

# La diversidad de los modelos de atención al final de la vida. Unas breves reflexiones.

Alfonso M. García Hernández

El artículo que sirve de base al presente ensayo fue presentado en las XX Jornadas Nacionales y X Congreso Nacional de enfermería de la infancia. Gran Canaria, 2012.

## Objetivos

1. Profundizar en el conocimiento de los conceptos relativos a la muerte.
2. Identificar las características que se dan en la experiencia del morir.
3. Aproximarnos a bases teóricas que permiten consolidar el conocimiento necesario para comprender el proceso del morir humano. Teoría del Final Tranquilo de vida.

## Introducción

Más de trece mil personas murieron en Canarias en 2009, en escenarios que fueron desde el hogar hasta las frías arquitecturas y diseños de los hospitales. Distintos escenarios que van desde el compartir con seres queridos y allegados en torno al moribundo y su familia hasta lo acontecido en las unidades supersofisticadas hospitalarias, llenas de alta tecnología, con estandartes de los avances médicos, donde se exime al humano del misterio de su existencia y de la experiencia de su límite (1). Avances irrenunciables en el universo agresivo de la tecnología clínica como telón de fondo que nos acompañan en este proceso evolutivo y sincrónico de la muerte y el morir. Mientras los ritos enmudecidos son más de profilaxis, de una profilaxis higienizadora que fuerza al ser humano presente a la más brutal soledad y vaciamiento “el precio que se paga por el progreso” y donde la experiencia de morir humano, es suplantada en ocasiones por su simulacro técnico, que la redefine como un fallo funcional u orgánico, y crea la imagen de una supresión virtual de este límite, la muerte.

