

# LINEAMIENTOS GENERALES DEL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Maricela Osorio Guzmán

Perla Gutiérrez Frausto

Carlos Prado Romero

UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Ciudad de México, México

## Resumen

Los cuidados paliativos (CP) están enfocados a la atención integral del paciente con enfermedades potencialmente mortales, para generar una mejor calidad de vida y aliviar el sufrimiento, físico, psicosocial y espiritual, donde además la atención a familiares y al equipo sanitario, es importante. Idealmente los equipos de CP son multidisciplinarios conformados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, voluntarios, entre otros. El objetivo del presente trabajo fue describir de manera general los cuidados paliativos, su desarrollo, técnicas de evaluación e intervención y destacar la labor del psicólogo en esta área, para lo cual se realiza una descripción de las actividades que lleva a cabo con los pacientes, familiares y personal de salud, así como algunas limitaciones a las que se enfrenta este profesional. A partir de lo anterior se discute la importancia que tiene la participación del psicólogo dentro de este ámbito, remarcando los beneficios de una atención integral.

**Palabras clave:** Práctica psicológica, Cuidados paliativos, Equipo de cuidado a la salud.

## Abstract

*Palliative care (PC) is focused on the comprehensive care of patients with life-threatening illnesses, to generate a better quality of life and alleviate physical, psychosocial, and spiritual suffering, where attention to family members and the healthcare team is also important. Ideally, PC teams are multidisciplinary and include doctors, nurses, social workers, psychologists, volunteers, among others. The aim of this research was to describe palliative care in general, its development, assessment, and intervention techniques, and to highlight the work of the psychologist in this area, describing some of the limitations faced by this professional and the activities carried out with patients, family members and health personnel. Based on the foregoing, the importance of the psychologist's participation in this field is discussed, highlighting the benefits of comprehensive care.*

**Key words:** Psychological practice, Palliative care, Health care team

## Introducción

En la actualidad se ha observado un aumento en la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, definidas como un problema de salud pública que interfieren con las actividades cotidianas, que se mantienen por un período superior a los seis meses y que requieren recursos específicos y complejos. Estas enfermedades, se caracterizan por su prolongada duración, porque tienen un desenlace incierto, y ocasionan efectos adversos a nivel personal, familiar, económico y social (Vargas, García & Ibáñez, 2011); este aumento en la incidencia, con frecuencia, es consecuencia de los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida.

En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018), menciona que entre las primeras diez causas de muerte se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual genera un impacto económico importante, en primera instancia debido a que su tratamiento tiene un costo elevado, y posteriormente por las posibles complicaciones de la enfermedad puesto que se requerirán tratamientos y medicación especializadas (Hernández, Elnecavé, Huerta & Reynoso, 2010).

A partir del aumento de padecimientos de este tipo, se planteó la necesidad de brindar atención a los pacientes en fase terminal, que no solo estuviera enfocada al control del dolor, sino que además involucrara aspectos emocionales tanto del paciente como de los familiares; como respuesta a esta necesidad se comienzan a aplicar los Cuidados Paliativos (CP) en estas enfermedades y no solo en los padecimientos oncológicos. Partiendo de lo anterior, es importante la intervención del psicólogo para el manejo emocional en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas en general y de la fase terminal en particular, ya que se ha encontrado que un manejo multidisciplinario tiene impacto benéfico en el paciente (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, 2017; Ascencio, Rangel & Allende, 2013; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2004)

Por lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo describir de manera general los cuidados paliativos, su desarrollo, técnicas de evaluación e intervención y destacar la labor del psicólogo en esta área.

Para iniciar, es necesario hacer una distinción entre los cuidados paliativos y términos que de forma errónea se pueden llegar a usar como sinónimos; el suicidio asistido, definido como cualquier ayuda para que un individuo termine con su vida por elección propia, donde el médico es quien proporciona los medios para realizarlo; y eutanasia, que es la intervención aceptada voluntariamente por el paciente y realizada por un profesional médico, que acelera la muerte de un paciente desahuciado, con la intención de evitar sufrimiento y dolor innecesario. En ambos casos, se menciona que se ayuda al paciente a terminar con su vida, precepto que no se aplica en CP, además de que esos dos procedimientos están prohibidos en el país (Pérez, 2019; López, 2014).

