

# Duelo anticipado en familiares de pacientes en Cuidados Paliativos

## Anticipatory grief in relatives of palliative care patients

Goldy Bambague<sup>1</sup>, Blanca Cecilia Díaz Chavarro<sup>2</sup>, Dolly Villegas Arenas<sup>3</sup>,  
Simón Giraldo Oliveros<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El duelo anticipado es una reacción psicológica, se experimenta ante la pérdida de un ser querido, los cuidadores de personas en estado terminal lo viven y afrontan en cinco etapas: negación, ira o enfado, negociación, depresión, aceptación. **Objetivo:** Identificar el proceso del duelo anticipado en familiares de pacientes oncológicos incluidos en el programa de cuidados paliativos de una clínica de la ciudad Santiago de Cali. **Métodos:** Estudio descriptivo tipo serie de casos, la población estuvo constituida por familiares de pacientes incluidos en el “Programa de Cuidados Paliativos”. **Criterio de inclusión:** cuidador mayor de 18 años, **Criterio de exclusión:** fallecimiento del paciente antes del inicio de recolección de información. Las variables fueron: sexo, edad, nivel educativo, estado civil y tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Se realizó la Prueba para identificar la etapa del duelo. El análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, frecuencias absolutas

y la Prueba de Fischer. **Consideraciones Éticas:** según Declaración de Helsinki, pautas fijadas por el CIOMS y la Resolución 8430 de 1993. **Resultados:** Se encuestaron 16 cuidadores de pacientes hospitalizados por enfermedad terminal, con predominio de mujeres, edades entre los 26 y 47 años, educación superior, parentesco de hijo(a) y diagnósticos terminales recientes inferiores a los 6 meses, los familiares al momento de la encuesta registraron un promedio de 1,75 fases de duelo, siendo las más frecuentes la ira o enojo seguido de la negación, sumando el 67,9 % del total, las fases más prevalentes en la mujer fue la aceptación, en hijos o esposos la ira o enojo y en familiares de pacientes con diagnóstico superior a 7 meses fue la depresión. **Conclusión:** Las personas llevan su proceso de duelo anticipado de manera individual y diferente, se hace necesario el diseño y puesta en marcha de estrategias personalizadas de apoyo temprano.

**Palabras clave:** Duelo, adaptación psicológica, cuidados paliativos, cuidadores.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2023.131.3.3>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-5501><sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1112-7907><sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1584-7955><sup>3</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1489-2244><sup>4</sup>

<sup>1</sup>Docente Facultad de Salud, Grupo de Investigación GEFIME,  
Universidad Santiago de Cali, Cali, Valle Colombia.  
E-mail: goldy0508@hotmail.com

Recibido: 8 de junio 2023  
Aceptado: 27 de junio 2023

<sup>2</sup>Docente Facultad de Salud, Grupo de Investigación GEFIME,  
Universidad Santiago de Cali, Cali, Valle Colombia.  
E-mail: blanca.diaz00@usc.edu.co

<sup>3</sup>Docente Facultad de Salud, Grupo de Investigación GEFIME,  
Universidad Santiago de Cali, Cali, Valle Colombia.  
E-mail: Dolly.villegas00@usc.edu.co

<sup>4</sup>Docente Facultad de Salud, Universidad San Martín, Cali, Valle  
Colombia.  
E-mail: simongiraldoec@gmail.com

Autor de correspondencia: Goldy Bambague, E-mail: goldy0508@  
hotmail.com  
Dirección: Calle 5 # 62-00.

## SUMMARY

**Introduction:** *Anticipatory grief is a psychological reaction to the loss of a loved one, experienced by caregivers of terminally ill persons in five stages: denial, anger, negotiation, depression, and acceptance.*

**Objective:** *To identify the process of anticipatory grief in relatives of oncology patients included in the palliative care program of a clinic in the city of Santiago de Cali.* **Methodology:** *Descriptive case series type study, the population consisted of relatives of patients included in the "Palliative Care Program". Inclusion criteria: caregiver over 18 years of age. Exclusion criteria: death of the patient before the start of data collection. The variables were: sex, age, educational level, marital status, and time of diagnosis of the disease. A test was performed to identify the stage of grief. Descriptive analysis was performed using measures of central tendency, absolute frequencies, and Fischer's test. Ethical considerations: according to the Declaration of Helsinki, guidelines established by the CIOMS and Resolution 8430 of 1993.* **Results:** *Sixteen caregivers of patients hospitalized for terminal illness were surveyed, with a predominance of women, ages between 26 and 47 years, with higher education, relationship to a child and recent terminal diagnoses of less than 6 months, the relatives at the time of the survey recorded an average of 1.75 phases of grief, the most frequent being anger followed by denial, totaling 67.9% of the total, the most prevalent phases in women was acceptance, in children or spouses was anger and in relatives of patients with a diagnosis of more than 7 months was depression.* **Conclusion:** *People carry their anticipated grief process individually and differently; it is necessary to design and implement personalized strategies for early support.*

**Keywords:** *Grief, psychological adaptation, palliative care, caregivers.*

## INTRODUCCIÓN

El duelo anticipado es una reacción psicológica que se experimenta ante la pérdida de un ser querido, los cuidadores de personas en estado terminal viven esto y lo afrontan en sus etapas: Negación; no están preparados para perder un ser querido. Ira o enfado; reconocen que no pueden negarse a una realidad y ven la muerte como un castigo. Negociación; intentan ser mejores tratando que la enfermedad desaparezca. Depresión; pierden los deseos de mejorar la calidad de vida en el transcurso de la patología.

Aceptación; la enfermedad es una realidad que se aprende a vivir (1).

Los cuidados paliativos son un campo interdisciplinario con atención total, activa e integral, a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en estado inicial hasta la fase terminal. Centrados en el derecho del paciente a vivir los días que quedan y morir con dignidad, manejando la filosofía de cuidar a un ser humano que está muriendo, y su familia, con compasión y empatía (2). Su propósito es tratar lo más pronto los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad: tratamiento, problemas psicológicos, sociales, familiares y espirituales (3).

Cada persona tiene una manera de enfrentar el final de su vida, no tiene control sobre la repercusión en su núcleo familiar, puesto que el sentir de cada uno dependerá del lazo afectivo que lo una con esta persona, los cuidados paliativos permiten encontrar paz mental enfrentando sentimientos y creencias sobre la vida y la muerte.

Se identificó, el duelo anticipado en familiares de pacientes oncológicos de un programa de cuidados paliativos, realizando una encuesta; los resultados permiten planificar y ejecutar cuidados según la etapa identificada.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, con familiares de pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos. La muestra fue no probabilística intencional, con los siguientes criterios de inclusión: Familiares o allegados mayores de 18 años, encargado del cuidado del paciente en fase terminal y que acepte participar. Se excluyeron los familiares de los pacientes fallecidos durante la recolección de información.

El instrumento incluye aspectos socio-demográficos como el sexo, edad, nivel educativo y parentesco con el paciente, uno clínico como el tiempo de diagnóstico de la enfermedad terminal y fases del duelo anticipado, este fue sometido a revisión de expertos quienes realizaron recomendaciones para lograr los objetivos. El análisis de datos se realizó con Epi-Info versión 6, con estadística descriptiva, mediante

frecuencias absolutas y relativas, presentadas por medio de tablas simples y gráficas de barras de las características sociodemográficas, clínicas y de fases de duelo anticipado, además se utilizaron tablas de contingencia para describir el comportamiento de las fases de duelo según sexo, parentesco y tiempo de diagnóstico terminal del cuidador.

Las Consideraciones Éticas estuvieron en relación con la Declaración de Helsinki, las pautas CIOMS y la Resolución 8430 de 1993. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Santiago de Cali, y por el comité de investigación de la clínica. La recolección de la información se realizó durante el periodo enero-junio de 2019. Los participantes firmaron el consentimiento informado, se aseguró la confidencialidad mediante el manejo de códigos.

## RESULTADOS

Se encuestaron 16 familiares, la mayoría fueron de sexo femenino con una razón de 2,2 mujeres por cada hombre, el rango de edad fue amplio entre los 18 y 80 años, aunque la mayor proporción de personas, exactamente la mitad se encontraban en el intervalo de 26 a 47 años. El nivel educativo también varió desde básica primaria hasta profesional, siendo la más frecuente los familiares con un nivel de escolaridad “superior”, el parentesco más frecuente del familiar fue hijo(a), seguida por otro parentesco como tío o hermano y en menor proporción estuvieron los cónyuges, el tiempo de diagnóstico varió entre los 6 y 36 meses, siendo más frecuente los pacientes terminales recientes con menos de 6 meses de diagnóstico (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de características sociodemográficas y clínicas de familiares de pacientes con enfermedad terminal. 2019.

FACTORES DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS		Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	IC 95 %	
				Inferior	Superior
SEXO	Mujer	11	68,8	43,7	87,5
	Hombre	5	31,3	12,4	56,3
EDAD	18 -25 años	1	6,3	31,2	27,1
	26 – 47 años	8	50,0	26,6	76,4
	48- 58 años	3	18,8	5,1	43,1
	59- 80 años	4	25,0	8,4	49,8
ESCOLARIDAD	Básica Primaria	2	12,5	2,1	35,5
	Básica Secundaria	3	18,8	5,1	43,1
	Estudio superior	11	68,8	43,7	87,5
PARENTESCO	Esposo	2	12,5	2,1	35,5
	Hijo	7	43,8	21,5	68,1
	Otros	7	43,8	21,5	68,1
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD	1 a 6 meses	7	43,8	21,5	68,1
	7 a 12 meses	4	25,0	8,4	49,8
	13 a 24 meses	2	12,5	2,1	35,5
	25 a 36 meses	3	18,8	5,1	43,1
TOTAL		16	100		

Fuente: Elaboración propia desde la base de datos recolectada en el estudio

## DUELO ANTICIPADO

Cabe resaltar que cada uno de los 16 cuidadores de pacientes terminales, pudo al momento de la encuesta haber atravesado más de una fase de duelo, por lo cual, al sumar la frecuencia absoluta de las cinco fases de duelo en estudio como se observa en el Cuadro 2, resulta un total de 28 que deriva en un promedio de 1,75, indicando que cada familiar atravesaba simultáneamente casi dos fases de duelo al momento de la encuesta. La fase más prevalente fue la ira o enojo y la negación, reportada por siete de cada 10 cuidadores, quienes expresaron sentimientos como: amargura, enfado, irritabilidad y frustración, refiriendo que ha cambiado la forma de ver y entender el mundo, esta fue seguida por la negación atravesada por más de la mitad de los familiares, quienes

manifestaron aspectos relacionados con: evitar personas, lugares o cosas que recordaban a su paciente, la afectación por la no realización de actividades frecuentes anteriores al diagnóstico y dificultades para aceptar la enfermedad, en tercer y cuarto lugar se ubicaron las fases de negociación y aceptación, que afectaron a uno de cada cuatro familiares, quienes se encuentran una alta disposición a realizar algún sacrificio con la fe de que mejore la salud del familiar y expresan que la situación por la que están pasando le ha permitido valorar más la vida y las personas y en último lugar se ubicó la depresión que solo afectó a uno de los 16 familiares encuestados, quien manifestó sentirse distante de las personas de su interés, insensible y sola (Figura 1).

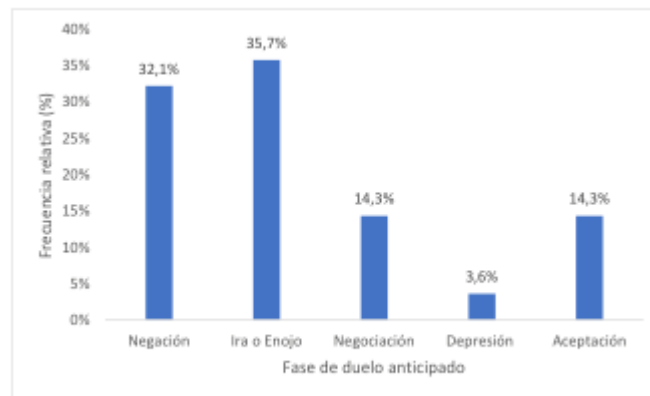


Figura 1. Fases de duelo que han atravesado los familiares de pacientes con enfermedad terminal, 2019. Fuente: Elaboración propia desde la base de datos recolectada en el estudio.

Al comparar porcentualmente las fases de duelo según sexo se encontró que en las mujeres fue mayor la prevalencia de Ira o enojo y aceptación, mientras en los hombres fue superior en la negación, negociación y depresión; la comparativa según parentesco evidenció que los hijos o el esposo reportaron mayor porcentaje de ira o enojo y depresión, mientras que en otros

familiares o allegados fue más prevalente la negación, la negociación, y la aceptación; los familiares con un tiempo de diagnóstico reciente de 0 a 6 meses, reportaron mayor prevalencia de ira o enojo, negociación, y aceptación, mientras los familiares de pacientes con tiempos más prolongados de diagnóstico registraron mayor porcentaje de negación y depresión (Cuadro 2).

Cuadro 2. Duelo vs factores sociodemográficos-clínicos familiares de pacientes terminales 2019

Fase del duelo			Negación	Ira o Enojo	Negociación	Depresión	Aceptación	Total
Sexo	Femenino	n	5	6	2	0	3	16
		(%)	(31,3)	(37,5)	(12,5)	(0,0)	(18,8)	(100)
	Masculino	n	4	4	2	1	1	12
		(%)	(33,3)	(33,3)	(16,7)	(8,3)	(8,3)	(100)
Parentesco	Hijo/esposo	n	5	7	2	1	2	17
		(%)	(29,4)	(41,2)	(11,8)	(5,9)	(11,8)	(100)
	Otro	n	4	3	2	0	2	11
		(%)	(36,4)	(27,3)	(18,2)	(0,0)	(18,2)	(100)
Tiempo del Dx	0 a 6 meses	n	4	5	2	0	2	13
		(%)	(30,8)	(38,5)	(15,4)	(0,0)	(15,4)	(100)
	7 meses o más	n	5	5	2	1	2	15
		(%)	(33,3)	(33,3)	(13,3)	(6,7)	(13,3)	(100)
Total		n	9	10	4	1	4	28
		(%)	(32,1)	(35,7)	(14,3)	(3,6)	(14,3)	(100)

Fuente: Elaboración propia

## DISCUSIÓN

Se pueden observar manifestaciones de duelo ante una enfermedad terminal y en este sentido, se define el duelo como “la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento” (4). Dentro del campo de este estudio se requiere tener en cuenta el duelo anticipado como concepto relativamente nuevo, este es un proceso que experimenta un individuo cuando se encuentra frente a la posibilidad de anticipar su propia muerte o la de un ser querido (5). No obstante, por medio de esta amenaza de pérdida, se desencadenan reacciones físicas, psicológicas y conductuales, a las cuales el paciente o la familia deberán adaptarse y reorganizarse de forma activa (6).

En este caso los cuidados paliativos juegan un papel fundamental como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales” (7). Utilizando una aproximación

para responder a las necesidades del paciente y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.

Por lo cual esta investigación identificó las fases de duelo de familiares cuidadores de pacientes en cuidados paliativos, teniendo en cuenta que la familia es parte fundamental e imprescindible de los procesos asistenciales, como continuidad y prolongación de la intervención profesional del equipo interdisciplinario de salud y como el centro de la atención de un cuidado humanizado e integral (8).

La condición fundamental de esta posibilidad se ubica en la persona que asume el papel de familiar cuidador con la unión de dos experiencias de importancia trascendental, como lo son el cuidar y el aceptar el proceso final de la vida de un ser muy cercano, pudiendo condicionar el estado de bienestar y salud del cuidador, y en consecuencia repercutir en los cuidados que recibe el paciente. Generan un reto para identificar oportunidades que permitan mejorar la atención al cuidador y procurar también por su calidad de vida (8).

Dentro de los hallazgos a resaltar está el hecho que los familiares se encontraban principalmente en fase de negación y enojo, este hallazgo se relaciona con lo mencionado por autores que

han trabajado el modelo de Kluber – Ross 1969 sobre las etapas del duelo, encontrando que la mayoría de los estudios reflejan una negación inicial por la que atraviesa casi todas las personas y que cumple una función amortiguadora de la pérdida, siendo esta una defensa provisional para afrontar la situación (9).

El hijo como cuidador lleva su proceso de duelo con negación y enojo principalmente, de acuerdo con Lévy y Pons, “perder a nuestros padres es en el orden natural de las cosas, un rito de paso a la edad adulta. Pero si los perdemos de repente o después de una enfermedad prolongada, y si estábamos cerca o lejos, este paso resulta más difícil de lo que pensábamos” (10).

Algunos aspectos tenidos en cuenta dentro de esta fase del duelo incluyen el abandono a ciertas actividades por parte de los cuidadores, para acompañar en el proceso de enfermedad de su familiar y el grado de afectación que estos cambios generan, donde participantes del estudio refirieron este tipo de modificaciones en sus hábitos de vida; evidenciándose lo indicado por Moreno, Galarza y Tejada quienes mencionan que el cuidado informal incluye un conjunto de acciones que implican un proceso de transformación en la vida de quienes realizan el ejercicio del cuidado; los requerimientos y actividades de dicho cuidado llevan a la necesidad de la reorganización o abandono de tareas cotidianas, que pueden generar frustración, sobrecarga y estrés, afectando directamente el bienestar de los cuidadores (11).

En el hijo también es frecuente la fase de negociación, de acuerdo con Pascual y Santamaría: “Cuando el diagnóstico es de una enfermedad fatal, el hijo/a tiene la posibilidad de iniciar un proceso de «duelo anticipado»”, que permite prepararse para la muerte del progenitor, anticipando las pérdidas que dicha enfermedad obliga a enfrentar, el sufrimiento por el decaimiento y el envejecimiento del ser amado pronto a fallecer (4). Esta experiencia de cuidado en momentos críticos de la enfermedad impacta en la vida diaria de los cuidadores, esto se ha descrito en hallazgos de diversos estudios (12-14), en los que se demuestra la importancia de las estrategias de afrontamiento de la enfermedad basadas en promover la unidad familiar y el trabajo colaborativo que requiere un apoyo cercano y orientación (11) donde el papel

del personal de Enfermería y de todo el equipo de salud, es fundamental como medio para prevenir el desarrollo de un estado de duelo patológico y facilitar el proceso de duelo anticipado.

En el estudio de Ávila y De la Rubia, coincide en el hijo como principal cuidador y el predominio de mujeres. Estos autores identificaron que, entre los parientes el hijo era el principal cuidador 7 (58,1 %), seguido de hermanos, cuñadas y padre. Con relación al sexo 9 (75 %) fueron mujeres y 3 (25 %) hombres (15).

Se identificó familiares en más de una fase de duelo, hallazgo que se relaciona con lo descrito por Kübler-Ross quien afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en orden, indicó que una persona sufrirá al menos dos de estas etapas, frecuentemente se atravesarán en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces (1).

Se identificó poca participación de los cuidadores cónyuges, llamó la atención dada la importancia que tienen en la relación de pareja. En el estudio: “Experiencias de cónyuges de pacientes con cáncer desde la notificación de la interrupción de la quimioterapia paliativa hasta el duelo”, se encontró que los cónyuges estaban desconcertados por tener que suspender la quimioterapia paliativa a sus parejas. Esto sugiere la importancia de comprender que ellos se aferran a la esperanza en este tratamiento; también experimentaron la inevitable realidad y no aceptan fácilmente el duelo.

Este estudio mostró que ser honestos con los pacientes y hablar abiertamente entre ellos era difícil para los cónyuges. Esta actitud probablemente se origina en una filosofía tradicional japonesa en la que proporcionar armonía en todo es de máxima prioridad. Los japoneses tienen un trasfondo cultural en el que sus cuidadores familiares asumen el papel central en la toma de decisiones (16) que causa cargas emocionales y conflictos (15).

## CONCLUSIÓN

Se concluye que el cuidador sigue siendo la familia, sin embargo, en estos casos los cónyuges son los que menos acompañan, lo

que seguramente está influenciado por otras condiciones. Las personas llevan su proceso de duelo anticipado de manera individual y diferente, si bien se encuentran diferencias en las fases de duelo anticipado según sexo, parentesco o tiempo de diagnóstico terminal no es evidente un patrón determinístico influenciado por las características sociodemográficas o clínicas, concluyendo que cada individuo va construyendo su realidad, por ello es necesario el uso de estrategias personalizadas, que facilite el entendimiento y manejo de su situación.

También se demuestra que es necesario trabajar con las familias y los cuidadores puesto que necesitan un acompañamiento, que les permita afrontar los cambios por los cuales deben pasar, implicando la reorganización de sus actividades cotidianas y la carga emocional que conlleva el cuidado de un ser querido con el diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida.

Como profesionales de Enfermería, resaltamos la importancia de que dicho acompañamiento a pacientes con un diagnóstico oncológico y sus familiares se realice de forma integral desde las instituciones de salud en conjunto con un equipo multidisciplinario, brindando no solo el cuidado a los aspectos biológicos del paciente, sino también el soporte emocional en el duelo cuando así esté indicado.

En la presente investigación se encontraron limitaciones ya que los familiares de los pacientes en algunos casos se mostraron reacios a responder el cuestionario, pues expresaban que esto implicaba revivir los angustiosos momentos cuando les informaron el diagnóstico oncológico.

### Agradecimientos

A la institución, que nos permitió realizar el estudio en la unidad de cuidados paliativos, a los familiares de los pacientes.

### Fuentes de financiación

Esta investigación se realizó con el apoyo y recursos de la dirección general de Investigaciones (DGI) de la Universidad Santiago de Cali, convocatoria No. 02-2023.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

### REFERENCIAS

1. Kübler-Ross E, Wessler S, Avioli LV. On Death and Dying. *JAMA*. 1972;221(2):174-179.
2. Simoni M, Santos ML. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicología USP*. 2003;14(2):169-194.
3. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de medicina UC. Pontificia Universidad Católica de Chile*. 2007;2(1):16-22.
4. Pascual, ÁM, Santamaría JL. Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*. 2009;44(Supl 2):48-54.
5. Martínez, P. Duelo anticipado. (Tesis de pregrado) Asociación Mexicana de Tanatología. 2013:1-33.
6. Treviño, E. Acompañamiento y consejería Tanatológica. Universidad Pontificia de México. 2016:1-12.
7. Organización Mundial de la Salud OMS. Cuidados Paliativos. Datos y cifras. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
8. Giménez MS. Repercusiones del cuidar en la calidad de vida del cuidador familiar de personas con cáncer atendidas en un programa de atención paliativa domiciliario (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia. 2013:1-252.
9. Miaja M, Moral J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*. 2013;10(0):109-130.
10. Lévy R, Pons H. Un deseo contrariado: ensayo sobre la transmisión en psicoanálisis. Buenos Aires: Kliné; 1998.
11. Moreno-González MM, Galarza-Tejada DM, Tejada-Tayabas LM. Experiences of family care during breast cancer: The perspective of caregivers. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03466.
12. Sakamoto B, Paiva R, Carvalho AL, Paiva CE. Oh, yeah, I'm getting closer to God: Spirituality and religiousness of family caregivers of cancer patients undergoing palliative care. *Support Care Cancer*. 2015;23(8):2383-2389.

## DUELO ANTICIPADO

13. García F, Manquián E, Rivas G. Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*. 2016;15(3):101-111.
14. Sterba KR, Burris JL, Heiney SP, Ruppel MB, Ford ME, Zapka J. We both just trusted and leaned on the Lord: A qualitative study of religiousness and spirituality among African American breast cancer survivors and their caregivers. *Qual Life Res*. 2014;23(7):1909-1920.
15. Yamamoto S, Arao H, Masutani E, Aoki M, Kishino M, Morita T, et al. Decision Making Regarding the Place of End-of-Life Cancer Care: The Burden on Bereaved Families and Related Factors. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):862-870.
16. Pardon K, Deschepper R, Vander Stichele R, Bernheim JL, Mortier F, Schallier D, et al. Preferred and actual involvement of advanced lung cancer patients and their families in end-of-life decision making: A multicenter study in 13 hospitals in Flanders, Belgium. *J Pain Symptom Management*. 2012;43(3):515-526.