

Muerte digna: un reto para la enfermería

Souto Sanmartín, M.*; Vázquez Castelos, I.A.*; Vázquez Castelos, J.F.*; García Martínez, C.M.**

*Alumnos de tercero de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo

**Profesora de Cuidados de Enfermería Continuos y Paliativos, de la Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 23-28

RESUMEN

Si el vivir dignamente es un derecho social ¿por qué esa misma dignidad no se mantiene hasta la muerte y sobre todo, en el acto de morir?

¿Estamos preparados para afrontar la muerte de nuestros pacientes? ¿y nuestra propia muerte?

¿Está la enfermería formada para proporcionar unos cuidados holísticos y de calidad que favorezcan el desenlace de una muerte digna?

Estas dudas y otras nos han motivado a realizar este trabajo.

OBJETIVO

Con este trabajo pretendemos conocer las publicaciones realizadas en el ámbito sanitario sobre muerte digna, así como valorar los factores que en dichas publicaciones se relacionan con la importancia del mantenimiento de la dignidad del individuo en el momento de su muerte.

DESARROLLO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos Cuiden, Mayores y Cuidatge, utilizando como descriptores o palabras clave: muerte digna, moribundos, paciente anciano, cuidados de enfermería, seleccionando todos los artículos que contenían al menos tres descriptores y que estuvieran publicados a partir del año 1998. Se seleccionaron un total de 20 artículos.

El análisis de los artículos revisados se ha hecho atendiendo a aquellos aspectos o variables que nosotros consideramos importantes para intentar conseguir una muerte digna con cada uno de nuestros pacientes, siendo dichas variables las siguientes:

Actitudes humanas ante la muerte, Binomio paciente familia, Formación de los profesionales enfermeros, Equipo interdisciplinario, Comunicación, Calidad de Cuidados, Cuidados ambientales, Control de síntomas, Eutanasia.

INTRODUCCIÓN

Si el vivir dignamente es un derecho social ¿por qué esa misma dignidad no se mantiene hasta la muerte y sobre todo, en el acto de morir?

¿Estamos preparados para afrontar la muerte de nuestros pacientes? ¿y nuestra propia muerte?

¿Está la enfermería formada para proporcionar unos cuidados holísticos y de calidad que favorezcan el desenlace de una muerte digna?

Estas dudas y otras nos han motivado a realizar este trabajo. La muerte es el acto final, la última gran función en este teatro de la vida, y las personas mueren generalmente solas y atemorizadas, a causa de la deshumanización en el acto de morir que habitualmente se da en un entorno hospitalario, extraño, con cuidadores que rehuyen del paciente por considerarlo "portador de muerte". Como alternativa se presenta la muerte en casa, donde la muerte es pura intimidad, un acto individual e irreplicable.

Nos gustaría recordar las palabras de Francesc Torralba i Roselló en las que se refiere al arte de cuidar en estos términos: "El arte de cuidar es, fundamentalmente una praxis y ello significa que radica en el hacer. El conocimiento de la técnica de los cuidados es básico, pero también la intuición y la sensibilidad. Precisamente porque el cuidar requiere de la intuición y de la sensibilidad, exige, de un modo ineludible, la condición humana, el cara a cara. Precisamente porque el cuidar no consiste solamente en el desarrollo de una técnica, sino fundamentalmente en la creación artística, se puede decir con Kierkegaard que "no todos están capacitados para ejercitar el arte, y esto por mucho espacio o diligencia que le dediquen, o por mucho esfuerzo que se impongan (1)".

Teniendo en cuenta el título de nuestra comunicación Muerte digna: un reto para la enfermería, nos gustaría destacar dos definiciones de muerte digna:

En opinión de García Sabell "morir con dignidad significa, irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, inyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo pero entregado también al afec-

Correspondencia:

C. María García Martínez
Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo
Campus de Oza, s/n. 15006 A Coruña

to, al mimo sosegado de la familia y de los amigos. Y lo que es tan decisivo entregado a la serena conciencia de lo que se aproxima, de lo que se adivina como un relámpago de luz trascendente y de esperanza transindividual. O hundido en el coma pero teniendo junto a nuestra mano, la mano que en la existencia nos acompañó y dio sentido a nuestro ciclo vital.

