

Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: una percepción enfermera

Rafael Ángel Lletget Aguilar

Tutor

Máximo A. González Jurado

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
rlletget@enfermundi.com

Resumen: La muerte, una realidad en todas las culturas y, sobre la cual, se han ido configurando actitudes, cosmovisiones y formas de abordar un fenómeno universal que afecta íntimamente a cada ser humano condicionando el sentido de su vida y, con él, el modo de enfrentarse a la muerte de otros y a la suya propia. Aún cuando la cultura actual se empeña en mantener un cierto ocultamiento de la muerte, sigue constituyendo uno de las grandes interrogantes de la existencia humana. El concepto de muerte digna, exige una mayor precisión terminológica aislada de componentes ideológicos y/o políticos. Enfermería, en pugna contra la medicalización de la muerte, tiene la doble obligación, ética y jurídica, de ayudar a morir con dignidad. Este proyecto intenta una aproximación a la percepción que enfermería tiene acerca de una muerte digna, identificando los principios y valores compartidos en este contexto por todos los enfermeros.

Palabras claves: Muerte. Muerte-Aspectos éticos. Enfermos terminales-Cuidados.

Abstract: Death is a reality in all cultures, and different attitudes, views of the world and ways to tackle it have taken shape around this universal phenomenon. It affects intimately every human being and determines the meaning of our life as well as the way we face the death of others or our own death. Despite the efforts made in our current culture to conceal death somehow, it is still one of the biggest questions of human existence. The concept of a dignified death – despite all the research carried out to this end, requires further terminological accuracy free from ideological and/or political issues. The nursing profession in its struggle against the medicalization of death has a twofold duty – ethical and legal – to help individuals die with dignity. This project is aimed at approaching the nurses' perception of a dignified death, identifying a set of relevant principles and values shared by the profession as a whole.

Keywords: Death, dignified death, nursing care terminal patients.

INTRODUCCIÓN

En torno a la muerte giran todas las culturas y organizaciones sociales humanas. Así, su concepción de esta realidad, como fin o como tránsito, su creencia en una vida después de la muerte, en el Juicio Final, en la Parusía (para la mayoría de los cristianos, es el acontecimiento, esperado al final de la historia) o, puede que en la nada, actúan como condicionantes para el sentido de la vida y los comportamientos de los individuos en un sentido u otro. La idea de inmortalidad y la creencia en el Más Allá aparecen de una forma u otra en, prácticamente, todas las sociedades y momentos históricos. Usualmente se deja al arbitrio de los individuos, en el marco de los conceptos dados por su sociedad, la decisión de creer o no creer y en qué creer exactamente. La esperanza de vida en el entorno social determina la presencia en la vida de los individuos de la muerte, y su relación con ella.

“Cesación o termino de la vida” es la definición que nos brinda la Real Academia de la Lengua Española para la palabra muerte. Desde una perspectiva biológica, la muerte remite a la extinción del proceso homeostático, el fin de la vida, el antónimo del nacimiento. Y, es que desde que existe la vida, la humanidad, la muerte se ha ligado de manera indisoluble a la existencia del hombre y por ende al concepto de vida. Si hay vida la muerte será su compañera a lo largo de su existencia, no habiendo muerte sin vida; ni vida sin muerte.

Y así como la humanidad ha evolucionado en todos los ámbitos, lo ha hecho con ella el concepto de muerte y la manera en cómo el ser humano vive este momento. La antropología nos ofrece luz sobre los orígenes del hombre y su evolución hasta convertirnos en homo sapiens, incluyendo la investigación de cómo nuestros antepasados se enfrentaban a la muerte. Se han encontrado pruebas fehacientes de en qué momento el hombre comenzó a dar importancia a la muerte de un miembro de su tribu. Así, por ejemplo, el hallazgo de cuevas utilizadas para dar sepulcro a sus seres queridos, hecho no observable en los inicios de la humanidad, donde los débiles, ancianos y los niños se dejaban de lado en las grandes travesías que los nómadas realizaban en busca de alimento.

Los antropólogos manifiestan que el hecho de dar sepultura a los muertos surgió como una manifestación de los sentimientos que se iban generando entre los miembros de una familia y que ello conllevaba al dolor de perder a un ser amado y por tanto procurarle una muerte, por así decirlo, “digna”. Muchos de estos antropólogos creen que los ceremoniales alrededor de los entierros de los Neandertales son evidencia de su creencia en la vida después de la muerte.