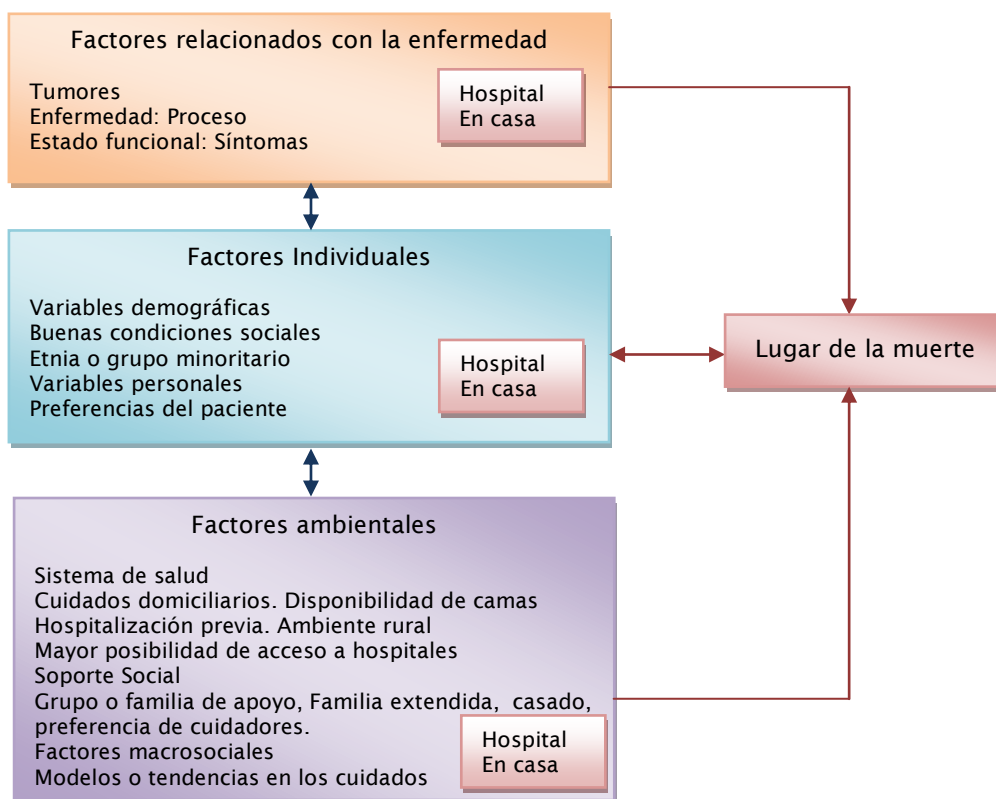


Figura 1. Factores que influyen en el morir y la muerte

### La muerte de un niño: una experiencia desgarradora

Desde la conciencia de que la pérdida de un niño, es un acontecimiento irreparable que amputa nuestra vida para siempre y que la experiencia de *los últimos días y, especialmente, los últimos momentos del niño constituyen un desafío para el personal de la salud y para la familia*. Desde la dificultad que supone la muerte del niño para el equipo sanitario que ha de aceptarla con dignidad, permitiendo que los padres estén presentes y expresen sus sentimientos, pudiendo manifestar su aflicción lo cual contribuye a elaborar el duelo en una forma natural y adecuada (2)(3). Cuestiones implícitas al acontecimiento humano del cuidar y el morir, los profesionales que cuidan y tratan al paciente moribundo infantil, deben reflexionar sobre sus sentimientos personales de impotencia y fracaso, aceptar las limitaciones de sus medidas terapéuticas y aprender a reducir sus tensiones y desmoralización, en aras a conseguir entender sus crisis y tolerar estas situaciones, lo cual le permitirá continuar atendiendo al enfermo y sus familias. Cuando se superan estas dificultades, el resultado final suele ser positivo y gratificante, ya que ese profesional se experimenta más maduro en el ámbito profesional y personal.

El equipo sanitario debe, en todo momento, favorecer las condiciones para que los padres participen del cuidado y elaboren un “duelo sano”, para que vuelvan

a reconstruir un mundo que ha cambiado con la ausencia de su ser querido. Un duelo, que como experiencia humana, es en parte natural y en parte construido, y que reflejan las características centrales de nuestra respuesta a la pérdida, fruto de nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivadas de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia, mientras por el otro, nos hace responder a la pérdida de un ser querido en el nivel simbólico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte, desde la diversidad o pluralidad que condiciona los miembros de la familia o de una comunidad más amplia, donde la socialización ha contribuido enormemente a consolidar las posiciones (5)(8).

Como individuos, potencialmente dolientes y profesionales de la salud, consideramos que los seres humanos buscan el significado a la pérdida en el proceso del duelo, y lo hacen intentando construir una explicación coherente para darle a su ser querido un sentido de continuidad con respecto a quien ha sido, al mismo tiempo que se trata de integrar la realidad de un mundo que ha cambiado en su concepción de quién debe ser ahora. “De pronto ya no somos los mismos en un mundo que no es el mismo”.

La perspectiva del duelo que defendemos es la que, esperamos, muestre la pérdida como una experiencia humana básica, aunque desde sus múltiples facetas, difíciles en ocasiones de concretar. Sin embargo, a lo largo de la historia, se han prodigado clasificaciones diversas y estereotipadas que en ocasiones más que beneficiar han perjudicado. Desde el respeto por la multiplicidad del significado, y a la diversidad de creencias - nadie tiene la exclusiva de la verdad- así como la adopción de una postura de “no saber” en relación al mundo de significados de los demás y de cultivo de la curiosidad más que de la actitud de experto. Además debemos adquirir el rol de dar forma a la realidad de las construcciones de significado, en niveles que van desde lo biológico a lo psicológico, social y cultural (7).

La experiencia narrativa del ser humano, su historia vital y sus creencias ordenan nuestra experiencia a lo largo de una dimensión temporal, teniendo en cuenta un flujo inacabable de acontecimientos de un modo personalmente significativo. Esta serie de esquemas narrativos que hemos de licitar y deconstruir nos ayudarán a fomentar la reflexividad del ser humano que nos cuenta su historia, su vida, su sentido, acercándonos su mundo del adentro y del afuera.

Sugerimos que el fenómeno del significado del duelo debe, además, estimular la investigación interdisciplinar, lo cual conlleva ricas implicaciones para los seres sociales que intentamos comprender desde nuestros diferentes puntos de vista disciplinarios el sentido vivido y humano de la pérdida y el duelo.

## Cuidados al final de la vida en la UCI-N. Una aproximación teórica

Cada vez es más habitual que niños ingresen en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP-N) ya sea con enfermedad grave o por prematuridad. Sin embargo, los cuidados intensivos y los cuidados al final de la vida tienen una concordancia muy importante en cuanto a valores y objetivos terapéuticos. Puesto de los cuidados al final de la vida se ocupan del máximo bienestar de la unidad paciente-familia, un buen cuidado paliativo a menudo prolonga la vida a través del alivio de las complicaciones de la enfermedad, o del apoyo físico y emocional que permiten al enfermo una mejor adherencia al tratamiento curativo, entre otras formas. En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento *Cancer Pain Relief an Palliative Care*, que definía claramente las barreras y necesidades de los pacientes con cáncer al final de la vida (3). La definición de la OMS a los cuidados paliativos, referidos en principio a pacientes oncológicos, pero extensible a cualquier paciente terminal, es: “El cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor, otros síntomas y de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales son de la mayor importancia. El objetivo del cuidado paliativo es lograr la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables de forma más temprana en el curso de la enfermedad en conjunción con el tratamiento anti-canceroso”.