El filósofo López Aranguren hablando de la muerte del anciano, considera que hablar de dignidad sólo se puede entender en un sentido estético *"Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás. La muerte sería un espectáculo en que nos morimos para los demás y al que habría que pedir tan sólo cuatro cosas: que sea un espectáculo decoroso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y que lo sea en el propio entorno"* (2).

La muerte es un fenómeno natural e inevitable que tarde o temprano nos afectará a todos, no podemos considerarla un fracaso del conocimiento humano ni podremos retrasarla indefinidamente. Todos los seres humanos, por el hecho de serlo, vamos a morir.

Ya desde la antigüedad el tema de la muerte ha sido referenciado por numerosos libros y autores; Eclesiastés, Platón o Epicuro son algunos de ellos. Platón precisa que todo lo que tiene algo contrario nace de ese contrario. Por tanto, *"la vida nace de la muerte"* y viceversa; Epicuro nos dice: *"la muerte no es nada para nosotros, puesto que el bien y el mal no existen mas que en las sensaciones y la muerte es la privación de sensación"*. Y concreta más *"el más espantoso de todos los males, la muerte, no es nada para nosotros porque, mientras vivimos, no existe la muerte, y cuando la muerte existe, nosotros ya no somos"* (3).

Puesto que todos vamos a morir, la investigación científica del sufrimiento y del proceso que nos acerca a la muerte, de los condiciones que ayudan o dificultan que el hombre pueda morir con dignidad y en paz, deberían ser una prioridad de la medicina del siglo XXI, el objetivo de las Ciencias de la Salud no puede ni debe limitarse a evitar y curar las enfermedades.

Según C. Juan *"La enfermería es la profesión que ha desarrollado la metodología necesaria que añade la perspectiva científica a la actividad cuidante del ser humano y se ha conformado en una disciplina capaz de autorregularse y desarrollarse"* (4).

Los profesionales de enfermería constituimos un elemento básico para prestar la atención holística que requiere el paciente moribundo, ya que somos los profesionales de la

sanidad que tenemos un mayor acercamiento con ellos; somos testigos ante la muerte, participamos de ella, podemos sentir y vivir la muerte, por ello nuestro objetivo debería ser humanizarla por medio del respeto a la persona, a sus ideas, su cultura, su religión; en concreto, respeto a los derechos inalienables de la persona y sus circunstancias. John Webster afirma *"la muerte tiene diez mil puertas distintas para que cada hombre encuentre su salida"*(3,5,6).

OBJETIVO

Con este trabajo pretendemos conocer las publicaciones realizadas en el ámbito sanitario sobre muerte digna, así como valorar los factores que en dichas publicaciones se relacionan con la importancia del mantenimiento de la dignidad del individuo en el momento de su muerte.

DESARROLLO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos Cuiden, Mayores y Cuidatge, utilizando como descriptores o palabras clave: *muerte digna, moribundos, paciente anciano, cuidados de enfermería*, seleccionando todos los artículos que contenían al menos tres descriptores y que estuvieran publicados a partir del año 1998. Se seleccionaron un total de 20 artículos.

El análisis de los artículos revisados se ha hecho atendiendo a aquellos aspectos o variables, que nosotros consideramos importantes para intentar conseguir una muerte digna con cada uno de nuestros pacientes, siendo dichas variables las siguientes:

Actitudes humanas ante la muerte, Binomio paciente familia, Formación de los profesionales enfermeros, Equipo interdisciplinario, Comunicación, Calidad de Cuidados, Cuidados ambientales, Control de síntomas, Eutanasia.

1. Actitudes humanas ante la muerte. Éstas continúan siendo de abierto rechazo, dos de ellas son el miedo y la negación. En la cultura occidental no se educa respecto al hecho de morir. *"A la sociedad moderna y post moderna no se le ha enseñado a vivir ni a reflexionar sobre la muerte"*. La muerte significa el fin de todo, el nunca jamás, es un tema "tabú". Nos hablan de la muerte, entendida desde una perspectiva muy lejana a nosotros, tan lejana que pensamos que "eso" nunca nos pasará. Se niega la existencia de la muerte como si no formara parte de nuestras vivencias cotidianas, sin pensar que todo ello va a ser contraproducente a la hora de enfrentarnos a ella cara a cara. Unamuno

advierte: *“el olvido de la muerte es la extinción de la vida misma”* y *“todo lo que nace muere y todo lo que muere ha nacido”*. En palabras de Gómez Sancho *“los vectores de poder han marginado y escondido la muerte en un proceso de negación: todo lo que la rodea se ha industrializado; los enfermos ya no mueren ni se velan en casa, se ha medicalizado la muerte y se ha hospitalizado sistemáticamente a los enfermos que van a morir”* (3,6-10).