El hombre ha evolucionado a lo largo de la historia; dejó de ser nómada para convertirse en un hombre sedentario, formando con ello comunidades que posteriormente fueron civilizaciones, que después de muchos milenios, cambios y por

ende una gran evolución, no solo biológica, sino intelectual, fue dando paso a nuestra actual civilización.

Civilización que ha experimentado un cambio enorme en el último cuarto de siglo, mejorando su esperanza y calidad de vida de forma abrumadora, retrasando con ello la muerte. Hecho que, desde tiempos paleolíticos ha sido algo “inevitable”: la persona enfermaba, o sufría un accidente y moría, lo que resultaba además de doloroso, difícil de explicar para el ser humano, por lo que comenzó a dar una explicación a aquello que no comprendía. La religión en muchas civilizaciones se convirtió en forma de entender este fenómeno. Pagola⁽³⁾ hace referencia a este hecho incuestionable, expresando lo siguiente:

“Nunca ha sido fácil morir. Ante la muerte, el ser humano experimenta casi inevitablemente un conjunto de sentimientos dominados por el desconcierto, la impotencia y el miedo. Tampoco el hombre actual sabe cómo enfrentarse a la muerte. Ya no acierta a morir de forma religiosa, como en otros tiempos con la confianza puesta en Dios, pero todavía no ha descubierto una actitud nueva ante la muerte. Tal vez, es ante la muerte donde aparece con más claridad la verdad y los límites de la cultura actual que no sabe qué hacer exactamente con ella sino es ocultarla y retardar al máximo su inevitable llegada”

Y, como manifiesta Pagola, conforme la humanidad ha evolucionado, se han desarrollado las ciencias de la salud y han mejorado, han obtenido un mejor conocimiento del ser humano y de las causas que provocan tanto las enfermedades como la muerte. Este conocimiento se ha visto exponencialmente aumentado, gracias a la aparición de la tecnología que ha ocupado un lugar privilegiado e importante para la salud de las personas. Lo que ha derivado en un mejor control de las enfermedades, retrasando con ello la edad de la muerte, como consecuencia de la recuperación de la salud mediante avances científicos que han procurado la cura de determinadas enfermedades que antes parecían incurables. Cuestiones, todas ellas, que han prolongado la esperanza de vida de toda la humanidad y en especial de los países desarrollados, que cuentan con todos estos recursos, humanos, tecnológicos y científicos. Pero la muerte no ha desaparecido.

Este hecho ha provocado también que se cambien algunas conductas relacionadas con la muerte, como por ejemplo, hace no muchos años no era de extrañar que el ser querido muriera en casa rodeado de su familia y de las personas que tenían alguna vinculación sentimental con el moribundo. Hoy en día “parece ser” que el lugar más indicado para morir es un centro asistencial, rodeados de la mejor tecnología y personal sanitario cualificado: “la muerte se ha medicalizado”⁽⁴⁾.

A este respecto Pagola refiere que, “durante estos últimos años se ha impuesto un “nuevo estilo de morir”. Hoy se muere más tarde y también de forma más lenta. Se

muere con menos dolor pero más solos. Mejor asistidos técnicamente, pero peor acompañados”.

Planteamientos como este nos llevan a reflexionar sobre el derecho que todo paciente tiene a morir con dignidad. El concepto de muerte digna ha generado en la sociedad actual muchos debates y polémicas, por lo que es necesario definir no solo que es la muerte, sino que es la muerte digna.

El Instituto de Medicina de Texas ofrece la siguiente definición: “es aquella muerte libre de angustia y sufrimiento para el paciente, familia, y los cuidadores en general, acorde con sus deseos y razonablemente coherente con los estándares clínicos, culturales y éticos”.

En la actualidad se habla con frecuencia del “derecho a morir”, expresión que apareció por primera vez en la declaración de los derechos del enfermo, redactada en 1973 por la Asociación de los Hospitales Americanos. Conviene advertir que la expresión “derecho a morir dignamente” no ha de entenderse como una formulación de un derecho en el sentido preciso del ordenamiento jurídico, más bien tiene una referencia al universo de la ética, es decir expresa una exigencia ética. Además del contenido semántico que no se refiere directamente a morir sino a la forma de morir.