La Asociación Canadiense para los Cuidados Paliativos eligió una definición más amplia: “Los cuidados paliativos, como filosofía de cuidado, es la combinación de tratamientos activos y compasivos dirigidos al bienestar y el apoyo de los individuos y familias que viven con una enfermedad que amenaza la vida. Durante períodos de enfermedad y duelo, el tratamiento paliativo intenta completar las expectativas y necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, mientras permanece sensible a los valores, creencias y prácticas personales, culturales y religiosos. Los cuidados paliativos pueden ser combinados con tratamientos destinados a reducir o curar la enfermedad, o pueden ser el objetivo total del tratamiento.” Durante los últimos 5 años, ha habido signos alentadores de cambios en los cuidados al final de la vida en las UCIs. Como profesionales de la salud que interactúan con las familias durante un período tan vulnerable e impresionable como el del fallecimiento de un ser querido, todos los miembros de una UCI tienen la obligación y la oportunidad de conocer estas mejoras (2). Sabemos que las familias de los pacientes que fallecen en una UCI están a menudo insatisfechas con el cuidado que reciben sus seres queridos, lo que no es extraño puesto que tenemos evidencia de que la práctica actual es más bien pobre. El estudio SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments), financiado por la Robert Wood Johnson Foundation –la Fundación filantrópica dedicada a salud más importante de EEUU-, así lo atestiguó ya en 1995 (12).

La comunicación con los sanitarios es identificada continuamente como el factor más importante para la satisfacción familiar, y es igualmente el menos conseguido según las encuestas realizadas. Muchas familias dicen no entender el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento durante más de la mitad del tiempo. La inconveniencia que supone para los sanitarios detenerse a explicar todos estos detalles es mínima comparada con el estrés de la familia cuyo miembro está muriendo, por lo que debemos darnos cuenta de ello y tomar responsabilidades al respecto. Las decisiones deben respetar la autonomía de los pacientes. Esto no quiere decir que las decisiones médicas las tomen los pacientes y sus familias (12) (13).

Heyland publicó que la mayoría de las familias preferían una decisión compartida (42,8%), el 32% deseaba tomar la decisión final con ayuda del médico y el 15,6% deseaba que la decisión la tomara el médico con ayuda de la familia. Sólo el 8,4% deseaba liberarse de toda responsabilidad, y el 1,2% asumirla toda (8).

La clave en cualquier caso parece ser de nuevo la comunicación. Así las cosas, los grupos de trabajo líderes en cuidados al final de la vida se plantean cómo integrarse en la vida en la UCI. El Critical Care Workgroup, reunido en 1999 y auspiciado por la Robert Wood Johnson Foundation, desarrolló una agenda de investigación, identificó los dominios de calidad en los cuidados al final de la vida a través de un estudio multicéntrico en el que examinó el contenido de cuidados paliativos en los protocolos y vías clínicas, órdenes médicas y políticas de múltiples hospitales y encuestó a múltiples médicos y enfermeras para identificar las barreras de los cuidados paliativos óptimos.

