



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

“El papel de enfermería en el duelo de familiares de pacientes terminales. Revisión bibliográfica”

Estudiante: Mónica Martín Rodríguez

Tutelado por: Montserrat Ballesteros García

Soria, 7 de julio de 2017

“El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estás cansado, comer cuando tienes hambre, estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera en que la naturales sana un corazón roto”.

Dou Manning “No me quites mi duelo”

RESUMEN

Introducción: La muerte es el fin de la vida. Los cuidadores pasan por un proceso para superar dicha pérdida, llamado duelo, donde van pasando por diferentes fases y manifestaciones. La cultura y espiritualidad de cada uno influye en la evolución del duelo. El personal de enfermería puede dar apoyo y comunicación para su superación, evitando su desviación de la normalidad.

Objetivos: Conocer el significado del duelo y los aspectos más relevantes de este proceso. Explicar las diferentes actuaciones de enfermería con los cuidadores antes y después del fallecimiento del paciente terminal.

Metodología: Revisión bibliográfica (desde noviembre de 2016 hasta junio de 2017). Para la realización de este trabajo se utiliza diferentes libros, motor de búsqueda (Google académico), biblioteca virtual (Scielo España), portal bibliográfico (Dialnet) y por último, se consultaron las bases de datos Cuiden Plus y MedLine a través de Pubmed.

Resultados y discusión: El personal de enfermería juega un rol fundamental tanto antes del fallecimiento del paciente terminal cuidando del cuidador como después del fallecimiento ayudando a pasar por las diferentes tareas del duelo, pudiendo prevenir patologías posteriores derivadas de un duelo patológico. Dentro del campo de la enfermería estos artículos todavía son limitados, a pesar del papel imprescindible que los enfermeros pueden llevar a cabo durante el proceso de duelo.

Conclusiones: El duelo es un proceso normal que es necesario pasar para la aceptación del fallecimiento del ser querido. Enfermería ayuda a superar este proceso a través de apoyo y comunicación. Para ello es necesario conocimientos previos.

Palabras clave: Enfermería (Nursing), Duelo (Bereavement/Grief), Cuidados paliativos (Palliative Care) y Cuidadores (Carevigers).

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Cuidados paliativos y enfermedad terminal	3
1.2 Cuidador principal	3
1.3 Últimos días: Agonía.....	4
1.4 El duelo.....	5
1.4.1 Definición duelo normal.....	5
1. 4.2. Fases del duelo	5
1. 4.3 Manifestaciones del duelo	6
1. 4.4 Duelo patológico	7
1.5 Multiculturalidad y Espiritualidad	9
1.5.1 Cultura islámica	9
1.5.2 Cultura hebrea.....	9
1.5.3 Cultura cristiana	10
1.5.4 Ateísmo	11
1.5.5 Espiritualidad.....	11
1. 6. Actuación de enfermería.....	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. COMPETENCIAS	14
3.1 Competencias transversales.....	14
3.2 Competencias específicas	14
4. OBJETIVOS	14
4.1 Generales	14
4.2 Específicos	14
5. METODOLOGÍA.....	15
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	17
6.1 Actuación de enfermería.....	17
7. CONCLUSIONES.....	22
8. BIBLIOGRAFÍA	23



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Manifestaciones normales del duelo.....	6
Tabla 2. Factores de riesgo del duelo patológico.....	8
Tabla 3. Criterios de inclusión y de exclusión.....	15
Tabla 4. Artículos encontrados e incluidos.....	16



1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centra en el contexto de cuidados paliativos donde los familiares/cuidadores van a transitar por un duelo anticipado y un duelo *post mortem* ya que su ser querido tiene una enfermedad terminal. La actuación de enfermería es clave para superar dicho proceso debidamente. Por lo que es necesario conocer estos términos que se explicarán a lo largo de la introducción.

1.1 Cuidados paliativos y enfermedad terminal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como el «enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales». La OMS también define la enfermedad terminal como “aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable generalmente inferior a seis meses; es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento físico y psicológico en la familia y el paciente”¹.

El paciente sufre un cambio total de su vida ante el diagnóstico de una enfermedad terminal. Actualmente, existe cura para ciertos tumores pero para otros no. Tampoco existe cura para ciertas enfermedades neuromusculares (como esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica) por lo que crea miedo y angustia, tanto para el paciente como para los familiares, disminuyendo su calidad de vida.

1.2 Cuidador principal

Dentro de la tarea de cuidar de un enfermo siempre existe una figura principal. Es la que se conoce como cuidador principal. Se define como “la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia”².



Según Masterson et al.³ el cuidador principal suele ser el cónyuge del paciente. Según Luxardo et al.⁴ un 40% son los cónyuges, 34% los hijos y 24% otros familiares, con una media de edad de 58 años (38-88 años). Según Bravo⁵, el 75% son mujeres, predominando familiares directos con una edad media entre 50-65 años.

El continuo cuidado puede crear una gran angustia y depresión, conduciendo a patologías tanto físicas (problemas de salud) como psicológicas (aislamiento social). El duelo en los familiares/cuidadores suele ser tratado después del fallecimiento del paciente, pero se ha podido demostrar que el cuidado continuo del duelo, es decir, comenzar antes de la muerte del ser querido, reduce estas probabilidades de patología. El dolor anticipado ayuda a resolver conflictos y a reducir el apego durante el proceso de enfermedad ante la muerte inminente³.