Y, como se ha mencionado con anterioridad, debido a que en nuestros días, el lugar que se considera más adecuado para morir son los centros sanitarios, las enfermeras y enfermeros tienen un papel determinante en la provisión del derecho a morir con dignidad, por ser estos facultativos quienes tienen la responsabilidad última del cuidado del paciente⁽²⁾.

A este respecto Pagola relata que “el momento de la muerte recae casi por completo sobre el personal sanitario y de manera particular sobre los enfermeros. Son éstos quienes la viven más de cerca”.

Y por ser la enfermera o enfermero quien tiene la responsabilidad del cuidado, una de sus funciones es el procurar que sus pacientes tengan, en la medida de lo posible, asegurado su derecho a morir con dignidad. Si bien es cierto que todo enfermero o enfermera debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes, es decir, la competencia profesional necesaria para dispensar este cuidado, esta necesidad se evidencia en mayor medida en aquellas áreas en que la muerte convive con la labor que el facultativo enfermero realiza. Tal es el caso de los servicios de oncología, cuidados intensivos, cuidados paliativos y unidades del dolor de los centros sanitarios.

El Consejo Internacional de Enfermeras adoptó en el año 2000 una declaración de posición, examinada y revisada en 2006, sobre la función de las enfermeras que dispensan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias, sosteniendo que:

“Las enfermeras están excelentemente preparadas para ofrecer cuidados compasivos a los pacientes moribundos y a sus familias. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) considera que la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales”

Posicionamiento con el que se manifiesta su compromiso y el de la enfermería mundial de proveer una muerte digna al paciente moribundo.

El Código Ético y deontológico de la Enfermería Europea contiene, en su glosario de términos y, en concreto, en lo que se refiere a la atención sanitaria, el derecho al respeto de la dignidad humana y, en consecuencia, al derecho del paciente a morir con dignidad cuando se le brinda atención sanitaria.

En esta misma línea en España esta función enfermera queda reflejada en el Real Decreto 231/2001, de 8 noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de Enfermería:

1. Artículo 53. 2. Sobre la Misión de la Enfermería

“El enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, de sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y los recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social **y/o ayuda a una muerte digna**”.

2. Artículo 54. 3. Sobre los cuidados de enfermería

“Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos **supuestos y/o ayuda a una muerte digna**”.

Es decir, que tanto organismos internacionales como nacionales abogan por el derecho que tienen los pacientes a morir con dignidad y la labor enfermera de proporcionárselo como parte del cuidado que le brindan.

En la formación académica del hasta ahora Diplomado en Enfermería, se impartía la asignatura de Legislación y Ética Profesional, en la que se abordaba este tema bajo diferentes perspectivas según la Universidad y el profesor, ya que la muerte digna como tal, contiene un alto componente ético en toda su amplitud.

La formación del actual diplomado y del futuro graduado en enfermería comprende el conocimiento del proceso de atención en enfermería (PAE), y sus respectivas etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Para poder llevar a cabo el PAE, es necesario conocer y comprender la taxonomía NANDA, NIC y NOC (Diagnósticos, intervenciones y resultados) dentro de la cual se encuentra el diagnóstico enfermero: “ansiedad ante la muerte”, definido como aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía; y, entre los resultados esperados, si las intervenciones enfermeras han sido efectivas se encuentra la muerte digna definida como “el mantenimiento del control personal ante la aproximación del final de la vida”⁽¹⁾.

Siendo evidente que la función de la enfermera y enfermero es un pilar fundamental para que el derecho del paciente a morir con dignidad sea un hecho cierto y dado que posee también los conocimientos necesarios para procurarlo, es preciso conocer cuál es su percepción respecto a la muerte digna y a su aplicación en la práctica clínica, entendiendo la percepción en su sentido hegeliano, esto es, un segundo tipo del saber al que llega la consciencia tras haber accedido a la certeza sensible, a la realidad vivida por el sujeto.

La percepción es un componente del conocimiento en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo al percibirlo. Por lo que la percepción está ligada al lenguaje y es entonces un elemento básico en el desarrollo cognitivo. De ahí la pertinencia de llevar a cabo, como se verá en su momento, un abordaje cualitativo de esta investigación.