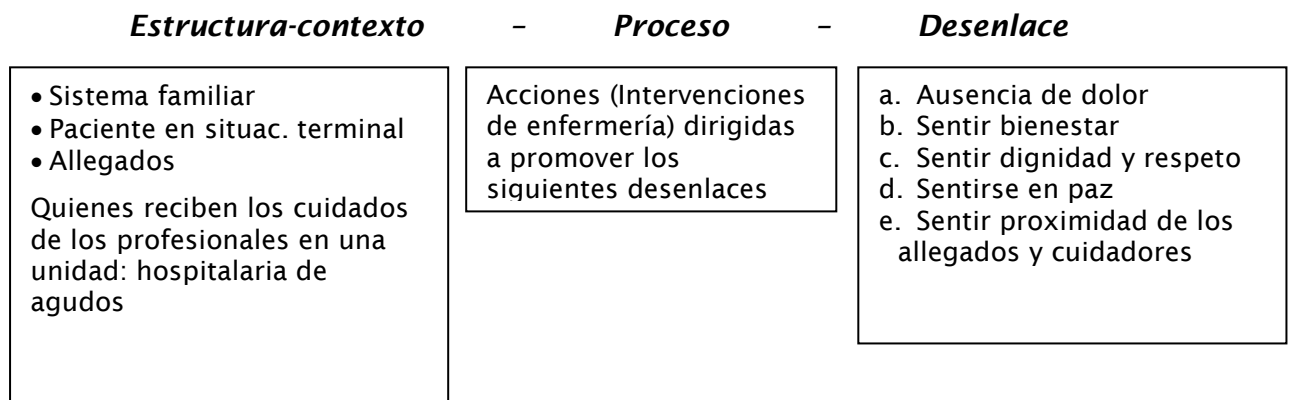
## TEORÍA DEL FINAL TRANQUILO DE VIDA (FV)

Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore (9).

### Fuentes teóricas

Varios marcos teóricos (Ruland y Moore, 1988)

1. **Modelo de Donabedian**<sup>1</sup> de *Estructura - Proceso - Desenlace*, desarrollado a partir de la Teoría general de sistemas (Teoría dominante en casi todas las teorías de enfermería, modelos conceptuales y Teorías intermedias y de pequeño rango pues explica la complejidad de las interacciones y organizaciones de la asistencia sanitaria)



2. **Teoría de la preferencia (Brandt, 1979)** que han utilizado los filósofos para explicar y definir la calidad de vida (Sandoe, 1999), un concepto importante para la investigación y la práctica del FV. Esta T<sup>a</sup> Define la buena vida como: "Conseguir lo que se desea" un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado al final de la vida.

De manera que la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales. Lo conveniente es la incorporar las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud (Rulan y Bakken, 2001) y necesaria para conseguir procesos y desenlaces satisfactorios (Ruland y Moore, 2001).

---

<sup>1</sup> fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar que con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, dijo Avedis Donabedian en 1996...“cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”. Poner énfasis en la calidad de la atención en la salud cambió los paradigmas establecidos hasta entonces.

## CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

### AUSENCIA DE DOLOR

Es la parte principal de la experiencia del final de la vida. Estar libre de sufrimiento o de molestias sintomáticas. El dolor está considerado como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada con lesiones tisulares reales o potenciales (Lenz, Suppe, Gift, Pugh y Milligan, 1995) Pain term, 1979).

### EXPERIENCIA DE BIENESTAR

Definimos el bienestar de forma general usando el trabajo de Kolcaba y Kolcaba (1991)<sup>2</sup>, como “alivio de molestias, de estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil y placentera” (Ruland y Moore, 1998, p. 172).

### EXPERIENCIA DE DIGNIDAD Y RESPETO

Todo niño o paciente en situación terminal ha de respetarse y ser apreciado como un ser humano (Ruland y Moore, 1998, p. 172). incorporando este concepto la idea de valor como persona, expresado en el principio ético de Autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben ser tratadas como entes autónomos, y que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

### ESTADO DE TRANQUILIDAD (PAZ)

La tranquilidad es un sentimiento de calma, armonía y satisfacción, Estar libre de ansiedad, agitación, preocupaciones y miedos (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Evidentemente estar tranquilo incluye no sólo la dimensión física, sino la dimensión psicológica, emocional y la espiritual, y la expresión de los mismos en el seno de una sociedad determinada.

### PROXIMIDAD DE LOS ALLEGADOS

Proximidad es el sentimiento de estar conectado con otros seres humanos que se preocupan (Ruland y Moore, 1998, p. 172). Implica pues la cercanía física

---

<sup>2</sup> *La teoría de la comodidad* es una teoría de enfermería que se desarrolló por primera vez en la década de 1990 por Katharine Kolcaba. Es una teoría de rango medio para la práctica de la salud, la educación y la investigación y tiene el potencial para colocar la comodidad, una vez más a la vanguardia de la atención sanitaria. (March A & McCormack, D, 2009).

Kolcaba (2010) describe que existen 3 formas de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia. Y que se puede presentar en 4 contextos que son: físico, psico-ambientales, y socioculturales. Describe la trascendencia como el estado de bienestar en el que los pacientes son capaces de elevarse por encima de sus desafíos.

expresada por las relaciones afectuosas íntimas y comporta aspectos aceptados socioculturalmente.

