

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR COMO INSTRUMENTO BÁSICO EN CUIDADOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Celia Ibáñez*, Reyes Ávila**, María Dolores Gómez* y Rafael Díaz*

* Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de la Poveda (SERMAS)

** Hospital Clínico San Carlos (SERMAS)

Resumen

Se expone el caso de un enfermo diagnosticado de cáncer epidermoide de cabeza cuello, que ingresa en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Virgen de la Poveda para control sintomático y por claudicación familiar ante los cuidados.

El enfermo presenta al ingreso un síndrome confusional agudo (SCA), que cursa con ideas e intentos de fuga; además de otros síntomas cambiantes. En la cuidadora principal se aprecia un proceso de duelo anticipado "desadaptativo", y múltiples sesgos cognitivos y concepciones erróneas sobre el proceso de la enfermedad.

Los objetivos del equipo interdisciplinar se dirigieron al control sintomático, mejora de la comunicación, resolución de duelo anticipado desadaptativo y despedida.

El paciente permaneció ingresado treinta y dos días en nuestro centro, en este tiempo el objetivo de control sintomático se alcanzó en su totalidad, hasta el éxitus. La cuidadora principal consiguió vincularse afectivamente con su esposo. Pudieron despedirse.

Palabras clave: Equipo interdisciplinar, cuidados paliativos, control sintomático, duelo anticipado, culpa desadaptativa, despedida, hemiglosectomía.

Abstract

Describes the case of a patient diagnosed with squamous cell carcinoma of the head neck, which joins the palliative care unit of the Hospital Virgen de la Poveda for symptomatic control and family to care claudication.

The patient presented at admission an acute confusional syndrome, which runs with ideas and attempts to escape, in addition to other symptoms changing. In the primary caregiver there is a grieving process advance "maladjusted" and multiple cognitive biases and misconceptions about the process of the disease.

The objectives of the interdisciplinary team went to symptomatic control, improved communication, maladjusted early resolution of mourning and farewell.

The patient remained joined thirty-two days at our center; this time aimed at symptomatic control was achieved in full, until death. The primary caregiver was emotionally tied to her husband. They were able to say goodbye.

Key words: Interdisciplinary team, palliative care, symptom control, advances mourning, guilt maladjusted, farewell, hemiglosectomía.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad terminal se define como aquella enfermedad avanzada,

progresiva e incurable, en la que existen nulas posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos, con un pronóstico de vida limitado en

Correspondencia:

Celia Ibáñez
Unidad Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de la Poveda (SERMAS)
c/ Hortensia, 6. 28630 Villa del Prado Madrid
E-mail: celia.ibanezpra@salud.madrid.org

el tiempo y en la que están presentes múltiples síntomas (multifactoriales y cambiantes), ocasionando todo ello un gran impacto emocional en el conjunto "enfermo-familia".

Los objetivos fundamentales de los Cuidados Paliativos son:

- Mantener al enfermo confortable y tan libre de síntomas como sea posible.
- Establecer objetivos realistas de tratamiento.
- Proporcionar el cuidado médico como parte de un todo (concepto actual).
- Ofrecer diálogo, comunicación y ayuda.
- Intentar satisfacer las necesidades psicológicas y espirituales del enfermo.
- Apoyar a la familia para mejorar la relación y disminuir la sobrecarga.

Para poder abordar adecuadamente estas situaciones, se precisa la valoración integral de las mismas, en todos sus aspectos (físico, psíquico, emocional, social, espiritual), atendiendo siempre a las necesidades del propio enfermo así como de la familia (cuidador principal). Para ello, el instrumento básico necesario es el equipo interdisciplinar⁽¹⁾, compuesto por distintos profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, asesor espiritual, trabajador social, etc.), cada uno de los cuales tienen unos objetivos específicos pero integrados en un plan de actuación global.

Con el objetivo de reflejar esta forma de trabajo, a continuación se presenta el caso clínico de un hombre de 53 años, que ingresó en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital Virgen de la Poveda (HVPO), y que consideramos representativo de lo expuesto previamente.

Como antecedentes personales, el enfermo había sido fumador ocasional hasta hace quince años; no hábito enólico. Fue diagnosticado en junio-05 de cáncer epidermoide de cabeza y cuello (Estadio IV-A por afectación axilar, pulmonar, ósea y hepática). Fue intervenido quirúrgicamente, realizándose una hemiglosectomía y vaciamiento cervical funcional bilateral. Recibió tratamiento concomitante con radioterapia y quimioterapia, iniciados en septiembre-05. Posteriormente, continuó seguimiento en consultas externas de Oncología desde enero-06 hasta mayo-06, cuando se objetivó conglomerado adenopático axilar bilateral (recidiva), motivo por el cual, se instauró nuevo tratamiento con quimioterapia paliativa, presentando respuesta parcial (el último ciclo lo recibió el 10-enero-07). Ingresó el 16-1-07 en el Servicio de Oncología del Hospital de referencia por persistencia de dolor lumbosacro intenso y por agresividad y desorientación. En las exploraciones complementarias realizadas, destacaron:

- Hipercalcemia moderada (12 mgr/dl)
- TAC craneal: sin hallazgos
- RNM columna lumbar: progresión ósea (a nivel de la cola caballo, extremidades izquierdas y miembro inferior derecho)
- TAC tóraco-abdominal: progresión adenopatías axilares bilaterales, mediastínicas e hilares; progresión MTX pulmonares y hepáticas.

