

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
GUANTANAMO

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

Lic. Juana Garbey Calzado¹, Lic. Caridad Franklin Santell¹, Lic. Catalina Serrano Durán¹, Lic. Clara Mireya Jarrosay Speck², Dra. Nereida Rivera Castañeda³, Dra. Lisandra Francis Jarrosay⁴, Lic. Norma Luisa Mendoza Fonseca.¹

RESUMEN

Los cuidados paliativos son las acciones para el bienestar y confort practicados en las personas con enfermedades crónicas al final de la vida, con el objetivo de suprimir los síntomas penosos de la enfermedad. La enfermera en su práctica diaria se enfrenta con el dolor, el sufrimiento, los trastornos psicosociales y la muerte, constituyendo un verdadero reto ante este problema social, pues los enfermos, familiares y cuidadores, demandan esmerada atención de profundo contenido humano y alto nivel científico. Por la importancia social de este tema y considerando la necesidad de preservar la dignidad humana y el mejoramiento de la calidad de vida, es nuestro objetivo profundizar en el conocimiento de éstos para que nos permita una mejor preparación para hablar con el paciente moribundo, dar apoyo a la familia y soportar el estrés que supone en nosotros mismos.

Palabras clave: CUIDADOS PALIATIVOS/ ética: ENFERMO TERMINAL/ psicología; CALIDAD DE VIDA/ psicología; DERECHO A MORIR; RELACIONES ENFERMERO-PACIENTE; ATENCION DE ENFERMERIA.

INTRODUCCION

La conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y el establecimiento de la salud están íntimamente relacionados con la profesión de Enfermería. La muerte es un tema que suele evitarse, incluso cuando es inminente, suele

¹ *Licenciada en Enfermería. Asistente.*

² *Licenciada en Enfermería. Profesor Auxiliar.*

³ *Especialista de I Grado en Farmacología. Asistente.*

⁴ *Residente en Endocrinología.*

negarse; no obstante, es raro que ocurra sin la presencia de una enfermera en salas de hospitales o comunidad.

En la actualidad, debido a los avances de la tecnología médica y sus investigaciones, entre otras cosas, la esperanza de vida que ha aumentado a más de 75 años, ha conllevado a un aumento también de las enfermedades crónicas. Le hemos ganado la batalla a numerosas enfermedades que antiguamente se consideraban incurables y hoy por hoy se han erradicado o son totalmente curables. Por el contrario, aparecen nuevas enfermedades, que hasta el momento solo podemos "controlar", gracias al esfuerzo de muchos investigadores, pero que aún no podemos curar.

Esto nos lleva a ver a pacientes con enfermedades incurables o terminales dentro del quehacer diario de las unidades de hospitalización, tenemos que lidiar todos los días con el dolor, el sufrimiento, los problemas psicosociales y la muerte de los enfermos. Y nos preguntamos, ¿estamos preparados para soportar estas situaciones para las cuales no nos han preparado durante nuestros estudios de enfermería? ¿Estamos preparados para enfrentarnos a la muerte cara a cara en nuestro trabajo diario? ¿Estamos preparados para hablar con un paciente agonizante? ¿Estamos preparados para dar apoyo a la familia del enfermo moribundo? ¿Estamos preparados para soportar nosotros mismos el estrés que supone tratar con estos pacientes y sus familias? ... si analizamos medianamente estas interrogantes sin lugar a dudas podemos aseverar que necesitamos empoderarnos de determinadas cualidades, valores o cambios en el comportamiento.³ para dar respuesta a este problema social

Por su importancia que reviste para el profesional de enfermería el manejo de esta temática para una mejor competencia, motivación y elevada sensibilidad humana en el desempeño, es nuestro objetivo general profundizar en los cuidados paliativos mediante el cumplimiento de los objetivos específicos siguientes explicar los cuidados con el enfermo terminal, con el familiar o cuidador, destacar la comunicación y la claudicación familiar.

