



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

*PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN
CUIDADOS PALIATIVOS DEL ANCIANO
TERMINAL: ASPECTO EMOCIONAL*

*STANDARIZED CARE PLAN PALLIATIVE CARE OF
THE TERMINAL ELDER: EMOTIONAL ASPECT*

Autora

ADINA FORGACI

Director

NATALIA BECERRIL RAMÍREZ

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

2016

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS	8
OBJETIVO PRINCIPAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
DESARROLLO	10
VALORACIÓN	10
DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PLANIFICACION	10
EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	19
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA.....	21

RESUMEN

Introducción: En la sociedad actual la muerte está muy lejos de la experiencia cotidiana, lo que tradicionalmente se celebraba en el ámbito familiar y religioso, hoy se celebra en el ámbito público y con mayor frecuencia en las áreas urbanas. Los enfermos y los profesionales de salud no quieren aceptar lo inevitable, ni quieren comprender la imposibilidad de curar algunas enfermedades, lo que ha llevado al encarnizamiento terapéutico, al uso elevado de la tecnología médica sin beneficio alguno en pacientes, a dilemas éticos, a la sobrecarga familiar y a problemas de comunicación en el círculo paciente-familia-sanitarios.

Objetivo principal: Conseguir que las personas mayores en situación de enfermedad avanzada terminal tengan una muerte digna.

Metodología: Búsqueda bibliográfica de artículos científicos, basada en la revisión bibliográfica y en el conocimiento adquirido durante la formación enfermera.

Desarrollo: Se realiza un plan de cuidados estandarizados con el propósito de facilitar los cuidados emocionales proporcionados por el profesional de enfermería al paciente terminal, incluyendo a la familia, utilizándose la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC, según el modelo de las Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson.

Conclusiones: La formación limitada, la falta de tiempo, la conducta y la actitud inadecuada de los profesionales de enfermería sobre la muerte, puede condicionar el desarrollo de los cuidados paliativos relacionados con el aspecto emocional del anciano y puede dificultar la participación activa del enfermo en el proceso de su enfermedad. Por tanto, la preparación para la muerte se debe empezar con un cambio en el esquema cognitivo del profesional de salud, para que de esta forma puedan ayudar a las personas mayores en situación de enfermedad avanzada terminal a morir con dignidad.

Palabras clave: muerte digna, anciano terminal, cuidados paliativos, enfoque emocional, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: In today's society death is far from everyday experience, which traditionally held in the family and religious circles today is held in the public domain and more frequently in urban areas. The sick and health professionals do not want to accept the inevitable, or want to understand the impossibility of cure some diseases, which has led to therapeutic obstinacy, the high use of medical technology with no benefit to patients, ethical dilemmas, the family overload and communication problems in the patient-family-health circle, etc.

Objective: Getting seniors in situations of terminal illness have advanced a dignified death.

Methods: Bibliographical search of scientific articles, based on the bibliographical review and on the knowledge acquired during the formation nurse.

Development: The plan standardized care has been done to facilitate emotional care provided by the nurse to the terminal patient, including the family, using the nurse taxonomy NANDA -NIC- NOC, according to the model of Basic Human Needs by Virginia Henderson.

Conclusion: The limited training, lack of time, behavior and improper attitude of nurses on death, may influence the development of palliative care related to the emotional aspect of the elder and can impede the active participation of the patient in the process of his disease. Therefore, the preparation for death must begin with a change in cognitive scheme of the professional of health, so that in this way can help older people in advanced terminal illness to die with dignity.

Keywords: dignified death, terminal elder, palliative care, emotional approach, nursing.

INTRODUCCIÓN

“No se trata de preservar la vida a cualquier precio sino de aliviar en lo posible el sufrimiento y tratar de conservar la vida que, a juicio del enfermo, merezca ser vivida.”¹

La muerte es un fenómeno inevitable que forma parte de la vida y a la que hay que enfrentarse con seguridad y sin temor algún día. En la sociedad actual la muerte está muy lejos de la experiencia cotidiana, lo que tradicionalmente se celebraba en el ámbito familiar y religioso, hoy se celebra en el ámbito público y con mayor frecuencia en las áreas urbanas.¹⁻⁵ Los enfermos y los profesionales de salud no quieren aceptar lo inevitable, ni quieren comprender la imposibilidad de curar algunas enfermedades, lo que ha llevado al encarnizamiento terapéutico, al uso elevado de la tecnología médica sin beneficio alguno en pacientes, a dilemas éticos, a la sobrecarga familiar y problemas de comunicación en el círculo paciente-familia-sanitarios, etc.⁶⁻¹⁰

En los países desarrollados más del 50% de las muertes ocurren en los hospitales, por lo tanto las necesidades funcionales, sociales, psicológicas y espirituales de los enfermos terminales se atienden por profesionales sanitarios.^{1,6,11} Surgen así los cuidados paliativos (CP) que tienen sus orígenes en el “movimiento hospice” inaugurado por la enfermera inglesa Cicely Saunders en 1967 en Londres, siendo el doctor Jaime Sanz Ortiz el primero en incorporar los CP en España en el año 1984 en Santander. En 1990 se introducen los CP en Aragón, se crea el primer protocolo de cuidados paliativos y en 1999 se forma el primer equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).^{9,12-14} (Anexo 1) A partir de entonces se han ido desarrollando y en el año 2008, España llega a ocupar el séptimo lugar de 27 países de la Unión Europea, según un estudio realizado sobre la situación de los CP y en el año 2014 ocupa el 21 lugar de 234 países, a nivel mundial.^{6,11}

Los CP se enfocan hacia el bienestar y la calidad de vida del enfermo terminal y su familia, además de disminuir costes, facilitar el ajuste integral del paciente y prevenir el duelo patológico. Se proporciona una atención holística, individualizada y continua al paciente en situación compleja, para aliviar el dolor y otros síntomas y satisfacer las necesidades básicas;^{7,15-17} no acelera ni retrasa la muerte, incluye aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y emocionales del enfermo y la familia y ofrece apoyo durante el proceso de la enfermedad.¹⁷⁻²¹ (Anexo 2)

Otros objetivos relevantes relacionados con la bioética, incluyen el derecho del paciente de no ser informado o de recibir información clara, gradual, completa y verdadera, adaptada a las necesidades en cada momento, respondiendo a las dudas y preocupaciones, además del consentimiento informado y las voluntades anticipadas; respetar sus valores y preferencias de recibir los CP en el domicilio, hospital u hospicio, el derecho de participar en la toma de decisiones, fomentar la autonomía, recibir ayuda para no suponer una carga para la familia, controlar los síntomas en la fase agónica y morir rodeado de los seres queridos.^{8,22-26} (Anexo 3)

En el año 2013 en España se calcula un total de 398.000 muertes, de las cuales un 92% se deben a las enfermedades crónicas o no transmisibles (ENT), frecuentes en personas mayores de 65 años y se estima que un 50-60% de las personas fallecidas estaban en un etapa avanzada o terminal.^{9,17} Las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, siendo los tumores la primera causa de muerte en los hombres (33,9%) y la segunda en las mujeres (22,7%).²⁷

El incremento progresivo de los enfermos terminales debido al aumento de la población envejecida en situación de dependencia, el uso excesivo de los servicios de urgencias, el aumento de la edad de los cuidadores, la disminución del número de cuidadores formales e informales, la incorporación de la mujer al mercado laboral, implica una alta demanda asistencial y necesidad del sistema sanitario, lo que conlleva los CP a mayor trascendencia en la sanidad pública.²⁸⁻³⁰

En España existen 458 unidades de CP que disponen de pocas camas e insuficientes profesionales, de las cuales la mitad están formadas solo por médicos y enfermeras que centran sus cuidados en los síntomas somáticos, descuidando la parte emocional de los enfermos terminales, además de atender solo a mitad de ellos.^{23,31} La atención asistencial no es equitativa, debido a las diferencias que existen entre las Comunidades Autónomas, en cuanto a la dispersión geográfica, la disponibilidad y tipología de los equipos en CP y el criterio médico al diagnosticar la situación de enfermedad avanzada o terminal.¹¹ (Anexo 4)

Varios estudios realizados mencionan la poca coordinación entre los niveles asistenciales, los escasos conocimientos de los profesionales de salud de comunicar el pronóstico debido a la dificultad emocional que supone, de gestionar los síntomas o de asesorar a los pacientes, lo que ha llevado al aplazamiento del diagnóstico de enfermo terminal y la demora de proporcionar los CP de forma adecuada.³⁰⁻³³

Tanto la OMS, como algunos autores, coinciden acerca del proceso terminal, cuando el paciente sufre un conjunto de síntomas y emociones cambiantes e intensas, empezando con el rechazo del diagnóstico, experimentando miedo e inseguridad durante todo el tratamiento, pérdida de autonomía, cambios de rol, pérdida de la identidad corporal, que van acompañadas de ansiedad, depresión, aislamiento social, ira, rabia, soledad, abandono, hasta llegar a la aceptación. En la fase final de la enfermedad, en la que el tratamiento es paliativo, lo que prima además de los cuidados fisiológicos enfocados hacia el confort, son los cuidados emocionales, ya que las emociones no controladas influyen negativamente sobre el estado de salud e impiden la adaptación. El sufrimiento que experimenta el paciente se puede aminorar mediante técnicas de apoyo emocional por parte de enfermería, que orienta los cuidados hacia la aceptación de la muerte como parte de la vida.^{28-30,34-39}

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Conseguir que las personas mayores en situación de enfermedad avanzada terminal tengan una muerte digna.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover la inclusión del aspecto emocional en los cuidados paliativos para enfermedades crónicas, progresivas y graves, dentro de la atención a personas mayores en el final de la vida.
2. Fomentar la autonomía y la toma de decisiones del enfermo terminal sobre su atención sanitaria y que reciba la información pertinente, sin sufrir discriminación por su edad.
3. Favorecer la calidad de vida y el bienestar del enfermo terminal y su familia.

METODOLOGIA

Para la elaboración del plan de cuidados estandarizado (PCE) se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de febrero a mayo del año 2016, en las bases de datos: Scielo, Dialnet, Cochrane Plus, Scintdirect, además se han consultado varios libros, Protocolos y Guías sobre la intervención en cuidados paliativos en páginas webs oficiales, como se muestra en la tabla 1. La búsqueda bibliográfica se ha restringido a artículos científicos en español e inglés, con un límite de 10 años de antigüedad desde su publicación.

BASE DE DATOS	Palabra Clave	Encontrados	Revisados	Utilizados
SCIELO	Cuidados paliativos	47	25	11
DIALNET	Cuidados Paliativos, Aspecto emocional,	18	4	3
COCHRANE PLUS	Cuidados paliativos	37	8	2
ScienceDirect	Enfoque emocional, Cuidados paliativos, enfermo terminal, enfermería	35	10	5
PUBMED	Cuidados Paliativos	19	4	1
PAGINAS WEB	https://www.aecc.es http://www.msssi.gob.es www.secpal.com http://www.ine.es			

Tabla 1

DESARROLLO

El trabajo se ha realizado con el propósito de facilitar los cuidados emocionales proporcionados por el profesional de enfermería al paciente terminal, incluyendo a la familia, utilizándose la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC, según el modelo de las Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson.

VALORACIÓN

Para la valoración integral geriátrica se ha utilizado el modelo de las Necesidades Humanas Básicas de Virginia Henderson y para la recogida de la información de carácter emocional se han usado entrevistas, encuestas o escalas que agilizan el trabajo enfermero, de las cuales las más comunes son la escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala Hamilton para valoración de la depresión y ansiedad. (Anexo 5)

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PLANIFICACIÓN

El plan de cuidados estandarizado basado el aspecto emocional del anciano terminal, se debe plantear de forma individual, integral y continuada, independientemente de su edad o nivel asistencial, de acuerdo a las necesidades emocionales y preferencias del enfermo, conservando su autonomía y la toma de decisiones, para facilitar la participación activa del enfermo en su proceso de enfermedad. ^{1,6}.

Los diagnósticos enfermeros (DxE) más relevantes, según la taxonomía NANDA, relacionados con las necesidades emocionales del anciano en fase final son: Negación ineficaz, Impotencia, Desesperanza, Temor y Ansiedad ante la muerte.

00072 NEGACIÓN INEFICAZ

Negación ineficaz r/c amenaza de una realidad desagradable m/p incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida o no percibe la relevancia personal del peligro.

NOC 1300 Aceptación del estado de salud:

INDICADORES

- 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud
- 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud
- 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud

NIC 5470 Declarar la verdad al paciente: (Anexo 6)

ACTIVIDADES

- Establecer una relación de confianza
- Determinar el deseo del paciente de sinceridad en la situación
- Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza
- Permanecer con el paciente al que se le haya dicho la verdad y estar preparado para clarificar, dar apoyo y recibir feedback
- Estar físicamente presente para comunicar aprecio y apoyo, si se ha tomado la decisión de retener la información

NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones:

ACTIVIDADES

- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales
- Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento:

ACTIVIDADES

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad
- Favorecer situación que fomenten la autonomía del paciente
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo

NIC 5270 Apoyo emocional:

ACTIVIDADES

- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias
- Ayudar al paciente a reconocer y expresar los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de sentimiento de pena

00125 IMPOTENCIA

Impotencia r/c régimen relacionado con la enfermedad m/p depresión a causa del deterioro físico.

NOC 1409 Autocontrol de la depresión:

INDICADORES

- 140904 Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores
- 140905 Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva
- 140909 Refiere mejoría del estado de ánimo

NIC 5330 Control del humor:

ACTIVIDADES

- Administrar cuestionarios de autoinformación, si procede
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente
- Animar al paciente a que tome decisiones cada vez más complejas según sea capaz
- Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional

NIC 5395 Mejora de la autoconfianza:

ACTIVIDADES

- Proporcionar información sobre la conducta deseada
- Identificar obstáculos al cambio de conducta
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (juegos, enseñanza asistida por ordenador, mapas de conversación)
- Prepara al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta

NIC 4700 Reestructuración cognitiva:

ACTIVIDADES

- Señalar los estilos de pensamientos disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización)
- Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las frases autoinducidas median en el despertar emocional
- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) y los factores estresantes percibidos
- Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad

00124 DESESPERANZA

Desesperanza r/c estrés de larga duración m/p disminución de las emociones, pasividad, falta de implicación en los cuidados.

NOC 2000 Calidad de vida:

INDICADORES

- 200008 Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida
- 200011 Satisfacción con el estado de ánimo en general

NOC 1204 Equilibrio emocional:

INDICADORES

- 120402 Muestra un estado de ánimo sereno
- 120403 Muestra control de los impulsos

NIC 5440 Aumentar los sistemas de apoyo:

ACTIVIDADES

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo
- Implicar a la familia/ seres queridos en los cuidados y la planificación

NIC 5270 Apoyo emocional (ver DxE 00072)

00148 TEMOR

Temor r/c falta de familiaridad con la experiencia del entorno o separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante m/p intranquilidad, aprensión, pánico, etc.

NOC 1404 Autocontrol del miedo:

INDICADORES

- 140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo
- 140413 Mantiene el control sobre su vida
- 140417 Controla la respuesta del miedo

NIC 5400 Potenciación de la conciencia de sí mismo:

ACTIVIDADES

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos
- Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente
- Ayudar a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo
- Explorar con el paciente la necesidad de control
- Ayudar al paciente a identificar habilidades y estilos de aprendizaje

NIC 6040 Terapia de relajación simple: (Anexo 7)

ACTIVIDADES

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada

00147 ANSIEDAD ante la MUERTE

DX: Ansiedad r/c experiencia cercana a la muerte m/p expresa temor al proceso de la agonía, expresa preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas

NOC 1211 Nivel de ansiedad:

INDICADORES

- 121105 Inquietud
- 121106 Tensión muscular
- 121108 Irritabilidad
- 121110 Explosiones de ira
- 121117 Ansiedad verbalizada
- 121125 Fatiga
- 121129 Trastorno del sueño

NOC 1307 Muerte digna:

INDICADORES

- 130711 Comparte sentimiento sobre la muerte
- 130715 Intercambia afecto con los demás
- 130725 Expresa preparación para morir

NIC 5340 Presencia:

ACTIVIDADES

- Mostrar una actitud de aceptación
- Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente
- Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente
- Ofrecerse a quedar con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes
- Permanecer con el paciente para transmitirle sentimientos de seguridad y confianza y disminuir miedos durante los periodos de ansiedad

NIC 4920 Escucha activa:

ACTIVIDADES

- Mostrar interés en el paciente
- Hacer preguntas, utilizar frases o el silencio para animar a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación
- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación
- Evitar barreras a la escucha activa (interrumpir, hablar de uno mismo, etc.)

NIC 5820 Disminución de la ansiedad:

ACTIVIDADES

- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad

NIC 5880 Técnica de relajación: (Anexo 7)

ACTIVIDADES

- Sentarse y hablar con el paciente
- Acariciar la frente, si procede
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad
- Identificar los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente
- Instruir al paciente sobre técnicas de que disminuyan la ansiedad, si procede

NIC 5280 Facilitar el perdón:

ACTIVIDADES

- Utilizar la presencia, el contacto y la empatía, según sea conveniente, para facilitar el proceso
- Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, odio y resentimiento
- Enseñar el arte de la liberación y de la relajación emocional

NIC 5260 Cuidados en la agonía:

ACTIVIDADES

- Comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte
- Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte
- Apoyar al paciente y a la familia en los estadios de pena
- Observar si hay dolor
- Observar si el paciente padece ansiedad
- Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia⁴⁰⁻⁴³

EJECUCION Y EVALUACION

El PCE basado en los aspectos emocionales del anciano terminal al no haberse puesto en práctica, no se han desarrollado las etapas de ejecución ni evaluación. La evaluación se realizaría a través de los indicadores de resultados NOC, planteados en la planificación, como objetivos establecidos en cada diagnóstico encontrado. También se pueden utilizar como herramientas de evaluación continua, las entrevistas o escalas propuestas en la valoración.

CONCLUSIONES

La formación limitada, la falta de tiempo, la conducta y la actitud inadecuada de los profesionales de enfermería sobre la muerte, puede condicionar el desarrollo de los cuidados paliativos relacionados con el aspecto emocional del anciano y puede dificultar la participación activa del enfermo en el proceso de su enfermedad.

El tratamiento paliativo que reciben las personas mayores en el final de la vida se debe enfocar hacia los cuidados emocionales, ya que en esta fase tan avanzada de la enfermedad, el impacto emocional es mayor e influye negativamente en el proceso de adaptación a la muerte. Por eso, el profesional de enfermería es imprescindible para proporcionar los cuidados paliativos de forma individualizada, integral y continua, siendo el PCE un método asistencial que garantiza la calidad de vida y el bienestar del anciano terminal y su familia. Por tanto, la preparación para la muerte debe comenzar con un cambio en el esquema de actuación del profesional de la salud, para que de esta forma puedan ayudar a las personas mayores en situación de enfermedad avanzada terminal a morir con dignidad.

“LA EDUCACION PARA LA MUERTE ES EDUCACION PARA LA VIDA”⁴

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: Una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Octubre 2009.(26-47; 73-90)
2. Davies E., Higginson I.J. Hechos sólidos: Cuidados paliativos. OMS Europa.2004:5-26
3. Espinar Cid V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. Cuadernos de bioetica.2012;23(77):169-178
4. Grau Abalo J., Llanta M., Massip Pérez C., Chacón Roger M., Reyes Méndez M., Infante Pedreira O., Romero Pérez T. et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Rev. Pensamiento Psicológico. Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia. 2008;4(10):11-32
5. Damborenea González M.D., Aguirre de la Maza M.J., Almaraz Ruiz de Eguilaz M.J., Altuna Basurto E., Aso Mendialdea K., Bañuelos Gordon A. et al. Atención domiciliaria al paciente en situación terminal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.2006;19-31
6. Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid. 7-82
7. Lizarraga Mansoa S., Ayarra Eliab M., Cabodevilla Erasoc I. Acompañamiento al final de la vida. FMC en Aten Prim.2005;12(7):471-481
8. Monzón Marín J.L., Saralegui R.I., Abizanda Campos R., Cabré Pericas L., Iribarren Diarasarri S., Martín Delgado M.C. et al . Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med. Intensiva. 2008; 32(3): 121-133.
9. Ignacia del Rio M., Palma A. Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile.2007; 32(1):1-7
10. Da Luz K.R., Vargas M.A., Schmidt P.H., Barlem E.L., Tomaschewski-Barlem J.G., da Rosa L.M. Ethical problems experienced by oncology nurses .Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2015;23(6):1187-1194.

11. Informe de la situación actual en Cuidados Paliativos. Asociación Española Contra el Cáncer.2014. Consultado el 3 de mayo 2016, en https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe_SituacionActualCuidadosPaliativos.pdf
12. Robert M.V., Catalina Álvarez O., Fernanda Valdivieso B. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Rev Med Clin Condes.2013;24(4):677-684
14. Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS (Las Palmas).1994; 147-151
15. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud Actualización 2010-2014. Ed. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Madrid. 2011. Disponible en www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../paliativos/cuidadospaliativos
16. Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al . Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm . 2011 Jun; 20(1-2): 71-75.
17. Mahtani Chugani V., Abt Sacks A., González Castro I., García Andrés M.C., Real Perera M.C., Benitez del Rosario M.A. Evaluación cualitativa de los modelos organizativos en cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2007
18. Achury D.M, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enf Univ.2016; 13(1):55-60
19. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006; 196-199.Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/>
20. Lacasta Reverte M.A., Limonero García J.T., García Penas A., Barahona H. La atención al duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. Med Paliativa.2014
22. Bayes R. El sufrimiento: evaluación y medidas para su alivio.(Barcelona).2002; 290-291
23. Hall S, Kolliakou A., Petkova H., Froggatt K., Higginson I. Intervenciones para mejorar los cuidados paliativos de personas de avanzada edad que viven en residencias geriátricas. Cochrane Database of Systematic Reviews.2011; 3.

24. Buisán R., Delgado J.C. El cuidado del paciente terminal. Anales Sis San Navarra (Pamplona).2007; 30(3)
25. Lasmarías C., Espinosa J., Martínez-Muñoz M., Bullich I., Alburquerque E., Gómez-Batiste X. Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. FEM.2013 Sep;16(3):159-165.
26. Guía de cuidados paliativos. SECPAL. 2014; 33-42. Disponible en www.secpal.com
27. INE. 2014. Notas de prensa. Consultado el día14/03/2016, en <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
28. Barbero J., Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. Anales Sis San Navarra (Pamplona).2007;30(3):71-86
29. Davies E., Higginson I.J. Mejores Cuidados Paliativos Para Personas Mayores. WHO Europa 2004;16-20
30. Sánchez-Holgado J., Gonzalez-Gonzalez J., Torijano Casalengua M.L. Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. Med Fam.2014; 42(1):19-24.
31. Alcántara M.F., García Caro M.P., Pérez-Marfil M.N., Cruz Quintana F. Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. Anal Psicol(Murcia).2013;29(1).
32. Barbero Gutiérrez J., Bayes Sopena R., Gómez Sancho M., Torrubia Atienza P. Sufrimiento al final de la vida. Med Paliativa (Madrid). 2007; 14(2):93-99
33. Bermejo Higuera J.C., Villacieros Durbán M., Carabias Maza R., Lozano González B. Niveles y motivos de satisfacción o insatisfacción en los familiares de los fallecidos en una unidad de cuidados paliativos. Gerokomos. 2014; 25(3):111-114
33. Garcia Caro M.P., Cruz Quintana F., Schmidt Río Valle J., Muñoz Vinuesa A., Montoya Juárez R., Prados Peña D. et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. IJCHP. 2010; 10(1):57-73
34. Rodríguez Rodríguez N.Y., Ruiz Valdés Y., Carvajal Herrera A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Rev. Cuba de Enf (Ciudad de la Habana).2007; 23(4)

35. Bermejo J.C., Díaz Albo E., Sánchez E .Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. Caritas española. 2011
36. Krikorian A., Limonero J.T. Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. Avances en psicología latinoamericana.2015;33(3)
37. Schmidt J., Montoya R., García-Caro M.P., Cruz F. Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. Index Enferm.2008; 17(4):256-260
38. Marín Olalla F. Morir con dignidad en el siglo XXI:¿hacia el obstinamiento paliativo?. Index Enferm.2009; 18(3):149-150.
39. Llauradó Sanz G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. 2014; 8(1)
40. Johnson M., Johnson M., Moorhead S., Bulechek G.M., Butcher H.K., Maas M.L., Swanso E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Elsevier (Barc).2012.
41. Herdman H.T. NANDA International: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014.Elsevier (Barc). 2012.
42. Moorhead S.,Johnson M., Maas M.L., Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Elsevier (Barc). 2009.
43. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier (Barc).2009.