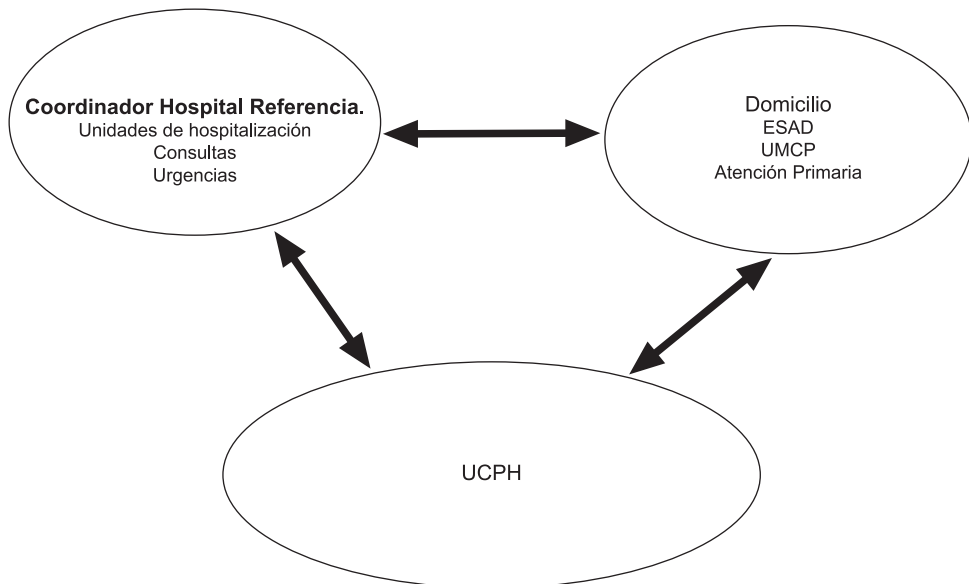
Ante estos hallazgos, se desestimó continuar con quimioterapia paliativa y el plan terapéutico fue continuar con analgésicos de primer escalón (paracetamol) y de tercer escalón (fentanilo transdérmico) añadiendo otros fármacos adyuvantes (que potenciaban el

efecto de los analgésicos pautados), lográndose un buen control sintomático. Sin embargo, de cara al alta hospitalaria, y ante la evidencia de progresión metastásica a todos los niveles afectados, ya no era adecuado ni beneficioso continuar el seguimiento en Consultas Externas de Oncología, por lo que se derivó al Equipo de Atención Domiciliaria de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) para dar continuidad en los cuidados y asegurar la atención necesaria según la evolución que presentase (fecha de derivación 19 enero 2007). Estos equipos de la AECC y otros equipos de atención en domicilio (dependientes de Atención Primaria) llamados ESAD (equipos de soporte de atención domiciliaria), que en la actualidad se han implementado en todas las áreas sanitarias, permiten mantener al enfermo el mayor tiempo posible en su domicilio,

mediante el seguimiento periódico de forma coordinada con el médico de familia. Esa coordinación es extensiva a las UCP hospitalarias específicas para solicitar ingreso en los casos en que sea necesario. De esta manera, lo que se ofrece es una continuidad asistencial coordinada entre los distintos niveles de actuación posibles dependiendo de la situación clínica del enfermo en cada momento (Figura 1).

Aproximadamente a los quince días (8-2-07), desde el Equipo de Atención Domiciliaria de la AECC, se solicita ingreso en la UCP del HVPO por mal control sintomático (clínica compatible con síndrome confusional agudo – SCA y dolor neuropático de difícil control) y claudicación del cuidador principal (esposa), motivos por los cuales, se acepta el ingreso con carácter prioritario para el día siguiente.

Figura 1. **Protocolo de coordinación.**



MÉTODO

La metodología de trabajo en la UCP del HVPO es el resultado de la interacción entre los distintos profesionales que atienden al enfermo. El proceso comienza con la revisión de los informes clínicos previos, para obtener una visión lo más aproximada de la situación actual.

A su llegada se ubica al enfermo en su habitación y se le presenta a los miembros componentes del equipo. Se cuida especialmente la primera toma de contacto con el enfermo, momento de gran importancia, del que va a depender en la mayoría de las ocasiones, la confianza que el enfermo y su familia depositen en el equipo y puede condicionar el desarrollo de los cuidados.

Se continúa con la exploración clínica y las valoraciones psicológica y de enfermería. A partir de las cuales se detectan los problemas sobre los que se planifican tanto los objetivos como las intervenciones, todo ello consensuado con la unidad funcional enfermo-familia-equipo de cuidados. Este proceso, será continuo y dinámico a lo largo de su estancia en el centro y requiere una evaluación y reajuste de objetivos permanentemente, en función de los problemas que se resuelvan, mejoren o aparezcan de nuevo. En función de los problemas que se resuelvan, mejoren o aquellos de nueva aparición, haciendo que los objetivos cambien y con ello las intervenciones que debamos poner en marcha

Al ingreso, en la exploración física destacaban la desorientación témporo-espacial asociada a angustia y agresividad verbal. Presentaba secuelas postquirúrgicas en cavidad oral y en región cervical así como un conglomerado adenopático en región submandibular izquierda, no doloroso ni con complica-

ciones locales agudas. La sintomatología que se objetivó fue: 1. dolor neuropático laterocervical izquierdo, irradiado a MSI, de intensidad leve-moderada; 2. dolor neuropático y óseo en extremidad inferior derecha, muy intenso; 3. parestesias en falanges distales de extremidades superiores; 4. estreñimiento; 5. anorexia; 6. xerostomía; 7. alteración ciclo vigilia-sueño; 8. ansiedad.

Según la escala Palliative Performance Status (PPS), la situación clínica en ese momento correspondía con un 60%. Con un deterioro leve respecto a su situación basal previa (Tabla1) (independiente para las actividades básicas de la vida diaria, manteniendo continencia doble – Índice de Katz → 6⁽³⁾, dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria – Índice Lawton – Brody → 2⁽⁴⁾).

Dado que los cuestionarios tradicionales de calidad de vida, tienen un elevado número de ítems, no son adecuados para la evaluación del sufrimiento, tampoco las escalas de ansiedad o depresión o las escalas de observación basadas en sistemas de respuesta neurofisiológica, conductual y cognitiva, ya que sólo la expresión verbal del enfermo nos podrá transmitir sus motivaciones, miedos y amenazas⁽⁵⁾. En nuestro equipo, dadas las características de este caso, optamos por evaluar el sufrimiento a través de la estimación de percepción subjetiva del paso del tiempo, descrita por el enfermo. Esta técnica, propuesta por Bayés et al. consta únicamente de dos preguntas sencillas, no plantea problemas éticos y ofrece la posibilidad de introducirlas en el contexto clínico habitual⁽⁶⁾.

La evaluación se completó con datos recogidos mediante entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo con el enfermo, la cuidadora principal y conjuntamente con ambos.