DESARROLLO

En 1967, Cecily Sanders enfermera inglesa devenida mas tarde en trabajadora social y posteriormente medico, sentó las bases de lo que actualmente conocemos como Cuidados Paliativos/Medicina Paliativa. Tradicionalmente los cuidados paliativos como acciones dependiente e

independiente del tratamiento paliativo se define como aquellos que son practicados con las personas al final de la vida, con el objetivo de ofrecerle soporte para que puedan vivir su última etapa lo más confortablemente posible cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo y que intenta controlar no solo el dolor y otros síntomas molestos sino fundamentalmente el sufrimiento que encierra el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco alargarla inútilmente y de una forma cruel. Cuando las terapias ya no ofrecen los beneficios deseados o cuando los efectos adversos, debidos al tratamiento, superan los propios beneficios, nos encontramos ante una de las etapas más difíciles en el tratamiento y es cuando hay que pasar del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo.^{1, 2}

En la práctica decimos que un paciente está en fase Terminal: cuando estamos en presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, o falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico: es muy importante en este punto haber agotado todos los recursos terapéuticos disponibles en la actualidad.

Gran impacto emocional ocurre en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte: la familia del enfermo tiene un doble papel en los Cuidados Paliativos de dadora y receptora de cuidados y como dadora de cuidados esta debe ser parte del equipo, por lo que será necesario formarla y educarla, ya que tiene una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo, al disminuir de una forma importante el impacto emocional. Como receptora de cuidados, se le debe administrar un apoyo práctico y emocional a los familiares, así como ayudar durante el duelo, para prevenir el duelo patológico, esto se hará de forma periódica, ya que se puede modificar bruscamente en función de la situación del enfermo. Por lo que respecta al equipo terapéutico, auto prepararse frente a la tensión que supone el contacto permanente con la muerte.

Una buena manera es la comunicación entre todos los elementos del equipo y una rigurosa. Formación humanista ante un Pronóstico de vida inferior a 6 meses. ^{1,2,3}

El dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial. El dolor es una experiencia personal, multidimensional, subjetiva, compleja y única para cada enfermo al

decir desagradable se incluyen un conjunto de sentimientos entre los que destacamos el sufrimiento, la ansiedad, la depresión, y experiencia subjetiva que integra una serie de pensamientos, sensaciones y conductas que modulan el dolor, es un síntoma frecuente en los enfermos terminales, sobre todo, con neoplasias, y su prevalencia aumenta a medida que progresa la enfermedad.

El 60-80 % de los pacientes tienen dolor de moderado a severo y el 35% tienen dolor de grave a muy grave en las etapas finales de las enfermedades frecuente en neoplasias óseas tendiendo a disminuir en leucemias. Es un factor que afecta a la calidad de vida del paciente 6

Según diversos estudios epidemiológicos, solo la mitad de los pacientes terminales con dolor, reciben el tratamiento adecuado, lo que ocasiona que el 25-30 % de ellos mueren con dolor. Esto nos demuestra cada vez mas la valía de los cuidados paliativos y la imperiosa necesidad que los enfermeros concientisemos su importancia y adecuada aplicación, utilizando la empatía en cada actuación, en cada momento, a cada hora y en cada minuto al lado del enfermo Terminal y su familia 6.

Atención al paciente en fase terminal

1. Apoyo Psicológico y comunicación con el paciente y la familia.
2. Cuidados con la higiene
3. Cuidados con la piel
4. Alimentación
5. Alivio del dolor
6. Eliminación
7. Confort y seguridad

CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES EN ESTADIO TERMINAL

1. Apoyo Psicológico y comunicación con el paciente y la familia:

a)- Comunicación adecuada y fluida.

Con el paciente: No engañarlo ni crearle falsas esperanzas, pero sí mitigar su miedo

Con la familia: Respetar los mecanismos de negación. Actitud de escucha activa.

2- Cuidados con la higiene:

a)- Aseo Bucal

b)- Baño diario

- c)- Limpieza de los ojos
- d)- Aseo de genitales
- e)- Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)

3- Cuidados con la Piel:

- a)- Mantener sábanas limpias y estiradas.
- b)- Baño de aseo diario sin soluciones y cada vez que sea necesario
- c)- Aplicar cremas corporales (grasas u oleosas) haciendo énfasis en las áreas de apoyo.
- d)- Dar masajes en las zonas de riesgo.
- e)- Detectar tempranamente la aparición de lesiones de úlcera por presión.
- f)- Evitar polvos de talco aplicados directamente sobre la piel.
- g)- Realizar cambios de posición cada una o dos horas.
- h)- Aumentar la hidratación oral.
- i)- Colocar rodillos en zonas de prominencias óseas.
- j)- No dar masajes sobre las zonas enrojecidas

4- Alimentación:

- a)- Estimular y controlar la ingestión de los nutrientes necesarios diariamente.
- b)- Enseñar al familiar de cómo presentar los alimentos al paciente.
- c)- Recomendar ingesta en pequeñas cantidades pero de forma frecuente.
- d)- Adiestrar al familiar en la técnica de alimentación parenteral al alta del paciente (si necesario)
- e)- Administrar líquidos para evitar deshidratación y estreñimiento.
- f)- Estimular en todo momento el acto de la alimentación mediante conversaciones agradables.

5- Alivio del dolor:

- a)- Apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento.
- b)- Administrar el medicamento indicado para el alivio del dolor.
- c)- Observar reacciones adversas de las drogas administradas y control estricto de estas.
- d)- Cambios frecuentes de posición que alivien el dolor.

6- Eliminación:

- a)- Conectar sonda vesical intermitente o permanente si necesario.
- b)- Observar características de la orina y cuantificar en cada turno.
- c)- Observar características de las heces fecales (sangramiento etc.).
- d)- Movilizar al paciente si el estado físico lo permite.

7- Confort y Seguridad:

- a)- Favorecer ambiente adecuado: Aislar al paciente en casos necesarios, evitar ruidos, respetar horarios de descanso.
- b)- Establecer prioridades en el tratamiento del paciente.
- c)- Proteger al paciente de lesiones y caídas (barandas, fijaciones, eliminación de obstáculos).
- d)- Enseñar al paciente y familia de los cuidados para evitar infecciones sobreañadidas.

Tener el mayor cuidado posible a la hora de realizar maniobras con el enfermo: baño, cambios posturales.

1. Si es posible, el colchón que sea blando o antiescaras, ya que suelen presentar úlceras por presión, debido a la pérdida de grasa corporal
2. Si tiene dificultades o problemas con la dentadura, se le dará dieta blanda
3. La medida más importante es el consuelo, la compañía, la comprensión, la presencia física, intentando que el paciente no pierda o recupere su autoestima

ATENCION A LOS FAMILIARES O CUIDADORES

Los familiares ante la enfermedad terminal de un ser querido, situación altamente estresante, han de hacer frente a dos cuestiones:

- Satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente.
- Tratar de mantener el funcionamiento familiar con la máxima normalidad posible.

Por esto, los familiares se convierten en un elemento clave, ya que su participación activa durante todo el proceso de adaptación a las nuevas condiciones vitales, determinarán el ajuste y la aceptación de la pérdida del paciente.

La implicación de los familiares en los cuidados del enfermo es decisiva y fundamental, ya que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo al lado del paciente, ya sea en el hospital o en su hogar. Además, serán el principal punto de apoyo a la hora de paliar los efectos de las pérdidas de funciones, de imagen, físicas..., que se pueden estar produciendo en el paciente. La familia se convierte en el principal punto de apoyo emocional y de cuidados del paciente, siendo muy difícil sustituirla.

Por todo esto y para poder llevar a cabo con éxito el papel que tiene ante esta situación, ha de participar en la elaboración de objetivos terapéuticos y sentirse integrada a la hora de la toma de decisiones, todo ello junto con el paciente y el equipo terapéutico.

LA COMUNICACION

El proceso comunicativo ayuda a reducir el sufrimiento de las familias y va a permitir acercarnos a ellas y contribuir a su bienestar, ya que la comunicación juega un papel fundamental en la calidad de vida de los enfermos y familiares en particular.