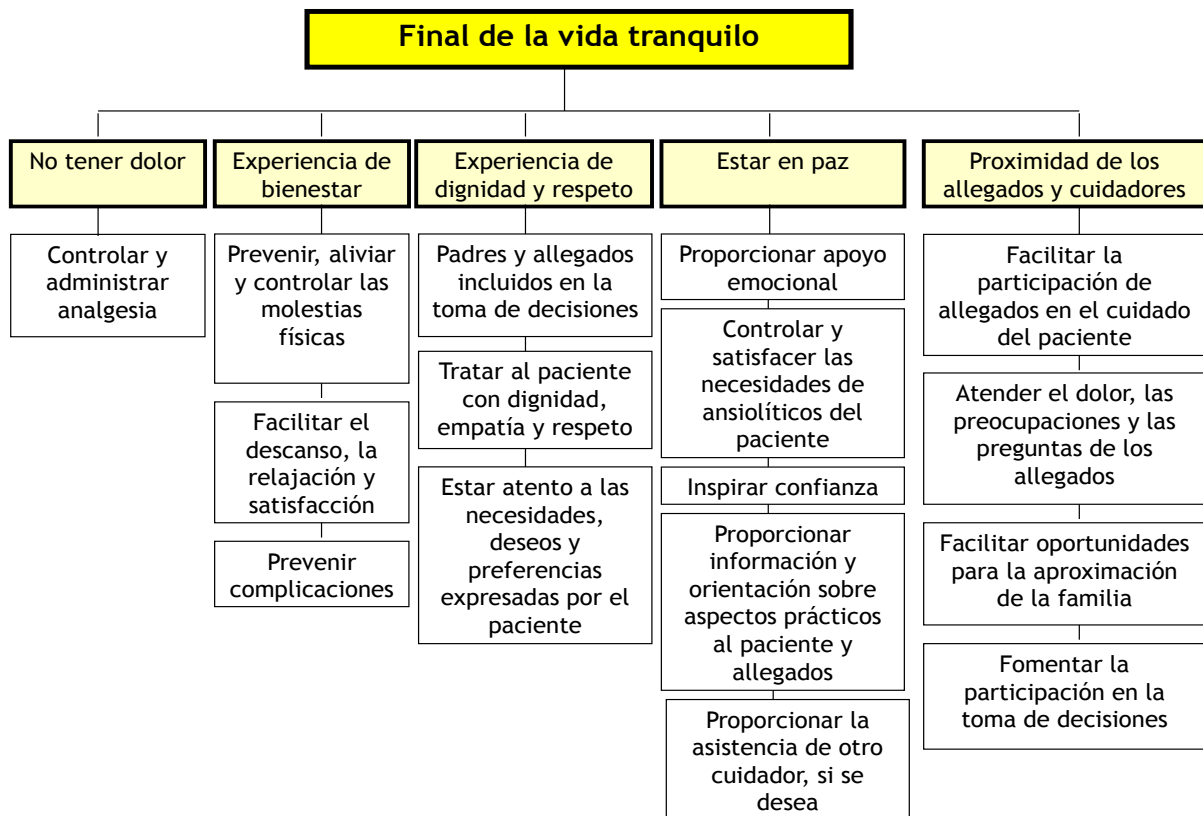
### **SUPUESTOS DE LOS QUE PARTIMOS**

1. Los sentimientos y los acontecimientos de la experiencia del final de la vida son personales e individuales.
2. El cuidado de enfermería es un instrumento crucial para crear un ambiente en el que se de la experiencia de un final de la vida adecuado. Un escenario en el que las enfermeras puedan evaluar e interpretar las experiencias que reflejan un final de vida tranquilo de quien fallece y sus padres y seres queridos, y en el que intervienen de manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque quien fallece sea un niño o prematuro que no pueda expresarse verbalmente.

### **SUPUESTOS ADICIONALES (Implícitos)**

1. **La familia**, un término que incluye a todos los allegados como parte importante de los cuidados al final de la vida.
2. **El objetivo del cuidado al final de la vida** no es optimizar en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo, sino maximizar el tratamiento, es decir, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.
- 3.





La única manera para mejorar los cuidados al final de la vida en la UCI es proporcionar a todos los niños, no sólo a aquellos que están en situación terminal los cuidados como si fuesen a morir. La investigación ha proporcionado, por tanto, evidencia de que los cuidados paliativos son buenos y la información necesaria para mejorarlos. Pero una vez han de implementarse estrategias de mejora, y evaluación encaminados a responder a la pregunta: ¿cómo se mide el éxito de estas intervenciones?.