Asistimos a una vivencia de la muerte cuyos rasgos definitorios son:

- Ocultamiento.
- Aislamiento.
- Despersonalización.
- Vaciamiento religioso.

Frente a ello, el derecho a morir dignamente significa el derecho a morir en unas condiciones que supongan el respeto a la dignidad de la persona humana. Respetar ese derecho entraña:

1. No dejar al paciente solo ante la muerte. Cuando no se puede curar, se puede y se debe cuidar, aliviar, acompañar y ayudar a morir dignamente.
2. Proporcionar los cuidados apropiados que prolonguen su vida de forma humana y con la mejor calidad de vida posible, mientras se acerca a su muerte. Tiene sin embargo el derecho de rehusar tratamientos extraordinarios que prolonguen su vida artificialmente, sobre todo si han de traer consigo un sufrimiento difícil de soportar o han de reducir su calidad de vida a un grado incompatible con su dignidad.
3. Aliviar el dolor, aunque ello provoque entorpecimiento, menor lucidez o una aceleración de la muerte no pretendida.
4. Mantener la conciencia ante la proximidad de la muerte.
5. Conocer la cercanía de su muerte.
6. Vivir la muerte, según sus propias convicciones o creencias religiosas.

Una muerte más humana implica satisfacer las necesidades del enfermo, como son:

- Atención integral.
- Alivio del dolor.
- Acompañamiento personal.
- Información de la verdad.
- Atención a las necesidades espirituales.

Ahora bien. ¿Es este el modo como las enfermeras y enfermeros entienden y se aproximan al concepto de muerte digna?; es más, ¿coinciden estos principios con los contenidos de su formación en este ámbito? Y, sobre todo, ¿podríamos hablar de un “humus” en el que la enfermería como profesión asumiría, con carácter general, unos contenidos afines acerca de lo que propiamente sea una muerte digna?

Finalmente, ¿qué respuestas provocan en las enfermeras y enfermeros su cercanía a la máxima expresión de la limitación humana y qué lugar ocupa, en la práctica, esta responsabilidad profesional del ayudar a morir dignamente, vivida desde la experiencia de sus propios protagonistas?

No se trata de explorar la opinión de la profesión enfermera sobre otras formas de morir, ajenas a un proceso natural acompañado por unos cuidados enfermeros de alta calidad técnica y humana. Cuestiones que, estando muy presentes en el debate social y en los medios de comunicación no constituyen el objeto de nuestro estudio. Lo

es, sin embargo, conocer, interpretar y elaborar una teoría sobre la muerte digna desde la percepción enfermera. Solo así estaremos capacitados para dar respuesta a nuestra obligación ética y legal de “ayudar a morir con dignidad”.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Sospechamos que las enfermeras españolas son conscientes del abismo existente entre su percepción compartida, acerca del concepto de muerte digna, y las posibilidades reales de cumplir con su deber de ayudar a morir con dignidad, aceptando esta dicotomía como algo ajeno a su responsabilidad profesional.

Objetivo general

Conocer cuál es la percepción enfermera respecto a la muerte digna y su aplicación en la práctica clínica.

Objetivos específicos

- Describir cuál es el concepto de muerte digna que poseen los enfermeros.
- Identificar el grado de conocimientos que posee la enfermera sobre el deber de proporcionar una muerte digna como derecho del paciente sujeto de sus cuidados.
- Describir cuál es la impresión de la enfermera ante la aplicación del concepto de muerte digna en su práctica clínica.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Siendo el objetivo principal de esta investigación conocer cuál es la percepción enfermera respecto a la muerte digna y su aplicación en la práctica clínica, y a su vez, al ser considerada la percepción como una entidad subjetiva, se ha valorado la utilización de la investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico, como la que mejor se adapta a este tipo de estudio.

Población diana o escenario

La población diana la conforman enfermeras y enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Oncología, Medicina Interna, Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos de los Hospitales Fundación Jiménez Díaz y Gregorio Marañón de la

Comunidad de Madrid, por considerar que son estos los servicios, que con mayor frecuencia se enfrentan a la muerte de los pacientes a los que prestan cuidados debido a las características propias de estos y por lo tanto los que tienen la oportunidad de proporcionar una muerte digna al paciente moribundo. Asimismo se pretende obtener una doble perspectiva: la del sector público y privado.

