

La atención espiritual al final de la vida

EN LOS DOMICILIOS

Resumen

Se efectúa una revisión bibliográfica descriptiva sobre el tema de la espiritualidad, en un entorno de cuidados paliativos a enfermos adultos, con diferentes patologías, que se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad. Se analiza la construcción sociocultural de la espiritualidad al final de la vida en el medio domiciliario, relacionándola con el proceso de la enfermedad, terminalidad y muerte. Se describe el acompañamiento de los profesionales de enfermería en cuidados paliativos (CP) en la atención a las necesidades espirituales, desde un conocimiento integral. Debe considerarse que si los profesionales enfermeros tienen en cuenta la espiritualidad de los pacientes con una enfermedad terminal, estando presente la espiritualidad y la religiosidad, deberían contar con unas estrategias establecidas en sus acciones para ofrecer un bienestar espiritual.

PALABRAS CLAVES: DOMICILIO, ESPIRITUALIDAD, CUIDADOS PALIATIVOS, FINAL DE VIDA, MUERTE, ENFERMERÍA.

SPIRITUAL END OF LIFE DOMICILIARY CARE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Summary

This article is a descriptive literature review on the topic of spirituality, in a palliative care aimed at adult patients with different pathologies that are in an advanced stage of the disease. We analyze the sociocultural construction of spirituality at the end of life in the domiciliary environment, relating it to the disease process, its terminality and death. We describe the attention of the palliative-nurses, caring for the spiritual needs from a holistic point of view. It has to be considered that if the palliative-nurses are aware of the spirituality of patients with terminal illness should have some established strategies in their efforts to provide spiritual comfort.

KEY WORDS: SPIRITUALITY, PAL-LIATIVE CARE, END OF LIFE, DOMITICILIARY, NURSING, DEATH.

Introducción

Se pretende relacionar la espiritualidad con las categorías de la religiosidad, bienestar, paz y propósito de vida. A la vez, indagar sobre el tratamiento de la espiritualidad desde el enfoque enfermero.

La Organización Mundial de la Salud ha declarado la espiritualidad como una dimensión de la calidad de vida. Definió los cuidados paliativos, en el año 1990, como el cuidado total y activo de pacientes en los que la enfermedad no responde al tratamiento curativo, y es primordial el control del dolor y de otros síntomas así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. «El objetivo es conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y familiares», citado en [1].

La acción de los cuidados paliativos requiere atender los problemas clínicos que van surgiendo, es decir, el descontrol de síntomas, especialmente en el cierre bio-

gráfico del final de una vida. Su objetivo final es acompañar a la persona hasta la muerte, desde el respeto y la dignidad, sin descuidar aspectos sociológicos, culturales, históricos y económicos, porque afectan al desarrollo de todo el proceso desde el inicio de la enfermedad hasta después del fallecimiento.

Las necesidades espirituales pueden repercutir en la toma de decisiones de salud y en los resultados de los cuidados dispensados. Las políticas sanitarias, a nivel nacional e internacional, comienzan a considerarlas en sus guías y estrategias elaboradas para el final de vida. Para Puchalski et. al., los cuidados espirituales son esenciales tal y como establecen el Proyecto Nacional de Consenso para la calidad en los cuidados paliativos (NCP) y la Guía de Buenas Prácticas del NQP (Foro Nacional de Calidad), citado en [2].

Para este autor, el creciente interés por este tema en



Ernst Ferdinand Oehme. *Procesión en la niebla*. 1828.

las últimas décadas, se ha visto reflejado en la literatura en la que también se incluyen herramientas de evaluación espiritual y modelos de intervención. El reconocimiento de las necesidades espirituales fue formalmente expresado por la Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations y la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, citado en [3].

Los profesionales de enfermería son idóneos para tratar las necesidades espirituales de las personas que se encuentran al final de la vida porque contemplan en su enseñanza a la persona de forma holística. Ya Florence Nightingale reconoció la espiritualidad como una intrínseca parte de la experiencia humana. Se incluye en el Código Deontológico de la Enfermería la función de ayudar en el acompañamiento espiritual, el abordaje del sufrimiento total. Existen políticas y directrices profesionales para hacer descansar dicha labor en los profesionales de enfermería [4].

El Consejo Internacional de Enfermería incluyó en la definición de la dignificación del proceso de morir la satisfacción o contención espiritual junto con la verba-

lización del alivio del dolor, participar en los cuidados y comentar las experiencias de vida. En un estudio dirigido a las enfermeras especializadas en USA se revisaron las categorías de intervenciones para promover la dignidad en la atención al final de la vida, incluyendo el confort espiritual [5].

La pregunta a plantear trata de: ¿Qué función ejercen los profesionales de enfermería en la atención espiritual, en el domicilio, a los pacientes terminales?

Objetivo principal

Conocer la acción de enfermería en la atención espiritual a los pacientes en fase terminal cuando están en su domicilio.

Objetivos específicos

1. Identificar qué se conoce de las necesidades espirituales de los enfermos afectados por una enfermedad irreversible que se encuentran en una etapa terminal de la vida.
2. Describir cuáles son los criterios de actuación con el

paciente en situación terminal para determinar los grados de espiritualidad y religiosidad.

3. Indicar qué acciones establece enfermería para procurar ayuda espiritual a los enfermos en situación terminal.

Metodología

Para la clasificación de los artículos se han revisado diferentes fuentes bibliográficas y bases de datos. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica desde 01 de noviembre del 2007 hasta 30 de noviembre del 2012. Se ha llevado a cabo una fase de localización y elección de los documentos bibliográficos. La identificación de los artículos se ha realizado mediante la aplicación de una estrategia de búsqueda de las distintas bases de datos.

Las bases de datos utilizadas han sido dos:

- Medline. Base de datos extraídos del campo de las Ciencias de la Salud. En una primera búsqueda se utilizaron los descriptores *spiritual\$, pal-liative care, end of life, dy\$ and death, pal-liative care...* Se obtuvieron un total de 647 resultados, fueron reducidos a 543 con los criterios de exclusión *pediatric, child\$, UCI, acute, intensive care*. Se realizó una segunda búsqueda con los descriptores *domiciliary, home care*, obteniendo 23 resultados.
- CINHALL. Se usaron los siguientes términos: *Spiritual care or spiritual needs and end of life or death not occupational therapy* con 157 resultados. Se añadieron los descriptores de *domiciliary or home care* con dos resultados. Con *suffering* y excluyendo los resultados pediátricos se obtuvieron 14. Se revisaron manualmente las publicaciones de Medicina Paliativa.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de los artículos fueron la espiritualidad, el ámbito domiciliario, la edad adulta y el final de vida, que estuvieran escritos en español o inglés, y se contó con fuentes fiables en la búsqueda bibliográfica: que el acceso al artículo fuera gratuito, que tuviese un máximo de cinco años; y, por último, que los sujetos del estudio fueran población adulta en etapa final de vida. Además, se han buscado artículos originales redactados a partir de la realización de un estudio.

Los criterios de exclusión contemplaron aquellos artículos que trataban de reflexiones personales y no aportan nada a la investigación.

Discusión

Los resultados de esta revisión se presentan a través de dos aspectos: en el primero se exponen las concepciones sobre la espiritualidad. La segunda parte trata de la atención de los profesionales de enfermería, en el domicilio, a los enfermos en etapa final de la vida.

1. Concepciones sobre la espiritualidad

Al obtener los resultados de una revisión de la literatura empírica acerca del concepto de espiritualidad se observa que continúa existiendo una gran ambigüedad, pero

si se quiere delimitar en qué consiste, citaremos varios autores. Dentro de la variedad definitoria, como dice Xavier Melloni «La espiritualidad es el instinto de lo divino, el dinamismo hacia lo invisible escondido en lo visible. Es el dinamismo interno de las cosas y de las personas que nos empuja a buscar la plenitud y presencia, profundidad, sentido y perdurabilidad en lo que hacemos y vivimos. Es el instinto de retorno a nuestro origen. Es la sed de Sentido, Conexión y Trascendencia» citado en [6]. O como señala Stanislav Grof «El desarrollo espiritual es una capacidad evolutiva innata en todo ser humano. Se trata de un impulso hacia la totalidad, el descubrimiento del verdadero potencial de uno mismo, y es tan común como el nacimiento, el crecimiento y la muerte; es una parte de nuestra existencia» [7].

Ante la proximidad de la muerte emergen cuestiones relacionadas con el sufrimiento que posibilitan, además, la toma de conciencia de una realidad que nos supera y trasciende, posibilitando el crecimiento espiritual.

Según Kathleen Dowling, morir es un proceso de desarrollo y transformación espiritual; a medida que se acerca la muerte, nuestra mente empieza a cerrarse mientras va abriéndose el corazón. Abrirnos hacia nuestra interioridad es un proceso que puede llevar a una gran paz y una gran profundidad humana [8].

Según McSherry et. al., la existencia de una taxonomía de la espiritualidad se presenta desde diferentes puntos de vista: místico, religioso, cultural, antropológico, fenomenológico, político, religioso, etc. [9]. Del análisis cualitativo, en el artículo de Payas et. al., se propone una taxonomía con 12 tipos de necesidades existenciales-espirituales basadas en las expresiones de los propios pacientes, tal y como son recogidas por sus cuidadores, de las que remarcamos: dominio interpersonal, intrapersonal, transpersonal, manifestaciones de bienestar o malestar asociadas a aspectos interpersonales, aspectos psíquicos personales, de uno consigo mismo, con la experiencia subjetiva de la enfermedad y expresiones asociadas a aspectos de relación de uno mismo con lo que es trascendente, y con el sentido último en la relación con un ente o ser superior [10]. Las necesidades se resumirían en cuatro bloques: búsqueda de verdad, de muerte, de sentido de la vida y de la esperanza.

Se ha intentado buscar parámetros en aquellos aspectos que se creen relacionados con las necesidades y preocupaciones espirituales, creando distintos instrumentos de valoración sistemática (FICA, HOPE, Well Being, SPIRIT o Spiritual Needs Inventor). Herramientas, algunas de ellas validadas y otras no, que valoran aspectos como organización del rol religioso, rituales, comunidad, fe o resultados del mundo interior relacionados con la esperanza, fuerza, confort, significado, paz, armonía y conexión. Otros estudios midieron determinados aspectos religiosos: índice de religiosidad de Duke o DUREL, o breve medición de adaptación religiosa (Brief RCOPE)

[11, 12]. La religiosidad tiene que ver con la expresión de su creencia, de su relación con su Dios, el uso de oración o acto ritual de comunicación alrededor de ciertos símbolos y objetos de culto, los sentimientos compartidos por los miembros de la comunidad, la celebración del sentido de la comunidad y la responsabilidad de cada uno [13].

Para varios autores tener controlados los temas de la religión, de las creencias personales y de los aspectos espirituales es una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza [14]. Las religiones ayudan a entender que el sufrimiento no es un fin sino una realidad que debe interpretarse en un contexto más amplio sobre el significado de la vida y la condición humana. Pero sobre todo pueden ayudar a superar el olvido y el tabú de la muerte para mirarla con profundidad y como liberación, no con indiferencia y enajenación [15].

Autores como Bauer-Wu et. al., orientan el tema religioso como un aspecto específico del cuidado espiritual; desde las principales religiones se revisa su sistema de creencias, actitudes y prácticas respecto a la enfermedad, dolor, muerte y sufrimiento [16]. En el caso de Neimeyer et. al., consideran que los profesionales sanitarios pueden reorientar dichas necesidades religiosas detectadas para conseguir un apoyo espiritual especializado y una mayor calidad de vida [17].

Existe literatura que habla de los beneficios del uso de rituales, oraciones, meditación antes y después del momento de la muerte, además de diferenciar el factor intrínseco religioso del extrínseco, y relacionarlo con la depresión [18, 19].

Cabe destacar que la proximidad de la muerte acerca a la persona a situaciones de sufrimiento y mayor conciencia de la realidad, aproximando más hacia los temas religiosos y a la espiritualidad. Esta les suele dar un soporte y consuelo en su situación de finalidad [20].

2. La atención de los profesionales de enfermería, en el domicilio, a los enfermos en etapa final de la vida

En el medio anglosajón, desde una raíz psicoterapéutica, se está realizando un trabajo sobre la eficacia de la terapia de dignidad en el proceso del morir, intentando paliar el sufrimiento psicosocial y existencial de los pacientes en situación terminal, recogiendo testimonios para su perduración en el futuro. Mediante un análisis acerca de la construcción social de la espiritualidad, en situaciones de crisis de la enfermedad terminal, podemos demostrar que es poco útil en nuestro medio, donde implica más toma de conciencia de los procesos situacionales en el contexto de la enfermedad [21].

En el encuentro con las necesidades espirituales es

importante la construcción de la confianza, dar esperanza y disponer del tiempo adecuado para ello. Los mecanismos religiosos y espirituales de adaptación se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como menor hostilidad, ansiedad y aislamiento social de los pacientes de cáncer y de sus familiares [22].

El bienestar espiritual, especialmente la sensación de que la vida tiene sentido, y la paz, se relacionan de manera primordial con la capacidad de los pacientes oncológicos para continuar disfrutando de la vida, a pesar de altos grados de dolor o cansancio crónico. Estar en paz también se halla relacionado con las subescalas que miden la fe y el propósito [23].

A medida que se acerca la muerte se cierra la mente mientras va abriéndose el corazón

Para algunos autores existen correlaciones inversas entre el bienestar espiritual y el deseo de acelerar la muerte, la desesperanza, la depresión y la ideación suicida. El deseo de acelerar la muerte, según diversos artículos, puede ser una forma de reclamar una mejora en la comunicación acerca del proceso, en el control de síntomas, o conocimiento de una crisis espiritual [24-27].

Ciertos artículos tratan sobre la influencia que ejerce la introspección de la espiritualidad y de las creencias en el personal de enfermería, consistente en la toma de conciencia y en la reflexión e incorporación del rol que ejerce en su propia vida, percatándose de los atributos relacionados con el sentido espiritual como el amor, la sabiduría, la comprensión y la fe. Ser perceptivo con tu propia espiritualidad facilita la sensibilidad hacia la espiritualidad de los demás. Una formación acerca del cuidado espiritual en la trayectoria curricular enfermera contribuye a desarrollar las actitudes, la habilidad, la frecuencia y la calidad de estos cuidados [28-31].

Autores como Benito et. al., y Daaleman et. al., relacionan la capacidad para atender sus necesidades y aliviar el sufrimiento, mediante el ejercicio adecuado de la verdadera compasión y otras actitudes propias de la disciplina enfermera, dentro de la relación de ayuda, con otras como la presencia y la sanación [32, 33].

En diferentes hospices y unidades de cuidados paliativos se utiliza el mapa de cuidados como herramienta metodológica que personaliza el plan de cuidados de manera individualizada, y facilita la planificación racional de las intervenciones enfermeras garantizando la continuidad y la correcta atención de las actuaciones



La espiritualidad es el instinto de lo divino, el dinamismo hacia lo invisible escondido en lo visible

Johann Heinrich Füssli. *La pesadilla*. 1790-91.

que puedan surgir. Es aplicado para la docencia en enfermería, facilitando la sensibilización respecto a las necesidades al final de vida, considerando todo el proceso de forma global e integrada, lo que ayuda a aumentar la competencia espiritual del profesional enfermero.

Conclusiones

Aunque se ha avanzado en el diálogo entre las distintas visiones de la dimensión espiritual, existe poca experiencia y evidencia en el área asistencial, sobre todo de la disciplina enfermera que proporciona los cuidados a la dimensión espiritual en el entorno domiciliario. En los equipos de cuidados paliativos de atención domiciliaria (PADES) existe mucha heterogeneidad en la recogida de los datos para su evaluación, así como en la composición de los distintos profesionales que pueden abordarlos. La interdisciplinariedad, la coordinación asistencial y la atención integral, son los pilares fundamentales de la atención al enfermo en el final de la vida.

Dentro de los cuidados paliativos es todavía hoy motivo de controversia cómo incluir la atención espiritual y existencial en el cuidado integral del enfermo al final de la vida, por todos los profesionales que le atienden.

En los ámbitos político, sanitario y social, se reconoce

la influencia que ejerce la atención espiritual durante el avance de la enfermedad terminal en la consecución del confort y bienestar deseados, factores que se pueden medir con escalas cuantitativas y herramientas semiestructuradas o cuestionarios, validadas para estos pacientes.

Existen unos obstáculos institucionales, sociales y culturales que determinan las distintas interacciones que se producirán con la persona enferma al final de la vida, e influyen en cómo se relaciona esta consigo misma, con los servicios que la atienden, y con su cuidador principal. Paralelamente emergen las vivencias espirituales según vaya avanzando el proceso de enfermedad y se aproxima a la muerte, o según las crisis que produzca el mismo proceso, relacionadas con el sufrimiento, las pérdidas y el declive de la enfermedad.

En la Estrategia de cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS), se reconoce que faltan formas de evaluación de los síntomas referentes a la dimensión espiritual. La formación especializada en el acompañamiento espiritual y la investigación serán dos objetivos a desarrollar hacia el futuro, seguramente también encaminados a continuar con el trabajo del grupo de la espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en donde se ofrece un modelo de

guía de exploración sistematizada de las necesidades espirituales.

Los cuidados enfermeros contemplan una serie de objetivos e intervenciones dirigidas a la salud espiritual, la esperanza, el bienestar y a obtener la satisfacción en estas necesidades. Además reconocen su fundamento dentro del marco de la relación de ayuda.

Los avances socioculturales, tecnológicos, científicos y farmacológicos, originan una mayor complejidad en los dilemas éticos relacionados en torno a la espiritualidad. Los valores de la sociedad van cambiando y repercutiendo en aquello que se puede considerar moralmente permisible o aceptable en el final de vida, desde nuestro rol profesional. En el acto y la atención espiritual, la naturaleza de los valores y las creencias socioculturales tiene

una repercusión directa en los cuidados de salud, en el significado del sufrimiento, bienestar, calidad de vida y en el deseo de acelerar la muerte.

Las publicaciones existentes en la actualidad no son suficientes para describir los aspectos socioculturales relacionados con la construcción de la espiritualidad como otra dimensión que afecta la vivencia de la vida, ante la proximidad de la muerte. Se requiere estudiar el fenómeno desde una perspectiva más amplia, incluyendo todas las categorías conceptuales sociológicas que pueden entrar en juego para extraer teorías acerca de la interpretación de la realidad sociológica y cultural de los CP en el entorno domiciliario. Además, se puede profundizar en futuras revisiones bibliográficas acerca de la muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Aug; 24(2): 91-96; p.94.
- [2] Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009 Oct; 12(10): 885-904.
- [3] Puchalski C. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Onc.* 2012; 23 Sep 3: 49-55
- [4] Stirling I. The provision of spiritual care in a hospice: moving towards a multidisciplinary perspective. *SACH.* 2007; 10(2):21-27.
- [5] Vonarx N, Hyppolite SR. Religion, spirituality and cancer: the question of individual empowerment. *Integr Cancer Ther.* 2012; 20(10).
- [6] Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Madrid: Aran; 2008; p.144.
- [7] Grof C, Grof S. La tormentosa búsqueda del ser: una guía para el crecimiento personal a través de la emergencia espiritual. Barcelona: La liebre de marzo; 1995; p.23.
- [8] Dowling Singh K. The Grace in dying. How we are transformed spiritually as we die. Harper one; 2000.
- [9] McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Ijnurst.* 2004; 41:151-161.
- [10] Payas A, Barbero J, Bayés R, Benito E, Giró RM, Maté M, Rodeles R, Tomas M. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Med Paliat.* 2007; 15(1 Pt 0).
- [11] Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010 Aug; 40(2):163-173.
- [12] Hermann CP. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34(1):70-78.
- [13] Lora R. En la atención integral. Cuidemos los aspectos y necesidades espirituales. Córdoba: Hospital San Juan de Dios; 2005.
- [14] De la Torre J, editor. Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana. Catedra Bioética. Madrid: Comillas; 2011.
- [15] Schultz M, Baddarni K, Bar-Sela G. Reflections on palliative care from the Jewish and Islamic tradition. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012; 2012: 1-8.
- [16] Bauer-Wu S, Barrett R, Yeager K. Spiritual perspectives and practices at the end-of-life: a review of the major world religions and application to palliative care. *Indian J Palliat Care* 2007 12; 13(2):53-58.
- [17] Neimeyer R A, Currier J M, Coleman R, Tomer A, Samuel E. Confronting Suffering and Death at the End of Life: The Impact of Religiosity, Psychosocial Factors, and Life Regret Among Hospice Patients. *Death Stud.* 2011 Oct; 35(9):777-800.
- [18] Sumalsy D. Spirituality, religion and clinical care. *Chest.* 2009 Jun; 135(6): 1634-1642.
- [19] Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol.* 2007 Feb/10; 25(5):555-560.
- [20] Vonarx N, Hyppolite SR. Religion, spirituality and cancer: the question of individual empowerment. *Integr Cancer Ther.* 2012; 20(10): 69-80.
- [21] Chochinov M. Dignity therapy. Final words for final days. Oxford; 2012.
- [22] Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD, et al. «It depends»: viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2011 May; 41(5):836-847.
- [23] Whitford HS, Olver IN. The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho Oncol.* 2012 Jun; 21(6):602-610.
- [24] Abraham J. Patient and family requests for hastened death. Pain management and supportive care for patients with hematologic disorders. *ASH.* 2008; 1: 475-480.
- [25] Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd F, Moore M, Fruh M, Donner A, Gagliese L. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2007 Jun; 33 (6): 661-675.
- [26] Hales S, Zimmermann C, Rodin G. The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliat Med.* 2010 Mar; 24(2):127-144.
- [27] Zimmermann C. Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Soc Sci Med.* 2012 Jul; 75(1):217-224.
- [28] Ferrell BR, Coyle N. The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncol Nurs Forum.* 2008 Mar; 35(2):241-247.
- [29] Ellis HK, Narayanasamy A. An investigation into the role of spirituality in nursing. *Br J Nurs.* 2009; 18(14):886-890.
- [30] Molzahn AE, Sheilds L. Why is it so hard to talk about spirituality? *Can Nurse.* 2008; 104(1): 25-29.
- [31] Pike J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. *Br J Nurs.* 2011 Jun; 20(12):743-749.
- [32] Benito E, Maté J, Pascual A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *FMC.* 2011; 18(7): 392-400.
- [33] Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *ANN FAM MED.* 2008; 6(5): 406-411.

OTRA BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- Fenés MP. Acerca del último tránsito. *Rev ROL Enferm* 2013; 33(3):204-209.
- Getino M. La espera. Construcción social de la muerte en el mundo de los cuidados paliativos. Barcelona: Laertes; 2012.
- Salvador Borrell M. Acompañar en la muerte. *Rev ROL Enferm* 2010; 33(11): 742-754.
- Varios autores. Especial Duelo y Muerte. *Rev ROL Enferm* 2003; 26(12).