El miedo a la muerte está presente en el paciente, la familia y en nosotros mismos como cuidadores, lo que en ocasiones puede originar un distanciamiento entre el paciente moribundo y los profesionales enfermeros; porque el ver la muerte de un paciente nos puede recordar la nuestra propia, o la de un ser querido e inconscientemente pensamos que al evitar vivir la muerte de un paciente lograremos evitar la nuestra, y por tanto nos distanciamos más de estos pacientes moribundos. De tal manera, que si aprendemos a afrontar la muerte, si se enseña a no tener miedo a morir, podremos aceptar mejor la pérdida de un ser querido o la nuestra propia, y por consiguiente acercarnos más a ese paciente moribundo, y poder darle unos cuidados óptimos y de calidad (7-9,11).

2. Binomio paciente-familia. Es la unidad a tratar, muy especialmente en los cuidados paliativos. A la familia debemos de considerarla como el entorno más cercano para acompañar emocionalmente al paciente en ese último tramo de su existencia. *“No es posible atender a una persona en proceso de fin de vida sin atender también a su familia”*. Por tanto la familia puede convertirse en instrumento terapéutico, si el equipo lo considera, en sus dos vertientes más relevantes: 1.- como persona sufrida por el vínculo emocional con el enfermo (receptor de cuidados) 2.- como aliado en el proceso de atención cotidiana (dador de cuidados).

Como se ha dicho antes, los cuidados deben de ir orientados al binomio paciente-familia, incluso llegando a continuarse los cuidados a la familia tras la muerte del paciente, como bien dice el código deontológico en el artículo 18 (4,5,9-12).

Es conveniente destacar los resultados de dos estudios que encuestan al personal de enfermería sobre la dificultad de atención al paciente terminal. Sobre este aspecto hay que resaltar que en el estudio de Cruz Quintana et al, el 80% de los encuestados consideran a la familia como un factor de sobrecarga en las tareas.

Mientras que en el trabajo realizado por Ulla Diez et al, las enfermeras encuestadas manifiestan una dificultad media o alta para aliviar el sufrimiento, sobre todo de la familia (11,13,14).

3. Formación de los profesionales enfermeros. En varios artículos se menciona el hecho de que la formación es insuficiente para poder ofrecer una atención integral a estos enfermos, y que puede llegar a conducir a un distanciamiento del paciente y su familia, por parte del profesional de enfermería (12).

En materia de apoyo emocional, comunicación, alivio de sufrimiento y control de nuestras propias emociones, en relación con el paciente y la familia, las actitudes profesionales se ven mermadas por una laguna de conocimientos que causa en los profesionales enfermeros estrés emocional, asistencial, síndrome del Burnout (apatía, fatiga y desilusión) y absentismo laboral. En palabras de Brenda A. Kifer (enfermera) *“hasta las muertes que no me conmueven en gran medida llegan a angustiarme, ya que me hacen dudar acerca de mi capacidad de cuidar”*. Por eso se demanda una formación en los planes de estudio oficiales más específica sobre este tipo de cuidados. Considerando que esto disminuiría el coste emocional de los profesionales y mejoraría la satisfacción, repercutiendo así sobre la calidad asistencial (4,10,11,13,15,16).

4. Equipo interdisciplinario. Es necesario para el cuidado del paciente terminal un trabajo interdisciplinario, que garantice la atención integral y una buena calidad asistencial. Deberá estar formado por:
 - o Personal Sanitario (Enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social, psicólogo, y médico, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores...).
 - o No sanitarios: asistente espiritual...
 - o Familia.
 - o Comunidad (voluntariado) que aportan la presencia humana y apoyo a la familia, contribuyendo con su labor cotidiana a aumentar la necesaria humanización de los cuidados paliativos.

Una de las actividades de la enfermería, es la de establecer relaciones interpersonales adecuadas, mediando entre el enfermo, la familia y los diferentes agentes sociosanitarios (5,7,9,10).