La teoría general de sistemas, es de gran ayuda a la hora de explicar la complejidad de relaciones, interacciones y organizaciones, de la asistencia sanitaria, donde los profesionales son cada vez más conscientes de la complejidad de redes existentes. Compartimos la filosofía y prioridades dadas a una *muerte tranquila*, expresada en la Teoría del final tranquilo por Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore (9) por lo cercano a los planteamientos del grupo de enfermeras de cuidados intensivos pediátricos, y por lo que a su estructura-contexto, que promulga que ha de primarse el sistema familiar (niño moribundo, padres y sus allegados) que reciben cuidados en una unidad hospitalaria de agudos, y que en términos generales busca el objetivo de Optimizar la comodidad, la dignidad, las elecciones, la aceptación y la clausura con el acercamiento del final de la vida, entre padres e hijo/a, al que se sumó los aspectos: 1. Ausencia de dolor, 2. Sentir bienestar, 3. Sentir dignidad y respeto, 4. Sentirse en paz y 5. Sentir la proximidad de allegados y cuidadores. Tras varias sesiones de trabajo con este marco de atención definido se

establecieron los siguientes 5 Resultados (13), del proceso y sus respectivos indicadores e intervenciones (12):

1. NIVEL DEL DOLOR. Definición. Intensidad del dolor referido o manifestado.
2. PADRES. TOMA DE DECISIONES: controlan las elecciones terapéuticas y participan en la toma de decisiones. Definición. Participan y deciden sobre las decisiones.
3. LAZOS AFECTIVOS PADRES-HIJOS. Definición. Conductas de los padres hacia el hijo que demuestran un vínculo afectivo perdurable.
4. MUERTE CONFORTABLE. Definición. Tranquilidad física y psicológica en el final inminente de la vida.
5. RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN. Definición. Adaptación a la pérdida real o inminente. (1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.)

### **Hacia un nuevo modelo del morir. La experiencia de implantación de un proyecto formativo y de actuación en el Hospital Universitario de Canarias**

En el Hospital Universitario de Canarias fallecen unas novecientas personas al año y unas cien en el servicio de urgencias: Veinticinco lo hicieron en la UCIP-N, pero independientemente de que ello lleve años siendo así, y de que no supere el 6% de los niños y niñas ingresados en la unidad, en la actualidad la muerte sigue siendo temida por una parte importante de los profesionales y de la población, sobre todo si nos concierne y no es cercana, por ello que los profesionales de la salud, que están frecuentemente relacionados con situaciones en las que la muerte está presente, suelen optar por posturas que a su criterio los protejan: actitudes de reserva, de distancia o de mínima intervención frente a la opción de implicación en el proceso humano, ya sea expresando sus sentimientos o intentando no hacerlo ante el morir y la muerte de los pacientes que atienden o de sus familiares. O incluso manteniéndose impasibles ante la postura de posibilitar un espacio y modelo de atención hospitalario en el que tengan cabida la expresión de rituales relacionados con el morir y la muerte, optando generalmente por mantenerse al margen. En definitiva elegimos entre hacer conscientes y visibles las situaciones que vivimos o vivirlas inconscientes e invisibilizadas de modo que no haya que modificar las posibles intervenciones habituales que indiscutiblemente las haría más humanas (3).

Partimos de la realidad de que tenemos la necesidad como profesionales de la salud, de aprender a actuar durante los cuidados y en el caso particular que nos trae en los cuidados intensivos pediátricos o neonatales cercanos al sufrimiento, al morir, a la muerte y al duelo. Y la realidad es que en nuestras unidades hospitalarias tratamos de curar a todos los niños, pero esto a veces no es posible y el niño muere, y en estas situaciones, la realidad se convierte en que sólo nos queda cuidar, escuchar, apoyar y sobre todo dar la oportunidad a los padres y la familia que se despidan de la forma más digna y personal posible de ese niño que se va para siempre (4) (14). Independientemente de que el proyecto formativo y de implantación del programa de muerte inminente ayude a mejorar los cuidados y la atención de los niños y sus familias cuando llega la muerte, intenta mejorar la identidad profesional, permitiendo al personal avanzar en aspectos relativos a la faceta personal, y sirve en su vida personal. Aunque no ha sido un proyecto formativo exento de dificultades, pues incluso desde las mismas, desde las dificultades profesionales vividas cuando fallecen niños y niñas en la UCIP-N, el personal ha tenido la posibilidad de participar en experiencias y en momentos “más bonitos” y emocionantes que han vivido durante su vida profesional, en palabras de algunas de las enfermeras, ello les ha permitido compartir situaciones duras e intensas con estas familias desde un lugar muy cercano y privilegiado, como es la unidad de cuidados intensivos. Perdiéndose por instantes la sensación de ser un espacio de alta tecnología, y de personal altamente especializado, inserto en un universo colectivo de alta especialización.