1.3 Últimos días: Agonía

Se puede definir la agonía como “el periodo de tiempo que precede a la muerte”⁶. Las manifestaciones que el paciente puede experimentar durante esta situación son las siguientes⁶:

1. Deterioro progresivo evidente del estado físico
2. Disminución del nivel de conciencia (somnia)lencia)
3. Pérdida del tono muscular que deriva en debilidad extrema
4. Incontinencia mixta, anuria
5. Dificultad para la ingesta de alimentos
6. Síndrome confusional con agitación y delirio
7. Fiebre
8. Exacerbación de síntomas previamente controlados
9. Respiración húmeda y ruidosa: estertores
10. Alteración constantes vitales
11. Livideces en la piel, labios cianóticos, etc.⁶

Durante el proceso de la agonía, los familiares/cuidadores ante la incertidumbre de cómo ocurrirá la muerte o cómo actuar en estas situaciones pueden llegar al proceso de claudicación familiar. El cual consiste en “la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente”⁶.

1.4 El duelo

1.4.1 Definición duelo normal

La palabra "duelo" proviene del término latino "dolus" que significa dolor. Definiéndolo como "proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida". La duración es muy variable, considerando dicho proceso normal entre 1-2 años⁷.

También se puede definir como "el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarramiento y de desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida". Se sabe que el familiar ha superado el duelo cuando recupera el sueño y el apetito, puede expresar sentimientos verbalmente, aumenta su autoestima y su significado a la vida⁸.

En los cuidados paliativos, los familiares/cuidadores van a experimentar también el duelo anticipado. Es el duelo expresado con anterioridad a la pérdida donde el doliente es capaz de anticipar la pérdida que ocurrirá inevitablemente en un tiempo corto, pudiendo adaptarse a lo que va a suceder. La diferencia con el duelo *post mortem* es el mantenimiento de la esperanza. Ocurre en tres fases⁹:

- Cuando se conoce el diagnóstico de la enfermedad aparecen sentimientos de incredulidad, rabia, ira.
- Se intenta buscar alternativas, evitando así la realidad.
- A medida que avanza la enfermedad, la familia va aceptando la realidad, asumiendo la soledad y adaptándose a la vida real.

Según Moon¹⁰, experimentar el duelo anticipado mejora el duelo *post mortem*. Sin embargo, si no se experimenta puede ser un factor de riesgo para su posterior lucha tras el fallecimiento del ser querido, produciendo un duelo angustioso durante años. Por lo que se debe considerar, desde el diagnóstico de la enfermedad un duelo continuo para así minimizar las complicaciones de dicho desafío.

1.4.2. Fases del duelo

Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, durante el duelo se pasan por cinco fases. No siempre es necesario pasar por este orden ni pasar por todas, pudiendo saltarse alguna. Sin embargo, la finalidad del duelo siempre es la misma: aceptar la muerte de su ser querido¹¹.



1. Negación: rechazo de la realidad, niega que su ser querido ha fallecido.
2. Enojo, ira: cuando la persona sale del shock inicial aparece la ira. Esta ira va dirigida tanto al ser fallecido como a ellos mismos, amigos, familiares...
3. Negociación: esta etapa suele ser breve, pudiendo suceder antes del fallecimiento de la persona (sobre todo en pacientes terminales) o después de su fallecimiento. La persona intenta hacer un trato con Dios u otro poder superior divino referente a un cambio de su vida a cambio de su ser querido.
4. Depresión: en esta etapa empieza a aceptar la realidad por lo que le abruma sentimientos de tristeza, miedo...
5. Aceptación: en esta última etapa el doliente acepta la realidad. No significa que olvide a su ser querido, si no que ha aprendido a vivir sin esa persona; rehaciendo y volviendo a sus rutinas¹¹.

Son muchos autores que han hablado sobre las fases del duelo pero actualmente se describen tres, siguiendo las directrices de la psicóloga Kübler-Ross¹²:

1. Etapa del Shock o choque: se produce un bloqueo mental. Si se ha pasado por un duelo anticipado la persona está preparada para esta situación. Las manifestaciones típicas son llanto, nudo en la garganta, disfagia, dolor torácico, náuseas, temblor, alteraciones en el ritmo cardiaco. Suele durar 14 días.
2. Preocupación respecto al fallecido: la persona es consciente de la pérdida provocando un gran sufrimiento y depresión. Manifestaciones como insomnio, fatiga, anorexia, crisis de llanto las cuales disminuyen con el paso del tiempo. Suele durar 6-12 meses.
3. Resolución: aparece de nuevo la esperanza, la reconciliación con la realidad. Al año la persona es capaz de reorganizar su vida¹².

1. 4.3 Manifestaciones del duelo

Este proceso se manifiesta por unas amplias y variadas conductas y sentimientos, las cuales se consideran normales. Estas manifestaciones no están presentes en todas las personas, se nombran a continuación las más frecuentes¹³:

Tabla 1: Manifestaciones normales del duelo (Lacasta et al.¹³ 2014)

COGNITIVAS	AFECTIVAS
Incredulidad/irrealidad	Impotencia/indefensión
Confusión	Insensibilidad
Alucinaciones visuales y/o auditivas	Anhelos



fugaces y breves Dificultades de atención, concentración y memoria Preocupación, pensamientos e imágenes recurrentes Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos Distorsiones cognitivas Revisión de aspectos religiosos	Tristeza, apatía, abatimiento, angustia, ansiedad, hostilidad Ira, frustración y enfado Culpa y auto-reproche Soledad, abandono, emancipación y/o alivio Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual
FISIOLÓGICAS	CONDUCTUALES
Aumento de la morbi-mortalidad Vacío en el estómago y/o boca seca Opresión tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones Dolor de cabeza Falta de energía/debilidad Alteraciones del sueño y/o la alimentación	Conducta distraída Aislamiento social Llorar y/o suspirar Llevar o atesorar objetos Visitar lugares que frecuentaba el fallecido Llamar y/o hablar del difunto o con él Hiper-hipoactividad Descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria

1. 4.4 Duelo patológico

El personal de enfermería no trata como tal el duelo patológico, pero es capaz de prevenirlo y detectarlo precozmente. Para ello debe conocer los factores de riesgo¹² y los diferentes duelos patológicos⁹:

- Duelo congelado o retardado (inhibido o pospuesto): Se manifiesta en aquellas personas que parecen tener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. En las fases iniciales del duelo no manifiestan afectación o dolor por el fallecido prolongándose una dificultad en la expresión de sus emociones.
- Duelo crónico: El superviviente vive en un constante dolor. El duelo puede durar varios años, siendo absorbido por constantes recuerdos del fallecido. Además no es capaz de rehacer su vida ni reinsertarse en la sociedad de nuevo, ya que considera una ofensa a su ser querido volver a la normalidad.
- Duelo exagerado o eufórico: este duelo se puede expresar de diferentes maneras. El doliente manifiesta una intensa reacción emocional o niega la realidad expresando que la persona fallecida aún sigue viva o reconoce la muerte de su ser querido pero en beneficio de él.
- Duelo enmascarado: la persona somatiza su dolor a través de diferentes disfunciones orgánicas acudiendo frecuentemente al médico, sin relacionar estas manifestaciones con la reciente pérdida.



- Duelo ambiguo: el deudo percibe a la persona como presente físicamente pero ausente psicológicamente. Suele ocurrir cuando el ser querido se encuentra en estado vegetativo persistente (demencias severas, daño cerebral)⁹.

Tabla 2: Factores de riesgo del duelo patológico (Gil Juliá et al.¹⁴ 2008)

FACTORES DE RIESGO	
Personales	Juventud o ancianidad del doliente, problemas de salud física y/o mental previos, duelos anteriores no resueltos, inhabilidad para afrontar el estrés, reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas, valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
Relacionales	Pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia, dependencia del superviviente respecto del fallecido, relación conflictiva o ambivalente con hostilidad no expresada.
Circunstanciales	Juventud del fallecido, pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, incierta y/o múltiple, muertes estigmatizadas, recuerdos dolorosos del proceso.
Sociales	Nivel socioeconómico bajo, percepción negativa o falta de apoyo sociofamiliar, responsabilidad de hijos pequeños, otros factores.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) clasifica el duelo complicado en 4 criterios¹⁵:

Criterio A. Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte

Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

- 1.- Pensamientos intrusivos –que entran en la mente sin control- acerca del fallecido.
- 2.- Añoranza –recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido.
- 3.- Búsqueda –aun sabiendo que está muerto- del fallecido.
- 4.- Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.

Criterio B. Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte

Presentar, cada día o en grado acusado y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

- 1.- Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.
- 2.- Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.



- 3.- Dificultad para aceptar la realidad de la muerte.
- 4.- Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.
- 5.- Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
- 6.- Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
- 7.- Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con el fallecimiento.
- 8.- Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

Criterio C: cronología

La duración del trastorno –los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses

Criterio D: deterioro

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

1.5 Multiculturalidad y Espiritualidad

La cultura y la espiritualidad influyen en la evolución del duelo. El aumento del movimiento migratorio ha hecho que los profesionales sanitarios se encuentren con personas en el hospital de otras creencias religiosas, por lo que es necesario conocer dichos términos. Los ritos funerarios de las diferentes culturas y creencias permiten acompañar, dar apoyo social, despedirse y dar sentido a la vida y a la muerte.

1.5.1 Cultura islámica

Creer en la vida como la preparación de la muerte, considerando ambas sagradas. Cuando muere el paciente, los musulmanes realizan cuatro rituales *post mortem*. Dos de sus familiares lavan el cuerpo, con su cuerpo en dirección a la Meca. A continuación cubren el cuerpo con una tela blanca (Kafan), rezan y le entierran el mismo día que ha fallecido. Ya que creen en vida después de la muerte no lo consideran como una mala experiencia. En el duelo de los familiares pueden expresar compasión y tristeza pero no lamentaciones¹⁶.

1.5.2 Cultura hebrea

Tienen intenso amor por la vida aunque también tienen gran respeto ante la muerte. Las personas afectadas ante la muerte del ser querido son el padre, la madre, la hija, el hijo, la hermana y el cónyuge (llamados ONEN), los cuales son eximidos de las



obligaciones religiosas para realizar los arreglos funerarios. Una vez que la persona ha muerto ponen una luz o vela en la cabecera del paciente, es tapada y nunca le dejan solo. Se delega el arreglo del muerto a una institución piadosa que se encarga del rito del lavado, del rito de purificación, de la “vestición” del cadáver y del enterramiento (donde el Ramadán recita salmos). El entierro debe ser bajo tierra, no se puede incinerar. El duelo es llevado a cabo por los ONEN. Según esta cultura se pasa por tres fases –shivá, shloshim y avelut-. La última fase solo se pasa si el fallecido es la madre o el padre¹⁷.

- Shivá: Dura siete días después del fallecimiento. La familia se reúne en la casa del fallecido (descalzos, sin comer carne ni vino). Llanto y recuerdo.
- Shloshim: Dura 30 días. Retoman las actividades normales aunque no deben cortarse el pelo ni asistir a fiestas.
- Avelut: Dura hasta los 12 meses (aniversario del fallecimiento)¹⁷

1.5.3 Cultura cristiana

Creen en la resurrección (como lo hizo Dios en Jesucristo).