Tabla 1. **Escala Palliative Performance Status**⁽²⁾

%	Deambulación	Actividad/Evidencia enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	Normal/No evidencia	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal/Alguna evidencia	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Normal con esfuerzo/ Alguna evidencia	Completo	Normal o reducida	Completo
70	Reducida	Incapacidad laboral/ Alguna evidencia	Completo	Normal o reducida	Completo
60	Reducida	Incapacidad para trabajo doméstico o hobby/enfermedad significativa	Necesita ayuda ocasionalmente	Normal o reducida	Completo o confuso
50	Sillón/ Cama	Incapacidad total/ Enfermedad extensa	Necesita ayuda considerable	Normal o reducida	Completo o confuso
40	Fundamentalmente cama	Idem	Fundamentalmente ayuda	Normal o reducida	Completo o confuso o obnubilado
30	Encamado	Idem	Cuidado total	Reducida	Completo o confuso o obnubilado
20	Idem	Idem	Idem	Mínimos sorbos	Completo o confuso o obnubilado
10	Idem	Idem	Idem	Cuidados boca	Obnubilado o coma
0	Muerte	--	--	--	--

Se emplearon registros de actividad (conductas agresivas, intentos de fuga, insomnio mixto, conductas de la esposa hacia el enfermo) que éstos fueron completados por el equipo de enfermería dentro de los registros que se realizan diariamente en los distintos turnos (mañana, tarde, noche). Dichos registros

facilitaron datos de gran valor para el análisis de las conductas objetivo y para la planificación de la intervención.

La cuidadora principal fue evaluada mediante la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg^(7,8). La puntuación que obtuvo en la subescala de ansiedad fue de 7 puntos, respondiendo de forma

afirmativa a los tres últimos ítems de la subescala. Este dato y los recogidos en entrevistas, nos confirmaban un elevado nivel de ansiedad en la esposa del enfermo. Los datos recogidos en la subescala de depresión no fueron relevantes para el caso, obtuvo una puntuación de 2 (ítems 1 y 5) no relevantes según la citada escala.

La Valoración de Enfermería al ingreso, sigue el modelo de Virginia Henderson, de las necesidades humanas, entendidas éstas como "todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar". Todo ser humano tiene las mismas necesidades aunque cambien las situaciones y el modo de satisfacerlas. Si falta la fuerza o el conocimiento en la persona y no se satisfacen las necesidades, surgen los problemas de salud con situaciones de dependencia, y es donde la enfermería entra a ayudar o suplir a la persona enferma para que las tenga cubiertas⁽⁹⁾.

La herramienta física para valorar esas necesidades (Tabla 2) es un documento donde se plasman los datos biográficos y clínicos del enfermo, así como la sintomatología paliativa presente.

Las necesidades alteradas en el momento del ingreso fueron predominantemente las de alimentación, reposo/sueño, seguridad, comunicación/relación. Dado el estado de agitación que presentaba el enfermo al ingreso, parte de la valoración hubo de realizarse en movimiento, paseando con él.

A pesar de ser independiente para la alimentación, existía anorexia intensa por el dolor que provocaba la tumoración no ulcerada de la región lateral izquierda de la lengua y dificultad de tipo mecánico para la masticación para la masticación y deglución por la hemiglosectomía, con el consiguiente riesgo de atragantamiento. La mucosa oral pre-

sentaba gran acúmulo de secreciones y detritus.

El insomnio de tipo mixto era otro problema relevante, junto con la inversión del ritmo sueño-vigilia, manifestado por exceso de somnolencia diurna.

Presentaba dolor de tipo neuropático en hombro y brazo izquierdo así como en MII, inestabilidad en la marcha que solventa (que solventaba con el uso de un bastón), agresividad en el trato, confusión, conversaciones incoherentes y divagantes.

El enfermo presentaba un discurso emocional con ensalada de palabras y descarrilamientos ocasionales. Ingresó con estado de ánimo triste referido por él y observado por el equipo (decaimiento, llanto motivado por recuerdos, poco interactivo con el personal sanitario...), los afectos son congruentes con el estado emocional. Presenta alteraciones conductuales con episodios de agresividad verbal hacia el equipo, elevados niveles de ansiedad ante los cuidados (higiene, administración de fármacos...), ideas e intentos de fuga. Durante el ingreso, hubo episodios de orientación en los que fue posible valorar con él la necesidad de legado, culpa desadaptativa por no poder seguir cuidando de su esposa e hijo y deseos de planificar el final con los suyos y despedirse de ellos.

El enfermo y su familia habían sido informados por sus diferentes equipos de cuidados de la situación clínica en cada fase de la enfermedad pero él había recibido información directa sobre el pronóstico aunque había hablado de ello con su esposa. Había sido partícipe de todas las decisiones dentro de su proceso oncológico y había buscado información por fuentes externas a sus equipos de cuidados. Estaba satisfecho con la información recibida y deseaba seguir siendo partícipe en las decisio-

Tabla 2. Herramienta física para valorar las necesidades.



CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

Unidad N.º cama Fecha de ingreso Hora Procedencia: Consulta Urgencia Otros

Edad En caso de necesidad avisar a Teléfono/s /

Motivo del ingreso Diagnóstico médico Enfermedades asociadas

Medicación previa al ingreso

ALERGIAS

PRECAUCIONES

VALORACION DE NECESIDADES / NECESIDAD DE AYUDA

- Respiración
- Alimentación
- Eliminación
- Movilización
- Reposo/Sueño
- Higiene/Est. piel
- Vestido
- Temperatura
- Seguridad
- Comunicac./Relac.
- Creencias/Religión
- Aprendizaje
- Autorrealización
- Ocio

Fecha: / / NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA:

ESCALA DE NORTON

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	TOTAL	RIESGO
4. Bueno	4. Consciente	4. Completa	4. Completa	4. Contínente		
3. Suficiente	3. Obnubilado	3. Deambula con ayuda	3. Limitación ligera	3. Incont. ocasional		
2. Malo	2. Agitado	2. Silla de ruedas	2. Limitación importante	2. Incont. urinaria o fecal		
1. Muy malo	1. Inconsciente	1. Encamado	1. Inmóvil	1. Incont. urinaria y fecal		

nes que hubiera que tomar durante la evolución de su enfermedad.

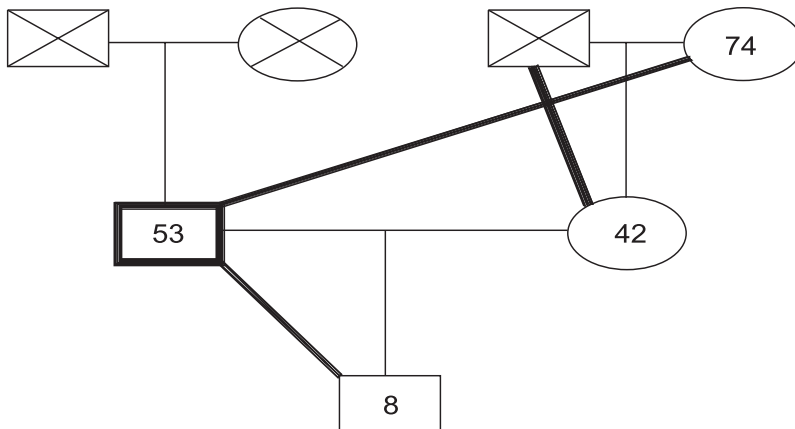
La familia del enfermo estaba compuesta por su esposa, con la que llevaba casado diez años y un hijo en común de ocho años (Figura 2). La esposa (hija única) tenía secuelas físicas secundarias a poliomielitis. Esto produjo una discapacidad crónica que, a su vez, ocasionó una relación de dependencia con sus padres; éstos la sobreprotejeron condicionando sus relaciones sociolaborales.

Con la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, la abuela materna traslada su residencia y pasa a formar parte del núcleo familiar, desempeñando tareas en el hogar y ocupándose de los cuidados del niño, convirtiéndose así en el principal apoyo real de este núcleo familiar.

El nivel sociocultural era medio-alto; ambos desempeñaban trabajos cualificados, él como técnico de salud laboral y ella en la administración de una gran empresa. La situación laboral era de incapacidad laboral absoluta (ILA) para él e incapacidad laboral transitoria (ILT) para ella, teniendo ésta la posibilidad de incorporarse a su trabajo en el momento que lo deseara.

Respecto a la situación de la cuidadora principal, cabe mencionar una relación de dependencia con el enfermo (previa a su enfermedad). Al ingreso podemos decir que presenta como estilo de afrontamiento preocupación ansiosa, factores de riesgo de duelo complicado (un hijo pequeño a su cargo, SCA en domicilio, culpa), creencias irracionales ("sólo le voy a recordar enfermo", "el niño se traumatizará si le ve así"), un estado de claudicación emocional frente a los cuidados y déficit en estrategias para el control conductual (lo que genera en ella impotencia, ira y culpa "está en el hospital porque yo no he sabido cuidarle en casa"). Como recursos personales presenta buen manejo en habilidades sociales, ha mantenido abiertos los canales de comunicación con su esposo hasta el SCA, presenta una disposición favorable al cambio, crea buena relación vincular con el equipo de cuidados, ha superado crisis previas (incluida la muerte de su padre, al que estaba muy unida) y buena adaptación a los nuevos roles que desempeña. Verbalizaba acerca del pronóstico de su esposo sin cambios en la expresión emocional ni alteración del nivel de ansiedad.

Figura 2. **Genograma del caso clínico.**



A lo largo del ingreso, en el equipo sanitario se fueron recogiendo datos tales como: Dejar de llamarle por su apelativo cariñoso y comenzar a llamarle por su nombre (auxiliares de enfermería), dejó de realizar las visitas a solas y éstas cada vez eran más cortas y escasas (enfermería), preocupación excesiva por su esposo; pasaba más tiempo en el control de enfermería (preguntando acerca de los cuidados, la dieta, las curas, etc.), que con su esposo (enfermería), hablaba de él en pasado, ensayaba mentalmente el fallecimiento, intentaba encajar las consecuencias de la muerte incluso adquiriendo nuevos roles. La hipótesis que nos planteábamos se confirma, estaba realizando un proceso de duelo anticipado desadaptativo. Se evaluó con ella esta circunstancia confirmándose que esperaba la muerte de su esposo en un breve periodo de tiempo y que al no acontecer ésta, presentaba dificultades para restablecer los vínculos emocionales con su esposo, así como sentimientos de frustración, angustia, culpa y vergüenza por ello.

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

Durante el proceso de evaluación psicooncológica se detectaron una serie de conductas problema, tanto en la cuidadora principal como en el enfermo, que se describen a continuación.

En el enfermo se objetivaron como problemas:

1. Ideas e intentos de fuga.

A nivel fisiológico se apreciaba un incremento en el grado de ansiedad acompañado de irritabilidad, esta sintomatología se exacerbaba de forma contingente a los controles ejercidos ante los intentos de fuga. A nivel motor, el

enfermo llevaba a cabo conductas de huída del hospital (corría por el jardín hasta la valla exterior del centro hospitalario, se introdujo a escondidas en una ambulancia que se encontraba estacionada en la puerta del hospital, frecuentemente salía de su habitación con sigilo y superado el control de enfermería corría por el pasillo hacia la salida del centro). A nivel cognitivo, las ideas de fuga eran pensamientos automáticos negativos (PAN's) que desarrollaron insomnio de conciliación en la noche y desasosiego durante el día, a parte de los PAN's, presentaba sentimientos de culpa por no estar en casa cuidando de los suyos (creencia disfuncional: "yo soy el único que puede cuidar de ellos y ahora me necesitan") y frustración e ira por no conseguir su objetivo en los sucesivos intentos de fuga.

Como determinantes, encontramos que todas estas conductas estaban precedidas por episodios de desorientación, asociados con pensamientos minimizadores de su situación clínica real y su déficit en el control de sus impulsos de huída. Como consecuentes, recibe un refuerzo positivo al prestarle mayor atención las personas de su entorno, a veces incluso podía encontrar refuerzo positivo en la sensación de bienestar posterior a la toma de la medicación que hacía disminuir su nivel de ansiedad y los PAN's.

2. Conductas agresivas hacia el personal sanitario.

A nivel fisiológico aumentaba la tensión muscular y con ella la dificultad para la comunicación verbal (dificultad generada en origen por la lesión tumoral descrita anteriormente). A nivel motor se manifestaba con agresiones al personal sanitario (patadas, empujones, amenazas con su bastón y movimien-

tos balísticos). A nivel cognitivo refería pensamientos acerca de sus dificultades funcionales, falta de capacidad de control e incertidumbre respecto a los cuidados que iban a realizarle.

Antecediendo a la conducta encontramos periodos de confusión y desorientación que eran coincidentes con la ejecución de los cuidados básicos (higiene en el turno de mañana, comidas, curas de la herida tumoral, administración de la medicación) y dada su dependencia funcional aparecían sentimientos de inutilidad y vulnerabilidad personal que se traducían en ademanes irascibles que iban en aumento ante la intervención del equipo de cuidados en la fase de disparo, desembocando así en las citadas agresiones.