Otro término que llega a causar confusión es el de voluntad anticipada, definida como la decisión de una persona a ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando se encuentre en etapa terminal, este se considera un derecho de la persona y el trámite puede ser realizado por el paciente o por su familia con el consentimiento o por indicaciones del primero (Carrasco-Gómez, Olivares-Luna & González-Pedraza-Avilés, 2019; Pérez, 2019).

### **Los cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos, se definen como los cuidados activos totales y continuos a los pacientes y sus familias, los cuales son proporcionados por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa médica no es la curación (OMS, 2004; Santacruz & Martínez Gil, 2020). Actualmente los cuidados paliativos se refieren al proceso de atención integral del paciente, incluidas las esferas físicas, psicológicas y espirituales, donde la inclusión del ambiente que lo rodea (la familia) también desempeña un papel importante. Aunque fueron diseñados al inicio para pacientes en fase terminal de una enfermedad, se ha reconocido que deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia mortal (Castañeda *et al.*, 2015).

Si bien, hay evidencia de que esta atención ha existido desde el siglo IV en Europa, es hasta 1961, que Cicely Saunders, enfermera y trabajadora social, decide iniciar el “movimiento *hospice*”, con el que demuestra que un control de síntomas adecuado, una buena comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual permitían mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias (Domínguez, 2016; Corrêa, Mazuko & Clark, 2019; Santacruz & Martínez Gil, 2020; Trujillo *et al.*, 2013). Como resultado de lo anterior, para finales de la década de los 80's la OMS propuso que los cuidados paliativos constituyeran un elemento importante en todas las políticas sanitarias de los países y no solo con pacientes oncológicos (Areces, Blanco & Vitón, 2021; Arias-Rojas, Carreño-Moreno & Posada-López, 2019; Arranz, Barbero, Barreto & Bayes, 2003; Organización Mundial de la Salud, 1990; Pastrana, *et al.*, 2021; Fernández, Ortega, Pérez, García & Cruz, 2014).

Uno de los factores importantes, como ya se mencionó, dentro de los cuidados paliativos es el trabajo multidisciplinario, esta forma de trabajo es un proceso que se debe construir y mantener dentro del área, ya que las necesidades que deben atenderse son multidimensionales, integrales y personalizadas; el equipo multidisciplinario ha sido definido como: un grupo de profesionales con competencias diferenciadas que tienen objetivos en común (Pacheco & Goldim, 2019; González *et al.* 2012); este equipo generalmente se encuentra integrado por médicos, nutriólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, psicólogos, además de los especialistas en el padecimiento (Dionis, Schröder & Villalba, 2003).

Dentro de las funciones comunes de los miembros del equipo destacan la impartición de educación a pacientes y familiares, analizar las visitas que se han realizado previamente por otros expertos para desarrollar el plan de trabajo, asimismo cada uno de los profesionales debe contar con un campo específico de intervención con el paciente (Lacasta *et al.*, 2014; Pérez-Belmonte, Galiana, Fernández, Vidal-Blanco & Sansó, 2021; Ortega & López, 2005). A continuación, se describe de manera general la función de cada miembro del equipo multidisciplinario.

El personal médico es quien más tiempo pasa con el enfermo y sus familias, por lo que es preferible que sea un especialista (geriátrica, medicina interna, medicina familiar o comunitaria, oncología, etc.) con formación avanzada en cuidados paliativos, ya que además de elaborar la historia clínica del paciente y generar las referencias a los servicios necesarios, será quien considere el momento para diagnosticar al paciente en fase terminal.

El personal de enfermería es quien administra los tratamientos prescritos y comunica los cambios en el estado del paciente; brinda a la familia soporte, información y entrenamiento sobre los cuidados del paciente.

Por otro lado, el personal de trabajo social como conocedor de los recursos sociales y las cuestiones prácticas y/o legales, podrá realizar una evaluación de la situación y necesidades familiares; valorar la capacidad para el cuidado del paciente; planificar el alta; evaluación del riesgo social; asesoramiento y gestión de recursos sociales. De igual forma, un nutriólogo puede mejorar notablemente la calidad de vida de los pacientes programando una alimentación atractiva dentro de las restricciones impuestas por la condición del paciente.

Sumado a lo anterior, el fisioterapeuta puede mantener y promover la funcionalidad y movilidad del paciente, esto mediante la valoración y el trabajo de la fuerza, equilibrio, coordinación, etc., lo cual se verá reflejado en la capacidad que tenga el paciente para realizar actividades de la vida diaria.

Se habla también de la asistencia espiritual por lo que se sugiere la presencia de un sacerdote, pastor, capellán o guía espiritual, que aborde este tipo de necesidades.

Además, el grupo multidisciplinario debe contar con un psicólogo que atienda y maneje conflictos individuales y familiares; planifique y desarrolle intervenciones según el diagnóstico del paciente; brinde soporte emocional al paciente y a su familia, atendiendo sobre todo situaciones de duelo; también podría proporcionar atención al personal del equipo con el que trabaja, dando apoyo emocional y/o al comunicar malas noticias.

Entendiendo que el psicólogo es parte importante de los cuidados paliativos, es necesario hacer hincapié en que su trabajo va más allá de una cuestión educativa y no es posible ser exhaustivos cuando se hace referencia a sus funciones en el medio hospitalario. Sin embargo, existen autores que mencionan que el psicólogo puede tener una intervención en cuatro momentos: antes de que aparezca la enfermedad, durante el diagnóstico de la enfermedad y el comienzo de la intervención, cuando la enfermedad ya se encuentra en estado avanzado e inicia el proceso de muerte y finalmente durante el período posterior a la pérdida (Fernández, *et al.*, 2014).

Dentro de estas etapas el trabajo del psicólogo se enfoca en la atención a pacientes, intervención con los familiares y personal sanitario.

Las intervenciones con el paciente, deben dirigirse a la paliación del impacto emocional, al tiempo que se facilita el proceso de adaptación a la enfermedad, además de valorar los recursos de afrontamiento que presenta, así como, la atención de los posibles trastornos que puedan aparecer, por lo que es necesario que la evaluación psicológica del paciente sea continua, pues su situación clínica puede cambiar con rapidez, sobre todo porque el estado psicológico del paciente varía durante la etapa terminal (Ascencio *et al.*, 2013; Verberne *et al.*, 2018; Baldeón Rivadeneira, 2022; Astudillo & Mendinueta, 2008; Ogelby & Goldstein, 2014; Mateos, 2003).

Esta evaluación psicológica se realiza en un primer momento con el apoyo del equipo multidisciplinario, con la finalidad de obtener toda la información y datos necesarios del paciente y la familia desde perspectivas diferentes, lo que garantiza una atención a todas las necesidades, y permite que el equipo se enriquezca a partir del intercambio de puntos de vista, que a su vez facilita las intervenciones debido a que el tiempo de trabajo con cada paciente es breve, razón por la cual el psicólogo con frecuencia va determinando desde la primera sesión, la intervención que llevará a cabo (Lacasta *et al.*, 2014; Ortega & López, 2005).

Dentro de los objetivos básicos a trabajar en cuidados paliativos con el paciente, se encuentran: establecer una alianza terapéutica, explorar temas de separación, pérdidas y miedos, aunado a esto Dionis, Schröder y Villalba (2003) plantean otras áreas de intervención:

- 1) Ventilación emocional: enfocada a identificar y confrontar pensamientos negativos, expresión de sentimientos, temores, etc.;
- 2) Identificar los recursos de afrontamiento que tiene el paciente ante ciertas situaciones, reafirmar los patrones adaptativos y corregir los patrones desadaptativos, y enseñar recursos nuevos de afrontamiento;
- 3) Elaboración de la información: trabajar los significados de la vida y la muerte, adecuar la esperanza y regular las expectativas que tiene el paciente;
- 4) Acercamiento sociofamiliar: fomentar la comunicación entre el paciente y su familia, facilitando la información más útil, enseñar actividades distractoras.

Las evaluaciones y los planes de intervención que se tengan con cada paciente se deberán compartir con el equipo de trabajo, mediante notas en el expediente, que deberán incluir: el estado cognitivo, el motivo de consulta: razón por la que se atendió al paciente, los antecedentes de trastornos psiquiátricos y psicológicos; valoración del paciente: lo que se observa a partir de la comunicación con el paciente, las puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas y los objetivos terapéuticos, esto permitirá un seguimiento, además de generar una colaboración entre el equipo y a su vez facilitará la identificación de situaciones estresantes para el paciente y su familia.