1.5.3.1 Iglesia Cristiana

Desde el momento que la persona fallece no le dejan solo, aunque no hay ningún rito específico. Se llama a la funeraria, donde se suele exhibir hasta el día siguiente. En estos momentos los familiares, amigos se despiden del fallecido y dan condolencias a los familiares. Se realiza un servicio religioso y junto a la tumba otro, donde pueden llevar flores y recuerdos. En el duelo se visten de negro aunque actualmente no es tan rigurosa la vestimenta¹⁸.

1.5.3.2 Iglesia evangélica o protestante

Cuando la persona fallece, se despiden a través de textos y promesas de Dios sobre la vida eterna. En el cementerio o tanatorio realizan una misa¹⁹.

1.5.3.3 Iglesia Ortodoxa

El cuerpo en el féretro se deja abierto (orientado al este u oeste), es besado por sus familiares y amigos. Después lo cierran y lo dirigen al cementerio donde es enterrado. El tercer, noveno y cuadragésimo día después del fallecimiento se pronuncian unos ruegos de intercesión –*Panikidia*-, repetidos en el aniversario del fallecimiento acompañado de comidas²⁰.



1.5.4 Ateísmo

No creen en ningún Dios. Para ellos, la muerte es el final de la vida. Ya que se crea de forma individual, no hay establecidos ni prácticas ni ritos homogéneos. A su muerte no quieren prácticas religiosas ni oraciones; el funeral se hace un acto de despedida (con flores y objetos significativos para él). Pudiendo ser enterrados o incinerados, aunque la mayoría prefieren ser incinerados porque el cuerpo se transforma en materia inerte, con la finalidad de descomponerse²¹.

1.5.5 Espiritualidad

Este concepto forma parte de la dimensión humana de la persona, pero rara vez se trata, ya sea porque no es detectado por los profesionales de la salud o porque se confunde los términos con la religión. Pueden servir como recursos terapéuticos potenciales, por lo que los enfermeros deben detectar, analizar y tratar dichas necesidades espirituales. Podemos definir las necesidades espirituales como “la búsqueda personal, que se caracteriza por un sentimiento de integración con la vida y el mundo, que se desarrolla para entender la existencia humana, su significado desde la individualidad, y la relación con lo sagrado o trascendente; que puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de una comunidad”²¹.

La necesidad espiritual ya la describió Cicely Saunders en los años 80 “.... Pero lo espiritual con seguridad abarca mucho más que eso. Es todo el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida”²³.

1. 6. Actuación de enfermería

El personal de enfermería forma parte de un equipo multidisciplinar, donde realiza diferentes intervenciones con los familiares/cuidadores antes, durante y después del duelo. Enfermería debe conocer los términos de este proceso para poder actuar.

Antes del duelo ayuda a despedirse del enfermero y cuida al cuidador/a a través de la promoción de la salud y fomento del autocuidado. Es muy importante explicar los síntomas de sobrecarga del cuidador para evitar la claudicación familiar, ya que esto puede influir en la posterior evolución del duelo. Durante la agonía del paciente, el personal de enfermería interviene tanto en el paciente como en los cuidadores, ya que produce una gran ansiedad y temor, puede disminuir estos sentimientos anticipando esta situación (explicando las manifestaciones típicas y cómo pueden ayudar a su ser querido en sus últimos días). Una vez que el paciente fallece, comienza el duelo en los familiares/cuidadores por lo que enfermería debe seguir interviniendo a través del apoyo



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Soria



y ayudar a pasar por las diferentes tareas para superar la pérdida. Después del duelo puede mantener el contacto, manteniendo la puerta abierta para la comunicación e indicando su disponibilidad.

Durante toda la intervención los enfermeros deben tener unas adecuadas habilidades de comunicación para informar, ayudar y apoyar.



2. JUSTIFICACIÓN

En los hospitales se observa como son ingresados en las diferentes plantas pacientes terminales (cáncer y otras enfermedades) recibiendo cuidados curativos y no paliativos; se conoce que son enfermedades, hoy en día, imposibles de curar. En algunos de los casos, se descuida a la familia, por lo que es importante saber que tanto el paciente como la familia/cuidadores van a sufrir un duelo anticipado tras conocer el pronóstico de la enfermedad, siendo necesario también intervenir en ella para evitar que derive en un duelo patológico tras el fallecimiento de su ser querido.

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la importancia del papel que juega enfermería con los cuidadores/familiares de una persona con enfermedad terminal. Por lo que a lo largo del trabajo, conoceremos qué es el duelo, sus fases y manifestaciones así como la actuación del profesional de enfermería en estas situaciones.

3. COMPETENCIAS

Las competencias que se quieren alcanzar con este trabajo son las siguientes.

3.1 Competencias transversales:

- C T 2 Capacidad para aplicar el razonamiento crítico
- C T 3 Capacidad de análisis y síntesis
- C T 6 Capacidad para reconocer la diversidad y la multiculturalidad
- C T 7 Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
- C T 17 Capacidad para usar adecuadamente medios informáticos y nuevas tecnologías

3.2 Competencias específicas:

Capacidad de integrar las competencias adquiridas en las materias que componen el Plan de Estudios del Título de grado en Enfermería en el diseño, planificación, presentación y defensa de la resolución de un problema o situación de salud determinada

4. OBJETIVOS

4.1 Generales:

- Exponer el significado del duelo normal, sus fases y manifestaciones
- Justificar la importancia del duelo anticipado en los cuidados paliativos para su posterior evolución del duelo normal
- Diferenciar el duelo normal del duelo patológico
- Explicar el duelo en las diferentes religiones

4.2 Específicos:

- Describir el papel de enfermería con los familiares/cuidadores antes del fallecimiento del paciente terminal
- Describir el papel de enfermería con los familiares/cuidadores después del fallecimiento del paciente terminal
- Detallar las tareas que deben realizar los familiares/cuidadores para superar el proceso del duelo
- Especificar las habilidades comunicativas necesarias de enfermería para utilizar durante el proceso del duelo

5. METODOLOGÍA

El presente Trabajo Fin de Grado corresponde a una revisión bibliográfica de tipo narrativo, que dio comienzo en noviembre de 2016 y finalizó en junio de 2017. En ella se recogió toda la información necesaria para la realización de este trabajo de investigación.

El trabajo comenzó con una búsqueda de diferentes artículos y libros, con los criterios de inclusión y exclusión se seleccionó los artículos pertinentes para su posterior análisis y síntesis de esta revisión bibliográfica.

- Para la elaboración de la introducción, resultados y discusión se consultaron diferentes libros de la Universidad de Valladolid (Campus Valladolid y Soria) con un total de siete utilizando tres capítulos del mismo libro y dos capítulos de otro libro, motor de búsqueda (Google académico), biblioteca virtual (Scielo España), portal bibliográfico (Dialnet) y por último, se consultaron las bases de datos Cuiden Plus y MedLine a través de Pubmed.
- Las palabras clave utilizada en esta búsqueda han sido: “Enfermería” (“Nursing”), “Duelo” (“Bereavement/Grief”), “Cuidados Paliativos” (“Palliative Care”) y “Cuidadores” (“Carevigers”) junto a dos operadores booleanos (AND, OR).
- Los criterios de inclusión y de exclusión se explican en la tabla.

Tabla 2: criterios de inclusión y de exclusión (elaboración propia)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los idiomas • Introducción: artículos sobre el duelo y/o cuidados paliativos en adultos • Discusión: artículos sobre enfermería en el duelo • Artículos entre 2007-2017 • Textos completos 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción: artículos con contenido diferente al duelo o cuidados paliativos en adultos • Discusión: artículos que no mencionen a enfermería en el duelo • Artículos anteriores a 2007 • Artículos repetidos

- Los artículos incluidos han sido en base a los objetivos marcados al comienzo del trabajo para su posterior análisis e inclusión. Google académico ha servido

para buscar las diferentes guías sobre cuidados paliativos (total cuatro), dos artículos sobre la religión (total dos) y definiciones (total una).

Tabla 3: artículos encontrados e incluidos (elaboración propia)

Palabras clave	Buscador	Artículos encontrados	Artículos incluidos
Bereavement/Grief-Palliative Care	Scielo	3/13	3
	Dialnet	7/17	7
	Cuiden Plus	3/4	0
	Pubmed-Mdline	118/51	2
Bereavement/Grief-Nursing	Scielo	1/19	0
	Dialnet	8/11	0
	Cuiden Plus	7/0	0
	Pubmed-Mdline	110/61	0
Bereavement/Grief-Carevigers	Scielo	0/0	0
	Dialnet	0/0	0
	Cuiden Plus	0/0	0
	Pubmed-Mdline	104/49	0
Nursing- Carevigers	Scielo	0	0
	Dialnet	0	0
	Cuiden Plus	0	0
	Pubmed-Mdline	1067	0
Nursing-Palliative Care	Scielo	132	0
	Dialnet	75	0
	Cuiden Plus	174	0
	Pubmed-Mdline	752	0
Palliative Care-Carevigers	Scielo	0	0
	Dialnet	0	0
	Cuiden Plus	0	0
	Pubmed-Mdline	419	0
TOTAL		2980/2844	12

- Hay dos libros incluidos que son anteriores al año 2007, pero su contenido es absolutamente necesario para la explicación de este trabajo. Los cuales son de la autora Küber- Ross (pionera de la explicación de las fases del duelo normal) y Saunders (pionera de los cuidados paliativos).



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Actuación de enfermería

Según el Consejo Internacional de Enfermeros (CIE), enfermería es responsable de promover la salud, evitar enfermedades, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento. Además se entiende como cuidado la capacidad de asistir, guardar, conservar o preocuparse por algo o alguien.

En las enfermedades terminales el duelo comienza antes del fallecimiento, ya que el paciente tiene un límite de vida menor a 6 meses de vida, “por esto hay que mantener la puerta abierta para la comunicación en todo momento y seguir la evolución del paciente y cuidadores”. Es importante tener en cuenta que no solo el paciente necesita cuidados, sino que el cuidador/a requiere apoyo en el llamado “acompañamiento del duelo”, donde tendrá que planificar el futuro y prepararse para la normalidad tras el fallecimiento de su ser querido. Por esto, es fundamental saber que los profesionales no solo cuidan al enfermo, sino también al contexto que lo rodea y especialmente a la familia/cuidadores. Esta ayuda no finaliza con el fallecimiento, sino que se alarga en el tiempo. Los enfermeros deben mantener el contacto y “cuidar del cuidador” para prevenir un duelo patológico, y en caso de que aparezca, poder derivar el caso a otros especialistas lo antes posible²⁴.