5. Comunicación. Estudios realizados recientemente demuestran muchos vacíos de comunicación entre pacientes, familiares, cuidadores y profesionales sanitarios

(9,14). Según C. Juan *"En los cuidados al final de la vida, cobra especial relevancia la calidad de la comunicación que establezcamos con el paciente, ya que de ello dependen muchos de los cuidados que habremos de proporcionar: la confianza, la seguridad y la información que permite la autonomía. Pero es sabido también que cuando más se acerca la muerte, los cuidados evitan la comunicación con el paciente. No sabemos qué decir, cómo actuar, nos sentimos inseguros porque los grandes interrogantes del paciente en relación con la muerte también son los nuestros. Pero el paciente, en realidad, no necesita respuestas, sabe que no las tenemos, necesita nuestra presencia, nuestra actitud de escucha y, a veces, nuestro silencio, porque también a través del silencio se comunica"* (7).

"El enfermo debe tener la(s) oportunidad(es) de decidir el ritmo, espacio, tiempo, forma e interlocutor –o interlocutores– de la información. Una manera de llevarlo a cabo consiste en aplicar medidas verbales y no verbales que le permitan expresar sus dudas, preocupaciones y deseos de obtener más información, en un proceso "mayéutico" gradual, delicado y respetuoso" (15).

En cuanto a la familia debemos de evitar la aparición de la conspiración de silencio. Esta es una manifestación de paternalismo que impide la comunicación abierta. Si ésta aparece debemos de intentar corregirla ya que en un paciente informado disminuye el aislamiento y la soledad mejorando la aceptación y la sensación de control. Gómez Sancho nos dice *"pero fíjese que para que el enfermo pueda tener auténtica autonomía y disponer de su vida, lo primero que tiene que estar es adecuadamente informado. Es imposible que una persona que no sabe lo que le sucede pueda organizar su vida"* (9,10,17).

Las posibilidades de comunicación con el moribundo pueden alargarse hasta los últimos instantes, ya que el tacto y el oído son los dos sentidos que posiblemente se mantienen hasta momentos antes de la muerte. Se debería motivar a la familia para que aumenten sus expresiones de cariño, compañía y no abandono; aconsejándoles que eviten las conversaciones poco oportunas en su presencia.

6. Calidad de cuidados. La calidad de los cuidados es una condición sine que non se puede lograr una muerte digna.

Los cuidados prestados al paciente terminal deben de estar orientados hacia la calidad y no hacia la duración de la vida.

En el paciente terminal *"sería inmoral el realizar un "teatro" de resucitación cardiopulmonar"* o mantener artificialmente la vida por medio de tecnologías avanzadas sabiendo que no hay posibilidades de recuperación y olvidando las necesidades reales del paciente (6,18). Desde nuestro punto de vista como profesionales enfermeros debemos de evitar cualquier procedimiento agresivo que no sea estrictamente necesario.

En algunos artículos se refleja que una calidad óptima de cuidados se puede presentar como una firme alternativa a la Eutanasia (5,10,14).

La muerte debe llegar de forma natural, y no con la participación activa del personal sanitario, mediante la omisión de cuidados u otros tratamientos. *"La medicina paliativa no acorta la vida mediante ningún tipo de eutanasia, ni la prolonga con el "encarnizamiento terapéutico" sino que simplemente ayuda, respeta, consuela, alivia y cuida al paciente en sus últimos días y a su familia"* (5,9,16).

7. Cuidados Ambientales. Otro de los pilares básicos para obtener una buena muerte es el ambiente, este es muy importante, porque no hay nada más impersonal que la muerte hospitalaria, que muchas veces es considerada como un fracaso (4,19).

Consideramos importante la muerte en casa, ya que en ella el enfermo está más seguro y cómodo, tiene más intimidad, conserva sus costumbres y se mantiene la unidad familiar, además de disminuir el coste sanitario público; de no poder ser así es imprescindible acompañar al enfermo agonizante hasta el último momento.

En el artículo publicado por Bayés et al. adquiere una importancia secundaria el hecho de morir en casa (según datos obtenidos en sus encuestas realizadas a personal sanitario, relativo a que aspectos les ayudarían a morir en paz), una de las posibles deducciones que han hecho los investigadores es *que lo importante no es dónde se muere, sino cómo y con quién se muere* (20).

Muchas veces existe un déficit de cuidados paliativos a pacientes moribundos, en sus domicilios. Puede ser debido al déficit de recursos de atención domiciliaria, que pueden existir en las diferentes comunidades autónomas, porque en ocasiones no son suficientes con los servicios prestados por organismos públicos y han de ser complementados con prestaciones llevadas a cabo por organizaciones no gubernamentales, como puede ser el caso de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) o incluso otras entidades, como la recientemente

te fundada en Madrid en 1999, la asociación ENCA-SA con el objetivo de prestar atención en exclusiva a pacientes moribundos en sus hogares, entre cuyos estatutos figura como uno de sus fines el facilitar a los enfermos terminales una muerte digna en su domicilio (6,8,9,10,21).

8. Control de síntomas. Es un aspecto importante en la atención óptima en los cuidados en la última etapa de la vida, por su relevancia destacaremos el dolor y la agonía. La ausencia de dolor es otro factor a destacar dentro de la muerte digna, ya que el dolor es el síntoma que más impacta en los pacientes y en sus familiares porque es un estímulo continuo que les recuerda la enfermedad y con ella la muerte y el final. *“Paliar el dolor es para muchas personas la base principal de la calidad de vida, ¿Por qué iba a ser diferente a la hora de la muerte?”*. Como se cita en el artículo de Moraleja Cubero y García Pimentel el dolor en el 90 – 95% de los casos se puede y se debe paliar.

Es importante que la terapia analgésica cubra las 24 horas y que además ésta sea continua en el sentido de reajuste de dosis cuando se genere tolerancia o cuando la intensidad del dolor aumente o el umbral del mismo disminuya.

Otro punto a destacar es, que la administración de analgésicos, puede no ser suficiente para paliar el dolor. La existencia de sufrimiento psicológico puede dar lugar a lo que se denomina dolor total, por ello destacamos la comunicación como un método importante para conocer más de cerca la causa del dolor de la persona, e intentar controlarlo y reducirlo (4,5,12,14).

El síntoma del dolor está infravalorado en el paciente geriátrico, un factor que puede influir es la dificultad para la comunicación que existe en este colectivo (21). En un estudio realizado por Marín Gámez et al. en un hospital de Almería, se prueba la sedación terminal ante una mala muerte. *“La sedación terminal es la intención deliberada de inducir y mantener una sedación profunda (pero no la muerte) en circunstancias muy precisas y bien definidas, relacionadas con síntomas intratables de otro modo y con el sufrimiento insoportable de una persona que, en todo caso va a morir, en un plazo estimado muy breve”*. De hecho es una extensión de los cuidados paliativos al final de la vida.

Marín Gámez afirma que aunque el concepto de la muerte digna sea difícil trasladarlo a la realidad cotidiana, todos sabemos como es una mala muerte y ante

ésta la sedación terminal es un recurso imperfecto, pero útil (17).

9. Eutanasia. Ferrer Hernández, en su artículo “Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna: consulta de expertos a través de la técnica Delphi” nos dice que, *“la unanimidad que se ha conseguido se centra en las cuestiones que refleja las consecuencias que podrían suponer la legalización de la eutanasia y todos los expertos han llegado al consenso total de que su legalización supondría debates sociales contra/favor, ocasionaría conflictos sociales siempre y cuando no se controlara adecuadamente.*

En la mayoría de los expertos existe una máxima preocupación por la regulación y el control en la aplicación de la eutanasia en las actuaciones de los profesionales y las instituciones sanitarias, a través de la Ley y un Comité Médico-Legal...” (22).

A nosotros se nos plantea el reto de ayudar y confortar al moribundo en su último paso y ayudar a los familiares en su proceso de duelo.

DISCUSIÓN

Tras la minuciosa revisión de los artículos hemos descubrimos que 11 de ellos mencionan explícitamente la muerte digna y otros lo hacen de forma indirecta denominándola: muerte en paz, morir de forma confortable. Una de nuestras propuestas hacia el futuro es la unificación de criterios y la consolidación de una definición de lo que es la muerte digna, ya que sin duda todos sabemos cual es una mala muerte, pero la buena muerte como cita Nuland *“es cada vez más un mito, el principal ingrediente del mito es el ansiado ideal de una muerte digna”* (23).

Con nuestro trabajo hemos intentado humildemente recopilar a través de la revisión bibliografía todos aquellos factores que, según lo expertos, pueden repercutir en la calidad del morir, pretendemos que sirva de medio o fundamento para nuevos estudios orientados a mejorar la calidad asistencial del enfermo terminal.

Sería de gran interés abrir nuevas líneas de investigación en el campo de los cuidados, teniendo en cuenta la opinión que las personas tienen acerca de una muerte digna y cuáles son los factores que inciden en ella, planteándonos la importancia de introducir esos conocimientos en nuestra realidad asistencial.

Para finalizar, nuestra discusión no quiere ser una conclusión, sino el comienzo de un camino que poco a poco vaya elevando los cuidados al final de la vida a categoría de arte y

que la humanización de éstos se haga manifiesta en una muerte serena, tranquila, en una muerte, en todo caso, digna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba i Roselló, F. Antropología del Cuidar. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 1998.
2. López Aranguren, J.L. La vejez como autorrealización personal y social. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1992.
3. Esevenri Chavarri, C. La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Index Enferm* 2002; XI(39):35-39.
4. Juan C. Los cuidados del enfermo en el final de la vida. *Jano Extra* noviembre 2003; LXV. (1495):46-51.
5. Moralejo Cubero L, García Pimentel J. Morir bien o morir mal, he aquí la cuestión. *Enferm Cient* 2000; (216-217):12-15.
6. Amaro Cano, MC. Una muerte digna para una vida digna. *Cuad Bioética* 1998; IX (36):822-824.
7. De la Peña Tejeiro E, Herrero Olea A, Gómez Galán R, Garrido González J, Sanz de la Torre, JC. Ayudar a morir: un reto para el enfermero/a. *Enferm Cient* 2001; (226-227):5-6.
8. Marín Olalla F. Morir en casa, morir en paz, morir con dignidad. La Asociación ENCASA de Cuidados Paliativos. *Index Enferm* 2002; XI(39):59-62.
9. Domínguez Simón MJ, Gamella Pizarro C, Sánchez Martos, J. Cuidados paliativos: elementos para una atención de calidad. *Enferm Cient* 2000; (216-217): 6-11.
10. Gómez Sancho M. Tenemos que ser capaces de superar la tanatofobia imperante en la cultura actual. *Jano Extra* noviembre 2003; LXV. (1495):64-67.
11. Cruz Quintana F, García Caro MP, Schmidt Riovalle J, Navarro Rivera MC, Prados Peña D. Enfermería familia y paciente terminal. *Rev Rol de Enferm (Barcelona)* 2001; 24(10): 664-668.
12. Domínguez Simón MJ, Fernández Sánchez Y, Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J. Papel del profesional de enfermería en los cuidados paliativos. *Enferm Cient* 2000; (218-219):5-8.
13. Ulla Díez Sara, Carrillo de Albornoz Pilar, Argüello López M T, Ramos Morcillo JL, del Rincón Fernández C. Acercamiento al enfermo en situación terminal: implicaciones para la formación de enfermería. *Enferm Cient* 2001; (234-235): 73-80.
14. Ferrell BR. Cuidados al paciente terminal ¿Hasta que punto atendemos bien a nuestros pacientes?. *Nursing* 2001; 19(2):20-22.
15. Gómez Batiste X, Novellas A, Alburquerque E, Schroder M. Información y comunicación en enfermos con cáncer avanzado y terminal. *Jano Extra* noviembre 2003; LXV. (1495):56-63.
16. Kífer BA. La muerte viene de visita. *Nursing* 2001; 19(4):32-33.
17. Marín Gámez N, Kessel Sardiñas H, Rodríguez Galdeano M, Barnosi Marín A, Lazo-Torres A M, Amat Berenguel E. Sedación terminal: el último recurso ante una «mala muerte». *Rev Esp Geriatr Gerontol (Madrid)* 2003; 38 (1): 3-9.
18. Ufema J. Reflexiones sobre el paciente moribundo. *Nursing* 2001; 19(4):44-45.
19. Furman J. Un enfoque holístico de los cuidados al paciente moribundo. *Nursing* 2001; 19(2): 8-11.
20. Bayés R, Limonero J.T, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?. *Med.Clin (Barc)* 2000; 115(15):579-582.
21. Lugo Monforte F, Gordera Bruguera D, Espier Subieras M, Valls Bonuel G, Saiz Antón N, Miquel Civit A, et al. Estudio sobre el último mes de vida en pacientes geriátricos no oncológicos en fase terminal. *Rev Mult Gerontol* 1998; 8(3):162-165.
22. Ferrer Hernández M.E. Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna: consulta de expertos a través de la técnica Delphi. *Cultura de los cuidados* 2002; (11):87-95.
23. Nuland SB. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida.* Madrid: Alianza; 1995.