Muestreo

El muestreo se hará por conveniencia, es decir con un propósito teórico, se pedirá a las enfermeras y los enfermeros su participación voluntaria en el estudio, hasta obtener la representatividad necesaria de cada una de las áreas del mismo.

Tamaño de la muestra

Por ser un estudio cualitativo, no es posible definir la muestra a priori, ya que está se determinará a lo largo de su desarrollo, y según se vayan obteniendo los datos, en el proceso de recolección y análisis de la información. En todo caso, dicho muestreo concluirá cuando se haya superado ampliamente el nivel de saturación teórica, es decir, cuando ya no se obtenga ningún nuevo elemento en relación con el objeto de investigación.

Método de recogida de la información y técnicas

Primero se solicitará la autorización a los Comités de Ética Asistencial de los Hospitales Fundación Jiménez Díaz y Gregorio Marañón, proporcionando toda la información necesaria para que el comité emita una autorización e incorporando, en su caso, las observaciones que de éste provengan.

Una vez obtenida la autorización se solicitará a los profesionales de cada una de las áreas su participación en el estudio, que será voluntaria, y para lo cual, una vez expuesto de forma verbal en qué consiste su participación, se les pedirá un consentimiento informado por escrito (Anexo I). Documento del que se firmarán dos copias, una para el investigador y otra para el participante, en la que se detalla cual es el objetivo del estudio y como serán utilizados los datos por ellos proporcionados.

La información será obtenida a través de entrevistas en profundidad con los participantes del estudio. Las entrevistas tendrán un enfoque fenomenológico, serán abiertas, con una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora con cada participante.

Y ya que el objetivo es que el enfermero proporcione toda la información que él considere necesaria para el desarrollo de la investigación, no se seguirá un formato determinado en la entrevista. Sin embargo se tendrán en cuenta algunas líneas orientadoras para el inicio de la misma acerca del concepto de muerte digna, su

aplicación en la práctica clínica, las impresiones que todo ello suscita en el entrevistado, etc.

La información proporcionada por los participantes del estudio será grabada en forma de audio, para luego proceder a su transcripción y correspondiente análisis e interpretación. Una vez realizada la transcripción, se procederá a la destrucción de estas cintas.

Método estadístico

Al ser un estudio de tipo cualitativo se utilizará la fenomenología para interpretar el fenómeno investigado. Consiste en buscar la esencia, el significado de la realidad experimentada por los sujetos de estudio, en pro de entender cuál es su percepción respecto a la muerte digna y su aplicación en la práctica clínica.

Esta trayectoria fenomenológica comprende tres momentos: descripción, reducción y comprensión.

La descripción comprende a su vez tres elementos: percepción, conciencia y sujeto. Se recolectarán las frases o expresiones manifestadas por los sujetos de estudio en cuanto a su percepción del concepto de muerte digna y su aplicación en la práctica clínica.

La reducción fenomenológica ó variación imaginativa, proclama determinar y seleccionar que partes de la descripción realizada por los enfermeros y enfermeras es esencial. Se hará recolectando y transcribiendo oraciones y ponderándolas sobre la conversación y extrayendo su esencia.

La comprensión fenomenológica, por último, permitirá especificar cuál es el significado de lo esencial en la fase descriptiva y en la reduccionista, como una forma de investigar la experiencia. Basándose en la esencia del discurso de los enfermeras y enfermeros, serán organizados e interpretados los datos, haciendo una síntesis sobre el concepto de muerte digna, percepción sobre este y su aplicación en la práctica clínica.

Finalmente realizaremos un análisis nomotético, que será elaborado tras concluir los análisis individuales de todos y cada uno de los discursos, desarrollando así un análisis de lo general con el objetivo de buscar las generalidades – que no generalizaciones - sobre la percepción enfermera ante la muerte digna y su aplicación en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario Mosby Pocket de medicina enfermería y ciencias de la salud, 6ª ed. Barcelona: Harcourt, 2003.
2. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Art 7.2.
3. Pagola JA. Hacia una muerte más digna. San Sebastian: Idatz Argitalpenak; 2001. p.7.
4. Volker D. A dignified death. Texas: Universidad de Texas; 2008. Disponible en: <http://www.utexas.edu/research/features/story.php?item=2874>.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Aries P. La muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara; 1982.
- Arregui JV. El horrore de morir: el valor de la muerte en la vida humana. Barcelona: Tibidabo Ediciones; 1992.
- Becker E. La negación de la muerte. Barcelona: Kairós; 2003.
- Bowker J. Los significados de la muerte. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- Cobo Medina C. Los tópicos de la muerte. La gran negación. Madrid: Ediciones Libertarias; 2000.
- Critchley S. El libro de los filósofos muertos. Madrid: Taurus; 2008.
- Do Prado ML, De Souza ML. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- Doorenbos AZ, Wilson SA, Coenen A, Borse N. Morir con dignidad: fenómeno y acciones de las enfermeras en la India. Intern Nurs Rev Esp. 2006; 53 (1): 29-35.
- Consejo Europeo de Órganos Reguladores de Enfermería (FEPI). Código ético y deontológico de la Enfermería Europea. Paestum, Mayo 2007.

Gabriel Vásquez X, Gómez Gude JJ, Vilela García D, Torres Queiruga A, Pérez Sánchez E, et al. La muerte digna, diez reflexiones sobre la eutanasia. A Coruña: Espiral Maior; 2007.

García-Sabell, D. Paseo alrededor de la muerte. Madrid: Alianza Editorial; 1999.

Kübler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo; 1989.

Pagola JA. Hacia una muerte más digna. San Sebastián: Idatz Argitalpenak; 2002.

Peinado, JV. Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica. Madrid: San Pablo; 1995.

Scheler M. Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro; 2001.

Thévoz M, Jaccard R. Manifiesto por una muerte digna. Barcelona: Kairós; 1993.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de Posición del CIE sobre la Función de la Enfermera que Dispensa Cuidados a los Pacientes Moribundos y a sus Familiares. Biblioteca Las Casas, 2006; 2 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0161.php>.

Volker D. A Dignified Death, Nursing researcher examines what people want to control as end of life unfold. The University of Texas at Austin. June 2008. Disponible en: <http://www.utexas.edu/research/features/story.php?item=2874>.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Titulo del estudio

“Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: Una percepción enfermera”.

Objetivo

Conocer cuál es la percepción enfermera respecto a la muerte digna y su aplicación en la práctica clínica.

Descripción

Hoy en día, nuestra población española envejece cada día más. La medicina, la enfermería y el conjunto de las ciencias de la salud han avanzado tanto que es posible retrasar la muerte de manera considerable y, debido a ello, cada día muere más gente en los hospitales, si no es que exclusivamente en ellos. Este espacio constituye, pues, nuestro ámbito de trabajo por ser enfermeras y enfermeros.

A su vez somos los que mayor tiempo compartimos con el enfermo y sobre los cuales, además de muchas otras responsabilidades, recae también la de proporcionar una muerte digna al paciente moribundo. Razones que han motivado el desarrollo de este estudio, que pretende obtener una visión general de la percepción enfermera en relación a la muerte digna y su aplicación en la práctica clínica.

Es una investigación de tipo cualitativo, en el que la información será recolectada a través de entrevistas que serán grabadas, para su posterior transcripción y destrucción una vez extraídos los datos.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D. /Dña....., mayor de edad y con DNI nº....., manifiesto que:

1. He leído la hoja informativa que precede a este consentimiento.
2. He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
3. He recibido respuestas satisfactorias.
4. He recibido suficiente información en relación al estudio .
5. He hablado con el Investigador Don Rafael Ángel Lletget Aguilar.
6. Entiendo que la participación es voluntaria.
7. Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
 - Sin que tenga que dar explicaciones.
 - Sin que ello afecte en manera alguna.
8. También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:
- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.
 - Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria de la información para la investigación de la que se me ha informado, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación titulado “Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: una percepción enfermera”, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre de la enfermera/o:

DNI/Pasaporte:

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador: Rafael A. Lletget Aguilar

DNI:

Firma:

Fecha:

Doctorando por la Universidad Complutense de Madrid en el programa de Doctorado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Fecha:
Dirección de contacto del Investigador:
Teléfono:

NOTAS:

Recibido: 26 noviembre 2009.
Aceptado: 5 enero 2010.