Hay que tener en cuenta que los síntomas de los familiares/cuidadores son menos visibles que la de los pacientes. Por lo que el personal de enfermería debe darse cuenta sobre preocupaciones o miedos, siendo necesario en cada visita estar un rato con ellos para escuchar activamente, explicar las causas de los síntomas por los que pasan los cuidadores y establecer objetivos terapéuticos pudiendo prevenir el duelo patológico²⁵.

Cuando el personal de enfermería se enfrenta a una de estas situaciones comienza realizando una valoración del duelo, el cual va estar enfocado a un plan de cuidados de calidad²⁵:

1. Recogida de datos generales: edad, nombre del fallecido y doliente, fecha del fallecimiento, etc.
2. Datos sociofamiliares: genograma, relaciones familiares, problemas de trabajo, familia, amigos, etc.
3. Antecedentes personales: problemas psicofísicos, problemas de trabajo, familia, amigos, etc.



4. Entrevista clínica utilizando habilidades comunicacionales: empatía, respeto, no elaborar juicios de valor, escucha activa, utilizar facilitadores para la comunicación (preguntas abiertas, baja reactividad, silencios), normalizar la situación, informar, orientar y dar recomendaciones.

Antes del fallecimiento, el objetivo de enfermería es cuidar y ayudar a despedirse del enfermo. Las intervenciones para conseguir este objetivo son²⁶:

- El control de los síntomas para que los cuidadores tengan un buen recuerdo de su ser querido
- Informar sobre el plan de cuidados
- Implicar al mayor número de familiares en el cuidado del enfermo (evita la culpa y facilita las reconciliaciones)
- Estimular la comunicación entre el enfermo y la familia
- Preparar a la familia para la fase de la agonía resolviendo sus dudas, anticipar esta situación hablando sobre las manifestaciones típicas, facilitar las despedidas⁵
- Recomendar que asistan al funeral toda la familia (conciencia de lo ocurrido)²⁵

Se encarga de “cuidar al cuidador” utilizando estrategias para la promoción de la salud y fomentando el autocuidado. Para ello se guía de los siguientes puntos²⁷:

- Para cuidar el cuidador/a tiene que cuidarse
- El cuidador/a tendrá que conocer la enfermedad de su ser querido y conocer la disponibilidad de los diferentes recursos
- Deberá organizar la vida cotidiana contando con otros miembros de la familia
- Dejará un espacio diario para sí mismo: relaciones, aficiones...
- Deberá cuidar de su propia salud: comer, dormir, adoptar posturas correctas para la movilización de su ser querido, usar ayudas técnicas...
- Mejorará la relación y la comunicación con su ser querido. También tendrá que tener paciencia, respeto, sentido del humor y fomentar la independencia pero sin ser demasiado exigente
- Será capaz de identificar las situaciones que le causen más estrés, para buscar soluciones razonables
- Afrontará las reacciones emocionales que se experimentan, aceptándolas como normales. Para ello debe ser realista, reforzar los sentimientos positivos y comentar con otra persona los negativos

- Conocerá los síntomas que puedan significar el inicio del síndrome de sobrecarga del cuidador; como pueden ser: cefalea, falta de interés por sí mismo, aislamiento familiar y social, fragilidad emocional, necesidad de utilización psicofármacos, alcohol o sustancias adictivas²⁶

Tras el fallecimiento, la mejor ayuda es la presencia y la escucha del equipo multidisciplinar²⁸:

- Animar a que expresen su dolor, su pena, su ira
- Reforzarles y desculpabilizarles agradeciendo su colaboración
- Consolarles
- Hablar sobre las circunstancias en que se produjo la muerte (¿asistió al entierro?, ¿y al funeral?, ¿cómo se sintió?, ¿estaba presente en su muerte?),
- Invitar a programar nuevas consultas
- Informar de la evolución del duelo²⁷

Las teorías del duelo han ido evolucionando, surgiendo así la realización de las tareas convirtiendo al doliente participativo en su propio proceso (coincidiendo cada tarea con una fase del proceso). Se describen cuatro, siendo necesario cumplir cada una para pasar a la siguiente. Enfermería puede ayudar a pasar por estas²⁸:

1. Aceptar la realidad de la pérdida. Tanto intelectualmente como emocionalmente, la persona está muerta y no volverá. Ayuda a realizar esta tarea hablar sobre el fallecido, ver su cuerpo sin vida, realizar rituales como acudir al funeral.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Es necesario reconocer, expresar y exteriorizar el dolor verbalizándolo o a través del llanto. Se conoce que la lágrima tiene una endorfina (leucina-enkefalina) sintiendo un alivio después de llorar.
3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Ejercer nuevos roles, asumir los roles de su ser querido muerto donde deberán desarrollar nuevas habilidades que hasta ese momento no tenían. Para el doliente es valioso hablar de su ser querido, recordarle a través de conversaciones.
4. Recolocarse emocionalmente al fallecido y seguir viviendo. Deben encontrar un nuevo lugar para su fallecido, sin olvidarse de él, pero debe permitirles seguir viviendo eficazmente en el mundo.

El mejor recurso que puede utilizar el profesional sanitario en un momento tan duro para los familiares/cuidadores como la muerte de su ser querido es la escucha



activa, y evitar las actitudes consoladoras, de consejo o evaluadoras. Evitando frases que se repiten con frecuencia, y que sin embargo no ayudan en absoluto y sería mejor no decirlas²⁹.