3. Sentimiento de culpa.

Aparecía en el enfermo en los periodos de clara conciencia o de menor confusión. A nivel fisiológico se reflejaba con llanto, mayor sensación de fatiga y clara percepción de malestar. A nivel motor, aparecían conductas de evitación social, eludía el contacto con el equipo de cuidados así como con el resto de enfermos e incluso con su propia familia. A nivel cognitivo la culpa se desencadenaba porque vivía su situación de dependencia funcional como una carga más para su familia, porque no cumplía su mandato subliminal de género ("los maridos tienen que cuidar siempre de sus esposas y educar a sus hijos") y porque vivía como muy desagradables las conductas disruptivas que manifestaba en los periodos de desorientación y que dirigía hacia nosotros y hacia su esposa. En alguna ocasión llegó a manifestar sentirse avergonzado por ello. A veces, con llanto, refería que él siempre había cuidado con esmero su educación y respeto en el trato con los demás, mo-

delo que se esforzaba en transmitir a su hijo.

4. Desesperanza.

A nivel fisiológico, aparecía llanto, sensación de vacío referida por el enfermo. A nivel motor, preguntaba con insistencia acerca de su estado dándose él mismo la respuesta "ya no hay nada que hacer", dejó la lectura, actividad que hasta entonces había sido muy gratificante para él. A nivel cognitivo cabe resaltar la indefensión, la incertidumbre y la falta de control sobre la situación que le estaba tocando vivir.

En la cuidadora principal los problemas detectados fueron:

1. Sentimiento de culpa.

En ella este sentimiento se generó por tener asuntos pendientes de los que hablar con el esposo, por vivir con ambivalencia sus vínculos afectivos actuales y por pensamientos catastrofistas sobre la posible solución a esta situación ("ya no podré hablar con él"). En definitiva, deseaba justificar ante su esposo la necesidad de su ingreso en el hospital, asegurarle que estaba siendo capaz de llevar adelante sus proyectos (economía familiar, educación del hijo, pequeñas reparaciones domésticas, volver a conducir, etc.), decirle que estaba asumiendo el "timón de la casa" y que todas las tareas que había delegado en él las desempeñaba en la actualidad con gran confianza y firmeza gracias a la autoestima que su esposo había ido fomentando en ella a lo largo de su matrimonio, de lo que ella se sentía profundamente agradecida y deudora. A nivel fisiológico, manifestaba un aumento de la sudoración, sensación de malestar e irritabilidad. A nivel motor, redujo el

tiempo que pasaba sola con su esposo (las visitas al hospital fueron espaciándose en el tiempo y dejó de acudir sola a visitarle). A nivel cognitivo presentaba una gran disonancia entre la necesidad de comunicarse con él y un pensamiento generalista de una incomunicación mantenida ya hasta el éxitus. Como estímulos antecedentes externos, cabe destacar el deseo reiterado y expresado del enfermo de permanecer en domicilio hasta el final. Como antecedentes internos destacaríamos una creencia disfuncional en referencia a lo que ella cómo esposa debe hacer ante la enfermedad del marido. A consecuencia de ello, las conductas de evitación (pasar menor tiempo con él) quedan reforzadas negativamente.

2. Duelo anticipado no adaptativo.

En el plano fisiológico se observa un nivel de ansiedad que le genera malestar. Aparece una activación emocional a partir de la culpa, la ira y la tristeza. En el plano motor podemos destacar una excesiva demanda de información sobre los cuidados del esposo (todos los días preguntaba cuánto había comido, cómo se le había curado, qué medicaciones estaba tomando, aunque no se hubiesen producido cambios o el propio enfermo pudiese informarla). Se mencionó con anterioridad que dejó de acudir sola a visitarle, casi siempre acudía acompañada de su madre y pasaba poco tiempo con su esposo. Perdió los momentos de intimidad y dejó de establecer conversaciones con él (la comunicación queda bloqueada). Hablaba de él en pasado incluso estando su esposo delante. Las cogniciones que aparecían en la esposa, giraban entorno a la culpa por no poder cuidarle como antes, la vergüenza por no querer a su esposo y ansiedad por no poder verbalizarlo con

nadie. Ensayaba mentalmente cómo iba a ser la muerte del esposo y su posterior vida sin él. Los estímulos antecedentes fueron una fase previa de duelo anticipado, junto con la espera de la muerte de su esposo en un corto plazo de tiempo, dado que esto no sucede, aparece lo que encontramos en la bibliografía como "Síndrome de Lázaro". Como consecuencia, ella se siente incapaz de restablecer vínculos emocionales con el esposo y esto desencadena frustración, culpa y angustia⁽¹⁰⁾. Como antecedentes internos, la idea previa de acompañar a su marido en la enfermedad hasta el final y sin condiciones. Por otra parte, ella que siempre había sido "cuidada", adopta el nuevo rol de cuidadora durante la enfermedad en el domicilio, rol que pierde en el centro hospitalario y con esta pérdida la gratificación que encontraba en devolver a su esposo todos los cuidados que ella recibió de él a lo largo de su vida en común.

OBJETIVOS

Una vez realizada la valoración integral, se detectaron una serie de problemas a partir de los cuales, se plantearon unos objetivos y una estrategia conjunta de todo el equipo interdisciplinar para cumplirlos (tabla 3).

Respecto a la situación puramente física, en los primeros días, tras el ingreso, se produjo una exacerbación del cuadro confusional (de etiología multifactorial: Dolor miembro inferior derecho, hipercalcemia recidivante...), con ideación circular de fuga, precisando ajustes farmacológicos (neurolépticos) e incluso sujeción mecánica. Se llevó a cabo tratamiento específico de la hipercalcemia con escasa respuesta (factor de mal pronóstico a medio-corto plazo).

Desde el punto de vista psicológico, nos planteamos

Tabla 3. **Objetivos y estrategias del equipo multidisciplinar.**

OBJETIVOS	INTERVENCIONES
Control de síntomas físicos	Tratamiento farmacológico y no farmacológico
Reevaluación de la respuesta a las modificaciones terapéuticas	Revisión diaria de la sintomatología presente y de las incidencias ocurridas
Elaborar estrategias de abordaje interdisciplinar	Reunión / pase de visita diario en equipo (Médico, Psicólogo, enfermería, auxiliares de enfermería)
Informar y mantener comunicación abierta con el enfermo y familia. Disponibilidad y accesibilidad permanentes.	Uso de técnicas de comunicación efectiva (entrevistas de información, counselling...)
Control conductual en situaciones de exacerbación emocional	Pautas de control conductual referidas a hostilidad, irritabilidad, ira...
Resolución de culpa en el enfermo y cuidadora principal	Confrontación y acogida de estados emocionales contingentes
Satisfacer necesidad de legado en el enfermo	Búsqueda de satisfactores eficaces (recapitulación biográfica)
Resolución de duelo anticipado desadaptativo en la cuidadora principal	Recuperar vínculos afectivos, control emocional (vergüenza, ira y culpa), hacer a la cuidadora principal, participe en los cuidados básicos.
Favorecer despedidas	Apertura de vías de comunicación efectivas, posibilitar el encuentro familiar, confrontar, validar y compartir sentimientos, facilitando autocontrol de estados emocionales asociados. Ventilación emocional.
Mantener independencia en los autocuidados	Adiestramiento en técnicas (movilizaciones, higiene, alimentación...). Supervisión del paciente en la realización de las técnicas.
Favorecer relaciones vinculares del enfermo	Escucha y acompañamiento. Favorecer intimidad familiar.