Entre los objetivos de continuidad y mejora del presente proyecto se incluyen: 1. La mejora del sistema de registro con un enfoque más pediátrico, 2. Modificar los parámetros de inclusión de los niños en el proyecto, 3. Continuar con la formación del resto del personal, tanto médico como enfermero, en el registro y valoración así como en los criterios de inclusión del niño en estos cuidados, 4. Fomentar más la participación de los padres en la toma de decisiones. Este aspecto es de gran importancia, y queremos hacer hincapié, puesto que durante mucho tiempo se ha trabajado dejando un poco al margen a la familia y, con este proyecto, la familia junto con el niño son el centro de los cuidados siendo la finalidad dar las riendas de la situación a los padres, donde el ayuda y guía, pero no toman las decisiones por ellos; 5. Impulsar a los grupos de apoyo que continúan con la labor de prestar apoyo, una vez que los padres salen de la unidad.

El equipo ha sido consiente, tras la implantación del proyecto que la cultura, la religión, el estado emocional de los profesionales y las madres y padres, el vínculo padres-hijos, y otros aspectos relativos a la reacción de los padres ante la muerte de su hijo influyen y condicionan en mucho la experiencia vivida por ellos, e incluso como su bagaje de pérdidas anterior a la muerte de sus hijos está presente cuando este fallece.

### Referencias bibliográficas

- (1) Subirats, E. (2001) *Culturas virtuales*. Editorial Biblioteca nueva. Madrid.
- (2) Contro, N. (2004) Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric *palliative care Pediatrics*, 114, 5: 1248-51.
- (3) García, A.M. (Ed.) (2002) *Sobre el morir y la muerte*. Manual del Máster Universitario en Cuidados al final de la vida. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.
- (4) García, A.M. (2004) *El cuerpo como práctica artística y primer instrumento de los cuidados*. Cultura de los Cuidados. Revista de enfermería y humanidades, 7 (15): 26-31.
- (5) García, A.M. (2007) Duelo y significado. En *Acompañamiento en el duelo y Medicina Paliativa*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián.
- (6) García, A.M. (2007) La pérdida de un hijo y la búsqueda de significado: Reescribiendo historias de pérdida y de dolor. En *Acompañamiento en el duelo y Medicina Paliativa*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián.
- (7) García, A.M. (2008) Muerte prematura vs. muerte del prematuro: La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila en la UCI-pediátrica del Hospital Universitario de Canarias. Una experiencia formativa en la práctica. *Revista ENE*, 2:52-73. <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Num-2-abr2008pags52-73.pdf> [Consulta: 28 de junio de 2008].

- (8) Heyland, D.K. Rucker, G.M.; O'Callaghan, C.J. (2003) Dying in the ICU: Perspectives of family members. *Chest*; 124: 392-397. <http://www.chestjournal.org/content/133/3/704.full.pdf+html> [Consulta: 25 de abril de 2009].
- (9) Ruland, C.M., Moore, S.M. (2007). Teoría del Final tranquilo de la vida. En Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier.
- (10) McCloskey, J.; Bulechek, G. M. (Eds.) (2006) *Clasificación de intervenciones de enfermería* (NIC). Elsevier Mosby. Madrid. 4ª Edición.
- (11) Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M. (Eds.) (2005) *Clasificación de resultados de enfermería* (NOC). Elsevier Mosby. Madrid. 3ª Edición.
- (12) Oberle, K.; Hughes, D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in the end of life decisions. *J Adv Nurs* 2001; 33 (6): 707-15.
- (13) Tagarro, A. (2007) *Cuidados al final de la vida en la UCIP*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- (14) The SUPPORT Principal Investigators. (1995) A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *JAMA*. 274:1591-8.
- (15) VV.AA. (2004) *Los fines de la medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona.