

INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO DOENTE: ATÉ ONDE PODEMOS IR?

Carla Reigada

Doutoranda em Psicologia; Assistente Social / Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; Centro Hospitalar de São João, Porto
carlanela@portugalmail.pt

José Luís Pais-Ribeiro

Professor Associado / Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
jlpr@fpce.up.pt

Ana Novellas

Professora Associada; Trabalhadora Social / Universidade de Barcelona; Intituto Catalão de Oncologia, Barcelona,
anovell@iconcologia.net

José Luís Pereira

Professor; Director Clínico / Universidade de Ottawa, Canada; Bruyère Continuing Care, Ottawa
jpereira@bruyere.org

Estudo patrocinado pela Bolsa de Investigação Isabel Levy da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

RESUMO: Trata-se de um artigo teórico de índole crítica sobre o tema da família no contexto da saúde. Este texto, baseado essencialmente em oito artigos científicos selecionados pelos autores e no livro “Family Carers in Palliative Care”, convida-nos à reflexão do conceito de família nos dias de hoje e o papel que este grupo ocupa na nossa sociedade quer enquanto pessoas, cuidadores e/ou profissionais. Em cada sub-tema terminaremos com pequenas questões com fim de promover a reflexão. O presente artigo não pretende criar uma teoria, pesar juízos de valor, mas apenas ir de encontro àquilo que muitos profissionais de saúde talvez já tenham sentido e reflectido: como tratamos e lidamos com os nossos familiares cuidadores?

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, equipa, cuidadores, atuação ética.

ABSTRACT: *This is a critical deliberation about the subject of family in the health context. This text, based mainly on 8 selected scientific articles and on the book “Family Carers in Palliative Care”, invites us to consider the concept of family in our days and the role this group plays in our society, either as individuals, carers and/or professionals. In each sub-theme you can find some deep issue because that is, in fact, exactly what we intended to do: to provide food for thought. It is not our intention to outline a theory, neither the judgment of values about what is good and what is not so good. Our intent is to go against what many of us “health professionals” probably have already felt and considered once: How should we treat and deal with our family’ caregivers.*

KEYWORDS: *Palliative care, team, caregivers, ethical intervention.*

Introdução

Vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de entender melhor as necessidades e motivações do grupo cuidador de doentes em intenso sofrimento, que luta para se reorganizar e fazer jus àquilo que a sua consciência, ou “obediência”, pedem de si.

Hoje em dia falamos do conceito de família como algo em constante mudança, mas a verdade é que a essência do

conceito que surgiu nos anos 60 se mantém: a família é a origem (Minuchin, 1990; Alarcão, 2006; Percy, 2011). Esta visão desafia-nos a pensar que não foi o conceito (família) *per se* que mudou, mas sim as pessoas no seu individual, a sua estrutura, os papéis, a hierarquia e as relações de poder que se vão estabelecendo e modificando neste grupo. A família passa de uma rede extensa (conceito de família alargada) para uma rede mais nuclearizada, desmembrada

e mais individual, e cada vez mais os novos conceitos de família e as suas relações são aceites e consideradas como válidas (Alarcão, 2006; Percy, 2011).

Na época pós-moderna, a família é vista como um grupo onde vão sendo integradas pessoas que se consideram parte da vida e do caminho de alguém, mesmo sem existirem laços de consanguinidade. A família, independentemente dos conceitos alternativos que lhe vão sendo associados, é na sua essência uma estrutura dinâmica de desenvolvimento social centrada numa cultura de amor e sua realidade oferece-nos raízes para que possamos construir um futuro (Reigada, 2010).

Uma das questões centrais deste artigo narrativo é (re)pensar a família (aqui sinónimo de cuidadores familiares) na sociedade, reflectindo sobre uma etapa específica do ciclo vital familiar como é a crise gerada pelo aparecimento de uma doença incurável e progressiva. Como é vista a família? Que conceito permanece na sociedade? Como se encontra a família envolvida e implicada nos cuidados ao doente? Queremos aqui proporcionar uma reflexão crítica de como a família é integrada nos cuidados à pessoa doente e também repensar a forma como os profissionais de saúde se relacionam e cuidam este grupo definido, audaciosamente desde logo, como o grupo “cuidador”.