Aunado a lo anterior, como se sabe no solo el paciente que es diagnosticado requiere de apoyo psicológico, ya que frecuentemente lo asiste un cuidador primario, definido como la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, y que en la mayoría de los casos es un papel que asume el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente (Santos & Ortega, 2019; Sierra, Montoya, García, López & Montalvo, 2019).

Dentro de la intervención con el cuidador primario y los familiares, las principales mediaciones están relacionadas a los sentimientos de impotencia y de culpa, generados por la situación que enfrentan (Domínguez, 2016); con frecuencia la familia presenta preocupación por la información que se debe dar al enfermo, sobre su diagnóstico y pronóstico, y al no saber cómo manejarlo, puede llegar a enrarecer la relación con el enfermo llevándolo al aislamiento y la soledad, y obligando a la familia a mantener una mentira que provoca un mayor esfuerzo y desgaste (conspiración del silencio).

Por ello, es importante que se trabaje con la familia la expresión y manejo de emociones, además de la prevención del síndrome del cuidador primario, el cual es provocado por la dificultad que representa para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente las facultades físicas y muchas veces psíquicas; pasando, conforme avanza la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente, a ser quien le procura los cuidados más básicos (Sierra *et al.*, 2019).

Otra de las intervenciones está enfocada al proceso de duelo de los familiares, con la finalidad de que en un momento dado puedan pensar sin culpas sobre la pérdida, expresar sentimientos con respeto y sin obcecaciones, aceptar las consecuencias de la pérdida para el superviviente y poner en práctica conductas de afrontamiento (Dionis *et al.*, 2003; Santos & Ortega, 2019; Pérez-Belmonte *et al.*, 2021). Esta intervención puede ser incluso antes de que el paciente terminal fallezca, cuando medicamente sea diagnosticado en etapa terminal, es decir, realizar un duelo anticipado para reconocer la pérdida como un proceso gradual, que permite la resolución de los asuntos con el ser querido, ayudar a cambiar algunos aspectos y estar preparado para la pérdida, comenzar una planificación del futuro con la finalidad de evitar un duelo complicado (Lacasta *et al.*, 2014).

Aparte de brindar atención a pacientes y familiares, el psicólogo también atiende el estrés laboral de quien trabaja dentro de esta área, ya que realizar esta labor puede ser sumamente estresante si no se cuenta con las herramientas para enfrentar la muerte del otro, si existe una falta de habilidades de comunicación, de autorregulación emocional y actitudes basadas en los principios éticos (Arranz *et al.*, 2003).

Dentro de esta situación, el trabajo del psicólogo está enfocado a analizar y entender los aspectos emocionales que la situación terminal provoca, colaborando en la formación del equipo en esta área, así como brindar entrenamiento en estrategias de autorregulación,

solución de problemas, apoyo emocional además de enseñar y fomentar las habilidades de comunicación. Esto último es imprescindible para educar y apoyar a la familia, al tiempo que permite generar una buena relación laboral, de lo contrario la carencia de estas habilidades constituye un factor de riesgo de desgaste para el equipo, al tiempo que dificulta la adaptación del enfermo y la familia.

Además de lo anterior, existen diversos estresores con los que el equipo se ve obligado a interactuar diariamente, estos se enfocan en el cuidado del paciente: el contacto constante con el sufrimiento y la muerte, la toma de decisiones delicadas y la confrontación con dilemas éticos, el deterioro y la muerte de pacientes jóvenes, la comunicación frecuente de malas noticias, las presiones familiares para administrar o suspender tratamientos, la defensa de la autonomía del paciente frente a los familiares, la discrepancia de criterios entre los miembros del equipo (Arranz, Torrez, Cancio & Hernández, 1999).

Sin embargo, los estresores también pueden proceder de las instituciones en las que se lleva a cabo el trabajo, pueden ser por sobrecarga laboral, escasez de recursos, de apoyo institucional, y falta de reconocimiento del trabajo en cuidados paliativos, además del propio trabajo en equipo ya que pueden surgir conflictos, tanto a nivel intrapersonal, como interpersonal e intra-organizativo (Mateos, 2003).

Como consecuencia de lo anterior, los profesionales tienen la percepción de que los recursos no son suficientes para atender las demandas, aparecen sentimientos de impotencia, se produce un desequilibrio, y se genera sufrimiento en el profesional que puede desembocar en el síndrome de *burnout*, que si bien no es exclusivo de los profesionales de la salud, con frecuencia son quienes más lo presentan (Arranz *et al.*, 1999; Arranz, *et al.*, 2003; Ortega & López, 2004; Osorio, Prado & Bazán, 2019; Osorio, Prado & Bazán, 2021).

Las estrategias de intervención del psicólogo para prevenir y atender el síndrome de *burnout* están orientadas al entrenamiento en comunicación asertiva, solución de problemas en gestión de tiempo, autorregulación, estrategias reductoras de ansiedad y estrés. En cuanto al ambiente laboral si bien no siempre pueden ser modificables todos los factores estresantes hay algunas intervenciones que pueden mejorar el trabajo en equipo como son: fomentar la cohesión y el apoyo grupal, realizar reuniones periódicas donde se establezcan objetivos en común, monitoreo continuo del equipo para identificar la satisfacción y el estado de ánimo de cada miembro del equipo, además de planificar las actividades laborales, marcando límites en las funciones y tareas de cada miembro del equipo (Arranz *et al.*, 2003; Pacheco & Goldim, 2019).

## Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue describir de manera general los cuidados paliativos, su desarrollo, técnicas de evaluación e intervención y destacar la labor del psicólogo en esta área, por ello en apartados anteriores se abordaron los conceptos básicos sobre la temática, las funciones del psicólogo y su papel en esta área de trabajo; lo anterior permitió exponer de manera sencilla la importancia de la atención psicológica dentro de los cuidados paliativos, reconociendo los beneficios que proporciona a la población general y al personal sanitario.

El incremento en la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas propicia elevados costos económicos, emocionales y físicos, al ser un proceso largo y desgastante tanto para el paciente como para la familia, ante esto se espera que la aplicación de los cuidados paliativos brinde una amplia ventaja, tratando de mantener la calidad de vida del paciente, atendiendo sus necesidades hasta su fallecimiento y permitiendo que la evolución de la enfermedad se acepte como un proceso natural.

Por lo anterior, la aplicación de los cuidados paliativos es una propuesta eficaz para brindar un alivio a los pacientes con enfermedades en fase terminal, ya que otorga una calidad de vida tanto al paciente como a sus familiares. Dentro del proceso de enfermedad del paciente, los familiares deberán adaptarse a una “nueva vida”, muchas veces reestructurando los roles, las costumbres y los hábitos, tanto suyos como del paciente, con el fin de brindar el cuidado que requiere; para llevarlos de manera adecuada será necesario la intervención del equipo multidisciplinario que aborde todos los aspectos de la adaptación del paciente y su familia que permitirá que los familiares vean la muerte como parte del ciclo vital y genere un menor impacto emocional.

Un aspecto importante es que en los cuidados paliativos se busca el control no solo de los síntomas físicos de la enfermedad, sino también la atención de las cuestiones emocionales, otorgando las herramientas necesarias para el manejo y expresión de emociones, la toma de decisiones de manera asertiva, sobre todo cuando ya no hay una posibilidad de curación. Lo anterior debe ser atendido por el psicólogo ya que es quien cuenta con las herramientas necesarias para afrontar las creencias y repercusiones emocionales que se puedan presentar durante toda esta etapa, por lo cual será necesario intervenir de manera temprana para lograr identificar las necesidades del paciente y su familia, y así prevenir respuestas desadaptativas.

Entre los aportes de este trabajo se pueden considerar la exposición y fundamentación de la importancia del servicio de cuidados paliativos, además de la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinario, en el cual se requiera considerar al psicólogo de manera permanente y no solo en momentos difíciles.

Se remarca la importancia del psicólogo en la toma de decisiones del paciente, su familia e incluso del personal sanitario, además de la facilitación de la comunicación entre todos los implicados, el apoyo en el manejo de las emociones y la prevención de problemas psicológicos.

Para finalizar, se desea enfatizar que en México a pesar de contar con leyes sanitarias que regulan la aplicación de los cuidados paliativos no siempre se otorgan; los motivos son diversos y requieren de un análisis puntual.

## Referencias bibliográficas

Areces, A., Blanco, Y. & Vitón, R. (2021). Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Ethos*, 2021: 1-10.

Arias-Rojas, M., Carreño-Moreno, S. & Posada-López, C. (2019). Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27: e3200.

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. & Bayes, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Barcelona: Ariel

Arranz, P., Torrez, J., Cancio, H. & Hernández, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6(4): 302-311.

Ascencio, L., Rangel, N. & Allende, S. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. *Psicooncología*, 10 (2-3), 393-406.

Astudillo, W. & Mendinueta, A. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en *Gipuzkoa 7ª* sección.

- Baldeón Rivadeneira, I.S. (2022). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal, basado en su adherencia al tratamiento sustitutivo renal/hemodiálisis. *REVISTA U-Mores*, 1(1): 11–26.
- Carrasco-Gómez, A., Olivares-Luna, A., & González-Pedraza-Avilés, A. (2019). Nivel de conocimiento de "la ley de voluntad anticipada" en población geriátrica en México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1).
- Castañeda, C., O'Shea, G., Gallardo, D., Farreras, D., Calderón, M. & Chávez, E. (2015). Cuidados paliativos: la experiencia en pediatría. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3): 181-184.
- Corrêa, S.R., Mazuko, C. & Clark, D. (2019). Primary palliative care in southern Brazil: the legacy of Cicely Saunders. *Palliative Care: Research and Treatment*, 00: 1-5.
- Dionis, M., Schröder, M. & Villalba, O. (2003). Intervención Psicológica en una Unidad de Cuidados Paliativos. En: Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, (pp. 777-813), España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Domínguez, A. (2016). Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. *Revista Hospital Juárez de México*, 83(3), 64-65.
- Fernández, M., Ortega, A., Pérez, M., García, M. & Cruz, F. (2014). Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 11 (1), 163-72.
- González, C., Méndez, J., Romero, J., Bustamante, J., Castro, R. & Jiménez, M. (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(3): 173-79.
- Hernández, A., Elnecavé, A., Huerta, N. & Reynoso, N. (2010). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 34-39.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)(2017). Guía de Práctica Clínica: Cuidados Paliativos en Pacientes adultos. IMSS: México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)(2018) Características de las defunciones registradas en México durante 2017.
- Lacasta, M., Sanz, B., Soler, C., Yelamos, C., Quadras, S. & Gándara, A. (2014). Atención al duelo en cuidados paliativos: Guía clínica y protocolo de actuación. SECPAL: Madrid.
- López, A. (2014). Cuidados paliativos, atención médica en cualquier momento, no sólo durante la etapa terminal. *Anales Médicos*, 59 (3), 197-202.
- Mateos, J. (2003). Trabajo interdisciplinar en los pacientes la final de la vida. En: Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.) *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, (pp. 815- 829), España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Ogelby, M. & Goldstein, R.D. (2014). Interdisciplinary Care. *Pediatric Clinics of North America*, 61(4):823-34.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990). *Cancer Pain Relief and Palliative: report of a WHO expert committee* [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Ginebra.
- Ortega, C. & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1): 137-160.
- Ortega, C. & López, F. (2005) Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16 (2), 143-160.
- Osorio, G. M, Prado, R. C., Bazán R.G.E. (2021). Burnout y Afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(2): 267-274.
- Osorio, G. M., Prado, R. C. Bazán R.G.E. (2019). Afrontamiento en profesionales de la salud. *Alternativas en Psicología*, 43(2): 117-132.

- Pacheco, C.L. & Goldim, J.R. (2019). Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. *Revista Bioética*, 27: 67–75.
- Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez-Cárdenas, M., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J.J., et al. (2021). *Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020* (2ed.). Houston: IAHP Press.
- Pérez, L. C. (2019). *Tratamiento Jurídico de la Muerte Digna en México*. *Revista de la facultad de derecho*. 1, 2-38.
- Pérez-Belmonte, S., Galiana, L., Fernández, I., Vidal-Blanco, G. & Sansó, N. (2021). The Personal Wellbeing Index in Spanish Palliative Care Professionals: A Cross-Sectional Study of Wellbeing. *Frontiers in psychology*, 11(12), 672792.
- Santacruz, J. & Martínez Gil, L. (2020). Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 4(2): 14-18.
- Santos, V.M. & Ortega, P. (2019). Variables psicológicas, individuales y ambientales que predicen la carga de cuidadores primarios informales de niños con enfermedades crónicas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10: 9-16.
- Sierra, L., Montoya, R., García, M., López, M., & Montalvo, A. (2019). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index Enfermería*, 28: 51-55.
- Trujillo, Z., Paz, F., Sánchez, M., Nava, G., Zamora, P., García, P. et al., (2013). