

Àngela Deusa Llopis

**Atenció d'infermeria en el procés de dol als familiars de
pacients oncològics en fase terminal**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. Mireia Adell Lleixà

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

Tortosa 2016

Índex

1. Resum - abstrat	pàg. 5
2. Introducció	pàg. 6
2.1. Presentació del tema	pàg. 6
2.2. Epidemiologia	pàg. 8
2.3. Justificació	pàg. 10
3. Marc conceptual	pàg. 11
3.1. Definició d'infermeria	pàg. 11
3.1.1. Infermeria en cures pal·liatives	pàg. 11
3.2. Atenció infermeria	pàg. 12
3.3. Unitats de cures pal·liatives	pàg. 12
3.4. Tumor i càncer	pàg. 13
3.5. Tipus de càncer	pàg. 14
3.6. Tractament del càncer	pàg. 15
3.6.1. Cirurgia	pàg. 15
3.6.2. Quimioteràpia	pàg. 16
3.6.3. Radioteràpia	pàg. 17
3.7. Definició de cuidador	pàg. 18
3.7.1. Cuidador formal	pàg. 18

3.7.2. Cuidador informal	pàg. 18
3.8. Família	pàg. 19
3.9. Definició de dol	pàg. 20
3.10. Tipus de dol	pàg. 21
3.10.1. Dol anticipatori	pàg. 21
3.10.2. Dol no complicat	pàg. 21
3.10.3. Dol complicat	pàg. 22
3.10.4. Dol crònic	pàg. 22
3.10.5. Dol retardat	pàg. 22
3.10.6. Dol exagerat	pàg. 22
3.10.7. Dol emmascarat	pàg. 23
3.10.8. Dol ambigu	pàg. 23
3.10.9. Dol psiquiàtric	pàg. 23
3.11. Etapes del dol	pàg. 23
3.11.1. Fase de negació	pàg. 23
3.11.2. Fase de negociació	pàg. 24
3.11.3. Fase de depressió	pàg. 24
3.11.4. Fase de ira	pàg. 24
3.11.5. Fase d'acceptació	pàg. 25

4. Objectius	pàg. 25
4.1. Objectiu principal	pàg. 25
4.2. Objectius secundaris	pàg. 25
5. Metodologia	pàg. 25
5.1. Fonts d'informació	pàg. 25
5.2. Paraules clau	pàg. 26
5.3. Criteris d'inclusió i exclusió	pàg. 26
6. Resultats de la cerca	pàg. 27
7. Anàlisi	pàg. 32
7.1. Infermeria	pàg. 33
7.2. Pacient	pàg. 34
7.3. Família	pàg. 35
8. Conclusió	pàg. 36
9. Bibliografia	pàg. 37
10. Article	pàg. 47

1. Resum:

Objectius: 1) Revisar l'atenció d'infermeria en el procés de dol als familiars de pacients oncològics en fase terminal. 2) Veure l'estat actual entre el càncer i la família en la literatura científica. 3) Identificar la importància de l'acompanyament del dol als familiars dels malalts oncològics.

Metodologia: es tracta d'una recerca bibliogràfica realitzada des del setembre del 2015 fins al maig del 2016. La recerca està realitzada, majoritàriament, amb castellà, utilitzant conceptes d'infermeria relacionada amb el càncer.

Resultats: el 80% de les persones que cuiden són dones. El tema del càncer afecta negativament no només al pacient sinó també a la família. Aquests solen patir episodis d'ansietat i depressió, aïllament social i fins i tot poden patir problemes físics. Per tant cal ajudar a la família en aquest procés per evitar possibles complicacions en la vida personal.

Conclusions: el càncer no repercuteix de la mateixa manera en totes les famílies. Els cuidadors dels malalts oncològics presenten un benestar físic, emocional i psicològic pobre, per tant és molt important que hi haja una bona comunicació entre els professionals, les famílies i els pacients. Els sentiments més comuns que es pateixen són dolor, desconcert, preocupació pel futur, ansietat, ira, aïllament social i reducció de les activitats de la vida diària de la persona.

Paraules clau: *infermeria, atenció d'infermeria, dol, cuidador, família, càncer.*

Abstrat:

Objectives: 1) To review the nursing care in the process of grieving family members of cancer patients in the terminal phase. 2) See the current status between the cancer

and the family in the scientific literature. 3) Identify the importance of the accompaniment of the grieving family members of cancer patients.

Methodology: this is a bibliographic research carried out from September 2015 until may 2016. The research is carried out, mostly Spanish, using concepts of nursing related to cancer.

Results: 80% of the people who care are women. The topic of cancer negatively affects not only the patient but also for the family. These usually suffer episodes of anxiety and depression, social isolation and may even suffer physical problems. Therefore it is necessary to help the family in this process to avoid potential complications in the personal life.

Conclusions: the non-cancer affects in the same way in all families. The caregivers of cancer patients have a physical, emotional and psychological welfare poor, therefore it is very important that there is good communication between professionals, families and patients. the most common feelings that will suffer are pain, uncertainty, worry for the future, anxiety, anger, social isolation and reduction of the activities of daily living of the person.

Keywords: *nursing, nursing care, grief, caregivers, family, cancer.*

2. Introducció:

2.1. Presentació del tema:

En la nostra societat hi ha un increment en la incidència i prevalença del càncer. L'aparició de la malaltia de càncer és imprevisible en l'evolució de les persones. La seva presència en un membre de la família crea vulnerabilitat en la seguretat d'ells mateixos, donat que posa de manifest el seu nivell de fragilitat. Les reaccions poden ser múltiples i han de veure amb la manera que té la família per afrontar les situacions

que comporten la malaltia. També depenen de factors externs com el pronòstic, les influències socials, culturals, etc, i del significat que el pacient i la família li donen a la malaltia, de les seues creences, expectatives sobre les causes, evolució i tractament. La malaltia oncològica és considerada com una malaltia molt greu i gira al voltant de mites que solen ser erronis i són els responsables de bloquejar les capacitats familiars i del pacient per afrontar-la. És cert que no tots els pacients es curen. Hi ha diferents tipus de càncers, uns que són més difícils de curar que altres, tenint en compte que la curació no només depèn de la intensitat de la malaltia, sinó també del sistema immunitari de la persona que el pateix. Un malalt de càncer pot entrar en un procés de dificultat per mantindre el ritme de relació social que duia fins el moment, i arribar a una situació d'aïllament que pot augmentar si la duració de la malaltia s'allarga¹.

Quan les persones parlen de càncer la majoria de les vegades l'associen a la paraula mort. La mort és un acte que tota persona ha de patir, sigui per càncer o no. Aquesta ha sigut contemplada a Occident com un mal terrible i una font de dolor en la pèrdua de sers estimats. En canvi, a l'Orient contempla com un fet propi de la naturalesa que forma part de la vida. La mort ha estat present durant tota la vida, però en la nostra societat la tenim com un concepte tabú. Aquesta constant evitació de la mort obliga a la societat a viure el dol, sent aquest la resposta emotiva a la pèrdua d'alguna cosa o d'algun ser estimat, que ens ajuda a seguir vivint sense allò perdut.

El procés de dol hauria de permetre l'adaptació gradual a una nova realitat. Aquest procés pot ser llarg, complex i difícil, depenent de factors psicològics, personals, ambientals, socials, religiosos i culturals de cada persona. En el cas d'una malaltia com el càncer, el procés de dol per a la família comença en el moment del diagnòstic. Totes les pèrdues, sofriments i dolors porten a l'acceptació, o no, de la pèrdua real i a l'adaptació a la vida sense la presència de l'altra persona²⁻³.

S'ha observat en alguns estudis⁴ que el dol pot provocar en les persones malalties psiquiàtriques, incloent: ansietat, depressió, histèria i inclús, trastorns de la personalitat.

Els professionals que més estan presents en el dol de la societat són els professionals d'infermeria. Diversos estudis⁵ han fet referència a les afectacions en que estan exposats el personal de salut (especialment, el personal d'infermeria) que treballen en els serveis d'oncologia, sent aquestes reaccions emocionals d'ansietat, depressió i ira.

En aquest treball ens centrarem en l'atenció d'infermeria als familiars dels malalts oncològics que es troben en fase terminal.

2.2. Epidemiologia:

A escala mundial, s'afirma que el càncer és la principal causa de mort a Espanya, amb 91.623 morts a l'any 2000 (57.382 en homes i 34.241 en dones), el que suposa el 25,6% de totes les defuncions. Això representa un increment de 679 defuncions sobre el 1999 i és en aquest any quan el càncer passava a ser la primera causa de mort en homes a Espanya i a les Comunitats Autònomes d'Aragó, Astúries, Cantàbria, Castella i Lleó, Galícia, Madrid, Navarra, País Vasc i La Rioja.

L'envelliment de la població, l'increment de la incidència de molts tumors malignes i la millor supervivència dels malalts de càncer degut als avanços diagnòstics i terapèutics, han suposat un augment significatiu del nombre de persones amb càncer⁶.

Les xifres del càncer a Espanya són editades cada any per la Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica (SEOM) utilitzant la informació més fiable disponible en aquell moment, aportant dades sobre incidència, prevalença i mortalitat dels càncers més freqüents, amb l'objectiu que estiguin disponibles per a tota la població en general pel seu gran valor en diferents àmbits. La incidència és el nombre de casos nous de

càncer en un període determinat de temps, generalment un any, i en un nombre determinat d'habitants. Les dades d'incidència del càncer a Espanya en 2012 eren de 215.534 casos (al voltant de 2/3 parts en pacients ≥ 65 anys), amb una taxa estandarditzada per edat de 215,5 casos per 100.000 habitants per any, i un risc de presentar càncer abans dels 75 anys de 25,1%⁷ (TAULA 1).

Año	Número estimado de nuevos casos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
2012		128550	86984	215534
	< 65 años	46202	39225	85427
	≥ 65 años	82348	47759	130107

Taula 1. Nombre estimat de nous casos de càncer. Incidència.

La mortalitat és el nombre de defuncions per càncer en un període de temps determinat en un any i un nombre determinat d'habitants. Respecte a la Mortalitat per càncer a Espanya en 2012, el nombre de morts va ser de 102.762 casos (3/4 parts majors de 65 anys), amb una taxa estandarditzada per edat de 98,1 casos per 100.000 habitants en un any, i un risc de mort per càncer abans dels 75 anys de 10,2%⁷ (TAULA 2).

Año	Número estimado de casos de muerte por cáncer	Hombre	Mujer	Ambos sexos
2012		63579	39183	102762
	< 65 años	16679	9995	26674

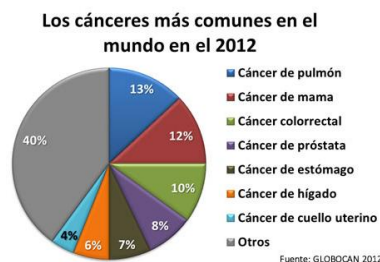
Taula 2. Nombre estimat de casos de mort per càncer. Mortalitat.

La prevalença fa referència al nombre de pacients amb càncer en una determinada població, independentment del moment en que foren diagnosticats. La prevalença depèn de la incidència i de la supervivència. Aquesta sol estudiar-se als 5 anys, 3 anys i 1 any. La prevalença de càncer a 5 anys a Espanya en 2012 era de 581.688 casos, amb una taxa de 1.467,6 casos per 100.000 habitants. La prevalença a 3 anys era de 389.498 casos i a 1 any de 151.257 casos⁷.

A nivell mundial, el càncer amb major incidència és el de pulmó (13%), a l'igual que el de major mortalitat (19,4%) i el càncer de mama és el que presenta la major prevalença en 5 anys (19,2%). Al 2012 van hi haure 14 milions de casos nous de

càncer i 8,2 morts relacionats amb aquest. Es preveu que el nombre de casos nous de càncer augmentarà uns 22 milions en les següents dècades⁸.

En 2012, els càncers diagnosticats, de més freqüència a menys, en homes van ser els de pulmó, pròstata, còlon i recte, estómac i fetge; i en dones van ser el càncer de mama, còlon i recte, pulmó, coll uterí i estómac⁹ (GRÀFIC 1).



Gràfic 1. Càncers més comuns en el món en 2012.

La incidència global de càncer que es va preveure en 2012 per a la població espanyola per a l'any 2015 va ser de 222.069 persones (136.961 homes i 85.108 dones), sent el tipus més freqüent el càncer colorrectal, per davant del càncer de pulmó de mama¹⁰.

2.3. Justificació:

He escollit aquest tema per realitzar el meu treball de fi de grau perquè és un tema que resulta ser molt interessant ja que cada vegada hi ha més persones afectades de càncer a Espanya. A la meua família hi ha hagut quatre casos de càncer: els meus dos avis, que han faltat a causa d'això; una tia meua que, per sort, es va curar; i un oncle meu que, avui en dia, el pateix.

Des de ben petita, hem cridava l'atenció tot allò que estava relacionat amb la salut de les persones i, per això, hem vaig donar compte que la meua vocació era de ser infermera. Quan vaig començar el grau, al moment d'estudiar el càncer, tenia la curiositat de saber de quina manera s'havia d'atendre al malalt i als familiars i com

s'havia d'actuar després de la mort. És important saber que en un càncer, no només està involucrada la persona que el pateix, sinó que també la família i la gent que els envolta.

Aquest treball és una revisió bibliogràfica on es pretén estudiar l'atenció que es deu proporcionar als familiars en el procés de dol quan es troben en una situació tan difícil com la de tenir cura d'un familiar amb càncer terminal.

3. Marc conceptual:

3.1. Definició d'infermeria:

La infermeria avarca l'atenció autònoma i en col·laboració dispensada a persones de diferents edats, famílies, grups i comunitats, estiguin malalts o no, i en totes les circumstàncies en que es pot trobar una persona. Comprèn la prevenció de malalties, la promoció de la salut i l'atenció a malalts, discapacitats i persones que es troben en situació terminal¹¹.

3.1.1. Infermeria en cures pal·liatives:

La qualitat de les intervencions infermeres exigeix aprofundir en les cures individualitzades, definides en els termes propis del malalt, especialment quan la malaltia és persistent. Per al desenvolupament d'aquesta pràctica clínica es requereix coneixement en tecnologia sanitària, en ètica clínica, en relacions interpersonals, en l'avaluació de la satisfacció i en el treball interdisciplinar.

L'interès de la cura infermera en cures pal·liatives se centra en totes les dimensions del malalt com a persona, entenent que aquest té unes necessitats individuals, concretes i específiques, en continu canvi i evolució. Les intervencions clíniques infermeres van dirigides a cuidar-lo. Les cures d'infermeria en els cuidatges pal·liatius han estat concebudes com a aplicació d'un tractament tècnic i especialitzat, i les cures

a través de la preocupació per la persona i les seves necessitats com a enfocament global o integral. La participació infermera tracta de planificar les cures des de la individualitat, continuïtat, flexibilitat, accessibilitat, polivalència i el contingut multidisciplinar¹².

3.2. Atenció infermeria:

El procés d'atenció d'infermeria (PAI) es defineix com el conjunt d'accions intencionades que el professional d'infermeria realitza en un ordre específic, amb la finalitat d'assegurar els millors cuidatges possibles a la persona que els necessita. És un mètode sistemàtic i organitzat per administrar cures individualitzades. L'ús del procés d'infermeria permet la creació d'un pla d'atenció centrat en les respostes humanes. El procés d'infermeria és l'aplicació del mètode científic en la pràctica assistencial de la disciplina, de manera que es pot oferir unes cures sistematitzades, lògiques i racionals¹³.

Un punt important en l'atenció del càncer és la comunicació. El terme comunicació és una activitat humana que es refereix a l'intercanvi d'informació entre una o més persones¹⁴.

Els pacients, familiars i professionals de la salut han d'afrontar molts assumptes quan es diagnostica un càncer. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) demostra que si hi ha una bona comunicació entre pacients, famílies i metges es compleixen molts resultats positius com la satisfacció amb l'atenció i la informació adequada. També cal parlar de l'atenció a la família ja que aquesta és un pilar bàsic del procés i és la que més força li dona al pacient per afrontar la malaltia¹⁵⁻¹⁶.

3.3. Unitats de cures pal·liatives:

L'organització Mundial de la Salut (OMS) va definir els cuidatges pal·liatius com "l'enfocament que millora la qualitat de vida dels pacients i famílies que s'enfronten a

malalties amenaçants per a la vida, a través de la prevenció del sofriment per mitjà de la identificació de l'evolució i tractament del dolor i altres problemes físics, psicològics i espirituals". Els cuidatges pal·liatius deuen ser portats per professionals sanitaris en atenció primària i en l'hospital¹⁷⁻¹⁸.

L'atenció domiciliària a pacients immobilitzats i terminals es contempla en la cartera de serveis des de l'any 1991. El Programa d'Atenció Domiciliària amb Equip de Suport (ESAD) té com a funció recolzar, formar i assessorar als professionals d'atenció primària amb l'objectiu de donar una bona qualitat d'atenció al domicili, facilitant la coordinació amb els serveis socials i el nivell especialitzat.

La pràctica de les cures pal·liatives requereix una formació específica. És convenient tindre el recolzament d'un equip interdisciplinari, que estan formats per professionals que es dediquen a treballar amb persones amb malalties avançades i terminals com: metges, infermeres, psicòlegs, auxiliars d'infermeria i treballadors socials. Hi ha altres professionals que són necessaris en moments concrets en l'evolució de la malaltia com els fisioterapeutes, assessors espirituals, etc¹⁸.

3.4. Tumor i Càncer:

Les cèl·lules del cos són la unitat més bàsica de la vida. S'agrupen i formen els teixits que, al seu torn, constitueixen els òrgans del cos. Normalment les cèl·lules creixen i es divideixen per formar noves cèl·lules que el cos necessita. Quan envelleixen i moren són reemplaçades per altres de noves. A vegades les cèl·lules no moren i van acumulant-se, formant així un excés de cèl·lules que el cos no necessita. Aquestes cèl·lules poden formar una massa o un teixit que es denomina tumor, que en podem diferenciar de dos tipus: els benignes i els malignes. Els tumors benignes no són considerats càncer. Les seves cèl·lules no envaeixen altres parts del cos, generalment es poden treure i no solen tornar a aparèixer. Mentre que els tumors malignes sí que

són càncer. Les cèl·lules d'aquests tumors poden envair teixits propers o bé disseminar-se per altres parts del cos. El fet de disseminar-se des d'una part del cos a una altra s'anomena metàstasi, que és la principal causa de mort¹⁹⁻²⁰.

Per tant podem definir càncer com un ampli grup de malalties que poden afectar qualsevol part del cos.

3.5. Tipus de càncer:

Podem trobar molts tipus de càncer. Les principals categories són¹⁹:

- Carcinoma: el càncer s'inicia a la pell o als teixits que envolten els òrgans interns.
- Sarcoma: el càncer comença en els ossos, cartílags, greix, músculs, vasos sanguinis o en altres teixits connectius o de suport.
- Leucèmia: s'inicia en el teixit formador de les cèl·lules sanguínies, com és la medul·la òssia, on es generen cèl·lules anormals que entren a la sang.
- Limfoma i mieloma: aquests càncers s'inicien en les cèl·lules del sistema immunitari (de les defenses).
- Sistema nerviós central: el càncer comença en els teixits del cervell i la medul·la espinal.

Generalment el càncer rep el nom del lloc on té l'origen, com, per exemple, el càncer de mama, el qual té el seu origen a la mama. En el cas que es produeix metàstasi als ossos, el nou tumor tindria el mateix tipus de cèl·lules que el tumor on s'hagués iniciat (tumor *primari*). Per tant s'anomenaria càncer de mama amb metàstasi òssia¹⁹.

En els pacients amb càncer, el dolor és un dels símptomes més freqüent. Constitueix un problema que pot involucrar tant al pacient com als seus familiars, metges, infermeres, autoritats sanitàries i de l'ensenyança mèdica²¹.

3.6. Tractament del càncer:

El tractament del càncer és una associació complexa que involucra, en la majoria dels pacients, una coordinació d'esforços de múltiples especialitats. Virtualment, tots els malalts requereixen cirurgia per establir el diagnòstic i eliminar el tumor primari, però aquest esforç és només la primera part d'un pla que inclou quimioteràpia o teràpia biològica i radioteràpia. Per tant, generalment, les principals teràpies que es fan servir en el tractament del càncer són la cirurgia, la quimioteràpia i la radioteràpia. La tria entre els diferents tractaments i la seqüència en què es poden aplicar depenen de diversos factors, com ara el tipus i la localització del tumor, l'extensió de la malaltia en el moment del diagnòstic, les característiques individuals de la persona en relació amb la salut i les indicacions terapèutiques basades en la millor evidència científica disponible. L'elecció del tractament és individual per a cada cas. Com hem anomenat anteriorment, els principals tractaments que s'utilitzen són la cirurgia, la quimioteràpia i la radioteràpia²²⁻²³.

3.6.1. Cirurgia:

Moltes vegades, la cirurgia és la primera opció de tractament ja que es pot aplicar tant en els processos diagnòstics com en el tractament. La cirurgia que s'aplica depèn del tipus de tumor i de la seva localització. Generalment pot servir per identificar el tipus de càncer, veure si s'ha disseminat, eliminar el tumor quan no s'ha disseminat, reduir la mida del tumor i millorar alguns símptomes.

La cirurgia pot ocasionar efectes secundaris que no totes les persones pateixen. Aquests poden ser transitoris com la sensibilitat de la pell de la zona operada, malestar general postoperatori, etc. O efectes permanents com l'eliminació d'una de les mames. Això depèn del tipus de càncer i del tipus d'intervenció quirúrgica²⁴.

3.6.2. Quimioteràpia:

La quimioteràpia és el tractament de primera elecció per a molts tipus de càncer i gairebé sempre s'utilitza com a tractament sistèmic. Per a alguns tipus de càncer es fa servir només un medicament, per a d'altres se'n combinen diversos. La selecció de la combinació de medicaments de quimioteràpia depèn de la seva efectivitat contra el càncer, del mètode d'acció contra aquest i dels efectes secundaris de cada medicament²⁵⁻²⁶.

La quimioteràpia es pot administrar via intravenosa o via oral. La via intravenosa és la més comuna. El medicament s'administra directament a través de la vena. En canvi, en la via oral, el medicament és administrat mitjançant pastilles, càpsules o líquid, fent que no s'administri directament.

La quimioteràpia s'aplica en períodes de temps entre quatre i sis mesos aproximadament, en intervals de dies, setmanes o mesos, també anomenats cicles. La seva durada depèn del tipus de tractament, de l'interval de temps entre els cicles i del nombre d'aquests. Cada cicle es compon de dos períodes: el primer quan es rep el tractament, i el segon correspon al temps de recuperació abans d'iniciar el següent cicle. En general, la freqüència de la quimioteràpia depèn del tipus de càncer, del tipus de quimioteràpia utilitzada, de la resposta del tumor al tractament i del nivell de l'estat general de salut amb el tractament.

En quan als efectes secundaris, no totes les persones en desenvolupen. La seva aparició depèn del tipus de quimioteràpia, però no se sap exactament quins són els efectes secundaris que tindrà una persona fins que comença el tractament. Els més comuns són fatiga o cansament, pèrdua de cabell, disminució del nivell en sang, nàusees i vòmits, tremolor, pèrdua d'apetit, diarrea, estrenyiment. La quimioteràpia actua específicament sobre les cèl·lules que es divideixen ràpidament, tant en les canceroses com en les sanes. Per això hi ha la possibilitat que apareguin efectes

secundaris que poden ser de tipus i d'intensitats diferents, segons el medicament utilitzat, la dosi i la durada. Segons la seva localització es podrien produir uns efectes o altres. Quan la quimioteràpia afecta a les cèl·lules sanes de la sang pot augmentar el risc d'infeccions, o de tenir més facilitat per aparèixer hematomes o sagnats, i de sentir-se més feble o cansat que habitualment. Quan afecta a les cèl·lules de les arrels del cabell pot produir pèrdua del cabell, o canvi de color i consistència. Quan afecta a les cèl·lules del tracte digestiu es podria produir pèrdua de l'apetit, nàusees, vòmits, diarrea, dificultat per empassar o tenir algunes nafres a la boca i als llavis²⁶.

3.6.3. Radioteràpia:

La radioteràpia consisteix en la utilització de rajos d'alta energia per destruir o reduir les cèl·lules tumorals d'una zona específicament delimitada. No tots els càncers poden ser tractats amb radioteràpia. Aquesta pot actuar destruint les cèl·lules directament o bé interferint en el seu creixement. S'empra com a tractament únic o en combinació amb altres teràpies, amb el propòsit de reduir la mida del tumor abans de la cirurgia i destruir les cèl·lules que puguin quedar després d'aquesta²⁶.

Hi ha diferents tipus de radioteràpia: l'externa, on la radiació s'administra des de l'exterior del cos mitjançant una màquina anomenada accelerador lineal. L'accelerador emet la radiació específicament sobre el lloc on es vol aplicar el tractament. Per aconseguir-ho, la màquina pot fer diversos moviments durant la sessió de tractament. Aquesta s'aplica diàriament, cinc dies a la setmana, de forma ambulatoria, durant diverses setmanes; la interna o braquiteràpia, que consisteix en l'administració de la radiació a través de materials radioactius especials, anomenats "llavors" o "fonts", que es dipositen a prop o dins del tumor; i, per últim, la d'intensitat modulada (IMRT), que permet administrar altes dosis de radiació sobre una zona específica, i així reduir l'afectació dels teixits del voltant.

Respecte als efectes secundaris, la radioteràpia està dirigida a les cèl·lules tumorals però també pot afectar els teixits propers en menor intensitat. Segons la zona del cos irradiada, els efectes secundaris són diferents i poden ser temporals i controlables. Els més comuns són fatiga o cansament, pèrdua del pèl a la zona irradiada i alteracions locals de la pell: més seca, sensible o envermellida²⁷.

3.7. Definició de cuidador:

Els cuidadors són aquelles persones o institucions que s'encarreguen d'ajudar en les activitats de la vida diària a persones amb un nivell de dependència. Solen ser pares, mares, fills/es, familiars, personal contractat o voluntari. Aquests poden ser tant professionals com no professionals²⁸⁻²⁹.

Podem diferenciar dos tipus de cuidadors: el cuidador formal i l'informal³⁰.

3.7.1. Cuidador formal:

El cuidador formal és aquella persona que ofereix accions que un professional oferta de forma especialitzada, i que va més enllà de les capacitats que posseeixen les persones per cuidar de sí mateixes o de les demés. Existeixen dos tipus bàsics de cuidatge formal³⁰:

- El que proveeix de les institucions públiques.
- El que es contracta a través de les famílies.

3.7.2. Cuidador informal:

El cuidador informal és aquella persona de la xarxa social del receptor del cuidatge que dona recolzament de forma voluntària. Se sol distingir tres tipus de recolzament³⁰:

- Recolzament material o instrumental.
- Recolzament informatiu o estratègic.

- Recolzament emocional.

Fins a dia d'avui, a Espanya, la immensa majoria de les persones que precisen cuidatges per realitzar les activitats de la vida diària reben ajuda, fonamentalment, a través del cuidador informal. S'ha observat que els cuidadors més comuns són de sexe femení. Patrons culturals tradicionals no ajuden, assignen a les dones el paper de proveïdor principal de l'atenció a persones dependents (nens, gent gran i persones amb disminució i familiars). Afegit a que les actuals expectatives d'autosuficiència de famílies continuen reforçant aquesta assignació desigual per homes i dones^{28-29,31}.

La durada de l'atenció dependrà en funció de la persona i les seves circumstàncies. El que està clar és que el cuidador haurà d'adaptar-se d'una manera o altra a la nova situació en la qual es troba²⁸.

Tenir cura d'una persona en situació de dependència és una tasca que no definim en el temps. De vegades és només durant un període de temps limitat, però també poden durar un temps més llarg afectant així a l'entorn de la cuidadora i sobretot a la seva família. Per tant, és necessari que les persones que assumeixen la responsabilitat de la cura tinguin en compte totes les eines disponibles, tant per a la cura de la persona dependent com per la seva pròpia autocura. Però, els canvis socials que s'han produït en les últimes dècades s'han traduït en canviar de model d'atenció, sent cada vegada més freqüent que necessitem suport fora de la família per proporcionar l'atenció necessària que assegura la qualitat de vida no només de la persona en situació de dependència, sinó de tota la família²⁹.

3.8. Família:

Si hi ha alguna cosa o algú on podem dipositar tota la nostra confiança és en la nostra família. La família és el component fonamental de tota la societat, on cada individu, units per vincles de sang o afinitats, aconsegueix projectar-se i desenvolupar-

se. Ella ens mostra el que és cert, indica el millor camí a seguir i ens proporciona un amor vertader i incondicional³²⁻³³.

La família deu ser considerada com una part integral de l'atenció al pacient i és essencial tindre-ho en compte per poder-la ajudar d'una manera adequada. L'objectiu de l'atenció familiar en cures paliatives és el d'ajudar a les famílies a complir amb la seva funció de cuidadora, com a mesura saludable de participar en el procés de dol que estan vivint. Per a això és necessari facilitar elements de comprensió que ajudaran a trobar la forma més adequada per tractar cada situació en particular.

La malaltia en fase terminal pot provocar en els familiars confusió, por, silenci, rebuig, etc. L'estructura familiar pot tindre uns límits flexibles que els permet expressar el dolor i rebre consol o, pel contrari, pot ser rígida i no mostrar els sentiments, aïllant-se de l'entorn. La família que s'enfronta a la mort d'un dels seus membres segueix un procés de transició que la porta a una nova identitat. La feina de l'equip sanitari és establir una relació d'ajuda que permeta als familiars passar per aquest procés sentint-se acompanyats. Per tant, a més dels cuidatges indispensables per a la persona malalta, és fonamental el recolzament de part de tot el personal de l'equip de cures paliatives a la família amb l'objectiu de reforçar la seva funció, acompanyant i possibilitant que la família recuperi o mantingui la seva confiança en les capacitats de cuidadora³⁴⁻³⁵.

3.9. Definició de dol:

El dol comença amb la comunicació d'un diagnòstic. És una desviació de l'estat de salut i benestar que precisa un temps per tornar al seu funcionament habitual. Al morir el pacient, els familiars entren en el procés de dol. Aquest és un procés dinàmic i personal, definit per Soler i Jordà com accions, pensaments i sentiments conseqüents a la pèrdua d'alguna cosa estimada o d'una persona. És un concepte que engloba aflicció, sofriment, dolor i pesar. Aquest no és un trastorn mental, però alguns autors el

classifiquen dins dels trastorns addicionals que poden requerir atenció clínica, i altres com a trastorns d'adaptació^{13,34}.

Totes les persones pateixen el procés de dol, però cadascuna de diferent manera, és a dir, no tots els dols són iguals ni es resolen de la mateixa manera. La intensitat, el ritme i la duració depèn de nombroses variables i de la seva interacció^{3,11}.

Molts autors consideren útil la distinció entre consell i teràpia de dol. El consell és un tipus d'intervenció que podia ser realitzada pels professionals sanitaris que es relacionen amb freqüència amb les persones que pateixen un procés de dol i es desenvolupa en aquelles que estan travessant un dol normal. En canvi, la teràpia de dol és un tipus d'intervenció realitzada per professionals de salut mental i està indicada en processos de dol complicat³.

3.10. Tipus de dol:

Hi ha molts tipus de dol, en els quals tenim el dol anticipatori, el no complicat, el complicat, el crònic, el retardat, l'exagerat, l'emascarat, l'ambigu i el psiquiàtric³⁶.

3.10.1. Dol anticipatori:

El **dol anticipatori** és aquell que apareix abans de la mort de la persona estimada. És una forma d'anticipar la pèrdua que irremediablement ocorrerà en un període de temps curt. Aquest tipus de dol és freqüent quan la persona es troba en una situació terminal³⁶.

3.10.2. Dol no complicat:

El **dol no complicat** és el dol normal, en el que no apareixen alteracions importants en la vida de les persones que l'experimenten. Aquest es caracteritza per dolor i malestar, pèrdua d'apetit, pes o son, dificultat de concentració, culpa, ràbia, moments

de negació, il·lusions i al·lucinacions relacionades amb el mort i identificació amb el mort. La intensitat d'aquests símptomes depèn de la personalitat de la persona que els pateix, de la proximitat que l'unia amb el mort i de les circumstàncies de la pèrdua³⁶.

3.10.3. Dol complicat:

"El **dol complicat**, també nomenat patològic o anormal, és la intensificació del dol al nivell en que la persona se sent desbordada i recorre a conductes desadaptatives o segueix amb aquest estat sense avançar en el procés de dol fins la recuperació". Aquest tipus de dol sol manifestar-se mitjançant pensaments de mort, autoculpa o irritabilitat cap a altres persones³⁶.

3.10.4. Dol crònic:

El **dol crònic** és aquell que té una duració excessiva i mai arriba a una solució satisfactòria. Aquest pot durar tota la vida. La persona és incapaç de refer la seva vida, es mostra absorbida per records i la seva vida gira al voltant de la persona perduda³⁶.

3.10.5. Dol retardat:

El **dol retardat** és el que no apareix en les persones just després de la mort, sinó que apareix un temps després. Aquestes persones no expressen signes d'afectació o dolor per la pèrdua ja que la persona que pateix el dol no afronta la realitat³⁶.

3.10.6. Dol exagerat:

El **dol exagerat**, també anomenat eufòric, pot adquirir tres formes diferents. Pot ser caracteritzat per una intensa reacció de dol, per la negació de la realitat de la mort on es manté la creença de que la persona morta segueix en vida, o reconeixent que la persona ha mort però amb la certesa que açò ha ocorregut per benefici del parent³⁶.

3.10.7. Dol emmascarat:

El **dol emmascarat** és aquell en el que les persones experimenten símptomes i una conducta que els causa sofriment però que no les relaciona amb la pèrdua. En aquest dol, la persona que pateix el dol es presenta al metge per disfuncions orgàniques, callant el fet de la pèrdua ja que no relacionen el mal amb la mort de la persona volguda³⁶.

3.10.8. Dol ambigu:

El **dol ambigu** és el dol que més ansietat provoca ja que permaneix sense aclarir-se. Hi ha dos tipus de pèrdues ambigües: el parent percep a la persona com absent físicament però present psicològicament; o el parent percep a la persona present físicament però absent psicològicament³⁶.

3.10.9. Dol psiquiàtric:

El **dol psiquiàtric** és el dol en el qual apareix un trastorn psíquic. Certs autors³⁶ senyalen que les personalitats de tipus narcisista tenen tendència a sofrir aquesta modalitat de dol per què són particularment sensibles a la pèrdua dels seus objectes volguts. Els seus tipus clínics són histèric, obsessiu, melancòlic, maníac i delirant.

3.11. Etapes del dol:

Es poden diferenciar 5 fases de dol fins arribar a la total acceptació. Açò no significa que totes les persones passen per les mateixes fases, ja que algunes, potser, passen per totes i altres només per alguna d'elles³⁷.

3.11.1. Fase de negació:

La primera fase és la de **negació**. La negació és un mecanisme de defensa que ens acompanya al llarg de la nostra vida i davant d'una pèrdua es fa present per evitar la

realitat que la persona viu. Es crea un mecanisme de defensa per a postergar l'impacte de l'agressió de la notícia implicada. Apareixen preguntes com: "*-no vull-, -no pot ser-, -deu ser un error-*"³⁷.

3.11.2. Fase de negociació:

En segon lloc, la fase de **negociació**. En aquesta fase apareixen les idees de negociar la realitat. La negociació és una nova conducta defensiva que tracta d'evitar allò inacceptable³⁷.

3.11.3. Fase de depressió:

Els dos passos anteriors s'esgoten i fracassen en el intent d'allunyar-se de la realitat, fent que es desenvolupi una nova fase a la que anomenem fase de **depressió**. La depressió sol aparèixer amb sentiments d'angoixa i idees circulars i negatives. La depressió és, més bé, el resultat de la consciència de la pèrdua. Aquesta etapa es resol més ràpidament quan la persona troba a alguna altra amb qui pot expressar la profunditat de l'angustia i rebre la contestació que necessita front les temors i fantasies. Aquesta fase és la més comuna en totes les persones que es troben en el procés de dol³⁷.

3.11.4. Fase de ira:

Quan la persona veu la realitat, intenta revelar-se contra ella, per tant els seus sentiments i preguntes canvien. Apareixen altres preguntes com: "*-per què jo-, -per què ara-, -no es just-, etc.*" Per tant, és ací on apareix la fase de **ira** que avarca tot el que està al seu voltant, on res li pareix bé, res el conforma i presenta sentiments de dolor, odi i ràbia³⁷.

3.11.5. Fase d'acceptació:

Per últim, quan la persona, després de ser acompanyada per superar les altres fases, ja ha resolt els seus assumptes incomplets i ha abandonat la depressió i els sentiments negatius, passa a la fase d'**acceptació**. En aquesta fase, la persona se sent més tranquil·la i ha acceptat la realitat de la pèrdua³⁷.

4. Objectius:

4.1. Objectiu principal:

L'objectiu principal d'aquest treball és realitzar una recerca bibliogràfica sobre l'atenció d'infermeria en el procés de dol als familiars de pacients oncològics en fase terminal.

4.2. Objectius secundaris:

- Veure l'estat actual del càncer i la família en la literatura científica.
- Identificar la importància de l'acompanyament del dol als familiars dels malalts oncològics.

5. Metodologia:

Es tracta d'una recerca bibliogràfica realitzada en diferents fonts d'informació des del setembre del 2015 fins al maig del 2016.

5.1. Fonts d'informació:

Les principals fons d'informació que hem utilitzat per a realitzar el treball són pàgines web de salut com: *Generalitat de Catalunya (gencat)*, *Organització Mundial de la Salut (OMS)*, *Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica (SEOM)* i *Institut Nacional de Càncer*. Bases de dades: *Scielo*, *Dialnet*, *CUIDEN* i *Evidentia*. Revista biomèdica: *Medicina*

familiar y comunitaria. Revistes de literatura mèdica com: *Elsevier*. I motors de cerca: *Google Acadèmic*.

5.2. Paraules clau:

Per fer la recerca hem utilitzat terminologia relacionada amb la salut i infermeria. Hem fet ús de termes com infermeria, càncer, atenció al càncer, impacte en la família i dol. La cerca va ser realitzada, principalment, en castellà, per ser l'idioma oficial del nostre país. També hem fet ús de bases de dades escrites en català i articles en portuguès.

5.3. Criteris d'inclusió i exclusió:

Per a la selecció dels articles hem tingut en compte els següents criteris d'inclusió i d'exclusió (TAULA 3):

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
- Articles publicats al nostre país, entre el 2005 i el 2015.	- Articles de publicació anterior al 2005.
- Articles de bases de dades fiables.	- Articles de bases de dades no fiables.
- Articles que tracten el tema del càncer i la seva repercussió tant per al malalt com per a la família a Espanya.	- Articles d'atenció d'infermeria en el procés de dol als familiars de pacients oncològics en fase terminal en països estrangers.
- Articles a text complet.	- Articles incomplets (només l' <i>abstrat</i>).
- Articles d'accés gratuït.	- Articles de pagament.

Taula 3. Criteris d'inclusió i exclusió.

6. Resultats de la cerca:

En una primera cerca, vam trobar 45 articles, dels quals 31 van ser exclosos per no complir els criteris d'inclusió, mentre que 16 d'aquests sí que van ser admesos ja que complien els criteris.

Títol article:	Autor, any publicació, base de dades, tipus estudi:	Resum:
1. <i>Impacto del cáncer en la dinámica familiar</i> ³⁸ .	<p><u>Autor:</u> Cabrera A, Ferraz R.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2010.</p> <p><u>Base dades:</u> revista biomedicina.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi descriptiu observacional transversal.</p>	<p>L'objectiu general d'aquest estudi es descriure l'impacte del càncer en el sistema familiar dels pacients oncològics del Departament de Tractament Ambulatori de CAAMEPA. En l'estudi es mostra que el càncer no repercuteix en totes les famílies. Els sentiments en tots els casos son dolor, desconcert, preocupació del futur, ansietat - depressió i ira, creant així una tensió en la família. Demostra també que el recolzament familiar millora la qualitat de vida del pacient i la seva curació.</p>
2. <i>Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos</i> ³⁹ .	<p><u>Autor:</u> Garassini ME.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2006.</p> <p><u>Base dades:</u> palermo.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi qualitatiu.</p>	<p>La resiliència és la capacitat d'una persona o grup de persones per superar grans dificultats i viure en presència d'aquestes de manera positiva. Qui ajuda al pacient i familiars a superar les dificultats és el professional de la salut. Aquest estudi es centra en la importància de la resiliència a nivell personal, familiar i cultural. En els casos de malalties oncològiques, han de ser atesos tan els malalts com els seus familiars. Investigacions afirmen que les intervencions mèdiques tenen efecte positiu sobre la depressió quan la parella està inclosa en el procés de la malaltia. Altres investigacions han demostrat que els parents més propers experimenten un benestar psicològic pobre, disminueixen la qualitat de la relació amb el pacient i redueixen la seua salut física.</p>

<p>3. <i>Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador</i>⁴⁰.</p>	<p><u>Autor:</u> Moreira de Souza R. <u>Any publicació:</u> 2011. <u>Base dades:</u> scielo. <u>Tipus estudi:</u> estudi exploratori qualitatiu.</p>	<p>El càncer és una malaltia crònica - degenerativa. Tant el pacient com la família passen per varies transformacions i per l'enfrontament a aquest. Davant les necessitats del pacient i la família, sorgeixen les cures pal·liatives, atenció activa i integral al pacient sense possibilitat de cura. El cuidador es centra tan en la vida del pacient que deixa d'un costat la seva, tendint a l'aïllament social i disminuint les seves activitats rutinàries habitual. Crea així una sobrecàrrega tan social, física com mental.</p>
<p>4. <i>La representación del cáncer en la persona enferma y su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar</i>⁴¹.</p>	<p><u>Autor:</u> Riquelme Olivares M. <u>Any publicació:</u> 2015. <u>Base dades:</u> dialnet. <u>Tipus estudi:</u> estudi qualitatiu.</p>	<p>L'objectiu d'aquest estudi qualitatiu és veure l'impacte que té el càncer tant en la persona que el pateix com en els seus familiars. Es realitza un estudi a familiars de malalts i es mostra que l'impacte, majoritàriament, és negatiu. Per a que els familiars duguin aquesta situació de la millor manera possible és necessari que reben la informació completa i que reben ajuda en tot el procés.</p>
<p>5. <i>Atención a las cuidadoras de pacientes oncológicos y paliativos en el espacio comunitario</i>⁴².</p>	<p><u>Autor:</u> Rodriguez Pereira M, Tello Redondo PM. <u>Any publicació:</u> 2015. <u>Base dades:</u> CUIDEN. <u>Tipus estudi:</u> estudi bibliogràfic.</p>	<p>En aquest article es mostra la importància de l'atenció a les cuidadores de malalts oncològics. El concepte és femení ja que el 80% de les persones que cuiden són dones. Cuidar no és fàcil i comporta un estat estressant a la cuidadora. Per això cal remarcar la importància de cuidar a les cuidadores per a que puguin cuidar sense que apareguin problemes personals que impossibiliten la cura al malalt.</p>

<p>6. <i>Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo</i>⁴³.</p>	<p><u>Autor:</u> Covarrubias Delgado L, Andrade Cepada, RMG.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2012.</p> <p><u>Base dades:</u> scielo.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi descriptiu correlacional.</p>	<p>En els resultat d'aquest estudi es destaca la figura de la dona com a cuidadora principal d'un malalt, amb un percentatge prou més elevat que el dels homes. La qualitat de vida d'aquestes persones és alta, però no es pot dir el mateix del nivell emocional i social, ja que aquests es veuen afectats negativament. Quan més temps duri l'atenció, més possibilitats hi ha de que pateixin més problemes els cuidadors. Per això és important la seva salut.</p>
<p>7. <i>Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas</i>⁴⁴.</p>	<p><u>Autor:</u> Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet M, Nieto González A, Sánchez Martín A, Val Pérez, JV.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2010.</p> <p><u>Base dades:</u> elsevier.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi qualitatiu.</p>	<p>L'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer les característiques de l'atenció als familiars i promoure un canvi per a que es doni més atenció a aquests. Els familiars de malalts crítics necessiten atenció per part de les infermeres i de la resta de professionals per poder dur aquesta situació sense cap tipus de problemes, tan físics com mentals. La comunicació entre professionals i família - pacient és molt important.</p>
<p>8. <i>Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica</i>⁴⁵.</p>	<p><u>Autor:</u> Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2011.</p> <p><u>Base dades:</u> scielo.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi descriptiu qualitatiu.</p>	<p>La informació d'aquest estudi es va recollir a través d'una entrevista a infermeres de UCI. Aquestes no només han de cuidar al pacient, sinó també ajudar als familiars. Acadèmicament estan preparades per atendre els aspectes biològics i tècnics del pacient, però no els emocionals, per això es senten incòmodes en qualsevol pregunta que realitzen els familiars del pacient.</p>

<p>9. <i>Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos</i>⁴⁶.</p>	<p><u>Autor:</u> Brunnquell Pires LC, de Oliveira Vargas M, Wittmann Vieira R, Souza Ramos FR, Ferrazzo S, de Oliveira Vargas Bitencourt J.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2013.</p> <p><u>Base dades:</u> enfermagem em foco.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi d'investigació qualitativa.</p>	<p>Aquest estudi fou realitzat a l'hospital de porto Alegre, amb la participació de 13 cuidadores de familiars pal·liatius. El principal objectiu d'aquest estudi és analitzar la relació entre els professionals d'infermeria i els familiars dels pacients internats en cures pal·liatives. La relació entre ambdós minimitza el sofriment de les persones en el procés de dol. Per això és important no només atendre al pacient sinó també als familiars que estan a la seva cura.</p>
<p>10. <i>Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer</i>⁴⁷.</p>	<p><u>Autor:</u> Galindo Vázquez O, Rojas Castillo E, Ascencio Huertas L, Meneses García A, Aguilar Ponce JL, Olvera Manzanilla E, Diez Martínez F, Alvarado Aguilar S.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2015.</p> <p><u>Base dades:</u> revista UCM.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi d'investigació qualitativa.</p>	<p>L'objectiu d'aquest article és proporcionar un algorisme de presa de decisió per avaluar i tractar els problemes dels cuidadors primaris de pacients amb càncer. Per a fer l'estudi es van seleccionar a cuidadors primaris informals de pacients adults oncològics. Les dones solen tindre més problemes a nivell emocional que els homes. El desenvolupament de guies de pràctiques clíniques permet proporcionar recomanacions en l'atenció als familiars. Cuidar és molt estressant i creant aquestes guies permet que el cuidador afronti eficaçment les demandes de cuidar i mantingui una qualitat de vida acceptable.</p>
<p>11. <i>Atención a la Familia</i>⁴⁸.</p>	<p><u>Autor:</u> Alonso Babarro A.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2006.</p> <p><u>Base dades:</u> elsevier.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi observacional.</p>	<p>L'atenció al pacient oncològic avançat no es deu centrar només en el malalt, sinó que també en el seu entorn. S'ha observat que un 70% dels cuidadors principals són les parelles, fills i amics. Els principals problemes que pateixen aquests són ansietat, depressió, problemes físics, aïllament social, etc. I les necessitats dels cuidadors van augmentant a mesura que els malalts van deteriorant-se.</p>

<p>12. <i>Humanización en el Cuidado del Paciente Oncológico</i>⁴⁹.</p>	<p><u>Autor:</u> Lupiáñez Pérez Y.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2006.</p> <p><u>Base dades:</u> google acadèmic.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi descriptiu observacional.</p>	<p>En aquest article es descriu el paper de la infermera en la cura de pacients amb càncer. Aquestes han de tractar al pacient amb respecte i sempre amb la confidencialitat màxima. Els pacients el que necessiten és ajuda i rebre la informació necessària adaptada a ells. És important també que el malalt rebí ajuda dels familiars i dels amics, ja que aquests li donen estabilitat. Per tant, la qualitat de la relació del pacient amb els professionals que l'atenen i els familiars és vital per afrontar la malaltia, el tractament i l'evolució.</p>
<p>13. <i>El cuidado de la persona con cáncer</i>⁵⁰.</p>	<p><u>Autor:</u> Regina Secoli S, Pezo Silva MC, Alves Rolim M, Lúcia Machado A.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2007.</p> <p><u>Base dades:</u> scielo.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi d'investigació qualitativa.</p>	<p>El càncer és una malaltia que posseeix un significat d'amenaça per al pacient. Per tant, l'objectiu del present article és contribuir amb reflexions sobre la temàtica i presentar una proposta d'abordatge psicossocial .</p>
<p>14. <i>Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y profesionales</i>⁵¹.</p>	<p><u>Autor:</u> Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina H, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2007.</p> <p><u>Base dades:</u> scielo.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi prospectiu, descriptiu.</p>	<p>L'ingrés d'un pacient a UCI suposa un estrès per al pacient i els seus familiars. La realitat és que la família es troba en un segon pla en aquest procés de cuidatge. L'objectiu principal d'aquest estudi és valorar el grau de satisfacció dels familiars dels pacients ingressats i la informació rebuda. L'objectiu secundari és comparar aquest grau de satisfacció quan és avaluat des del punt de vista dels professionals. En conclusió, la majoria dels familiars entrevistats estaven satisfets amb les condicions mediambientals, i el professional pensa que la manera d'informar en la unitat és poc acollidora.</p>

<p>15. <i>Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado</i>⁵².</p>	<p><u>Autor:</u> Luengo Martínez CE, Araneda Pagliotti G, López Espinoza MA.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2010.</p> <p><u>Base dades:</u> scielo.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi quantitatiu, descriptiu, analític, correlacional, transversal.</p>	<p>Aquest estudi mostra que el percentatge més elevat de cuidador és de sexe femení, entre els 21 - 40 anys. Aquestes han de tenir cura no només del malalt que tenen a càrrec, sinó de la seva vida també, ja que si les cuidadores no estan bé, no poden cuidar amb eficàcia. Els cuidadors deuen estar capacitats formalment en cuidatges bàsics per anar incrementant les seues habilitats de cura i aprendre a controlar l'estrès que proporciona aquesta situació.</p>
<p>16. <i>El pacto de silencio en los familiares de pacientes oncológicos terminales</i>⁵³.</p>	<p><u>Autor:</u> Ruíz-Benítez de Lugo MA, Coca MC.</p> <p><u>Any publicació:</u> 2008.</p> <p><u>Base dades:</u> revista científica complutense.</p> <p><u>Tipus estudi:</u> estudi descriptiu transversal.</p>	<p>L'eix central d'aquesta investigació es centra en l'estudi de l'actitut dels familiars davant de la informació que es comunica al pacient a l'enfrontar-se amb el final de la vida. L'objectiu d'aquest estudi és l'anàlisi i coneixement de la conspiració del silenci, que es tracta de ocultar total o parcialment la informació de l'estat del pacient sense contar amb la decisió del malalt.</p>

7. Anàlisi:

Per fer l'anàlisi dels articles seleccionats en la recerca bibliogràfica, el primer que hem fet és una lectura completa i amb profunditat de tots els articles. De cadascun llegit, s'ha realitzat un resum, analitzant la informació rebuda. A continuació s'ha identificat aquella que dóna resposta a l'objectiu pautat al treball. I finalment, hem extret les conclusions.

Per poder realitzar l'anàlisi dels articles seleccionats hem classificat els articles en diferents categories: aquells que es centren en el paper d'infermeria en el cuidatge, la importància de comunicar i de recolzar no només al malalt, sinó també a les persones

del seu voltant; els articles que es centren en els pacients i els sentiments que expressen en aquest procés; i, per últim, aquells que parlen sobre la família i els seus possibles problemes al tindre un malalt oncològic en el cercle familiar amb estat crític.

7.1. Infermeria:

Com bé expressen alguns articles^{38,40}, el càncer és una malaltia crònica degenerativa i s'exposa a la principal causa de mort a nivell mundial. Aquest es viu com sinònim de dolor, sofriment, deteriorament i finitud⁵³. El diagnòstic de càncer suposa en els pacients afectats i els seus familiars una ruptura brusca amb la vida quotidiana. Segons els autors Garassini i Lupiáñez^{39,49}, el paper d'infermeria en aquestes situacions és molt important i consisteix en atendre i cuidar, holísticament, no només al malalt sinó també a la seva família.

Factors com la falta de preparació per al cuidador i l'absència de suport familiar i professional sobrecarreguen a la persona responsable de cuidar al malalt⁴⁴. Per això, com diu l'autor Moreira de Souza⁴⁰, el recolzament de l'equip de salut permet que el cuidador se senti acollit per expressar els seus sentiments i angoixes i possibilitar que aquest continuï amb el seu paper de cuidador amb el menor sofriment possible.

La comunicació és un dels aspectes que més incideix en l'atenció de la persona malalta i la seva família, segons l'estudi de Riquelme Olivares⁴¹. Si hi ha una bona comunicació i la informació es transmet d'una manera clara i adaptada a la capacitat de comprensió dels afectats, tant el malalt com la família i els professionals de la salut que estan al cas poden dur el procés de la malaltia d'una manera més positiva i amb menys sofriment. Cal destacar la importància que es dóna a la individualització en la pràctica professional, a l'hora d'atendre a una persona oncològica, apropar-nos també a la família sense cap tipus de prejudicis i amb la intenció de conèixer el que els està passant, de poder entendre'ls i comprendre'ls, com un sol nucli de cuidatge^{39,41,45}.

Com bé opinen els autors Campo i et al i Bronnquell i et al⁴⁵⁻⁴⁶, la infermera se sent responsable del cuidatge que les famílies necessiten, ja que una relació confortable entre ambdós minimitza el sofriment d'aquestes i a més, aquesta ha de mostrar una actitud empàtica, és a dir, ha de saber comprendre la situació en la que està passant el pacient i ajudar-lo d'una manera grata. També es considera un aspecte rellevant l'escolta activa, és a dir, aprendre a escoltar i deixar que el malalt expressi els seus sentiments i emocions. La infermera és la que més temps passa amb el pacient, per tant ha de saber tractar i tindre paciència amb aquests.

Com expressa Alonso⁴⁸, l'atenció a la família no acaba amb la mort del pacient. El dol és la reacció psicològica davant la pèrdua on els professionals de la salut han de seguir recolzant en l'elaboració del dol fins que el familiar accepti la situació.

Per tant, en general, els articles relacionen la importància que té no només la cura al malalt oncològic sinó també a la família, per portar la malaltia d'una manera favorable.

7.2. Pacient:

El càncer és una malaltia que moltes persones l'associen a la mort. Tant la persona que el pateix com els del seu voltant reben un gran impacte negatiu en la qualitat de vida personal, fent així que sorgeixin alteracions en les funcions vitals que poden posar en perill la vida del malalt i també perdre l'activitat laboral^{38,49}. És una malaltia complicada d'acceptar després del diagnòstic. Totes les persones que pateixen càncer no es moren, hi ha un percentatge d'aquestes que solen curar-se.

Quan s'informa sobre el diagnòstic, normalment apareix el *shock* i la negació, malgrat que no totes les persones diagnosticades passen per les mateixes fases. Per això, tal com expressen els articles buscats³⁸⁻⁵³, sigui de manera explícita o implícita, cal

proporcionar una relació infermera - pacient - família la més grata possible i adequada a cada grup de persones per afrontar la malaltia, el tractament i l'evolució.

Segons afirmen els autors Cabrera i et al i Ferraz i et al^{38,43}, el pacient arriba a l'hospital amb angustia i por a tot allò desconegut i perd l'autonomia tornant-se dependent al ser sotmès al conjunt de rutines establertes pel personal assistencial, creant alteracions del ritme de vida on apareixen emocions negatives, ansietat, depressió i desesperació, precisant ajuda dels familiars durant el procés per a una millor recuperació i motivació en el tractament.

Cada pacient té les seves pròpies creences, pors i ansietats respecte al càncer, per això molts arriben a l'hospital conscients de que poden patir aquesta malaltia⁵⁰.

7.3. Família:

Els familiars normalment es troben en un segon pla en el cuidatge en un cas oncològic⁵¹. Segons els autors Moreira i Covarubias i et al^{40,43}, la malaltia afecta tant al pacient com al familiar, experimentant una sobrecàrrega física, mental i social en aquest. Dins dels membres de la família que més recolzen al pacient es troben la parella, els germans i, en tercer pla, els fills. Normalment, qui més responsabilitat té de cuidar a les persones són les dones, per això aquestes tenen un percentatge més alt de problemes emocionals que els homes, malgrat que en tots apareixen problemes de salut^{38,42,47}.

La família és el principal suport físic, emocional i pràctic de la persona malalta, per això han de ser capaços de realitzar els cuidatges bàsics a la persona⁵². Abans del diagnòstic, la dinàmica familiar sol ser funcional i els familiars acostumen a estar presents en el moment en que s'informa del diagnòstic d'una magnitud com la que implica el diagnòstic del càncer. Però després decau i passa per un procés de crisi sentimental, on apareix dolor, desconcert, preocupació, aïllament social, ansietat, ira,

depressió, produint així una tensió en la família^{38,41}. Els parents tenen el gran potencial d'influir en la salut del pacient degut a la gran oportunitat de proporcionar recolzament de conflictes interpersonals. Aquests veuen més important les necessitats del malalt que les seues pròpies experimentant, com bé diuen alguns articles³⁹⁻⁴⁰, pobre benestar psicològic, baixa qualitat de relació amb el malalts i reducció de la seua salut física. Per tant, és important cuidar també a la família i per a això s'ha de realitzar, primer que tot, una valoració infermera de la cuidadora que ens orienti del pla d'acció més adequat per això poder cuidar de la millor manera possible⁴².

La comunicació en la família també es veu afectada en el moment del diagnòstic. Així, el desenvolupament de guies de pràctiques permet que el cuidador afronti eficaçment les demandes de cuidar i mantingui una qualitat de vida acceptable⁴⁷.

8. Conclusió:

El càncer no repercuteix de la mateixa manera en totes les famílies. Tot depèn del diagnòstic, de la gravetat d'aquest i de la repercussió a la persona que el pateix i a la família.

El 80% de les persones que cuiden són dones. S'ha demostrat que els cuidadors presenten un benestar físic pobre, disminueix la qualitat de relació amb el pacient i disminueix també la seva salut física, malgrat que, normalment, solen aparèixer en un segon pla en el cuidatge. Les necessitats dels cuidadors van augmentant a mesura que els malalts van deteriorant-se, per tant, els professionals de la salut han de tindre en compte que no només han de posar èmfasi amb la cura del malalt, sinó que una bona part de l'ajuda durant aquest procés la necessita la família.

La comunicació entre els professionals, familiars i pacients és molt important, a l'igual que el recolzament a la família per millorar la qualitat de la vida del pacient i de la seva cura.

Els sentiments que mostren tant els malalts de càncer com els parents són dolor, desconcert, preocupació pel futur, ansietat, depressió, ira, aïllament social i reducció de les activitats rutinàries de la persona, portant així a un impacte negatiu i una tensió en la família. Per tant, l'aparició d'un model de grups d'intervenció és efectiu per reduir, en els parents, símptomes de depressió i ansietat.

En general, el càncer és una malaltia que afecta al propi pacient i a la seva família, per tant el cuidatge per part dels professionals ha d'estar enfocat al malalt i als del seu voltant, fent així que la malaltia s'enfronti de manera favorable i amb el menor sofriment possible.

Com a opinió personal, el treball de fi de grau és una eina que necessita moltes hores de dedicació. He tingut bastant dificultat a l'hora de buscar articles adaptats al tema ja que han de complir uns requisits pautats. Amb aquest treball s'aprèn moltes coses noves i, també, és una eina que, en un futur, ens pot ajudar per fer investigacions que ens sigui del nostre interès, seleccionant la informació adequada i aplicant a la pràctica allò estudiat o investigat.

En el transcurs de la meua professió, el meu somni és ser matrona o dedicar-me al món de l'oncologia per poder ajudar tant als malalts com als familiars a portar amb el màxim positivisme aquesta situació i a promoure, amb el cas de no cura, una mort digna.

9. Bibliografia:

1. Borràs JM. *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Trabajo social del Institut Català d'oncologia*. [Internet]. Gencat. Juny 2004. [Consultat el 28/09/2015]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf

2. Basart S, Campos A, Jimenez S, Llorens R, Royo J, Tarré R, et al. *Guia del dol*. [Internet]. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. 2013. [Consultat el 28/09/2015]. Disponible en: http://governacio.gencat.cat/web/.content/afers_religiosos/documents/CSMS_Calella_Dol.pdf
3. Virizuela JA, Aires MM, Duque A. *Intervención familiar en duelo*. [Internet]. Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica. Sevilla. [Consultat el 28/09/2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo13.pdf>
4. Harrison. *Manual de Oncología*. Editorial: McGRAW-HILLINTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. ISBN 13: 978--970-10-7285-1. [Consultat el 28/09/2015].
5. Chacón M, Grau J. *Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos*. [Internet]. Instituto Nacional de Oncología i Radiología. Art. Rev. Cubana Oncol 1997; 13(2): 118 - 125. [Consultat el 28/09/2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La situación del cáncer en España*. [Internet]. ISBN: 84-7670-673. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/situacionCancer.pdf>
7. Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica. *Las Cifras del Cáncer en España en 2014*. [Internet]. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf

8. Departament de Salut i servicis humans EE.UU. *Estadísticas del Cáncer*. [Internet]. Institut Nacional de Càncer. 2012. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>
9. Organització Mundial de la Salut. *Cáncer*. [Internet]. Febrer 2015. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
10. Fundación de Investigación para vencer el cáncer. [Internet]. *Información sobre el cáncer. Incidencia en España*. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://criscancer.org/es/por-que- cris.php?zona=1&seccion=2&apartado=5>
11. Organització Mundial de la Salut. *Enfermería*. [Internet]. 2016. [Consultat el 07/10/2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
12. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. *Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos*. [Internet]. Scielo. Gen. - jun. 2011. 20(1-2). 0 - 0. ISSN 1132 - 1296. [Consultat el 03/05/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015
13. Galeón. *Concepto de PAE*. [Internet]. 2016. [Consultat el 07/10/2015]. Disponible en: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/concepto.html>
14. Departament de Salut i servicis humans EE.UU. *Comunicación en la atención del cáncer*. [Internet]. Institut Nacional de Càncer. 2015. [Consultat el 07/10/2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/comunicacion-pdq>
15. Organització Mundial de la Salut. *Cáncer*. [Internet]. 2016. [Consultat el 07/10/2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

- 16.** DefiniciónABC. *Definición de familia*. [Internet]. 2007-2016. [Consultat el 08/10/2015]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/familia.php>
- 17.** Associació Espanyola Contra el Càncer. *Definición de cuidado paliativo*. [Internet]. Ago. 2015. [Consultat el 02/04/2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- 18.** Associació Espanyola Contra el Càncer. *Unidades de cuidado paliativo*. [Internet]. Ago. 2015. [Consultat el 02/04/2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CuidadosPaliativos/Paginas/Quienrealizaloscuidadospaliativos.aspx>
- 19.** Generalitat de Catalunya. *Càncer. Què és el càncer*. [Internet]. [Consultat el 08/10/2015]. Disponible en: http://cancer.gencat.cat/ca/ciutadans/el_cancer/que_es_el_cancer/
- 20.** Organització Mundial de la Salut. *Càncer. Día mundial contra el Càncer 2014*. [Internet]. [Consultat el 08/10/15]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/es/>
- 21.** Diaz E, Esteban E. *Dolor en el paciente con cáncer*. Monografías de Oncología Médica 2008. Ed: You & Us, S.A. Madrid, Juny 2008. [Consultat el 12-01-2016].
- 22.** Chabner BA, Lynch TJ, Longo DL. *Harrison, Manual de Oncología*. Ed: McGraw-Hill. Espanya, 2008. [Consultat el 12-01-2016].
- 23.** Generalitat de Catalunya. *Càncer. Tractaments*. [Internet]. [Consultat el 12/10/2015]. Disponible en: <http://cancer.gencat.cat/ca/ciutadans/tractaments/>
- 24.** Generalitat de Catalunya. *Càncer. Cirurgia*. [Internet]. Gen. 2010. [Consultat el 12/10/2015]. Disponible en: <http://cancer.gencat.cat/ca/ciutadans/tractaments/cirurgia/>

25. American Cancer Society. *Quimioteràpia*. [Internet]. [Consultat el 12/10/15]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/quimioterapia/>
26. Generalitat de Catalunya. *Càncer. Quimioteràpia*. [Internet]. [Consultat el 12/10/2015]. Disponible en: <http://cancer.gencat.cat/ca/ciutadans/tractaments/quimioterapia/>
27. Generalitat de Catalunya. *Càncer. Quimioteràpia*. [Internet]. [Consultat el 12/10/2015]. Disponible en: <http://cancer.gencat.cat/ca/ciutadans/tractaments/radioterapia/>
28. Delicado MV, García MA, López B, Martínez P. *El cuidador. Concepto y perfil*. [Internet]. Nov. 2010. [Consultat el 14/10/2015]. Disponible en: http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx
29. Serviçi Extremeny de Promoció de l'Autonomia i Atenció a la Dependència. *La figura del cuidador/a*. [Internet]. Conselleria de Sanitat i Polítiques Socials. [Consultat el 14/10/2015]. Disponible en: <http://sepad.gobex.es/cuidadores/la-figura-del-cuidador;jsessionid=5621442F609CFEA2B81D800926FDC8C9>
30. Rogero J. *Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia*. [Internet]. Rev. Esp. Salud Pública. 2009. 83(3). 393 - 405. ISSN 1135-5727. [Consultat el 04/04/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000300005&script=sci_arttext

- 31.** Torres MP, Ballesteros E, Sanchez PD. *Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España*. [Internet]. Mar 2008. 19(1). 9 - 15. ISSN 1134-928X. [Consultat el 14/10/2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n1/rincon1.pdf>
- 32.** Com voce, os passos de Jesus. *A importancia da família para a vida*. [Internet]. Dec. 2014. [Consultat el 14/10/2015]. Disponible en: <http://www.a12.com/jovens-de-maria/noticias/detalhes/a-importancia-da-familia-para-a-vida>
- 33.** Villanueva A. *Importancia de la familia en la vida de las personas*. [Internet]. Feb. 2014. [Consultat el 14/10/2015]. Disponible en: <http://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-familia-en-la-vida-de-las-personas-noticia-668100>
- 34.** Astudillo W, Pérez M, Ispizua Á, Orbegozo A. *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*. [Internet]. Sociedad basca de cuidados paliativos. 1ra edición, San Sebastián, Espanya, 2007. [Consultat el 13-01-2016]. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/libroDuelo.pdf>
- 35.** Novellas A, Pajuelo MM. *Cuidados paliativos - la familia de la persona enferma*. [Internet]. Societat Espanyola de Cures Pal·liatives. 2014. [Consultat el 14/10/2015]. Disponible en: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>
- 36.** Boó MJ. *El duelo. Cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos*. [Internet]. Treball fi de grau. 2013. [Consultat el 21/12/2015]. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf?sequence=1>

37. Psicólogos en Madrid eu. *Fases del duelo*. [Internet]. [Consultat el 21/12/2015]. Disponible en: <http://psicologosenmadrid.eu/fases-del-duelo/>
38. Cabrera A, Ferraz R. *Impacto del cáncer en la dinámica familiar*. [Internet]. Revista biomédica. Mar. 2011. 5(1), 42 - 48. [Consultat el 23/09/2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
39. Garassini ME. *Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos*. [Internet] Psicodebat 9, Psicología, cultura i societat. 2006. 93 - 104. [Consultat el 23/09/2015]. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2006.pdf>
40. Moreira R, Turrini RNT. *Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador*. [Internet]. Enferm. glob. Abr. 2011. 10(22). 0 - 0. ISSN 1695-6141. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion2.pdf>
41. Riquelme M. *La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar*. [Internet]. RITSCS. Gen. 2015. (9). 120 - 136. ISSN 2173 - 0512. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://www.comunitania.com/numeros/numero-9/merce-riquelme-olivares-la-representacion-del-cancer-en-la-persona-enferma-y-en-su-familia-la-implicacion-de-sus-significados-en-la-comunicacion-familiar.pdf>
42. Rodríguez M, Tello PM. *Atención a las cuidadoras de pacientes oncológicos y paliativos en el espacio comunitario*. [Internet]. Rev. Enf. Doc. Gen. - jun. 2015. (103). 15 - 18. ISSN 2386-8678. [Consultat el 01/10/2015]. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/viewFile/53/pdf_37

43. Covarrubias L, Andrade RMG. *Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo*. [Internet]. Scielo. Jul. - set. 2012. 12(3). 15 - 18. ISSN 1132-1296. [Consultat el 01/10/2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200005&script=sci_arttext
44. Zaforteza C, Prieto S, Canet TP, Díaz Y, Molina M, Moreno C, et al. *Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategia consensuadas*. [Internet] Enf. Int. 2010. 21 (1). 12 - 19. [Consultat el 03/10/2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13147376&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=41&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v21n01a13147376pdf001.pdf
45. Campo MC, Cotrina MJ. *Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica*. [Internet]. Enferm. Glob. Oct. 2011. 10(24). 0-0. ISSN 1695-6141. [Consultat el 05/10/2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400009&script=sci_arttext
46. Brunnquell LC, Vargas MA, Wittmann R, Souza FR, Ferrazo S, Vargas JV, et al. *Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos*. [Internet]. Rev. portalcofen. 2013. 4(1). 54 - 57. [Consultat el 27/12/2015]. Disponible en: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/504>
47. Galindo O, Rojas E, Ascencio L, Meneses A, Aguilar JL, Olvera E, et al. *Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer*. [Internet]. Rev. UCM. 2015. 12(1). 87 - 104. [Consultat el 03/01/2016]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48906/45632>

48. Alonso A. *Atención a la familia*. [Internet]. Elsevier. 2006. 38(2). 14 - 20. [Consultat el 08/01/2016]. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13094771&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=104&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38nSupl.2a13094771pdf001.pdf

49. Lupiáñez Y. *Humanización en el Cuidado del Paciente Oncológico*. [Internet]. 2006. 85. 27 - 30. [Consultat el 10/01/2016]. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-85-09.pdf>

50. Regina S, Pezo MC, Alves M, Lúcia A. *El cuidado de la persona con cáncer*. Scielo. [Internet]. Mar. 2005. 14(54). ISSN 1132 - 1296. [Consultat el 15/01/2016].

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007

51. Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva Á, et al. *Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares i profesionales*. [Internet]. Med. Int. Ago. - set. 2007. 31(6). 0 - 0. ISSN 0210 - 5691. [Consultat el 25/01/2016]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002

52. Luengo CE, Araneda G, López MA. *Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado*. [Internet]. Scielo. Gen. - mar. 2010. 19(1). 0 - 0. ISSN 1132 - 1296. [Consultat el 26/01/2016]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100003&script=sci_arttext

53. Ruíz-Benítez MA, Coca MC. *El pacto de silencio en los familiares de pacientes oncológicos terminales*. [Internet]. Rev. Cien. Comp. 2008. 5(1). 53 - 69. [Consultat el 22/03/2016]. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130053A/15496>

10. Article:

Nom revista: Revista *Metas de Enfermería*.

Normes de publicació:

La revista *Metas de Enfermería* és una revista científica internacional que publica treballs d'investigació quantitativa, qualitativa i mixta, articles de revisió bibliogràfica, recopilació o opinió, casos clínics i altres articles que fan referència al camp professional d'infermeria.

Els treballs publicats han d'estar elaborats seguint les Recomanacions Internacionals d'Editors de Revistes Mèdiques, com les normes de Vancouver. La falta de consideració d'aquestes normes produeix un retràs en el procés editorial i en la possible publicació del manuscrit, podent ser, també, causa de rebuig. Tots els treballs rebuts a aquesta revista són valorats pel Comitè Editorial, i si escau, passen a un procés de revisió per pars (*peer review*) amb avaluadors externs.

Instruccions generals per a la presentació del manuscrit:

El manuscrit s'ha de realitzar utilitzant el programa word com a processador de textos i Excel o PowerPoint quan es tracte de gràfics i taules (no s'accepta si està en format imatge).

Text:

Respecte al text, la presentació serà amb interlineat de 1'5 en totes les seves seccions, pàgines numerades en la part inferior dreta, un cos de lletra de 12 (*Times New Roman*) o 10 (*Arial*), deixant els marges laterals, superior i inferior de 2,5 cm. Si s'envien imatges digitals han de ser adjuntades a part i tindre una resolució de 300 dpi, mida de 10 x 15 cm i formato jpg. El text del manuscrit, inclosa la bibliografia, deu ajustar-se a un màxim de 3.000 paraules. Les taules, quadres i gràfics també s'enviaran en un fitxer a part del text, el nombre del qual no excedirà de sis en conjunt, havent d'estar numerades i delimitades segons el seu ordre d'aparició en el text i contenint títol, llegenda o peu de foto, segons escaigui. Deuen estar en Word o programa similar d'edició de textos. S'intentaran restringir al màxim les abreviatures i sigles, que es definiran quan es mencionen per primera vegada.

Títol:

La pàgina del títol deurà contenir: el títol del treball (en espanyol i en anglès), el qual ha de ser breu i informatiu (no deurà superar les 15 paraules); el nom i cognoms de cada autor/a; el grau acadèmic més alt que es posseeix, així com la filiació institucional, però no la categoria professional; s'indicarà també el nom, la direcció postal i electrònica (e-mail) i el telèfon de contacte de l'autor/a responsable per a possible correspondència.

Resum:

Tots els articles tindran un resum (en espanyol i en anglès) que no superarà les 250 paraules en el cas de resums estructurats i 150 en els no estructurats, i entre tres i deu paraules clau (en espanyol i en anglès), les quals han d'estar normalitzades segons el tesaurus *Medical Subject Heading* (MeSH) o en la seva versió espanyola (Descriptors en Ciències de la Salut, DeCS), sempre que sigui possible.

Finançament i conflicte d'interessos:

Així mateix, en tots els manuscrits ha de constar si han existit ajudes econòmiques i indicar l'organisme, l'agència, la institució o l'empresa que haja finançat el treball, així com el número de projecte, conveni o contracte. En cas de no comptar amb finançament externa s'haurà de constatar com "Finançament: ninguna". A més, tots els treballs que s'envien deuen d'anar acompanyats d'una declaració dels possibles conflictes d'interessos de cadascuna de les persones firmants. Aquests conflictes poden ser laborals, d'investigació, econòmics o morals. Els autors/es, a l'enviar el manuscrit, han d'indicar per escrit si existeix algun d'aquests conflictes. De la mateixa manera, si no ha ningun conflicte d'interessos deurà fer-se constatar com: "Conflicte d'interessos: ningun". La inclusió d'aquesta informació és requeriment indispensable per a que el manuscrit pugui ser considerat i entre en el procés editorial.

Bibliografia:

La bibliografia utilitzada en l'elaboració del manuscrit tindrà que aparèixer acotada al llarg del text, de forma consecutiva, utilitzant numeració aràbiga, entre parèntesis, amb el mateix tipus i mida de lletra que la font utilitzada per al text. Deurà, així mateix,

estar referenciada en el seu apartat corresponent (Bibliografia), segons les Normes de Vancouver.

Agraïments:

Quan a criteri dels autors/es es consideri pertinent la inclusió d'un apartat d'agraïments, hauran d'aparèixer en el mateix les persones que, sense reunir els requisits d'autoria, sí hagin facilitat la realització de la feina.

Atención de enfermería en el proceso de duelo a los familiares de pacientes oncológicos en fase terminal.

Autora:

Àngela Deusa Llopis¹.

Cargo:

1. Estudiante de enfermería. Universitat Rovira i Virgili - CTE - Tortosa.

Dirección de contacto:

Àngela Deusa Llopis. C/ Jaume I nº 21. 46723 Almoines (València).

Contacto con la autora para realizar sus consultas sobre este artículo / **E-mail de contacto:** angeladeusa94@gmail.com. **Número de teléfono de contacto:** 649170818

Resumen:

Objetivos: revisar la atención de enfermería en el proceso de duelo a los familiares de pacientes oncológicos en fase terminal; ver el estado actual entre el cáncer y la familia en la literatura científica; identificar la importancia del acompañamiento del duelo a los familiares de los enfermos oncológicos.

Metodología: se trata de una búsqueda bibliográfica realizada desde septiembre de 2015 hasta mayo de 2016. La investigación está realizada, en su mayoría, con castellano, utilizando conceptos de enfermería relacionada con el cáncer.

Discusión: el 80% de las personas que cuidan son mujeres. El tema del cáncer afecta negativamente no sólo al paciente sino también a la familia. Estos suelen sufrir episodios de ansiedad y depresión, aislamiento social e incluso pueden sufrir problemas físicos. Por lo tanto hay que ayudar a la familia en este proceso para evitar posibles complicaciones en la vida personal.

Conclusiones: el cáncer no repercute de la misma manera en todas las familias. Los cuidadores de los enfermos oncológicos presentan un bienestar físico, emocional y psicológico pobre, por lo tanto es muy importante que exista una buena comunicación entre los profesionales, las familias y los pacientes. Los sentimientos más comunes que se padecen son dolor, desconcierto, preocupación por el futuro, ansiedad, ira, aislamiento social y reducción de las actividades de la vida diaria de la persona.

Palabras clave:

enfermería, atención de enfermería, duelo, cuidador, familia, cáncer.

Title: Nursing care in the process of mourning the families of cancer patients in the terminal phase.

Abstrat:

Objectives: to review the nursing care in the process of grieving family members of cancer patients in the terminal phase; see the current status between the cancer and the family in the scientific literature; identify the importance of the accompaniment of the grieving family members of cancer patients.

Methodology: this is a bibliographic research carried out from September 2015 until may 2016. The research is carried out, mostly Spanish, using concepts of nursing related to cancer.

Discussion: 80% of the people who care are women. The topic of cancer negatively affects not only the patient but also for the family. These usually suffer episodes of anxiety and depression, social isolation and may even suffer physical problems. Therefore it is necessary to help the family in this process to avoid potential complications in the personal life.

Conclusions: the non-cancer affects in the same way in all families. The caregivers of cancer patients have a physical, emotional and psychological welfare poor, therefore it is very important that there is good communication between professionals, families and patients. the

most common feelings that will suffer are pain, uncertainty, worry for the future, anxiety, anger, social isolation and reduction of the activities of daily living of the person.

Keywords:

nursing, nursing care, grief, caregivers, family, cancer.

Introducción:

En nuestra sociedad hay un incremento en la incidencia y prevalencia del cáncer. Su presencia en un miembro de la familia crea vulnerabilidad en la seguridad de ellos mismos. Las reacciones pueden ser múltiples y tienen que ver con la manera que tiene la familia para afrontar las situaciones, el pronóstico, las influencias sociales, culturales, del significado que le dan a la enfermedad, de sus creencias, expectativas sobre las causas, evolución y tratamiento. La enfermedad oncológica es considerada como una enfermedad muy grave y gira alrededor de mitos responsables del bloqueo de las capacidades familiares y del paciente para afrontarla(1).

Cuando las personas hablan de cáncer la mayoría de las veces la asocian a la palabra muerte. La muerte ha estado presente durante toda la vida, pero en nuestra sociedad la tenemos como un concepto tabú. La constante evitación de ésta obliga a la sociedad a vivir el duelo, siendo éste la respuesta emotiva a la pérdida de algo o de algún ser querido, que nos ayuda a seguir viviendo sin lo perdido(2).

En el caso de una enfermedad como el cáncer, el proceso de duelo para la familia comienza en el momento del diagnóstico. Todas las pérdidas, sufrimientos y dolores llevan a la aceptación, o no, de la pérdida y a la adaptación a la vida sin la otra persona(3).

Se ha observado en algunos estudios(4) que el duelo puede provocar en las personas enfermedades psiquiátricas, incluyendo: ansiedad, depresión, histeria y trastornos de la personalidad.

Diversos estudios(5) han hecho referencia a las afectaciones en que están expuestos el personal de salud (especialmente, el personal de enfermería) que trabajan en los servicios de oncología, siendo éstas reacciones emocionales de ansiedad, depresión e ira.

Por tanto, los objetivos de este estudio son revisar la atención de enfermería en el proceso de duelo a los familiares de pacientes oncológicos en fase terminal; ver el estado actual entre el cáncer y la familia en la literatura científica; y identificar la importancia del acompañamiento del duelo a los familiares de los enfermos oncológicos.

Metodología:

Se trata de una búsqueda bibliográfica realizada en diferentes fuentes de información desde septiembre de 2015 hasta mayo de 2016.

Fuentes de información:

Las principales fuentes de información que se ha utilizado son páginas web de salud como: *Generalitat de Catalunya (gencat)*, *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)* y Instituto Nacional de Cáncer. Bases de datos: *Scielo*, *Dialnet*, *CUIDEN* y *Evidentia*. Revista biomédica: *Medicina familiar y comunitaria*. Revistas de literatura médica como: *Elsevier*. Y motores de búsqueda: *Google Académico*.

Palabras clave:

Para hacer la investigación se ha utilizado terminología relacionada con la salud y enfermería, haciendo uso de términos como enfermería, cáncer, atención al cáncer, impacto en la familia y duelo. La búsqueda fue realizada, principalmente, en castellano, por ser el idioma oficial de nuestro país, y también en catalán y portugués.

Criterios de inclusión y exclusión:

Para la selección de los artículos se ha tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión (TABLA 1):

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Artículos publicados en nuestro país, entre el 2005 y el 2015.	- Artículos de publicación anterior al 2005.
- Artículos de bases de datos fiables.	- Artículos de bases de datos no fiables.
- Artículos que tratan el tema del cáncer y su repercusión tanto para el enfermo como para la familia en España.	- Artículos de atención de enfermería en el proceso de duelo a los familiares de pacientes oncológicos en fase terminal en países extranjeros.
- Artículos a texto completo.	- Artículos incompletos (sólo el <i>abstract</i>).
- Artículos de acceso gratuito.	- Artículos de pago.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Resultados:

En una la primera búsqueda fueron seleccionados 45 artículos, 31 de los cuales fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión, mientras que 16 de ellos se admitieron.

Discusión:

Los artículos se han clasificado en diferentes categorías: aquellos que se centran en el papel de enfermería en el cuidado, la importancia de comunicar y de apoyar al enfermo y su familia; los artículos que se centran en los pacientes y los sentimientos que expresan en este proceso; y aquellos que hablan sobre la familia y sus posibles problemas al tener un enfermo oncológico en el círculo familiar.

Enfermería:

Como bien se expresa en algunos artículos(6-7), el cáncer es una enfermedad crónica degenerativa y se expone en la principal causa de muerte a nivel mundial. Éste se vive como sinónimo de dolor, sufrimiento deterioro y finitud(8). El diagnóstico de cáncer supone en los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana. Según Garassini y Lupiáñez(9-10), el papel de enfermería en estas situaciones es muy importante y consiste en atender y cuidar holísticamente no sólo al enfermo sino también a su familia.

Factores como la falta de preparación para el cuidador y la ausencia de apoyo familiar y profesional sobrecargan a la persona responsable de cuidar al enfermo(11). Por eso, como dice el autor Moreira de Souza(7), el apoyo del equipo de salud permite que el cuidador se sienta acogido por expresar sus sentimientos y angustias y posibilitar que éste continúe con su papel de cuidador con el menor sufrimiento posible.

La comunicación es uno de los aspectos que más incide positivamente en la atención de la persona enferma y su familia, según el estudio de Riquelme Olivares(12). Cabe destacar la importancia que se da a la individualización en la práctica profesional, a la hora de atender a una persona oncológica, cercándonos también a la familia sin ningún tipo de prejuicios y con la intención de conocer qué les está pasando, de poder entender i comprenderlos, como un solo núcleo de cuidado(9,12-13).

Como bien opinan los autores Campo y et al y Bronnquell y et al(13-14), la enfermera se siente responsable del cuidado que las familias necesitan, ya que una relación confortable entre ambos minimiza el sufrimiento.

El autor Alonso(15) nos hace entender que la atención a la familia no termina con la muerte del paciente. El duelo es la reacción psicológica ante la pérdida, por tanto, los profesionales de la salud deben seguir apoyando en la elaboración del duelo hasta que el familiar acepte la situación.

Paciente:

El cáncer es una enfermedad que muchas personas la asocian a la muerte. Tanto la persona que lo sufre como los de su alrededor reciben un gran impacto negativo en la calidad de vida personal, haciendo que surjan alteraciones en las funciones vitales y la pérdida laboral(6,10,13).

Cuando se informa sobre el diagnóstico, generalmente aparece el *choque* y la negación, a pesar de que no todas las personas diagnosticadas atraviesan las mismas etapas. Por esta razón, y como dicen los artículos explícita o implícitamente, se debe proporcionar una relación enfermera-paciente-familia agradable y adecuado a cada grupo de personas para hacer frente a la enfermedad, el tratamiento y evolución.

Según afirman los autores Cabrera y et al y Covarrubias y et al(6,16), el paciente llega al hospital con angustia y miedo a lo desconocido y pierde la autonomía volviéndose dependiente al ser sometido al conjunto de rutinas establecidas por el personal asistencial, creando alteraciones del ritmo de vida donde aparecen emociones negativas, ansiedad, depresión y desesperación, precisando de ayuda de los familiares durante el proceso.

Cada paciente tiene sus propias creencias, miedos y ansiedades respecto al cáncer, por eso llegan al hospital conscientes de que pueden padecer esta enfermedad(17).

Familia:

Los familiares normalmente se encuentran en un segundo plano en el cuidado en un caso oncológico(18). Según Moreira y Covarubias y et al(7,16), la enfermedad afecta tanto al paciente como al familiar, experimentando una sobrecarga física, mental y social en éste. Dentro de los miembros de la familia que más apoyan al paciente se encuentran la pareja, los hermanos y, en tercer plano, los hijos. Normalmente, quien más responsabilidad tiene en cuidar a las personas son las

mujeres, por eso éstas tienen un porcentaje más alto de problemas emocionales que los hombres, aunque en todos aparecen problemas de salud graves(6,19-20).

La familia es el principal apoyo físico, emocional y práctico de la persona enferma, por eso deben ser capaces de realizar los cuidados básicos a la persona(21). Antes del diagnóstico, la dinámica familiar suele ser funcional i los familiares están presentes en el momento en el que se informa del diagnóstico. Pero luego decae y pasa por un proceso de crisis sentimental, donde aparece dolor, desconcierto, preocupación, aislamiento social, ansiedad, ira, depresión, produciendo así una tensión en la familia(6-12). Los parientes ven más importante las necesidades del enfermo que sus propias experimentando, como dicen Moreira y et al y Garassini, (7,9), pobre bienestar psicológico, baja calidad de relación con el enfermo y reducción de su salud física. Por tanto, es importante cuidar también a la familia i para eso se debe realizar una valoración enfermera de la cuidadora que oriente del plan de acción más adecuada para poder cuidar de la mejor manera posible(19).

La comunicación en la familia también se ve afectada en el momento del diagnóstico. Así, el desarrollo de guías de prácticas permite que el cuidador afronte eficazmente las demandas de cuidar y mantenga una calidad de vida aceptable(20).

Conclusión:

El cáncer no repercute de la misma manera en todas las familias. Todo depende del diagnóstico de cáncer, de la gravedad de éste y de la repercusión en la persona que lo sufre y en la familia.

El 80% de las personas que cuidan son mujeres. Se ha demostrado que los cuidadores presentan un bienestar físico pobre, disminuye la calidad de relación con el paciente y disminuye también su salud física, a pesar de que, suelen aparecer en un segundo plano en el cuidado.

Las necesidades de los cuidadores van aumentando a medida que los enfermos deteriorándose, por tanto, los profesionales de la salud deben tener en cuenta que no sólo tienen que poner énfasis con el cuidado del enfermo, sino que una buena parte de la ayuda durante este proceso la necesita la familia.

La comunicación entre los profesionales, familiares y pacientes es muy importante, al igual que el apoyo a la familia para mejorar la calidad de la vida del paciente y de su cuidado.

Los sentimientos que se muestran es dolor, desconcierto, preocupación, ansiedad, depresión, ira, aislamiento social y reducción de las actividades rutinarias de la persona, llevando así a un impacto negativo y una tensión en la familia. Por lo tanto, la aparición de un modelo de grupos de intervención es efectivo para reducir, en los parientes, síntomas de depresión y ansiedad.

Financiación:

El equipo investigador declara no tener ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de intereses:

El equipo investigador declara no tener ningún potencial conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Borràs JM. *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Trabajo social del Institut Català d'oncologia*. [Internet]. Gencat. Junio 2004. [Consultado el 28/09/2015]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf
2. Basart S, Campos A, Jimenez S, Llorens R, Royo J, Tarré R, et al. *Guía del dol*. [Internet]. Corporación de Salud del Maresme y la Selva. 2013. [Consultado el 28/09/2015]. Disponible en: http://governacio.gencat.cat/web/.content/afers_religiosos/documents/CSMS_Calella_Dol.pdf
3. Virizuela JA, Aires MM, Duque A. *Intervención familiar en duelo*. [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. Sevilla. [Consultado el 28/09/2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo13.pdf>
4. Harrison. *Manual de Oncología*. Editorial: McGRAW-HILLINTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. ISBN 13: 978--970-10-7285-1. [Consultado el 28/09/2015].
5. Chacón M, Grau J. *Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos*. [Internet]. Instituto Nacional de Oncología i Radiología. Art. Rev. Cubana Oncol. 1997; 13(2): 118 - 125. [Consultado el 28/09/2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/onc10297.htm
6. Cabrera A, Ferraz R. *Impacto del cáncer en la dinámica familiar*. [Internet]. Revista biomédica. Mar. 2011. 5(1), 42 - 48. [Consultat el 23/09/2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
7. Moreira R, Turrini RNT. *Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador*. [Internet]. Enferm. glob. Abr. 2011. 10(22). 0 - 0. ISSN 1695-6141. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/administracion2.pdf>
8. Ruíz-Benítez MA, Coca MC. *El pacto de silencio en los familiares de pacientes oncológicos terminales*. [Internet]. Rev. Cien. Comp. 2008. 5(1). 53 - 69. [Consultat el 22/03/2016]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130053A/15496>
9. Garassini ME. *Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos*. [Internet] Psicodebat 9, Psicología, cultura i societat. 2006. 93 - 104. [Consultat el 23/09/2015]. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2006.pdf>

10. Lupiáñez Y. *Humanización en el Cuidado del Paciente Oncológico*. [Internet]. 2006. 85. 27 - 30. [Consultat el 10/01/2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-85-09.pdf>
11. Zaforteza C, Prieto S, Canet TP, Díaz Y, Molina M, Moreno C, et al. *Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategia consensuadas*. [Internet] Enf. Int. 2010. 21 (1). 12 - 19. [Consultat el 03/10/2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13147376&pidet_usuario=0&pccontactid=&pidet_revista=142&ty=41&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v21n01a13147376pdf001.pdf
12. Riquelme M. *La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar*. [Internet]. RITSCS. Gen. 2015. (9). 120 - 136. ISSN 2173 - 0512. [Consultat el 29/09/2015]. Disponible en: <http://www.comunitania.com/numeros/numero-9/merce-riquelme-olivares-la-representacion-del-cancer-en-la-persona-enferma-y-en-su-familia-la-implicacion-de-sus-significados-en-la-comunicacion-familiar.pdf>
13. Campo MC, Cotrina MJ. *Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica*. [Internet]. Enferm. Glob. Oct. 2011. 10(24). 0-0. ISSN 1695-6141. [Consultat el 05/10/2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400009&script=sci_arttext
14. Brunquell LC, Vargas MA, Wittmann R, Souza FR, Ferrazo S, Vargas JV, et al. *Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos*. [Internet]. Rev. portalcofen. 2013. 4(1). 54 - 57. [Consultat el 27/12/2015]. Disponible en: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/504>
15. Alonso A. *Atención a la familia*. [Internet]. Elsevier. 2006. 38(2). 14 - 20. [Consultat el 08/01/2016]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13094771&pidet_usuario=0&pccontactid=&pidet_revista=27&ty=104&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38nSupl.2a13094771pdf001.pdf
16. Covarrubias L, Andrade RMG. *Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo*. [Internet]. Scielo. Jul. - set. 2012. 12(3). 15 - 18. ISSN 1132-1296. [Consultat el 01/10/2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000200005&script=sci_arttext
17. Regina S, Pezo MC, Alves M, Lúcia A. *El cuidado de la persona con cáncer*. Scielo. [Internet]. Mar. 2005. 14(54). ISSN 1132 - 1296. [Consultat el 15/01/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007

18. Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva Á, et al. *Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares i profesionales*. [Internet]. Med. Int. Ago. - set. 2007. 31(6). 0 - 0. ISSN 0210 - 5691. [Consultat el 25/01/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002
19. Rodríguez M, Tello PM. *Atención a las cuidadoras de pacientes oncológicos y paliativos en el espacio comunitario*. [Internet]. Rev. Enf. Doc. Gen. - jun. 2015. (103). 15 - 18. ISSN 2386-8678. [Consultat el 01/10/2015]. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/viewFile/53/pdf_37
20. Galindo O, Rojas E, Ascencio L, Meneses A, Aguilar JL, Olvera E, et al. *Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer*. [Internet]. Rev. UCM. 2015. 12(1). 87 - 104. [Consultat el 03/01/2016]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48906/45632>
21. Luengo CE, Araneda G, López MA. *Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado*. [Internet]. Scielo. Gen. - mar. 2010. 19(1). 0 - 0. ISSN 1132 - 1296. [Consultat el 26/01/2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100003&script=sci_arttext