I. Desafios das “Novas Famílias”

Hoje em dia a família pode ser considerada o grupo de risco do Séc. XXI. Segundo Ruder (2008), desde sempre que este núcleo foi visto como um grupo de suporte para as crianças, os idosos e os mais vulneráveis, e à medida que os anos avançam cada vez mais se o sobrecarrega por questões culturais, laborais, económicas, sociais e relacionais. A industrialização, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a migração das populações mais jovens, a diminuição da natalidade, o desenvolvimento da medicina, a legalização do divórcio e dos casamentos homossexuais, vieram contribuir para uma mudança drástica na sociedade e especificamente vieram contribuir para transformar o conceito de disponibilidade da família para cuidar. Por consequência, a família de hoje sente mais dificuldade no âmbito laboral, tem menos tempo, tem menos filhos, tem mais dificuldades económicas, tem menos apoios do estado e as distâncias geográficas entre os elementos familiares são maiores (consequência da migração) (Twigg, 2010).

Hoje em dia as pessoas doentes vivem mais tempo,

e isso não só acresce a carga de cuidar como também o tempo de cuidar, impondo novas reorganizações. Por estas razões, novos tipos de família foram-se construindo ao longo dos anos: do conceito tradicional de estrutura alargada ou extensa foi-se progressivamente tornando nuclear ou simples, reconstituída, monoparental ou mesmo unitária (Alarcão, 2006; Caniço, Bairrada, Rodríguez & Carvalho, 2010).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2011 as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5% da população portuguesa enquanto que em 2001 esse valor era de 9,5% e em 1991 de 15,4%. Em sentido oposto aumentou a importância das famílias de menor dimensão (com 1 e 2 pessoas) representada em 2001 e 2011 por 21,4% e 31,6% respectivamente. O número de famílias institucionais também aumentou na última década (cerca de 25%) o que de certa forma traduz o recurso necessário para fazer face às necessidades de um inverno demográfico (Inverno Demográfico, s.d.). Cerca de 60% da população idosa vive só ou com pessoas também idosas e tal fenómeno tem vindo a aumentar na última década.

Em Portugal, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% encontrava-se no grupo etário dos 65 anos ou mais. Porém, em 2011, Portugal apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 anos ou mais (Instituto Nacional de Estatística, 2010, 2011).

Por forma a repensar a (re)evolução da família, o Quadro 1 descreve sumariamente as alterações registadas a nível da população portuguesa desde o ano de 1999.

Podemos constatar que nos últimos anos a população tem vindo a diminuir, registando-se uma acentuada redução da taxa de natalidade e fecundidade, que não é totalmente compensada pela redução da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida à nascença.

Os casamentos, considerados os grandes criadores de famílias, surgem cada vez mais tarde e mesmo assim têm vindo a diminuir, sendo que, quando se realizam, são quebrados pelo número de divórcios, que tem vindo a aumentar. Especificamente no que concerne à estrutura familiar, o indicador “casamentos com filhos não comuns” tem vindo a aumentar, construindo assim novas formas de família, tal como referido anteriormente. Em suma, existem cada vez menos jovens e cada vez mais pessoa idosas e possível-

mente cada vez mais dependentes. Sendo assim, quem irá prestar o cuidado no futuro?

II. As necessidades (não) reconhecidas

No âmbito da saúde as necessidades familiares são valorizadas e tomadas como objecto de intervenção. Uma das grandes áreas que tem a família no seu alvo de intervenção são os cuidados paliativos (CP). Os profissionais que ali trabalham apostam na qualidade de informação, pois esta é reconhecida como uma necessidade geral, bem como o apoio psicológico, o suporte domiciliário, o apoio espiritual e económico, a comunicação e o auto-cuidado (Milne & Quinn, 2011). Fridriksdottir, Sigurdardottir e Gunnarsdottir (2006) referem num dos seus estudos que quando o doente se encontra internado numa unidade de cuidados paliativos a necessidade dos familiares são mais valorizadas do que em outro tipo de internamento e o risco de esgotamento mental, emocional, problemas de saúde, luto complicado e antecipatório, tristeza e depressão é frequentemente avaliado. Contudo, um outro estudo de Hudson (2006) demonstrou que os familiares sentem também necessidade de que sejam os próprios serviços os primeiros a partilhar informação e a ter uma boa comunicação entre si.

A ideia de que os profissionais de saúde reconhecem claramente as necessidades dos cuidadores e estão atentos a elas pode muitas vezes ser um pouco superficial (Ferrel, Borneman & Thai, 2011). À volta destas “necessidades reconhecidas” outras são criadas, o que disputa conflitos internos entre os cuidadores (“família”) e a equipa de saúde. Vejamos um exemplo comum: as mulheres continuam a ser por norma o centro da família e são habitualmente vistas por todos como habilitadas para cuidar; por outro lado, perante um homem cuidador a equipa aumenta a sua atenção, e a probabilidade de este ter mais apoio é maior (Ruder 2008; Kellehear, 2011). Levantam-se aqui questões éticas no cuidar. Por quem sentimos mais compaixão? Por quem somos mais solidários? Por quem temos mais tolerância? Com o cuidador homem ou com o cuidador mulher?

Quadro 1: População e indicadores demográficos - Portugal, 1999-2010

	População, indicadores e taxas	1999	2002	2005	2009	2010
POPULAÇÃO	População média (Nº)	10 171 949	10 368 403	10 549 424	10 632 482	10 637 346
	Saldo migratório (Nº)	38 000	70 000	38 400	15 408	3 815
	Jovens (%0)	24,0	23,4	23,1	22,7	22,7
	Idosos (%0)	23,7	24,7	25,4	26,7	27,2
	Índice de envelhecimento (%)	98,8	105,5	110,1	117,6	120,1
NATALIDADE	Taxa bruta de natalidade (‰)	11,4	11,0	10,4	9,4	9,5
	Taxa de fecundidade geral (‰)	44,6	43,7	41,8	38,7	39,8
	Idade média da mãe ao nascimento do 1º filho	26,4	27,0	27,8	28,6	28,9
MORTALIDADE GERAL	Taxa bruta de mortalidade (‰)	10,6	10,2	10,2	9,8	10,0
	Idade mortalidade (80-84)	--	--	20 576	20 175	20 252
	Esperança média de vida à nascença (anos)	75,74	76,71	77,69	78,88	79,20
NUPCIALIDADE	Casamentos (Nº)	68 710	56 457	48 671	40 391	39 993
	Casamentos sexo masculino (nº)	--	--	--	--	177
	Casamento sexo feminino (nº)	--	--	--	--	89
	Idade média da mulher ao 1º casamento	25,6	26,4	27,3	28,6	29,2
	Idade média do homem ao 1º casamento	27,3	28,0	28,9	30,2	30,8
	Casamentos com filhos comuns	--	--	4 664	4 070	--
	Casamentos com filhos não comuns	--	--	8 053	7 293	--
Divórcios	--	--	22 576	26 176	27 556	

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2010).

Independentemente da reflexão intrínseca de cada um, reconhecemos a importância da família no desenvolvimento da comunidade e nos sistemas políticos e institucionais. Mas também reconhecemos que se os referidos sistemas contemplassem a qualidade de vida dos cuidadores, tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS), não

seriam vistos como recipientes de cuidados, mas sim como possíveis consumidores do sistema de saúde (Hudson & Payne, 2011). Que sistema público existe actualmente para apoiar a família no cuidado em casa?

III. Como a Equipa vê a Família

Ruder (2008) afirma que mais frequentemente os cuidadores são alvo de cuidados quando estão envolvidos no cuidado ao doente em condição paliativa. Talvez as necessidades da família fiquem aquém da exploração devida e muitas vezes são somente entendidas pelos profissionais de saúde como mais um recurso para ajudar o doente, ainda que a intenção de fundo se assuma não ser esta.