a. Con el enfermo

- *Ideas e intentos de fuga.* Nos planteamos mejorar el SCA mediante medicación. Técnicas de distracción a lo largo del día, potenciamos la socialización con otros enfermos y recuperación de actividades gratificantes. Cambio de cogniciones desadaptativas.
- *Agresividad hacia el personal.* Aumento de la capacidad de control, mejora de la autoestima. Psicoeducación al personal de enfermería sobre el control de los episodios de ira y hostilidad.
- *Culpa desadaptativa.* Explorar la experiencia de culpa con el enfermo, reestructurar pensamientos negativos e irracionales. Confrontar este sentimiento, facilitando a su vez el autocontrol de los estados emocionales asociados^(11,12)

b. Con la cuidadora principal.

- *Culpa desadaptativa.* Explorar con ella la experiencia de culpa, cuestionar las normas que están juzgando esa conducta, canalizar la energía empleada en mantener la culpa hacia acciones reparadoras. Psicoeducación sobre el proceso de la enfermedad en el momento actual, elementos que impidieron los cuidados en domicilio y causaron su ingreso en el centro. Reforzar de forma positiva la decisión del ingreso en el centro, cómo lo más indicado en esta fase de la enfermedad.
- *Duelo anticipado desadaptativo.* Recuperar vínculos afectivos con el esposo. Resolución de la culpa y reestructuración de los pensamientos desadaptados que generan vergüenza. Psicoeducación acerca del proceso de duelo anticipado, validando los sentimientos

generados. Planificación de actividades gratificantes que impliquen a su familia (esposo e hijo). Retomar el rol de cuidadora activa, participando en los cuidados junto al equipo de enfermería.

La intervención en cuidados paliativos, como se mencionó anteriormente, ha de ajustarse a las necesidades cambiantes de los enfermos. Los objetivos y las técnicas varían poco, pero la planificación no depende tanto del equipo profesional como del estado físico del enfermo. En el enfermo que les estamos presentando esto se pone de manifiesto claramente. La intervención con él, debía realizarse en momentos de menor confusión, en los que no se presentase ni dolor ni agitación y no estuviese tan somnoliento que precisara estar encamado. Es este uno de los puntos que refuerzan nuestra idea y la de muchos otros profesionales⁽¹³⁾, de la figura del psicólogo integrado a tiempo completo en las unidades de cuidados paliativos.

La intervención se desarrolló priorizando junto con la cuidadora principal, el enfermo y el equipo sanitario qué problemas y en qué momento serían abordados.

La primera intervención se realizó con el equipo de enfermería, estructurando pautas para la mejora del control conductual en periodos confusionales (se les explicó el mecanismo de la hostilidad haciendo énfasis en la no intervención en la fase de disparo y retirada de atención hasta que recuperase de nuevo el nivel racional, no debatir sobre alucinaciones o delirios). Se les dieron pautas sobre cómo mejorar el autocontrol y la autoestima del enfermo (favorecer que realizara aquellas tareas de la higiene personal para las que aun conservaba su independencia).

La intervención con el enfermo se restringió a los episodios de conciencia clara o de menor confusión y a la demanda que él mismo realizaba. En primer lugar comenzamos con la reestructuración de pensamientos desadaptados que estaban generando en el enfermo niveles altos de ansiedad. Empleando siempre el counselling como estrategia relacional principal, pudimos conocer necesidades que el enfermo tenía e intervenir directamente sobre ellas: necesitaba despedirse de su hijo y hablar con su esposa de los ritos funerarios que deseaba se cumplieran a su muerte. Se concertó una entrevista con la esposa, solicitando su colaboración con el tratamiento. En esta sesión nos ayudamos de psicoeducación para aclarar con ella las necesidades que el enfermo nos había trasladado, dotarla de estrategias de comunicación que hiciesen posible el diálogo y exponerle los beneficios que para el grupo familiar tendría esta despedida. Se entrenó a la cuidadora principal, mediante *role playing*, en comunicación asertiva para que comunicase la noticia a su hijo. La cuidadora accedió a esa despedida, accedió a traer a su hijo y el compromiso por nuestra parte fue: mediar si fuese necesario en la despedida, valorar al hijo antes y después de hablar con el padre, darla *feed-back* de los beneficios que para su esposo tendría este encuentro.

A través del juego y de entrevista semiestructurada, valoramos la situación emocional del hijo; éste se encontraba estable, mostraba tristeza adaptativa con una idea clara de la situación de enfermedad del padre, con certeza de la inminencia de su fallecimiento. Informamos al niño de la dificultad que su padre presentaba para la comunicación verbal, anticipamos que esta comunicación podría no producirse y dejamos a

su elección la posibilidad de visitar o no a su padre. El niño optó abiertamente por el encuentro. En la valoración, posterior a la entrevista con el padre, encontramos al niño sereno y tranquilo. Informándonos de que no pudo hablar con su padre pero que sí se comunicó con él a través de gestos, besos y caricias. El encuentro fue muy gratificante para todos.

El enfermo pudo por fin despedirse de su hijo, también de su esposa y dejó claro que quería ser enterrado junto a su libro favorito, el reloj de su padre y una foto del niño y de su esposa.

Con la cuidadora principal la intervención se centró en la recuperación del vínculo afectivo con su esposo. Este proceso, a través de *counselling*, se consiguió mediante el repaso de la historia vivida juntos y buscando una proximidad física perdida a lo largo de la enfermedad.

También se trabajó a nivel cognitivo la culpa, a través de confrontación, validación, técnicas de gradación y pruebas de realidad, implicando al esposo.

Se llevó a cabo un proceso de psicoeducación sobre el duelo futuro, tanto de ella cómo de su hijo. Como soporte escrito de esta intervención se empleó la "Guía para familiares en duelo" recomendada por la SECPAL⁽¹⁴⁾.

Se solicitó ayuda al equipo de enfermería para que la incluyesen en algunos de los cuidados directos que requería el enfermo (cuidados de la boca, colaboración en el aseo), con ello se facilitó la recuperación de su rol de cuidadora y mejora de la autoestima.

Los Diagnósticos de Enfermería (DxE) tras Valoración Enfermera en base a los problemas y necesidades detectadas se centran en los siguientes:

- Déficit de autocuidados: alimentación

- Dolor relacionado con alimentación
- Deterioro de la integridad cavidad oral
- Riesgo de disfagia
- Riesgo potencial de alteración de la continencia
- Estreñimiento
- Riesgo de caída por inestabilidad de la marcha
- Alteración de la autoimagen
- Confusión aguda
- Ansiedad
- Trastorno de los procesos del pensamiento
- Déficit de actividades recreativas
- Alteración del patrón del sueño
- Riesgo de autolesión y fuga

PLAN DE CUIDADOS.

INTERVENCIONES ENFERMERAS

Como herramienta de comunicación y relación con el enfermo y la familia, utilizamos la **relación de ayuda de enfermería**⁽¹⁵⁾ entendida como el modo de ayudar, en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar al otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible, si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento.

Decidimos que nuestros objetivos irían encaminados a mantener la independencia del enfermo en la realización de las actividades, con el fin de mejorar además su autoestima:

En la necesidad de alimentación, nuestros objetivos fueron: a) mantener su independencia en la ingesta de los alimentos; b) adaptar la cantidad de ingesta que venía siendo habitual; c) asegurar aporte hídrico; d) vigilar aparición de signos de disfagia; e) mantener la independencia en la higiene bucal con supervisión de la misma.

Las intervenciones correspondientes fueron:

1. Adaptación de dieta según gustos preferentes y con textura blanda:
 - 1.1 Fácil masticación;
 - 1.2 Platos grandes con poca cantidad; platos mostrados de uno en uno.
 - 1.3 Observación de la ingesta para descartar disfagia o detectarla si aparece.
 - 1.4 Adaptación de consistencia de líquidos a la disfagia (que fue apareciendo con el paso de los días)
2. Implicar al enfermo en la colaboración y desarrollo de estas actividades: ingesta y limpieza bucal.
 - 2.1 Higiene bucal: no desarrolló ulceración tumoral en cavidad oral, pero sí existía acúmulo de detritus (restos de comida e hipersalivación) favorecido por la dificultad para la higiene (muy dolorosa). Para ello, se utilizó una solución de lidocaína con metronidazol (fórmula magistral) a nivel tópico, para controlar el dolor y el olor, y una solución desbridante para retirar toda la suciedad incrustada en cavidad oral. La no realización de esta actividad por el propio enfermo de manera autónoma le generaba ansiedad por lo que se hizo necesario pactar: primero empezaba él y nosotros completábamos la higiene.

En el resto de necesidades, tales como eliminación, vestido, higiene, etc., mantuvimos su autonomía e independencia el mayor tiempo posible y procuramos intimidad en su desarrollo, como elemento fundamental.

La necesidad de seguridad cobra mayor importancia por el predominio de sintomatología neuropsicológica y la relación que existe entre los distintos síntomas, como eslabones de una cadena. Los objetivos que nos marcamos se centraron en: Control del dolor, vigilar la aparición de disfagia para evitar atragantamientos y broncoaspiraciones, control de la marcha, disminuir la agresividad y confusión, crear un entorno seguro

Para la consecución de estos objetivos las intervenciones fueron:

Dolor: Analizar características del dolor y medidas que mejoran o empeoran el mismo. Anticiparse a situaciones que puedan generar dolor administrando la medicación pautaada y a demanda, unido a técnicas de distracción y relajación.

Disfagia: control de la ingesta con observación de la misma.

Marcha: adecuación de la ayuda técnica al momento de necesidad del enfermo, desde el bastón hasta la silla de ruedas.

Agresividad: canalizar la agresividad con actividades de distracción, y fomento de actividades de autocuidado y reafirmando su propia imagen. Fomentamos la lectura. Administración de ansiolíticos y medicación pautaada, asegurando la toma por vía oral o por vía subcutánea (SC) si precisa.

Contención mecánica: únicamente mientras hace efecto la medicación.

Entorno seguro: evitar objetos con los que se pueda lesionar (cuchillos, afeitadoras, ventanas de la habitación con topes para evitar salto).

Reorientar: manejo de conducta desajustada en delirios y confusión; no razonar ni discutir con el en fase de delirio, y usar la distracción. Aumentar nuestra presencia en las horas de la tarde, que es cuando mas se desorienta. Poner un reloj en la habitación y un calendario.

Investigar causas de desorientación-confusión: en este caso venía motivada por una hipercalcemia.

En cuanto a las relaciones familiares, nos planteamos con el equipo los siguientes objetivos: Facilitar sus relaciones sociales, principalmente con su esposa e hijo. Mantener su autonomía y fomentar el autocuidado, implicando en los cuidados a su mujer. Reforzar a su mujer con apoyo emocional y acompañamiento cubriendo las necesidades de información sobre evolución, cuidados y tratamientos.

Como pautas generales de la intervención cabe destacar: Dar la información de los cuidados de forma explícita, manifestando nuestra disponibilidad para aclarar dudas. Acompañando. Escucha activa y relación de ayuda, dejando fluir miedos y sentimientos, que se van a canalizar hacia el profesional adecuado. Trabajamos la implicación de la esposa en los cuidados adiestrándola en la realización de los mismos, mantener la imagen del paciente usando su propia ropa en el hospital para los paseos y visitas, tanto de familiares como de compañeros de trabajo y amigos, con el fin último de aumentar su autoestima y confort, así como de fomentar la relación familiar.

RESULTADOS

Después de las diferentes intervenciones realizadas, se consiguió el control de la sintomatología neuropsicológica aunque, a finales de febrero, aparecieron otros datos clínicos sugerentes de progresión tumoral: disfagia, estrabismo (afectación del VI par craneal), picos de fiebre aislados sin foco infeccioso, deterioro funcional progresivo.

En este contexto, no fue posible iniciar tratamiento de logopedia (solicitado en días previos con el fin de establecer

un sistema alternativo de comunicación que permitiese la mejora de las relaciones).

A principios de marzo, se objetivó una clara exacerbación del dolor óseo incidental (con las movilizaciones), precisando reajuste analgésico y en los siguientes días reapareció el SCA, que se pudo controlar con psicofármacos.

Como hemos mencionado anteriormente, la despedida de su familia fue posible, estabilizando su situación emocional. La apertura de los canales de comunicación facilitó esta despedida. Encontró un satisfactor clave en la necesidad de legado, los proyectos de pareja y la educación de su hijo, confirmando con la esposa que ambos seguirían adelante. La desesperanza quedó resuelta junto con la necesidad de legado.

La esposa fue capaz de recuperar los vínculos afectivos, le encontró de nuevo en las caricias, en los gestos, en los recuerdos. Fue imprescindible el trabajo de enfermería explicado previamente, implicando a la esposa en los cuidados básicos ya que esto favoreció la recuperación del rol de cuidadora y la mejora de su autoestima.

El niño vivió con su padre sus últimos días, disfrutando de su compañía y haciéndole partícipe de su vida hasta el último momento.

La fase de agonía fue bastante corta. Los cuidados, en este momento, van enfocados a mantener la confortabilidad del paciente y la familia. Para ello aumentamos la frecuencia de nuestras visitas a la habitación -necesitan saber que no están solos-, estando atentos a las necesidades que puedan ir surgiendo, principalmente, informar acerca de los síntomas propios de la fase agónica, atender a la posible recuperación espontánea de miedos ya extinguidos y facilitar la expresión emocional.

Se intensificaron cuidados básicos

tales como: a). Vigilar la aparición de secreciones en vías aéreas; b). Hidratación de la piel vigilando la aparición lividesces; c). Hidratación de mucosas: para la xerostomía bucal usamos manzanilla tópica con aplicador bucal c/16 2 horas y para la ocular, lavados con suero fisiológico 0,9% y aplicación de lágrimas artificiales c/1 ó 2 horas; d). Controlamos el ritmo intestinal y urinario ya que la retención urinaria y el estreñimiento pueden provocar inquietud; e). Se adecuaron los cambios posturales a la situación del enfermo; f). se explicó a la familia los cambios que se iban produciendo; g). Se facilitó a la familia estar el mayor tiempo posible con la enfermo, favoreciendo así su intimidad.

Durante esta fase, tanto la esposa como su madre acompañaron al paciente con serenidad y tristeza adaptativa. Una vez acontecido el éxitus necesitaron ventilación emocional. Una llamada telefónica al mes del fallecimiento nos confirmó que tanto la cuidadora principal como su hijo se encontraban en un proceso de duelo sin complicaciones añadidas.

Los síntomas que generaron disconfort se fueron controlando con la medicación y los cuidados, y finalmente falleció el día 13 de marzo 2007, permaneciendo ingresado en nuestro centro treinta y dos días.

CONCLUSIONES

La labor médica en el control sintomático surtió los mejores resultados posibles. El paciente falleció sin síntomas que le incomodasen y la familia aclaró sus dudas respecto al tratamiento paliativo.

La labor de enfermeros y auxiliares de enfermería, fue un pilar fundamental para hacer posible uno de los derechos más importantes de los enfermos

en situación de enfermedad avanzada “ser tratado cómo persona hasta el final”. Además el trabajo llevado a cabo con la esposa potenció su acercamiento al enfermo, siendo ésta una pieza clave en la recuperación del duelo anticipado desadaptativo.

La cuidadora principal disminuyó el riesgo de duelo complicado, resolviendo sentimientos de culpa, participando en el proceso de enfermedad, recuperando el rol de cuidadora, volviendo a vincularse afectivamente a su esposo y compartiendo junto con su hijo los últimos días de su marido. En los controles efectuados durante el período de duelo se objetiva un proceso de evolución natural, sin complicaciones añadidas.

La implicación al completo del equipo de cuidados en la valoración de objetivos y en la puesta en marcha de intervenciones conjuntas, favoreció tanto la consecución de los objetivos como el desarrollo de los tratamientos propuestos.

La unidad de criterios, el discurso único y la claridad en las actuaciones, favoreció la seguridad en el tratamiento, la continuidad en los cuidados, la expresión emocional de la familia y en definitiva, el bienestar en la unidad de intervención enfermo– familia, así como la prevención de desgaste profesional en el equipo de cuidados.

Este método responde a un modelo de trabajo en equipo que tiene su fundamento en la comunicación; ésta debe ser fluida y continuada, ha de llegar a todos y cada uno de los componentes del equipo. Debe plasmarse en los encuentros diarios en los que se vierte la información recogida por cada profesional, en los que se reformulan objetivos y se establecen metas, buscando la “excelencia” en la atención, dando así respuesta a una realidad tan cambiante como es la

de la situación de enfermedad avanzada. El resultado final supera ampliamente las aportaciones individuales de cada uno de los profesionales, generándose así un modelo mental compartido⁽¹⁵⁾, que da confianza y seguridad a todos los componentes, favorece la motivación, reduce la incertidumbre y previene el desgaste profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorchs N, Roca J. Equipos interdisciplinarios. En: Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Cuidados paliativos en oncología. Barcelona: JIMS, 1996; p 355-63.
2. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale [PPS]: a new tool. *J Palliat Care* 1996;12: 5-11.
3. Katz. Katz Index of activities of daily living. *JAMA*. 1963; 185:914-9.
4. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; self –maintaining and instrumental activities of daily living *Gerontologist*. 1969; 9(3): 179-86.
5. Bayés, R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7:70-4.
6. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. *An Psicol* 1998; 29(4):5-17.
7. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*. 1988; 97:897-9.
8. Montón C, Pérez Echeverría MJ, Campos R. García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Prim*. 1993; 12(6):345-9.
9. Arribas Cachá A. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Observatorio Metodología enfermera. Madrid: Fuden, 2006.

10. Stevens MM. Family adjustment and support. En: Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford university Press, 1993:714-7.
11. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.
12. Jampolsky GG. *Adiós a la culpa*. Madrid: los libros del comienzo, 1996.
13. Mateos J. Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida. En: Remor E, Arranz P, Ulla S, editors. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2003; p. 814 -30.
14. Lacasta Reverte MA, Novellas A, editores. *Guía para familiares en duelo*. Madrid: Alfinlibros.com, 2007.
15. Bermejo J, Carabias R. *Relación de ayuda y enfermería*. Material de trabajo. Madrid: Sal Térrea, 1998.

