

Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en Enfermería

María Élica Calderón-Gómez¹.

INTRODUCCIÓN

Los y las profesionales en Enfermería ejercen influencia directa en la forma como los pacientes enfrentan sus crisis vitales. Brownell y Regan (1984) hablan de "crisis circunstanciales" como las violaciones, el ser tomado como rehén, la pérdida de toda la familia en un accidente, entre otras, en las que estas (os) profesionales tienen acceso fácil a las personas que las enfrentan y a sus familias. En los momentos de crisis por enfermedad grave y mortal, el paciente, su familia y el personal de salud, libran una batalla decisiva contra la muerte. Las enfermeras (os) siempre está presentes cuando el médico le comunica al paciente y su familia, la existencia de la enfermedad, médica o quirúrgica, y sus implicaciones para la salud y la vida del familiar. En tales circunstancias, estos (as) profesionales pueden brindarles los primeros auxilios psicológicos, morales y espirituales.

Ellos (as), junto con los sacerdotes o los pastores, están en contacto permanente con los pacientes y sus familiares, en los periodos de dolor y sufrimiento y tienen una posición privilegiada, para rastrear el proceso de resolución de la crisis e intervenir terapéuticamente durante él. Las y los enfermeros reci-

ben algún entrenamiento teórico al respecto durante sus estudios de grado, mientras que otros miembros del equipo de salud no han sido entrenados para atender y tratar con el componente emocional de los problemas de los pacientes y sus familias pues, no siempre se han considerado una prioridad en los sistemas hospitalarios.

Enfermedad crítica o trauma en las unidades de cuidado Intensivo

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) proporcionan cuidado de alto nivel técnico y profesional a pacientes con enfermedades médicas y quirúrgicas graves, quienes están inmersos de modo invariable en una crisis multifacética. El núcleo de la crisis es la confrontación de la amenaza al cuerpo por una enfermedad o un padecimiento. Este abrumador ataque al sentido de la imagen corporal se acompaña por intensos sentimientos de dolor, angustia, indefensión, dependencia y humillación, entre otros.

El ambiente característico de una UCI puede convertirse en un peligro emocional para los pacientes. Al inicio, el mayor impacto proviene de la intrincada maquinaria con sus luces destellantes, monitores zumbadores y con agudos sonidos, las gorgoteantes bombas de succión, los silbadores equipos de respiración artificial, bombas de infu-

sión y otros aparatos o máquinas cuyos ruidos afectan el estado emocional de los pacientes graves.

Seres humanos demacrados, heridos y lastimados son puestos en estas máquinas, que no les dan espacio ni siquiera para un quejido y, por añadidura, el estímulo mecánico los mantiene con vida. Muchas veces, el mismo enfermo puede percibir los lamentos, llantos, gritos y últimos suspiros de los que están partiendo hacia la eternidad. Panoramas de sangre, vómitos, materia fecal y otros fluidos corporales, cuerpos descubiertos, seres humanos consumidos y mutilados o inconscientes y desvalidos agreden el entendimiento y los sentimientos de quienes los están experimentando en carne propia o de pacientes que son testigos de tanto dolor y sufrimiento.

Algunas veces, los pacientes se encuentran a sí mismos en una UCI después de muchos días, semanas o meses en estado de coma profundo, estupor, somnolencia o bajo efectos de sedantes y, al despertar, experimentan un entorno de dolor, sufrimiento y hasta de terror. Esta gama de estímulos negativos puede llevarlos a otros estados de agitación, ansiedad, temor, delirio, depresión y reacciones de apariencia psicótica, que incluyen delirios y alucinaciones. Es muy probable que los efectos ambientales de las UCI como la sobreestimulación, el

¹ Secretaria Comité Editorial de la Revista.

insomnio, la capacidad sensorial y la pérdida de la percepción de los cambios del día, pueden desempeñar un papel en la precipitación de esta clase de reacciones en ellos.

Los familiares de los pacientes de las UCI, asimismo, entran en crisis y puede esperarse que este ambiente les añada tensión por igual. Confrontados con la inminente pérdida de un ser querido, también pueden estar bregando para adaptarse, en lo estructural, a la ausencia de un miembro significativo del sistema. Como lo destacan Williams y Rice (1977), el desequilibrio resultante en el sistema familiar constituye una crisis considerable. Los miembros de la familia deben comunicarse con multitud de profesionales de la salud, preocupados por responder, de modo rápido y técnico, a complicadas situaciones de vida o muerte. Se encuentran a sí mismos en un ambiente tenso en extremo, rodeados por equipos y personal que desempeñan tareas y funciones de manera acelerada y luchan contra ellos.

Kuenzi y Fenton (1975) presentan algunos principios generales de la intervención en crisis para las enfermeras (os) que lidian con pacientes en las UCI. Estos principios enfatizan en la importancia de la comunicación y señalan que al paciente se le debe dar, con frecuencia, información sobre su estado y progreso. Todas las actividades del personal de salud que de modo directo o indirecto atiende a los enfermos, deben explicarse clara y detalladamente tanto a ellos como a sus familias. Además, se les debe informar acerca del equipo utilizado y su propósito, contestarles todas las preguntas y aclarar sus dudas.

Epperson (1977) se ha dedicado a la intervención en crisis con familias de pacientes de las UCI e informa que, de manera típica, antes de establecer el equilibrio, las familias pasan por un proceso de recuperación de seis fases: 1- gran ansiedad, 2- negación, 3- ira o enojo, 4- remordimiento, 5- duelo y 6- reconciliación. Estas fases son similares a las referidas por Kuenzi y Fenton (1975), quienes han trabajado con familias de las víctimas de traumas, en las cuales la secuencia típica que incluye es: 1- negación, 2- conmoción, 3- incredulidad, 4- ira, 5- depresión y 6- resolución.

Igual que los pacientes, los miembros de la familia se enfrentan con sus sentimientos de maneras distintas y el personal de las UCI debe comprender que pueden desahogar su ira contra ellos y aceptar que esta es una de las maneras en que manejan sus temores por la vida de su ser querido y por su propia indefensión. Quienes intervienen en la crisis pueden ayudarlos permitiéndoles expresar todos los sentimientos difíciles que los embargan.

Smith y Germain (1988) comentan que, en las UCI, la enfermedad grave y la muerte ocurren a menudo entre imponentes equipos y atareado personal dedicado a salvar la vida, para el que la muerte de un paciente puede significar un fracaso profesional. Actitudes de engaño y negación obstaculizan el prestar atención de apoyo psicológico al paciente y su familia. El portador de una enfermedad grave o mortal es tratado a menudo por la enfermera (o) y el personal de salud por medio de la evasión, de una jovialidad falsa y superficial que por lo general el enfermo no tarda en descubrir. Glaser y Strauss, citados por Slaikeu (1999), describen cua-

tro contextos de percepción de la acción recíproca entre los pacientes y la enfermera (o) en una UCI. Estos contextos son:

1. De percepción cerrada. La enfermera (o) conoce el diagnóstico pero el paciente no.
2. De sospecha. El paciente sospecha la verdad, pero la enfermera (o) actúa como si se anticipara la recuperación.
3. De simulación. La enfermera (o) y el paciente saben la verdad, pero ambos siguen actuando como si se fuera a recuperar.
4. De percepción abierta. La enfermera (o) y el paciente conocen la realidad de la enfermedad mortal y la discuten abiertamente.

A menudo, los miembros de la familia tienen poca oportunidad de discutir sus sentimientos con los médicos o las enfermeras (os) y se encuentran inmersos en los contextos de sospecha y simulación, como resultado de su propia pena y su falta de preparación para enfrentarse a la enfermedad grave y la muerte de su ser querido. Engaño y simulación son estimulantes poderosos de ansiedad y deficientes relaciones humanas. El paciente en trance de muerte y la familia, son muy vulnerables debido tanto a su fragilidad y necesidad de afecto emocional, como a la ansiedad que resulta del sentimiento de engaño por parte de los demás.

Las y los profesionales en Enfermería desempeñan un papel muy importante en la atención del paciente gravemente enfermo y moribundo y su familia en cinco esferas:

1. La de sí misma. Se refiere a la capacidad de la enfermera (o) de ayudar a los pacientes en estado de gravedad y trance de

muerte, tomando como base su propia comprensión, madurez interna, reconocimiento, humildad y aceptación de la enfermedad y la muerte como parte de la vida. La exposición de la filosofía y las creencias religiosas propias relativas a la muerte y la capacidad de aceptar su propia realidad, es tarea de toda una vida de desarrollo personal.

2. El paciente. La persona en estado de gravedad y en trance de muerte pasa por cinco etapas que, según Elizabeth Kubler-Ross (1973), citada por Fonegra de Jaramillo (1992), son: 1- negación, 2- irritación 3- regateo, 4- depresión, 5- aceptación. No todos los pacientes cuentan con recursos emocionales suficientes para transitar por todas estas etapas y resolverlas de manera adecuada. Por ello, la relación de apoyo íntimamente emocional con otra persona puede ser de enorme beneficio para ayudarlo a pasar la transición. La enfermera (o) es de ayuda invaluable para el paciente que atraviesa por semejante experiencia de vida. Además, la o el profesional en Enfermería debe considerar que el paciente en trance de muerte necesita tres cuidados indispensables que son: 1- Confortarlo cuando comience a considerar su muerte cercana. 2- Fomentar la comunicación muy humana con él para que no enfrente esta experiencia con aislamiento creciente de los demás. 3- Hablar con los miembros de la familia y otras personas que también lo atienden, como médicos, sacerdotes o pastores, amigos, etc. sobre el paciente y los planes para cuidarlo.

3. Otros pacientes. La enfermera (o) debe permitir a los otros pacientes de la Unidad expresar sus sentimientos respecto a lo que están viviendo en torno al paciente grave o moribundo y también a su condición de pacientes. Pueden estar angustiados, temerosos o experimentar sentimientos variados por el hecho de ver grave a su compañero de habitación y, a la vez, pueden estar pasando por un momento de crisis que requiera la intervención de la o el profesional en Enfermería.
4. Los familiares del paciente grave y de los otros pacientes. La familia requiere la atención de la enfermera (o) en momentos de tensión por la enfermedad grave y mortal que atraviesa su ser querido. Debe comprender que, muchas veces, la familia del paciente grave está consciente de esta condición aunque él, por su gravedad o por estar tal vez bajo sedación, coma profundo o sopor, no se da cuenta de su estado. En estos momentos, la enfermera (o) es de gran ayuda y sostén para la familia.
5. El personal a su cargo. Al igual que la enfermera (o), el personal que está bajo su cargo tiene que superar muchos temores, angustia y otros sentimientos que los embargan por el hecho de estar viviendo experiencias dolorosas con otros seres humanos. La enfermera (o) debe orientar al personal a su cargo, escucharlo y ayudarlo a superar sus temores hacia la muerte si los tuviera, a madurar y desarrollar fortalezas y la capacidad para ayudar a los pacientes y las familias que están viviendo momento tan difícil de sus vidas.

Pacientes que esperan cirugía

Usualmente, los pacientes hospitalizados para ser sometidos a una cirugía, experimentan ansiedad antes y después del practicarse. La intervención en crisis con ellos, ha producido gran número de informes clínicos e investigaciones empíricas, que han brindado pautas para la intervención en crisis por parte de las y los profesionales en Enfermería con estos pacientes y sus familias. Por ello, debe valorarse el potencial de la familia para salir adelante con la inminente cirugía y la crisis que les producirá. Las intervenciones deben considerarse como pertenecientes a dos categorías:

1. Orientación anticipadora, que implica esclarecer toda concepción errónea o malos entendidos sobre acontecimientos inminentes, proporcionar información acerca de lo que se espera en el período postoperatorio y facilitar la expresión de los sentimientos.
2. Apoyo al yo. Para este fin, los pacientes que ingresarán posteriormente a la cirugía deben visitar antes una UCI, donde observen el manejo de monitores cardíacos, ventiladores, máquinas de succión, catéteres, sondas y otros equipos que los sustentarán en el período postoperatorio. Por lo general, los/las pacientes que ya conocen la Unidad saben que, en cuanto ingresen a ella y luego a la cirugía, podrán ejercer algún control sobre el proceso de su recuperación, si colaboran en los movimientos respiratorios como, toser, respirar profundamente y otras técnicas con aparatos y equipos que favorecen la expansión de los pulmones. La enfermera (o)

desarrolla un papel muy importante en este periodo de recuperación de los pacientes, ya que no solo los atienden en el cuidado físico, sino que los estimulan para que practiquen lo aprendido en el periodo anterior a la cirugía y les brindan el apoyo psicológico requerido en esta etapa.

Los niños y los adultos bien preparados para una cirugía mayor y sus secuelas, al haber sido ayudados y preparados con anticipación mediante las intervenciones de los y las profesionales en Enfermería para reducir al mínimo lo inesperado, lo desconocido, lo tensionante y lo aterrador, colaboran más en su tratamiento y recuperación que quienes no han sido preparados.

Con frecuencia, las secuelas se asocian con tensión excesiva por lo cual el periodo de recuperación en sí mismo puede ser terreno fértil para crisis vitales. Lewis y otros (1979) compararon dos grupos de pacientes: uno había sufrido una cirugía exploratoria por una posible malignidad y otro había experimentado una cirugía menos grave. Ambos grupos resolvieron numerosas pruebas psicológicas, que incluyeron la Escala de Ansiedad-Rasgo Estado, de Spielberger; el inventario de autovaloración de depresión, de Wakefield; la Colocación Interna-Externa de la Escala de Control y la Escala de Autoconcepto, de Rosenberg y la Escala de Crisis, de Halprn. Las pruebas se suministraron cuatro veces: la noche anterior a la cirugía y, a partir de entonces, en intervalos de tres semanas. En las ocho semanas siguientes a la cirugía, el grupo con cáncer mostró mayor aflicción psicológica en cada prueba.

Sánchez-Salazar y Stark (1972) describen un programa de interven-

ción en crisis, desarrollado por un terapeuta del habla y un trabajador social, para pacientes con cirugía de laringe. Identificaron cuatro acontecimientos plenos de tensión y determinantes desde el momento en que se le recomienda la laringectomía y durante las semanas que alteran la descarga postoperatoria. Estos acontecimientos son:

1. La conmoción de tener una malignidad y la amenaza de muerte, cuando se informa al paciente de que tiene cáncer en la laringe y se necesita la extirpación.
2. El enfrentamiento del paciente con el impacto de la pérdida de la voz verdadera y la alteración en los patrones respiratorios.
3. El encaramiento del paciente con la salida del medio protector del centro hospitalario.
4. La reacción del paciente ante el impacto interpersonal que su discapacidad ejerce sobre los demás.

Las intervenciones terapéuticas deben otorgarse en cada uno de estos puntos críticos. Dos o tres días después de la salida del hospital, una enfermera (o) debe realizar una visita domiciliaria al paciente, para brindar apoyo a la familia, evaluar problemas psicológicos potenciales y cerciorarse de que el equipo se está utilizando de manera apropiada. El paciente ha de comenzar un programa de lecciones de terapia del habla para pacientes externos y es invitado a acudir a las reuniones del "Club de la Cuerda Perdida". Este club ilustra una manera en que puede ampliarse el apoyo social a los pacientes. Además, les proporciona un modelo nuevo y valioso del papel de un paciente que "ya la hizo" y por eso puede ayudar a otros.

Para los pacientes que pasan por un período de adaptación particularmente difícil, la terapia breve de interacción en grupo debe proporcionarse en conjunto con la terapia individual del habla. Asimismo, debe alentarse a los pacientes a acudir a las sesiones con sus familiares.

Witkin (1978) relata sus experiencias al trabajar con mujeres que han sufrido mastectomías, cuyo principal conflicto postoperatorio concernía a su autoconcepto sexual. En este campo las preocupaciones son, con frecuencia, más importantes que el miedo a la muerte. Witkin halló que la actitud del compañero era decisiva para su recuperación.

Langer y sus colaboradores (1975) lograron que los pacientes se involucraran en una estrategia cognoscitiva particular, lo cual fue más efectivo que simplemente darles información específica acerca de los procedimientos de la cirugía o no proporcionarles información alguna.

Andrew (1970) y LeLong (1971) evalúan el papel de las diferencias individuales en el modelo preferido por los pacientes para manejar el estrés, la crisis y el sensibilizante. Determinaron los siguientes tres tipos de conducta: a) los "evitadores", que prefirieron defensas de negación o evitación. Auerbach y Kilmann (1977) concluyeron que tienden a responder precariamente cuando se les confronta con la información respecto de la cirugía y se adaptan mejor cuando no se brinda dicha información; b) los "defensores no específicos", que no muestran preferencia por ningún estilo de defensa. Parecen recuperarse aun cuando no reciban información específica acerca de la cirugía; c) los "enfrentadores", que se adaptan relativamente bien cuan-

do se les brinda este tipo de información; pero en forma deficiente cuando no se les proporciona.

Estos resultados muestran que las técnicas de intervención en crisis necesitan adaptarse al individuo. Sugieren que tal intervención puede no ser necesaria para todos los pacientes; por lo tanto, no debe suministrarse de manera indiscriminada.

Nacimiento de niños subnormales

La experiencia del embarazo y la perspectiva de la paternidad son una transición para el desarrollo, que puede convertirse en crisis para algunas personas. Parks advierte que, aun cuando el nacimiento es normal, puede existir discrepancia entre el niño que los padres han "esperado" y el verdadero. La pérdida del niño idealizado o la niña perfecta y la reorganización de sus vidas alrededor del cuidado a un hijo con impedimentos, conlleva un ajuste emocional y también físico, según la condición del niño. Los investigadores han observado que, ante el nacimiento de un hijo subnormal, los padres reaccionan en una serie de etapas.

Al combinar las observaciones de Hancock (1976), Parks (1977) y Stanko (1973), Bahr (1980) sugiere que la secuencia típica incluye: a) negación, b) conmoción o protesta, c) desesperación o depresión y d) intentos por enfrentarse a la realidad de tener un hijo subnormal. Las intervenciones terapéuticas en estas circunstancias implican alentar a los padres para que expresen sus pensamientos y sentimientos respecto a sus experiencias.

Intervención en crisis en caso de abortos

Los y las enfermeras que comúnmente proporcionan orientación

relativa a embarazos problemáticos y abortos, consideran su trabajo como intervención en crisis. Las reacciones emocionales extremas asociadas con adolescentes embarazadas, a menudo se acompañan de expectativas no realistas acerca de dar a luz a los hijos y se convierten en una crisis importante y difícil de resolver.

Gordon (1978) refiere que los hombres que acompañan a las mujeres en procura de abortos, en la sala de espera de la clínica son invitados a participar en una "sesión de reprimenda" de dos horas, en tanto a sus parejas se les práctica el aborto. Los procedimientos de intervención implican ayudarlos a clarificar sus propios sentimientos y proporcionarles apoyo y empatía. Se tomaron medidas previas y posteriores, en concordancia con el Inventario de Ansiedad-Rasgo Estado, de Spielberger, y con varias pruebas de actitudes. Los resultados del grupo de tratamiento se compararon con los obtenidos de un grupo de control que no recibió contacto. Queda una pregunta empírica en cuanto a si la liberación emocional incrementó o mejoró las habilidades de enfrentamiento de los pacientes.

Discapacidad crónica

En tanto el cuidado médico y el tratamiento han avanzado, no se ha comprendido la ganancia proporcional correspondiente de la discapacidad crónica sobre la salud. Recientemente, se ha dedicado mayor atención a los efectos psicológicos duraderos de la enfermedad. Ahora se reconoce que muchos pacientes están lisiados o incapacitados emocional o psicológicamente por el alcance excesivo de la discapacidad física de su enfermedad. La discapacidad excesiva está bien probada por variedad de trastornos tales como el cáncer, los

problemas de las vías coronarias, los males renales, la esclerosis múltiple y la discapacidad física y se menciona como el síndrome de discapacidad crónica.

Muchas investigaciones meticulosas demuestran que el síndrome de discapacidad crónica es psicosocial por naturaleza y que el grado de discapacidad no se relaciona con el de deterioro físico. Los pacientes desarrollan un estilo de vida constreñido y desadaptado, que se centra en torno de la enfermedad (Fordyce, 1976).

Varios programas de tratamiento (en su mayoría conductuales) han demostrado la discapacidad extrema como una conducta aprendida y que los comportamientos en exceso bondadosos e independientes pueden reducirla discapacidad o modificar síntomas específicos que interfieren en la vida normal. Estos programas casi por completo han sido de tratamiento intensivo para pacientes externos, y los conducen pacientes voluntarios que ya han establecido un grado de discapacidad suficiente como para iniciar tal tratamiento intensivo.

A la fecha, no se han llevado a cabo estudios adecuados en el área de prevención del síndrome de enfermedad crónica. Kupst y Schulman (1980) y otros informan del comienzo de un estudio de cinco años de los patrones. Tienen la esperanza de identificar los predictores del buen enfrentamiento y probar la efectividad de un plan de intervención que promueva el enfrentamiento efectivo.

La prevención del síndrome de enfermedad crónica constituye un ámbito de especial interés para la terapia de crisis. En tanto hace un uso teórico y clínico amplio del ambiente natural del paciente y toma en cuenta la etapa del desarrollo y

la intervención dentro del entorno de la enfermedad médica, con el fin de proporcionar no solo un mejor cuidado médico, sino también una mejor salud psicológica.

Varios estudios sobre la adaptación psicológica posterior a la enfermedad, indican la existencia de áreas en las que, probablemente, la intervención en crisis sea efectiva en particular para mejorar la discapacidad psicológica de largo plazo causada por la enfermedad y también mejorar la salud física del paciente.

Algunos de los principales hallazgos concluyen que la forma como la familia se enfrenta a la interrupción y la alteración del estilo de vida, es determinante para la condición del paciente. Es decisiva la manera como el paciente se enfrenta a la angustia familiar y el apoyo de la familia también es importante para que mejore en el aspecto físico. Un pequeño porcentaje de pacientes que sufrieron un infarto del miocardio manifestaron mejoramiento en la vida matrimonial.

Byrne y Whyte (1979) y otros manifiestan que la manera en que la familia se enfrenta al impacto de la enfermedad está estrechamente relacionada con el modo como el paciente la enfrenta y con su estado físico subsecuente. El mejoramiento más rápido conforme al apoyo familiar, es otro dato obtenido mediante las investigaciones. Por lo tanto, la familia es un elemento valioso de apoyo para la recuperación del paciente con discapacidades crónicas. Cuando no le satisface esta necesidad, se requiere la intervención de otros grupos de apoyo.

Besser analiza el fenómeno de la evasión dentro de la salud, que se basa en la negación desadaptativa de la enfermedad. Del mismo mo-

do, la evasión dentro de la enfermedad aplicable a la investigación sobre la enfermedad crónica, se ve como resultado de la negación desadaptativa de la salud. Los esfuerzos de intervención deben encaminarse a fortalecer tanto la afirmación de la salud como los aspectos adaptativos de la negación de la enfermedad.

Conclusiones

Cuando la enfermedad afecta a un miembro de la familia, el resto del sistema familiar también se afecta, y la familia caerá en estado de crisis. La presencia del síndrome de enfermedad crónica tal vez sea una de las salidas para la crisis.

Las personas que no desarrollan el síndrome de enfermedad crónica son aquellas que, junto con su familia, son capaces de hacer un uso efectivo de la negación, vuelven el foco de atención hacia otros asuntos, proveen apoyo adecuado, desarrollan continuamente medios efectivos de enfrentamiento con distintos efectos posteriores a la enfermedad y se ocupan, de manera agradable, en proseguir la vida modificada y no dominada por la enfermedad.

La terapia extensiva de base amplia la crisis y parece adaptarse de modo ideal a la prevención de estilos de vida desadaptativos. Parece, además, que esta terapia podría aplicarse al fortalecimiento de la aceptación de los pacientes de su responsabilidad por el tratamiento y la recuperación de la salud, el reforzamiento de su capacidad para actuar de manera independiente y la negación como mecanismo de enfrentamiento para ayudar a disminuir el enfoque sobre los síntomas o las facetas negativas de la enfermedad, con el fin de desarrollar un estilo de vida satisfactorio.

Los conceptos de independencia y responsabilidad son componentes cruciales para reducir la discapacidad debida al síndrome de enfermedad crónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bejarano, Pedro E, Fonegra de Jaramillo, Isa. (1992). Morir con dignidad. Bogotá: Fundación Omega.
2. Calderón Gómez, María Éliida. (1999) El pesar y el duelo: una visión espiritual. Revista Enfermería en Costa Rica. Volumen 22/1999.
3. Cook, J. Sue y Fontaine, Karen. Lee. (1994). Enfermería Psiquiátrica. 2da. Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España.
4. Epperson, M.M. (1977). Families in sudden crisis: Process and intervention in a critical care center. Social Work in Health Care, 2, 265-273.
5. Fonegra de Jaramillo, Isa. (1992). La enfermedad y la muerte del ser querido y su impacto en el núcleo familiar. Bogotá: Fundación Omega.
6. Fonegra de Jaramillo, Isa. (2001). De cara a la muerte. Barcelona: Editorial Andrés Bello.
7. Haber, Judith y otras. (1992). Psiquiatría: Texto básico. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
8. Kuenzi, S.H. y Ferguson, M.V. (1975). Crisis Intervention in acute care areas. American Journal of Nursing, 75, 830-834.
9. Longo, D.C. Y Williams, R.A. (1982). La práctica clínica en enfermería psicosocial: evaluación e intervención. Madrid: Editorial Alhambra, S.A.
10. Nuland, Sherwin B. (1995). Cómo nos llega la muerte: Reflexiones sobre la etapa final de la vida. Colombia: Editorial Norma.
11. Roper, Alfonso. (1999). Salud, Enfermedad y Fe. Barcelona: Editorial Clie.
12. Slaikeu, Karl A. (1999). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. 2da. Ed. México: El Manual Moderno.
13. Smith, Dorothy W y Germain, Carol P. (1988). Enfermería médico-quirúrgica. México: Nueva Editorial Interamericana S.A.