A família é vista frequentemente como um recurso em vez de ser vista como um alvo para cuidar. Neste sentido, os cuidadores correm o risco de ser quase como uma segunda empresa onde se delegam os cuidados quando o doente não necessita mais de internamento hospitalar, e o melhor de tudo é que esta “empresa” desempenha esta função sem ser remunerada, pois é vista como um grupo que detém a “obrigação” de fazê-lo (Twigg, 2010). Ainda hoje a sociedade entende que é contranatura não cuidar das pessoas que residem ou convivem mutuamente, e não se assume que o agir humano deve assentar em duas condições essenciais: na consciência moral e no agir ético.

Segundo Twigg (2010) existem três modelos de relação possíveis que surgem entre as instituições (hospitales/unidades de internamento) e os cuidadores, e que condicionam a forma como a equipa lida com os cuidadores:

1. Os cuidadores são vistos como recurso;
2. Os cuidadores são vistos como colaboradores;
3. Os cuidadores são vistos como clientes.

O modelo que considera o cuidador como um recurso indica a suposição implícita de que a família deve cuidar. Este é um conceito culturalmente esperado, onde o principal foco se centra única e exclusivamente no bem-estar do paciente. Neste modelo existe uma falha de base: como considerar a família um recurso sem sequer saber se esta é dotada de recursos para cuidar? Porém, neste modelo não se valoriza a possibilidade de existência de conflitos entre quem cuida e quem é cuidado e por isso a autonomia é defendida em prol do bem-estar do doente.

No segundo modelo os cuidadores são considerados colaboradores, ou seja, as equipas e as instituições aceitam partilhar o seu espaço, tempo e dedicação, ainda que

o fundo e o propósito fundamental continuem a não ser autênticos. Esta suposta dedicação ao grupo cuidador faz-se em nome do bem-estar do doente no sentido em que, se o cuidador tem bem-estar, também o paciente poderá ter. Assim sendo, nesta forma de actuar o investimento dos profissionais nos cuidadores é feito de forma interessada, tendo como objectivo central que o doente seja cuidado. O grande risco deste modelo é que se poderá estar a olhar demasiado para as questões instrumentais deixando outras dimensões de serem trabalhadas.

O modelo que considera os cuidadores como clientes tem por base as suas necessidades e reconhece-as como sendo também da responsabilidade das equipas e instituições. É aqui nesta forma de actuar que os 3 modelos se vão combinar, influenciados naturalmente pela própria cultura, religião, tradição, história e estrutura de uma sociedade.

A responsabilidade de cuidar engloba questões centrais como questões médicas, físicas, financeiras, emocionais, de decisão e de organização. A somar a tudo isto estão as consequências que advêm do cuidar, tais como fadiga, sonolência, insónia, depressão, ansiedade, burnout e elevado risco de mortalidade. O apoio psicossocial pode ser a chave para apoiar doentes e famílias e grupos de cuidadores aumentando a sua autoestima, adaptação e capacitação. A comunicação e construção de relações sólidas são a chave para que a família se comece a sentir acompanhada (Hudson, Remedios & Thomas, 2010).

Uma revisão sistemática realizada por Hudson et al. (2010), teve como objectivo averiguar que tipos de intervenções psicossociais se realizam às/com as famílias e descobriu que assentam em 4 intervenções chave: programas educativos, conferências familiares, suporte telefónico e grupos de suporte (auto-ajuda). Estas são algumas estratégias que podem ajudar a família a cuidar, ou seja, antes de exigir o cuidado é necessário educar a vários níveis como: gestão da medicação, gestão de sintomas, saber o que fazer em determinado momento, e assim o cuidador é ensinado a cuidar do paciente. Neste mesmo artigo de Hudson podemos encontrar algumas afirmações que descrevem ideias como: o cuidador deve ser entendido e ajudado; o cuidador deve ser instruído; o cuidador deve ser ensinado a notificar; o cuidador deve ser advertido; o cuidador deve ser a melhor fonte de informação a seguir ao doente.

Ficamos com a ideia de que realmente o cuidar pode tornar-se uma actividade solitária e deprimente. Conseguir-

rei eu, profissional de saúde, reconhecer as necessidade dos familiares cuidadores *per se*? (Twigg, 2010) Ou vemo-los apenas como meio para chegar a um fim? Como integrar a família nos cuidados sem esquecer que ela deve ser também alvo de cuidados?

IV. Como a Família quer ser vista pela Equipa

A família quer e merece reconhecimento e um dos papéis da equipa é potenciar este valor, esta vontade, e trabalhar para reconhecer e para que haja reconhecimento da família, ainda que hoje se mantenha a tendência geral das equipas para se centrar nos cuidados aos pacientes. Normalmente a experiência de cuidar tem um impacto positivo na vida da pessoa que cuida. Contudo, não podemos descurar a inevitabilidade de acontecerem experiências menos positivas. É importante que a equipa previna e atenua estas experiências mediante a evidência e avaliação de alguns factores condicionantes como seja a idade dos envolvidos; a existência de problemas de saúde nos cuidadores (doenças, sintomas), as preocupações financeiras, a educação limitada, os sintomas de difícil controlo (como seja o *delirium* no paciente) e o tempo de cuidado (a curto, médio ou longo prazo) (Milne & Quinn, 2011).

Educar o olhar para aquilo que a família quer de mim enquanto profissional, é o desafio que convida à reflexão seguinte.

Quadro 2: Quem cuida quer:	
Ser visto como importante e útil no cuidado ao seu ente querido, mas sabe que não o pode fazer sozinho e por isso apela a equipas especializadas para que o orientem em casa.	Ser informado, mas não de uma forma directiva; é importante haver oportunidade de colocar questões quantas vezes considerem necessárias, e por vezes até seria útil que essa informação fosse escrita.
Que se entenda que as suas necessidades não são estanques, são inconsistentes e alteráveis; não são gerais, mas sim particulares e distintas.	Ser reconhecido como pessoa única com uma vivência exclusiva, logo merece um apoio personalizado e direccionado ao seu bem-estar.
Ser apoiado na solidão, na raiva, na ansiedade, nos ressentimentos, nas incertezas acerca do momento da morte. Quer ter alguém com quem falar e exprimir emoções; quer uma intervenção empática e uma escuta activa.	Privacidade e segurança; quer poder expressar as suas dúvidas sem estar perto do doente de modo a não comprometê-lo.
Instrução e educação em pontos práticos do cuidar.	Ter uma relação próxima com o médico e ser membro envolvido na tomada de decisão.
Ser apoiado financeiramente.	Declarar-se no direito de manter o seu emprego e suas atividades lúdicas.

Todos os intentos acima descritos permitem a uma equipa reconhecer que é necessário trabalhar as relações de cuidado, isto é, trabalhar para que todos os implicados possam manter as seis sensações necessárias a uma relação terapêutica: sensação de segurança, sensação de pertença, sensação de missão, sensação de continuidade, sensação de sentido da vida e sensação de realização (Fridriksdottir et al., 2006; Ashby & Mendelson, 2011; Nolan & Hudson, 2011; Stajduhar & Cohen, 2011).

São as intervenções específicas que vão ter resultados, ainda que muitas vezes não imediatos (Novellas & Pajuelo, 2003).

Reconhece-se que as intervenções alternativas para a família, como massagens terapêuticas ou pequenos períodos de internamento para os doentes, podem também contribuir para diminuir a ansiedade e aumentar o bem-estar do cuidador e assim sentirem que também estão a ser cuidados (Nolan & Hudson, 2011). É urgente mudar a visão de que a família é uma “fábrica do cuidar” para que se possa dar lugar à humanização.

V. Até onde podemos ir?

Em relação aos cuidadores, como ajudar e integrar efectivamente? Apoiando-os, descobrindo a melhor maneira de fazê-lo e reflectindo sobre em que assenta a sua base.

Munuera (2003) reconhece que pela mediação é feita a verdadeira intervenção. A mediação permite solucionar um conflito de modo construtivo na medida em que se reconhece que por detrás desse conflito existem pessoas com capacidades, possuidoras de uma dignidade valiosa e intrínseca, ou seja, residente em si mesmo. Todos os participantes envolvidos numa tomada de decisão (equipa, doente e cuidadores) devem negociar uma solução pela mediação e todas as soluções devem satisfazer todos por igual. A mediação permite a capacitação de uma forma autodeterminada e, por sua vez, permite que as tomadas de decisão sejam centradas nas vontades e motivações de cada um.

Negociar é diferente de mediar. O primeiro conceito remete-nos para a intenção de chegar a um acordo e o segundo para a intenção de permitir a reflexão. Assim, podemos dizer que a intenção é a estrutura base da actuação do profissional de saúde (Munuera, 2003). Quero chegar a um acordo ou quero permitir chegar a um acordo?

Conclusão

São os casos de grande complexidade que chegam normalmente às equipas de saúde. A crise gerada pela entrada da doença numa família pode ser considerada uma crise paranormal, portanto, será muito mais difícil ser trabalhada (Alarcão, 2006). Considerando as emoções como a base dessa desordem, a mediação pode ser uma técnica de trabalho a ter com a família. Com este instrumento reconhece-se que alguém ganha na medida em que alguém ganha, em contraposição às situações ganha-perde ou perde-perde.

Entre os profissionais e famílias há muitas vezes sentimentos e visões diferentes fazendo com que, muitas vezes, as famílias se sintam isoladas, incompreendidas e abandonadas; sentem-se pressionadas a dividir a sua atenção por inúmeras tarefas que têm de aprender a lidar, pois poucos lhes reconhecem alguma alternativa. A consequência desta pressão pode resultar em claudicação.

Apesar de se identificarem barreiras emocionais e instrumentais, seria interessante realizar um estudo de investigação que permitisse identificar a pressão que os recursos de saúde exercem sobre a família, comparando ambas perspectivas, para que desta forma as equipas tenham oportunidade de proporcionar um cuidado mais directo e personalizado ao cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Minuchin, S. (1990). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
2. Alarcão, M. (2006). (des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
3. Percy, A. (2011). A cura espiritual de Siddhartha: a sabedoria de Hermann Hesse. Alfragide: Estrela Polar.
4. Reigada, C. (2010). Ir cada vez mais além. In Neto, I. (coord) (2010). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Aetheia Editores.
5. Ruder, S. (2008). The Challenges of Family Member Caregiving: How the Home Health and Hospice Clinician Can Help at the End of Life. *Home Healthcare Nurse*, 6 (2).
6. Twigg (2010). Models of Carers: How Do Social Care Agencies Conceptualise Their Relationship with Informal Carers? *Journal of Social Policy*, 18(1), 53-66.
7. Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família. Plano de cuidados*. Editora: Imprensa da Universidade de Coimbra.
8. Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Indicadores sociais*. Lisboa: INE.
9. Milne, D. & Quinn, K. (2011). Family carers of people with advanced cancer. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.211-230). New York: Oxford
10. Fridriksdottir, N., Sigurdardottir, V. & Gunnarsdottir, S. (2006). Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the family inventory of needs. *Palliative Medicine*, 20, 425-432.
11. Hudson, P. (2006). How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 694-703.
12. Ferrel, B., Borneman, T. & Thai, C. (2011). Family caregivers in hospitals and palliative care units. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.131-147). New York: Oxford University Press.
13. Kellehear, A. (2011). Understanding the social and cultural dimensions of family caregiving. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp21-36). New York: Oxford University Press.
14. Hudson, P. & Payne, S. (2011). The future of family caregiving: research, social policy and clinical practice. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.277-303). New York: Oxford University Press.
15. Hudson P, Remedios C, Thomas K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9(7), 2-6. doi:10.1186/1472-684X-9-17.
16. Nolan, M. & Hudson, R. (2011). Family and palliative care in care homes for older people. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.169-189). New York: Oxford University Press.
17. Stajduhar, K. & Cohen, R. (2011). Family caregiving in the home. In Hudson, P. & Payne, S. (2011). *Family carers in palliative care* (pp.149-168). New York: Oxford University Press.
18. Novellas, A. & Pajuelo, M.M. (2003). *Atención a los familiares del enfermo en cuidados paliativos*. Las Palmas: Editorial Gafos.
19. Munuera Gómez, PILAR (2003). *Mediación, nueva estrategia de comunicación en Cuidados Paliativos*. Medicina Paliativa, 10.