamos a lo interdisciplinario, y por lo que terminamos concluyendo que el término que mejor aplica, entonces, para definir a este grupo humano de profesionales al que nos referimos, es éste.

CONCLUSIÓN

La noción de equipo, por tanto, nos permite en la actividad profesional una denominación que integra –en la orientación común a un objetivo– lo heterogéneo –en diversas disciplinas implicadas– sin caer en la homogeneidad que representa el término unidad –que la definición del diccionario también concibe como “Una sola cosa” (Saunders, 1985, p. 1629)–.

Por tal motivo es que elegimos ese concepto a la hora de definir esta reunión profesional a la que aludimos. Se trata de un equipo que se propone ejercer su práctica según un modo de trabajo específico que pudimos definir como interdisciplina, la cual busca obtener por resultado la producción de un trabajo asistencial.

Así es que la interdisciplina, en este caso puntual, deja de ser ya sencillamente requisito legal –por adecuarse a la legislación– para pasar a nombrar una estrategia de abordaje que es coherente con la multidimensionalidad implicada en los Cuidados Paliativos. Y de lo que encontramos que nuestra particular manera de poder producir algo en Cuidados Paliativos es de esta manera: interdisciplinariamente.

Por concluir, se termina enunciando que a dicha reunión profesional se la pasa a denominar –por necesidad teórica, por guía práctica, y por hacer justicia a la reunión sostenida de cabezas interdisciplinarias que conservan la incompletud de sus saberes y de los saberes–

como Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos.

De todas maneras, es preciso señalar que las presentes argumentaciones no son totalitarias, pudiendo admitirse otras denominaciones debidamente fundadas. Ya que el sentido de todo lo dicho solo pretende la apertura de reflexiones y la presentación de las hechas, conservando abierto el interrogante siguiente: ¿puede trabajarse, en Cuidados Paliativos, de otra forma que no sea interdisciplinaria?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apostel, L. (1975). Interdisciplinarietà, problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior
- Bayle, A. (1826). *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris.
- Cardoso Gómez, MA (1999). Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. *Salud Problema*. 4(7), 31-37
- Davis, B., Dulbecco, R., Eisen, H. & Ginsberg, H. (1984). *Tratado de microbiología*. Barcelona: Salvat.
- Descartes, R. (2004). *Discurso del método y Meditaciones metafísicas*. La Plata: Terramar
- Elichiry, N. (1987). “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. En: *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión
- ENEP Zaragoza (1992). *Servicio Social Multidisciplinario*. México: Mecanograma
- Feijoo, F., Gallegos, M. & Selva, V. (2006). La interdisciplina posible. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 17(68), 291-294
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores
- Galende, E (2005). Reportaje. *Clepios, una Revista de Residentes de Salud Mental*. 10(35), 120-130
- Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). “La construcción del concepto de salud”, *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. (26), 161-175
- Jantsch, E. (1979). *Hacia la interdisciplinarietà, transdisciplinarietà en la enseñanza y la innovación*. México: Documento 2, CCH UNAM
- Juvenal (1892). *Sátiras de Juvenal*. Madrid: Librería de la Viuda de Hernando y Cia.

- Ley Provincial de Cuidados Paliativos (2011). Ley Nro. 13.166. Poder Legislativo Provincial. Santa Fe.
- Organización Mundial de la Salud (1946). “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Recuperado el 13 de septiembre de 2021 de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud (2021). “Cuidados Paliativos”. Recuperado el 13 de septiembre de 2021 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Palmade, G. (1979). Interdisciplinariedad e ideologías. Madrid: Narcea
- Páramo Valero, V. (2012). El eterno dualismo antropológico alma-cuerpo: ¿Roto por Laín? *Thémata, Revista de Filosofía*. (46), 563-569
- Platón (1988). “Fedón”, en *Diálogos*. Madrid: Gredos
- Ribes, E. (1979). “La interdisciplina y la multidisciplinariedad en la enseñanza en la psicología”, en: *Memorias sobre problemas de enseñanza-aprendizaje en el área de la salud*. III Jornadas de Aniversario de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. México, UNAM, 19-23 de marzo.
- Ribes, E. (1980). “La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza en psicología”, en: V Jornadas de Aniversario de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. México, UNAM
- Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers’ Journal*. 4(4), 68-73
- Saunders, WB. (1985). “Unidad”. En: *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*, Dorland. Vol. 3. España: Interamericana
- Sopena, R. (1962). “Equipo”. En: *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de la Lengua Española*, Vol. 2. Barcelona: Editorial Ramón Sopena, 1962, p. 1240
- Stolkiner, A. Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. *Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy*; 2005, octubre 7-8; Misiones, Argentina