En estos casos la comunicación aparece como el vehículo de transmisión del apoyo social y del apoyo emocional hacia el paciente y familia, ya que es un elemento facilitador y esencial del afrontamiento de esta ante la enfermedad, además de reducir la percepción de incertidumbre, ayudando a reducir la ansiedad.

Por todo esto, es fundamental que en cuidados paliativos tengamos conocimientos y habilidades de comunicación, tener capacidad para resolver problemas y para afrontar el estrés del trabajo diario. Un profesional que no tenga habilidades para comunicarse con el paciente, le será muy difícil ayudar a este en la etapa final de su vida.

Dentro de la comunicación tenemos el lenguaje no verbal, que es el lenguaje del cuerpo que se emite consciente o inconscientemente y representa el 93% de la comunicación.

Dentro de este tipo de lenguaje los principales tipos son:

- Posición del cuerpo de pie o sentado: en el caso de los enfermos terminales, la mejor posición es sentado, indica proximidad y el mismo nivel en la comunicación.
- Lugar de la comunicación: en privado o en los pasillos. En los hospitales existe una falta de privacidad, por lo que un lugar privado permitirá al paciente y a la familia sentirse más cómodos.
- Atención y escucha: ya que no es lo mismo oír que escuchar, y la escucha debe ser activa.
- **El tiempo** que se dedica al lenguaje y comunicación: es imprescindible.

- **Contacto físico:** el contacto físico con el paciente indica proximidad y **confianza** dedicar tiempo a los pacientes y familiares, para conseguir una relación de confianza y de un apoyo mutuo.
- **Actitud:** esta debe ser siempre positiva, pero también siempre realista. cuando esto es recíproco, permite transmitir el mensaje de alivio a o quien está en medio de la duda, la soledad y el miedo. Si es en una sola dirección esto refleja status y poder.
- **Contacto ocular:** hay que tener en cuenta que este tipo de contacto puede ser:

Fija: se centra en los ojos e indica frialdad o agresividad.

Evasiva: elude los ojos e indica miedo o timidez.

Triangular: recoge la cara, los ojos, la nariz, es la más natural y expresiva.

* **La expresión facial:** expresa seis emociones: alegría, tristeza, miedo, sorpresa, ira y asco o desprecio. Muestra la actitud o estado emocional de la persona. La sonrisa es importante, acoge, invita y abre canales de comunicación.

* **Gestos y posturas corporales:** el movimiento repetitivo muestra nerviosismo e impaciencia, y los brazos cruzados pueden indicar desconfianza y alejamiento.

- **Tono de voz: debe ser flexible.**

- **Modo de andar:** refleja la autoconfianza, estado de ánimo y serenidad.

***Proximidad y orientación:** esto varía según la confianza y el grado de intimidad. El acercamiento debe ser progresivo y mutuo, y combinarse con el aumento de la intimidad y la confianza entre los elementos de comunicación.

***Apariencia y aspecto físico:** la apariencia cuidada y aseada da confianza y tranquilidad al receptor y emisor.

Para una correcta relación entre cualquier miembro del equipo terapéutico y el enfermo se necesitan habilidades de comunicación:

- Escucha activa
- Empatía
- Evitar paternalismo y excesiva emoción

- Evaluar el grado de información que se le debe dar
- Identificar lo que sabe, quiere saber y le preocupa

Hay que tener en cuenta que la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al estado de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la información y seguridad que el enfermo necesita. También permite la coordinación efectiva entre el equipo terapéutico, el paciente y la familia. Además de que una buena comunicación en el equipo terapéutico reduce el estrés generado de la propia actividad asistencial.

Una parte importante de la comunicación es la comunicación con la familia ya que esta necesita comunicarse y para ello se le debe facilitar un clima afectivo y de confianza en el que puedan compartir la información con el enfermo, por lo tanto, hay que enseñar a la familia a escuchar activamente, con el contacto físico, con la mirada, a no negar la realidad ni ocultarla al paciente. Además es necesario que se comuniquen con el equipo terapéutico, para conocer y entender el proceso propio de la enfermedad (síntomas, tratamientos) y para expresar sus temores y miedos. Deben tener el apoyo del equipo terapéutico y tenerlos en cuenta a la hora de la toma de decisiones. Se les debe instruir en el cuidado del paciente para que se sientan útiles.

El trabajo de la enfermería será comprenderlos y acercarlos al enfermo, en facilitarles ayuda y educarlos, proporcionándoles apoyo emocional.

CLAUDICACION FAMILIAR

Algunas familias, ante una enfermedad terminal de un miembro integrante de la misma, se encuentran bajo mucha tensión y se sienten incapaces de poder llevar a cabo las demandas del paciente, tanto emocionales como físicas, dejando todo a cargo del equipo terapéutico.

“la incapacidad de los miembros de una familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente se define como claudicación familiar 5. Esta se refleja en la dificultad de mantener una comunicación positiva con el paciente, sus familiares y el equipo e cuidados. No todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez; unos pueden responder con un nivel deficiente y ser compensados por otros que se mantienen fuertes y bien orientados. Cuando todos en su conjunto son incapaces de dar una respuesta adecuada, estamos ante una crisis de

claudicación familiar. Esta puede reducirse a un episodio momentáneo, temporal o definitivo, manifestándose por el abandono del paciente”.

Existen diferentes tipos de claudicación familiar, clasificándolos en:

1.- Según el momento de aparición:

- Claudicación precoz: generalmente por una información dada que produce un fuerte impacto psicoemocional, lo que da lugar a una respuesta negativa de la realidad. En este caso no se siguen las indicaciones ni tratamientos del médico y se desatiende al paciente.
- Claudicación tardía: generalmente aparece por el agotamiento de los miembros de la familia, a la hora de cuidar al paciente para evitar el deterioro paulatino que se genera. Sucede con la aparición de nuevos síntomas y agravamiento del estado del enfermo, disminuyendo la capacidad de respuesta de los cuidadores.
- Claudicación episódica: generalmente, por la aparición súbita de un síntoma que no se preveía o alarmante, así como el fallecimiento antes del plazo marcado^{12, 13 14}.

2.- Según la duración:

- Claudicación accidental: suele suceder cuando aparece un incidente, pero se soluciona, un error en algún dato referido al paciente, que después de su aclaración los cuidadores se tranquilizan y siguen manteniendo unos buenos cuidados.
- Claudicación temporal: normalmente se produce en las distintas fases de la enfermedad por las que pasa el enfermo que se soluciona cuando la familia acepta la nueva situación y tiene que reajustar los papeles de los miembros de la familia. Este es el caso de las secuelas de la radioterapia y quimioterapia, sobre todo por la afectación de la imagen corporal.
- Claudicación permanente: esta es la más grave, ya que los episodios siguen unos a otros y se vive en una constante incertidumbre. Aparecen pérdidas de comunicación, aislamiento social, miedo de hablar sobre lo que le pasa al paciente, incluso miedo a oírle. En este caso lo mejor es separar al paciente de su entorno familiar y controlar sus síntomas. A continuación apoyar a los miembros del núcleo familiar en los cuidados. Si no hay una intervención adecuada el paciente puede abandonar.^{12, 13}

3.- Según el área a que afecte, emocional, orgánica o social:

- Claudicación simple: es la que afecta a una sola área, generalmente al área emocional. Los cuidadores son incapaces de expresar el sufrimiento

que les produce la enfermedad del paciente, pudiendo dar lugar a bloqueos, olvidos de tratamientos o incapacidad para realizar técnicas sencillas de cuidados y preocupación por otros aspectos sin relación con la enfermedad del paciente, como visitas, encuentros familiares, viajes...

- Claudicación mixta: afecta a más de un área, sobre todo aspectos orgánicos. En el núcleo familiar aparecen enfermedades en cadena y en distintos miembros: accidentes de todo tipo, enfermedades simples se manifiestan con síntomas graves, así como las enfermedades crónicas, existiendo somatizaciones con las molestias del paciente. Esto se debe al agotamiento y tensión en el que se desenvuelven continuamente los cuidadores y a su descuido personal en beneficio del propio paciente.
- Claudicación global: los cuidadores están afectados en todas las áreas: emocional, orgánica y social. Lo más notable es el aislamiento social, así como la gran disminución de las relaciones sociales^{13, 14}.

4.- Según la causa:

- Claudicación directa: debida a la aparición de una enfermedad de pronóstico fatal o el agravamiento brusco de los síntomas, o, incluso, la aparición de síntomas de difícil control.
- Claudicación indirecta: frecuentemente, por motivos distintos a los de la enfermedad: técnica de comunicación del diagnóstico, desplazamientos a otros países, ruina económica, conflictos con el equipo de cuidados...

5.- Según las personas afectadas:

- Claudicación individual: generalmente en los casos de cuidador único.
- Claudicación grupal: en familias grandes, que se turnan según un criterio predeterminado. Cuando parte de la familia cuida al paciente y la otra parte lo hace de forma testimonial e, incluso, con críticas destructivas hacia los cuidados de resto.
- Claudicación global o catastrófica: la que afecta a toda la familia, incluyendo en este caso también al equipo terapéutico. Se produce un estado de caos, falta de consenso en los objetivos, incomunicación con los miembros del equipo, lo que da lugar a una imposibilidad de procurar unos cuidados de calidad y de forma continuada al enfermo.

ACTUACION DE LA ENFERMERIA ANTE LA FAMILIA

Detectar y cubrir las necesidades del paciente y familia.

- Aliviar miedos, amenazas, pérdidas y sobrecargas.
- Información sobre la evolución y tratamiento.
- Manejo y expresión de los propios sentimientos.
- Establecer canales positivos de comunicación entre paciente-familia, paciente-equipo, familia-equipo.
- Educación a la familia sobre cuidados del paciente.
- Potenciar la participación de la familia en los cuidados del enfermo

CONCLUSIONES

En la medida que la sociedad progresa y se incrementa la expectativa de vida, se erradican enfermedades, se aportan nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéutica a enfermedades curables, aparecen otras que solo hasta el momento podemos controlar convirtiéndose en un problema social de importancia vital tanto para el enfermo como el cuidador y sobre todo el personal de Enfermería. En este trabajo arribamos a las siguientes conclusiones se explican los cuidados físicos y emocionales, se destaca la comunicación y la claudicación familiar. Para el paciente terminal este precisa de bienestar y confort, como garantía de dignidad humana y calidad de vida, para el cuidador o familiar un soporte insustituible, para el enfermero su cumplimiento enaltece su formación humanista.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana. 1998.
- 2- Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS. 1999.
- 3- Saunders C. Cuidados de la enfermedad maligna Terminal. Barcelona. Salvad.1988.
- 4- Alvarez T. La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir. Revista Universidad de Antioquia. 2001; (264).
- 5- Gala León FJ. Sobre las concepciones de la muerte. Revista ROL de Enfermería. 1991; (159).
- 6- Organización Mundial de la Salud. Alivio de los síntomas en el enfermo Terminal. Ginebra : OPS; 1999.

- 7- Bruera E. ABC of palliative care: Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ*. 1997; 315: 1219-1222.
- 8- Inui A. Cancer Anorexia-Cachexia Síndrome: Current Issues in Research and Management. *Cáncer J Clin*. 2002. 52(2):72-91
- 9- Baron M, Ordóñez A, Feliu, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Washington : Organización Panamericana de la Salud; 1996.
- 10-Ramírez A, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care: Carers. *BMJ*. 1998; 316:208-211.
- 11-Diez Repolles JL, Santos Amaya IM, Garrido de los S. La atención a los enfermos terminales. Valencia : Tirant lo Blanch; 2000
- 12-Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
- 13-Beck-Friis B, Strang P. The family in hospital-based home care with special reference to terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care*. 1993 ; 9: 1, 5-13.
- 14-Doyle D, Hanks G, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford : University Press; 1993.
- 15-Centeno C. *Introducción a la Medicina Paliativa*. Valladolid : Ediciones de la Junta de Castilla y León; 1998.