- El tiempo lo cura todo
- A él/ella no le gustaría que sufrieras
- No lo pienses, que es peor
- Hay que ser fuerte
- Si no lo superas, no dejas descansar al fallecido
- Los que estamos aquí necesitamos que estés bien²⁸

El personal de enfermería para intervenir de forma adecuada durante todo el proceso de duelo debe tener unas buenas habilidades básicas de comunicación. Se entiende como comunicación “el proceso mediante el cual se comparte información y se intercambian emociones y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales”. La comunicación es un beneficio terapéutico²⁸. Dichas habilidades se explican a continuación³⁰:

- Competencias socioemocionales. Los profesionales deben tener habilidades sociales y emocionales para poder ofrecer seguridad, respeto y disponibilidad para escuchar.
- Escucha activa: necesaria para captar los verdaderos mensajes que envía la otra persona. Junto con esta es necesario confirmar que estamos escuchando al cuidador (reformulando sus palabras, señales de atención...) y el uso del silencio.
- Empatía: comprender a la persona. Para ello es necesario: habilidad de escucha, para reconocer e identificar emociones, imaginar cómo se puede sentir, comprender su experiencia sin juzgar, transmitir nuestra percepción desde su vivencia.
- Asertividad: ser claro, honesto y directo en la comunicación y respetuoso³⁰

El duelo si no se afronta debidamente puede derivar en un duelo patológico o complicado. Los enfermeros pueden prevenirlo²⁵:

1. Comenzar la intervención desde el momento que se conoce la pérdida (valoración, del paciente y cuidador)
2. Aplicación de cuidados paliativos de forma adecuada antes de la muerte y apoyo a la familia en la fase inicial



3. Tras la fase de duelo agudo, hacer un seguimiento y apoyo psicoemocional, programando visitas frecuentes e incluyendo llamadas telefónicas.

En este trabajo se han tomado como referencia los textos de Lacasta et al.⁷ y Echeburúa et al.⁸ en los que han descrito el duelo. Cada uno destaca diferentes aspectos del duelo, pero todos coinciden en el fin último: es un proceso que debe pasar la persona que ha perdido a un ser querido. Los trabajos de Masterson et al.³ y de Luxandro et al.⁴ indican que los cuidadores principales priman los cónyuges del paciente. Bravo⁵ indica la frecuencia de la imagen de la mujer como cuidador principal.

Este proceso de forma teórica parece fácil reconocerlo no así en la práctica. Por ejemplo, las fases pueden no seguir el orden cronológico habitual o mostrar unas mismas manifestaciones. Los autores López et al.²⁶ y Ferré et al.²⁷ se centran más en el cuidado del familiar y/o cuidador antes del fallecimiento, mientras que Oviedo et al.²⁸ se centran más en las tareas a realizar después del fallecimiento.

Los teóricos plantean realidades limitadas a un proceso pero el ser humano es un conjunto integral, como decía Virginia Henderson “la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial”. Esta idea también afecta a la misma psique. Y es que en toda persona convergen moral, espiritualidad y la cultura, lo que hace siempre la vivencia de la muerte de una forma diferente y personal. Esta idea ya la puso de manifiesto en la década de los 80, Saunders²³: “...Pero lo espiritual con seguridad abarca mucho más que eso. Es todo el campo del pensamiento que concierne a los valores morales a lo largo de toda la vida”.

Sánchez et al.³¹ afirmaban que la intervención de enfermería produce una reducción de la ansiedad y miedo ante la muerte de los familiares mejorando su calidad de vida. Aunque las actuaciones se describen en diferentes artículos, hay poca investigación sobre si son eficaces las intervenciones de enfermería durante este proceso.

Finalmente, se quiere destacar que existe poca documentación sobre el campo de enfermería en el duelo, en comparación con el campo psicológico o médico; aunque sí se menciona con frecuencia su importante papel en el cuidado del cuidador. Dado que esta figura lleva consigo el duelo, sería conveniente que en futuros estudios se investigase más sobre lo que puede aportar el campo de enfermería en el duelo.

7. CONCLUSIONES

- Todas las personas a lo largo de su vida van a pasar, al menos, por un duelo ante la pérdida de un ser querido. Es un proceso normal y saludable ya que permite superar la pérdida.
- En algunos casos se puede convertir en algo patológico. Recibir asesoramiento y ayuda por parte del profesional sanitario puede evitar esta desviación.
- En el caso de los profesionales de enfermería destaca su papel de apoyo y comunicación con los cuidadores de enfermos terminales. Debe haber un contacto frecuente entre ellos, desarrollando un vínculo entre profesionales-cuidadores-paciente por lo que la intervención se puede realizar antes, durante y después del duelo.
- El propio doliente debe llevar a cabo diferentes tareas para superar correctamente el duelo: 1) Aceptar la realidad de la pérdida. 2) Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. 3) Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. 4) Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.
- Para poder hablar correctamente del duelo, es muy importante que los enfermeros posean conocimientos previos sobre este proceso (concepto, fases, manifestaciones).
- La muerte es una vivencia influenciada por la cultura y la espiritualidad. La forma de vivirla y afrontarla varía mucho dependiendo de la religión que siga tanto el enfermo como la familia. Conocer los rituales de las grandes culturas ayuda a comprender mejor a la persona, familia y/o cuidadores.
- Existen pocos trabajos de investigación sobre la eficacia de las intervenciones de enfermería durante el proceso de duelo.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [citado 7-1-2017]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Expósito Concepción Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Revista habanera de ciencias médicas [Internet]. 2008 [citado 11-6-2017]; 7(3): 1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004
3. P. Masterson M, E. Hurley K, Zaider T y W Kissane D. Toward a model of continuous care: a necessity for caregiving partners. Palliat Support Care [Internet]. 2016 [citado 10-6-2017]; 13 (5): 1459-1467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Toward+a+model+of+continuous+care%3A+a+necessity+for+caregiving+partners.+Palliat+Support+Care>
4. Luxardo N, Tripodoro V, Funes M, Berenguer C, Nastasi R y Veloso V. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos. Medicina [Internet]. 2009 [citado 4-1-2017]; 69: 519-525. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002576802009000600005
5. Bravo Turpin S. Apoyo psicosocial y acompañamiento a la familia. Objetivos e intervenciones de enfermería. En: García González A. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. P. 63-75.
6. Pérez Cano I y Jiménez Sánchez R. Cuidados Paliativos en los últimos días de vida. En: García González A. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. P. 247-259.
7. Lacasta Reverte, MA y García Rodríguez ED. El duelo en los cuidados paliativos. SECPAL [Internet]. 2014 [citado 10-03-2017]. Disponible en: <http://www.secpal.com/EL-DUELO-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS>
8. Echeburúa E y Herrán Boix A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? Análisis y Modificación de Conducta [Internet]. 2007 [citado 23-12-2016]; 33(147): 31-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388069>
9. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An. Sist. Sanit Navar [internet]. 2007 [citado 13-2-2017]; 30 (3): 163-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
10. Moon P. Anticipatory Grief: a mere concept? American Journal of hospice y palliative medicine [Internet]. 2016 [citado 22-06-2017]; 33 (5): 417- 420. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=anticipatory+grief+a+mere+concept>
11. Küber- Ross E. On death and dying. Estados Unidos: collier paperbacks; 1970.
12. Muñoz Domínguez M. El proceso de duelo. En: Sánchez Manzanera R. Cuidados paliativos: avances sin final. Jaén: Formación Alcalá; 2011. P: 511-528.



13. Lacasta Reverte MA, Sanz Llorente B, Soler Saíz C, Yelamos Agua C, de Quadras Roca S y González del Castillo A. Atención al duelo en cuidados paliativos: guía clínica y protocolo de actuación. Monografías SECPAL [Internet]. 2014 [citado 24-05-2017]; 2 (5): 1-64.
14. Gil-Juliá B, Bellver A y Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología [Internet]. 2008 [citado 14-06-2017]; 5 (1): 103-116. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2648989>
15. Asociación estadounidense de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Estados Unidos: Panamericana; 2013.
16. Garzón Borgoñoz L y Guillaumet Olives M. El final de vida en la cultura islámica. Metas de Enfermería [Internet]. 2014 [citado 16-2-2017]; 17(9): 21-25. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80660/>
17. Yoffe L. Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, religiosos o laicos. Av. Psicología [Internet]. 2014 [citado 13-2-2017]; 22(2): 145-163. Disponible en: http://www.academia.edu/9837643/Rituales_funerarios_y_de_duelo_colectivos_y_privados_religiosos_o_laicos
18. Palmero R, Fernandez A y Sobrevia X. Iglesia católica. En: Sobrevia X y Torradeflot F. Atención religiosa al final de la vida. Barcelona: Obra Social “la caixa”; 2013. P 19-35.
19. Blázquez M y Rodríguez Ramos D. Iglesias cristianas evangélicas o protestantes. En: Sobrevia X y Torradeflot F. Atención religiosa al final de la vida. Barcelona: Obra Social “la caixa”; 2013. P. 37-47.
20. Joan García A, Timoteo Lauren O y Aurel Bunda A. Iglesia católica ortodoxa. En: Sobrevia X y Torradeflot F. Atención religiosa al final de la vida. Barcelona: Obra Social “la caixa”; 2013. P 109-119.
21. Carles Marset J. Ateísmo. En: Sobrevia X y Torradeflot F. Atención religiosa al final de la vida. Barcelona: Obra Social “la caixa”; 2013. P 195-202.
22. Sandoval Guzmán P E, Rangel Domínguez N E, Allende Pérez S R y Ascencio huertas L. Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos, un estudio descriptivo. Psicooncología [Internet]. 2014 [citado 25-02-2017]; 11 (2-3): 333-344. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4925152>
23. Saunders, C. Spiritual Pain. Journal of Palliative Care; 1988.
24. Astudillo W, Mendinueta C y Granja P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. Psicooncología [Internet]. 2008 [citado 23-12-2016]; 5 (2-3): 359-381. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2873902>
25. López Morales M y Medina Eusebio C. Atención familiar en cuidados paliativos y el duelo. En: Martínez Cruz MB, Monleón Lanchas M, Carretero Lanchas y García-Baquero Merino MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier; 2012. P. 189-201.
26. López de Ayala García C, Galea Martín T y Campos Méndez R. Guía clínica: seguimiento del duelo en cuidados paliativos. Extremadura: Observatorio regional de cuidados paliativos de Extremadura; 2010. P. 3-42.
27. Ferré Grau C, Rodero Sánchez V, Cid Buera D, Vives Relats C y Aparicio Casals MR. Guía de cuidados de enfermería: cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.



28. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM y Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería global [Internet]. 2009 [citado 11-6-2017]; 15: 1-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2858647>
29. Ramírez M. Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos. Ciencia y Cuidado [Internet]. 2007 [citado 26-12-2016]; 4 (4): 36-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534040>
30. Aradilla Herrero a y Tomás Sábado J. La comunicación en cuidados paliativos. En: En: García González A. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. P. 25-34.
31. Sánchez Guio T, Becerril Ramírez N y Delgado Sevilla D. Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza. Revista científica de Enfermería [Internet]. 2016 [citado 10-6-2017]; 11: 1-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5750575>