

## ▲ CUIDADOS PALIATIVOS



### MARÍA SEVILLA CASADO

PhD, MSN, RN. Facultat d'infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

✉ maria.sevilla@urv.cat

### M. JESÚS AGUARON GARCÍA

PhD, MSN, RN. 17435900Z. Facultat d'infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

### LAIA RAIGAL ARAN

PhD, MSN, RN. Facultat d'infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

### CARME FERRÉ GRAU

PhD, MSN, RN. Profesora Titular de Universidad. Facultat d'infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.



### MANUSCRITO



Fecha recepción:  
**17/10/2019**



Fecha aceptación:  
**23/03/2020**

# Cuidando la familia del moribundo en ámbitos no especializados en cuidados paliativos: "arropar"

Caring for the family of the dying in areas not specialized in palliative care: "arropar"

Homenaje a nuestros  
**Mayores**

### Resumen

**CONTEXTO:** El final de la vida de una persona supone una experiencia intensa para todo el núcleo familiar. La muerte no siempre acontece en unidades de cuidados paliativos, donde la familia es un pilar asistencial. Entonces, ¿qué ocurre en las unidades no especializadas? ¿Está la familia incluida en los cuidados que las enfermeras ofrecen a la persona en fin de vida?

**OBJETIVO:** El objetivo de este estudio es explorar y comprender los cuidados a la familia del moribundo desde la vivencia enfermera en ámbitos no paliativos.

**MÉTODO:** Estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada, realizado en Tarragona (España). La recogida de datos se realizó mediante entrevista en profundidad a 13 enfermeras, no especializadas en cuidados paliativos, pertenecientes a los ámbitos asistenciales donde la muerte es frecuente.

**RESULTADOS:** Emergen dos categorías centrales: Familia Cuidadora y Familia Cuidada. Cada una de ellas se estructura en diversas subcategorías que recogen los elementos del complejo cuidado que las enfermeras ofrecen.

**CONCLUSIONES:** La familia constituye un importante eje de cuidados enfermeros desde dos perspectivas: como cuidadores proactivos de la persona en fin de vida y como receptores de cuidados ante una experiencia de gran contenido psicoemocional.

**PALABRAS CLAVE:** MUERTE; FAMILIA; ATENCIÓN; ENFERMERAS; TEORÍA FUNDAMENTADA.



### Summary

**BACKGROUND:** The end of a person's life is an intense experience for the whole family. Death does not always occur in palliative care units, where the family is a welfare pillar. So, what happens in non-specialized units? is the family included in the care that nurses offer to the person at the end of life?

**AIM:** The objective of this study is to explore and understand the care of the dying family from the experience of nursing in non-palliative settings.

**METHOD:** Qualitative study based on the Grounded Theory carried out in the Tarragona (Spain). Data collection was carried out by means of an in-depth interview with 13 nurses, not specialized in palliative care, belonging to areas where death is frequent.

**RESULTS:** Two central categories appear: Family Caregivers and Family Care. Each of them is structured in subcategories that include the elements of the complex care that nurses offer.

**CONCLUSIONS:** The family constitutes an important axis of nursing care from two perspectives: as proactive caregivers of the person at the end of life and as a care objective in the face of a strong psycho-emotional experience.

**KEYWORDS:** DEATH; FAMILY; ATTENTION; NURSES; GROUNDED THEORY.

### Introducción

**A**nte la muerte, cada ser se presenta con una historia de vida ligada a sus seres queridos, por lo que este momento es clave en la biografía, no solo del moribundo, sino también de su familia. Más allá de la cultura, existe un interés por las necesidades de la familia durante una vivencia cargada de emoción y trascendencia. Concretar los apoyos positivos y eficaces para el núcleo familiar se convierte así en una inquietud para los estudiosos del tema: ¿Qué elementos se mostrarán útiles en el cuidado al moribundo y sus allegados? Mientras que en el ámbito de los Cuidados Paliativos la integración >

## ▲ CUIDADOS PALIATIVOS



asistencial de los familiares constituye un pilar esencial, fuera de este paradigma especializado, caben cuestionamientos como el nivel participativo de la familia en el proceso y el reconocimiento como receptores de cuidados por parte de las enfermeras.

El objetivo de este trabajo es explorar y comprender los cuidados a la familia del moribundo desde la vivencia enfermera en ámbitos no paliativos.

### Método

El estudio, realizado en Tarragona (España) en 2013, es una investigación cualitativa según la Teoría Fundamentada (TF) desarrollada por Strauss A, Corbin J. La metodología

responde al estudio de fenómenos complejos, recogiendo la importancia de las personas que los viven y sus actuaciones intencionadas<sup>1</sup>. Su propuesta fundamental es la manera de considerar los datos como valiosos portadores de la realidad vivida<sup>2,3</sup>. Datos que serán recopilados y analizados mediante un exhaustivo proceso<sup>4</sup>.

Los primeros pasos de la investigación se realizaron sin referencias bibliográficas ni teoría que los enmarque<sup>5</sup>. De esta manera, se permitió la emergencia de datos que fueron tomando relevancia por sí mismos, y no por conceptos establecidos *a priori*. El método lleva a la descripción densa de los conceptos, a una ordenación de los mismos y, en última instancia, a una teoría que sirve para describir, explicar y aportar un cierto grado de predicción al fenómeno de investigación: los cuidados a la familia en el fin de vida de uno de sus miembros.

**La cercanía se plasma en la confianza para compartir emociones, que la familia muestra con la enfermera**

**Tabla 1** MUESTRA FINAL

Ámbito Asistencial	Enfermeras	Años Experiencia (media)	Código Relatos
Atención Primaria	3	16	PRI
Atención Hospitalaria: MI-URG-UCI	7	11	HOS
Atención Socio sanitaria	3	14	SOC

Los datos se recogieron mediante entrevistas en profundidad. El análisis fue simultáneo a la recogida y se basa en los elementos emergentes de los relatos, según proceso de categorización de la TF. Al mismo tiempo, se fueron incorporando nuevos informantes al muestreo teórico. Este proceso espiral de comparación continua se realizó hasta la saturación de los datos. El proceso descrito se trabajó de forma manual descartándose el uso de software especializado. La triangulación se realizó con cuatro enfermeras asistenciales y tres docentes universitarios y permitió ampliar el campo de visión obteniéndose afirmaciones y ejemplos de variabilidad.

El estudio se llevó a cabo en una entidad pública prestataria de servicios de salud en todos niveles asistenciales.

Los criterios de inclusión fueron: Enfermera de adultos de: Atención Primaria (Atención Domiciliaria), Atención Socio-Sanitaria (Crónicos) y Hospital: Medicina interna (MI), Urgencias (URG) y Unidad Cuidados Intensivos (UCI).

El criterio de exclusión: enfermeras que trabajaban en servicios especializados en cuidados paliativos. El proyecto es aprobado por los comités de investigación y ética de la institución.

La libre participación y la confidencialidad se ratifican con cada profesional al inicio de la entrevista. Se respeta la declaración de Helsinki para la utilización de datos clínicos.

## Resultados

La muestra final fue de 13 enfermeras pertenecientes a los ámbitos asistenciales seleccionados.

### Tabla 1

Las profesionales sienten que cuando la familia se encuentra inmersa en una emotiva situación de pérdida deben responder a su padecimiento acompañándolos. Así, el cuidado se extiende de lo individual del moribundo a lo grupal de aquellos que lo pierden. Los relatos de las enfermeras nos sitúan en un escenario de *muerte compartida*, la familia y la persona constituyen un todo.

*La familia ha de acompañar a la persona y la enfermera a los dos.* SOC2

El concepto de "familia" aparece descrito sin demasiadas limitaciones en su composición; se resta importancia al parentesco y se le otorga al conjunto de personas significativas y cercanas al moribundo: *La buena compañía es la gente que quieres o que te gusta.* SOC2

En el análisis de las entrevistas se identifican dos categorías centrales estructuradas en diferentes subcategorías. **Tabla 2.**

El núcleo familiar estará omnipresente a lo largo de las narraciones desde dos vertientes: como cuidador de su ser querido y como receptor de cuidados.

### Familia cuidadora

En los relatos de las enfermeras, los familiares se consideran como valiosos aliados cuidadosos, actores necesarios en un complejo proceso >

## ▲ CUIDADOS PALIATIVOS

de cuidados. Solo la familia puede reconfortar en ciertos aspectos emotivos a los moribundos, y solo esta tiene la posición más próxima posible.

### **El lugar: la importancia de dónde morir**

Con independencia del ámbito asistencial, las enfermeras manifiestan que el hogar de la persona es el mejor lugar para morir, alentando firmemente esta opción.

*Yo creo que la persona que puede morir en casa rodeada de sus familiares es lo mejor que puede pasar.*

SOC2

Desde esta perspectiva, el ámbito de AP y los programas de atención domiciliaria adquieren relevancia con un significado de proximidad a las personas y al entorno que representa su vida:

*La muerte se vive bastante de cerca, porque nos metemos dentro del ámbito también familiar, no es solo la persona que está en ese proceso, sino que es todo lo que la envuelve.*

PR11

Pero a pesar de esta implicación profesional, en este ámbito el actor principal es la familia. Sin familia no hay muerte en el hogar. Según los relatos, la complejidad del proceso y los temores ante el mismo acabarán determinando la decisión familiar de afrontarlo en su domicilio:

*Cuando la familia tiene dudas, miedos, los pacientes mueren en el hospital. Antes (morir en casa) era algo normal; pero hoy en día depende de cada familia.*

PR13

Refieren que el motivo más común para que el moribundo abandone el hogar es la imposibilidad de controlar su sufrimiento o el de la propia familia. Aparece el miedo al momento final y a la misma muerte. La claudicación familiar se produce ante un morir inminente, ante unos cuidados que los sobrepasan y que forja la necesidad de depositar la responsabilidad de los últimos momentos en los profesionales hospitalarios:

*A la hora de la verdad vienen diciendo "Es que no tengo valor. Y no sé cómo manejarlo" te depositan la responsabilidad de darle una muerte digna. Es como si te traspasaran la responsabilidad.*

HOS1

### **Favoreciendo la participación en el cuidado**

Ante una persona moribunda, las enfermeras observan familias con diferentes grados de implicación en el cuidado. Una disponibilidad que ellas creen interrelacionada con las experiencias de vida en común:

*Está la familia con sufrimiento, pero al lado de la persona, y la familia más distante, incluso con conflictos entre ellos (...) simplemente experiencias distintas de vida con la persona que se está muriendo y que los lleva a actuar diferente.*

HOS5

En cualquier caso, las profesionales abren el cuidado a una participación proactiva de la familia, con la certeza de que esta implicación favorecerá la "buena muerte" y una mejor reacción de los allegados ante ese momento final.

Las enfermeras enseñan a la familia a cuidar al moribundo en el ámbito físico, donde se priorizan los cuidados orientados al confort: alivio del dolor, higiene y comodidad, adaptación de la dieta, respeto de ritmos y descanso:

*Lo importante es explicar cómo cuidarlo. En fin, todo lo que dará confort a la persona. Hacerles ver que la calidad es mejor que la cantidad.*

SOC2

Cuando el cuidado se adentra en la esfera psicoemocional, las enfermeras fomentan el apoyo para compartir momentos de comunicación, de proximidad física y de cercanía emocional con la persona que está muriendo:

*Yo les enseño porque a veces no saben cómo acercarse (...) les doy ejemplo de tomar la mano, de decirles que le hablen... que no sabemos, pero que pueden sentir de alguna manera que estás ahí.*

HOP5

La comunicación sentimental cobra importancia en las narraciones donde emerge el deseo de que familia y moribundo expresen emociones y cierren temas pendientes. Las enfermeras creen que es lo mejor para el bienestar del moribundo y que facilitará un mejor recuerdo del proceso al familiar:

*La familia se tiene que quedar en paz cuando la persona desaparece, no se tiene que quedar con rabia ni "me gustaría haber dicho".*

PR11

*Porque a veces los ves sentados en la otra punta de la habitación y les dices que, aunque esté así, lo más bonito es que estés allí, lo toques, lo*

**Tabla 2**

### **CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS**

<b>Familia cuidadora</b>	<p><b>El lugar:</b> la importancia de dónde morir</p> <p><b>Favoreciendo la participación en el cuidado</b></p> <p><b>Claudicación familiar:</b> Temida sustitución</p>
<b>Familia cuidada</b>	<p>Acoger</p> <p>Escuchando a la familia ¿qué hago con esta información?</p> <p>Arropar</p> <p>Un dolor que continuará</p>



## Las enfermeras abren el cuidado del enfermo a sus allegados, favoreciendo la compañía y la comunicación con el objetivo de mejorar la vivencia y su recuerdo

*acaricies, porque te va a sentir y escuchar (...) creo que se sentirán más a gusto porque hacen algo y tener el recuerdo de que han participado en ese momento.* SOC1

### **Claudicación familiar: temida sustitución**

Las enfermeras entienden que las familias no siempre están preparadas para afrontar la muerte, aunque lo hayan estado para convivir con la enfermedad terminal:

*Pero llega un momento en que pasan de enfrentarse a la enfermedad a enfrentarse a la muerte, y al final, cada uno reacciona a su manera, como puede, sabe o le dejan.* HOS1

El escenario extremo de esta claudicación es la ausencia del núcleo familiar, convirtiéndose en responsable de la temida muerte en soledad: *Para mí el pilar es la familia. En el momento que no hay familia ¿qué hacemos?* SOC3

Ante la soledad de un moribundo,

las enfermeras hablan de sustitución, despertándose una especial predisposición a la presencia junto al mismo. La preocupación se centra en ofrecerle lo necesario mediante *un estar pendiente* para protegerle de dicha soledad y del abandono, uno de los grandes temores asociados con frecuencia a la muerte:

*En el momento que está la familia les dejas su intimidad. Pero el que está solo, "¿Cómo estás, tienes dolor? ¿Necesitas algo?". Cuando están solos, nosotras estamos mucho más pendientes. Pero es muy duro, sí.* SOC3

Esta presencia, aunque no se cuestiona, resulta especialmente exigente con las emociones de las profesionales.

### **Familia cuidada**

Las profesionales reflexionan sobre la complejidad del cuidado al grupo familiar: es un trabajo intenso, requiriendo cuidados más exigentes que los del propio moribundo:

*... A mí me cuesta más relacionarme con la familia, lo haces, pero es un escalón más alto que con la propia persona.* HOS6

A pesar de reconocer sus dificultades, la enfermera comparte sus inquietudes, y con ello sus cuidados, entre el moribundo y los allegados:

*Me angustia un poco más la vivencia de la familia que del paciente, fijate qué curioso, sobre todo si veo a la persona que está sedada, tranquila en proceso de morir, pues entonces la pérdida te la muestra la familia, más tristeza, más rabia.* HOS5

### **Acoger**

Las personas inmersas en un final de vida abandonan frecuentemente el entorno cotidiano, es en esta situación hostil cuando la enfermera se convierte en referente para su adaptación, y con ello ayuda a la humanización del nuevo entorno:

*Que sepan que estás ahí, yo creo que tienen miedo, el hospital no es su* >

## ▲ CUIDADOS PALIATIVOS



medio habitual... si necesitan algo (...) que no están solos. HOS6  
 Para las familias, las enfermeras son capaces de adaptar los espacios a la necesaria intimidad, creando acogimiento:  
*A las familias se les da un entorno en el que puedan estar reunidos. Sin llorar en medio de un pasillo o en una sala de espera (...) no puede ser más porque tampoco tenemos mucho más, pero eso reconforta.* HOS1

Acoger y reconfortar es sobre todo una actitud de respeto hacia los valores y las maneras de vivir y expresar la situación de fin de vida, aun en entornos institucionalizados con rígidas normas. Para ello la enfermera se sitúa entre la institución y las necesidades de la familia:  
*Respetamos la familia, las visitas más numerosas, o si están a oscuras, aunque se vea poco, pues*

*te adaptas... respetar su momento.* HOS5  
*Yo me siento violenta cuando tengo que ir y decir: hay que bajar el cuerpo y ellos quisieran estar un ratito más, tienes la sensación de un momento muy íntimo y tú vas a romperlo. Forma parte de la rutina, pero que a ellos les puede parecer totalmente fuera de lugar.* HOS1

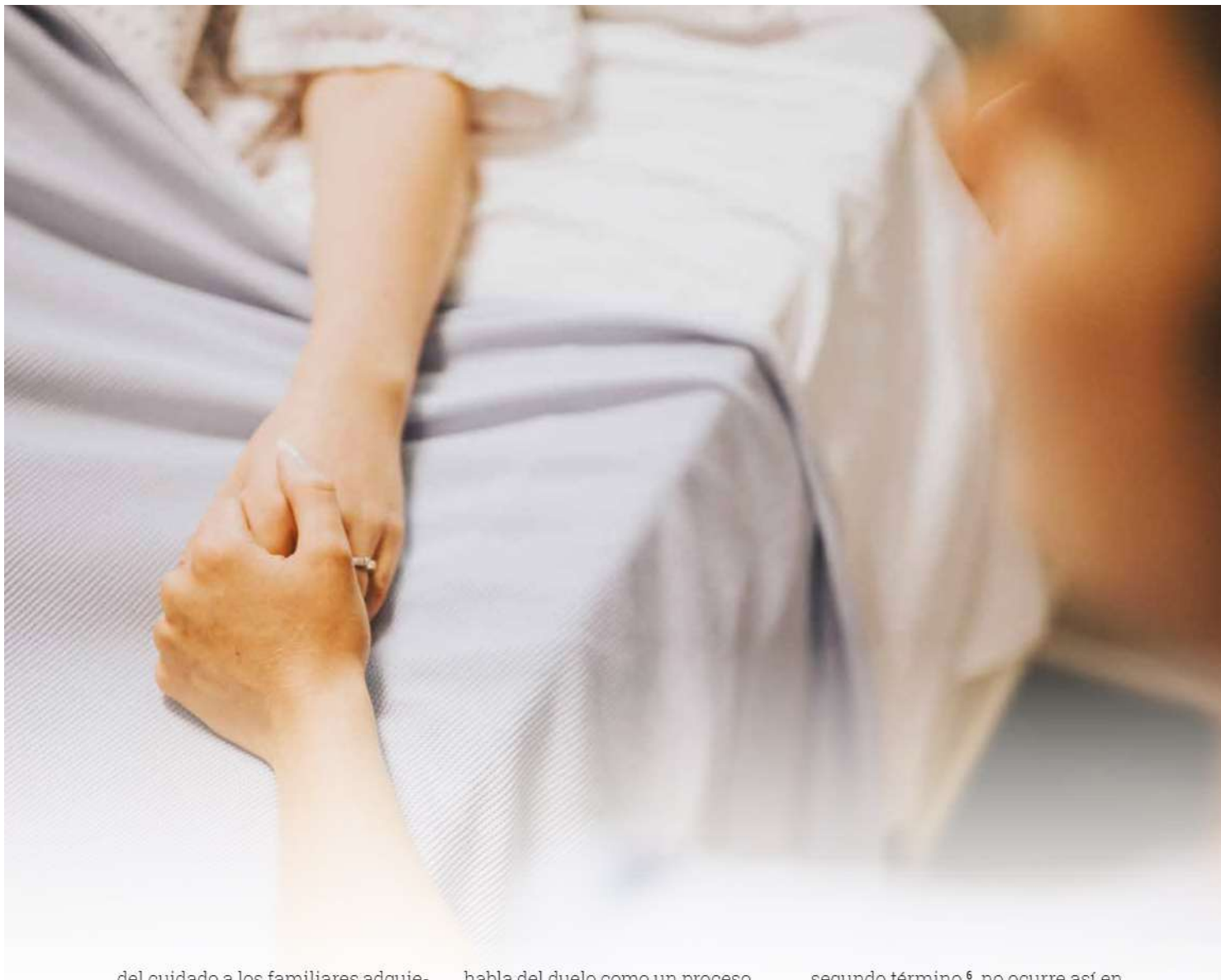
### Escuchando a la familia ¿qué hago con esta información?

En los relatos surge la necesidad de proporcionar una información adaptada y ofrecida a demanda, respetando el caso de quien prefiere no saber o no compartir que sabe:  
*"Estoy aquí cualquier duda me la pregunta" (...) que sepan que tienen un apoyo en nosotras y que en todo momento le vamos a informar, ellos están mucho más*

*tranquilos.* SOC3  
 Pero también aparecen en el relato las dificultades ante el afrontamiento de algunos momentos de comunicación y que justifican situaciones de evitación:  
*"No diga eso" ... Pero es que, si no, ¿qué hago con esa información?* HOP4  
 Se refleja, en realidad, la falta de herramientas adecuadas en escenarios en los que indudablemente la comunicación adquiere una especial carga emocional:  
*Yo llevo años y no sé aún que contestar. Y a mí me crea angustia porque no sabes si haces bien o haces mal contestando. Si que has hecho formación, pero de la teoría a la práctica es mucho más complicada, complicadísima.* SOC3

### Arropar

A pesar de las dificultades expresadas en los relatos, la intencionalidad



del cuidado a los familiares adquiere relevancia hasta convertirse en apoyo psicoemocional, elemento central de los cuidados descritos, y necesario para amortiguar la dureza de la muerte:

*Escucharlos, sobre todo, sí. Necesitan escucha, transmitirles confort.* SOC1

La cercanía se plasma en la confianza para compartir emociones que la familia muestra con la enfermera. Consideración que le otorga un lugar de privilegio para ofrecer el cuidado emotivo:

*Las que acompañan más a la familia y los arropan somos nosotras.* HOS2

### **Un dolor que continuará**

Desde una concepción enfermera marcada por la aceptación del morir, la preocupación por los sentimientos de los familiares se extiende más allá de la muerte. En los relatos se

habla del duelo como un proceso complejo y doloroso, en ocasiones más que la misma muerte. Quien muere finaliza su sufrir, la familia y las propias informantes lo continúan:

*Eso (la muerte) puede ser importante, pero luego queda muchísimo más detrás: el dolor, el proceso de duelo.*

HOS5

Las enfermeras explican que su relación con la familia continúa siendo un sustento que se convierte en bálsamo durante el duelo:

*Y una vez acabado el proceso, a lo mejor vienen aquí o llamas por teléfono para ver qué tal y refuerzas, y la gente lo agradece y es un alivio.* PRI3

### **Discusión**

Si *a priori* se puede pensar que las enfermeras no especializadas en cuidados paliativos centran la atención en el moribundo, colocando a los allegados en un discreto

segundo término<sup>6</sup>, no ocurre así en nuestro estudio. Para la enfermera, la familia constituye el mejor apoyo a la persona que morirá<sup>7,8</sup>, el que permite un recorrido de vida común y otorga acceso a lo más íntimo.

En el proceso de morir, una familia ausente repercute negativamente en la calidad de los cuidados, en la vivencia de la experiencia y en la muerte de la persona. Los familiares aparecen íntimamente ligados a la idea de "buena muerte" y son indispensables para no morir solo<sup>9</sup>, ayudar a cerrar pendientes y despedirse. La toma de decisiones, la adaptación a las diferentes etapas, y las intensas reacciones emocionales son exigencias que la familia tendrá que afrontar<sup>10,11</sup>. No es de extrañar entonces que la realidad descrita recoja la claudicación familiar. De acuerdo con los estudios consultados, el apoyo profesional se hace más intenso en los casos de menor >

## ▲ CUIDADOS PALIATIVOS

soporte familiar, amistades y red social<sup>18</sup>. La presencia de la familia descarga a la profesional de convertirse en un *Amicus mortis circumstantial*, un papel que los allegados ocupan por lazos naturales<sup>19,20</sup>. Compartir momentos cercanos a la muerte aporta conocimiento sobre la vida, pero también constituye una presencia exigente en lo emotivo, que las enfermeras preferirían no tener que afrontar.

Las enfermeras fomentan los cuidados que los allegados pueden ofrecer al enfermo<sup>12</sup>: la compañía, la cercanía, la comunicación<sup>13</sup> y la participación activa en el cuidado físico<sup>14</sup>. El objetivo final de esta apertura del cuidado es mejorar las vivencias y los momentos de duelo

que vivirán tras la muerte<sup>15</sup>. El verbo "arropar" recoge, con acierto, muchos de los cuidados a la familia del moribundo descritos por estas profesionales. Sus significados: cubrir y abrigar, proteger y apoyar<sup>16</sup>, tienen una lectura entrañada por acciones y actitudes que proporcionan todo esto a las familias<sup>17</sup>. Cuidados que cuando se viven en ambientes institucionales suponen un calor reconfortante.

### Conclusiones

En este estudio, la atención familiar en el final de vida aparece como un poderoso eje de cuidados.

El apoyo psicoemocional es el centro de los cuidados enfermeros a la familia: les acogen y se convierten

en referentes "arropándolos". Las enfermeras abren el cuidado del enfermo a sus allegados, favoreciendo la compañía y la comunicación con el objetivo de mejorar la vivencia y su recuerdo.

La familia es reconocida como un apoyo insustituible para la persona que partirá, pero también para evitar las exigencias emocionales de la enfermera ante una "muerte solitaria". La familia se presenta como elemento clave para la deseada muerte en el hogar, que aparece como la mejor opción para las profesionales de todos los ámbitos.

El cuidado a la familia se extiende más allá de la muerte de la persona, manteniéndose un contacto reconfortante durante el duelo. ▲

### Bibliografía

1. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.
2. de Carvalho C, Luzia J, Soares de Lima S, Conceição M. Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(4).
3. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index enferm. 2010; 19(4):283-8.
4. Corbin J, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3 ed. Thousand Oaks: Sage; 2008.
5. Luckerhoff J, Guillemette F. Los conflictos entre los requisitos de la teoría fundamentada y las exigencias institucionales para la investigación científica. Paradigmas. 2012; 4:9-39.
6. Kim Y, Carver CS. Recognizing the value and needs of the caregiver in oncology. Curr Opin Support Palliat Care. 2012; 6(2):280-8.
7. Passini A, Fassler-Weibel P. Palliative patients and their families - an inseparable complex system. Wien Med Wochenschr. 2012; 162(1-2):29-33.
8. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro J, Portillo Strempell J, Benítez del Rosario M. Cuidados paliativos: Atención a la familia. Aten Primaria. 2002; 30(9):576-80.
9. Granda-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients. Am J Hosp Palliat Care. 2012; 29(8):632-9.
10. García de Acilu A. Necesidades emocionales de la familia en la terminalidad. [on line]. [acceso 16 Marzo 2014]; Disponible en: <http://www.portalmayores.csic.es/documentos/documentos/svcp-familia-01.pdf#page=85>.
11. Melin-Johansson C, Hénocq I, Strang S, Browall M. Living in the presence of death: an integrative literature review of relatives' important existential concerns when caring for a severely ill family member. Open Nurs J. 2012; 6:1-12.
12. Silva L, Silva MCLSR, Bouso RS. Approaching the family in the family health strategy: an integrative literature review. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1250-5.
13. Lenherr C, Meyer-Zehnder B, Kressig R, Reiter-Theil S. To speak, or not to speak -- do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? Swiss Med Wkly. 2012; 142: W13563.
14. Miranda da Silva M, Chagas Moreira M, Luzia Leite J, Lorenzini Erdmann A. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. Texto & contexto enferm. 2012; 21(3):658-66.
15. Mossin H, Landmark B. Being present in hospital when the patient is dying - a grounded theory study of spouses experiences. Eur J Oncol Nurs. 2011; 15(5):382-9.
16. RAE. Diccionario de la lengua española. Pagina web. [acceso 25 enero 2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>.
17. Brogi MA. Per una mort apropiada. Barcelona: Edicions 62; 2011.
18. Benkel I, Wijk H, Molander U. Family and friends provide most social support for the bereaved. Palliat Med. 2009; 23(2):141-9.
19. Berger M, Hortala F. Morir en el Hospital. Barcelona: Rol; 1981.
20. Ricarte JI. Evaluación de los derechos de la persona en situación terminal en un hospital general. Madrid: Instituto Borja de Bioética; 2003.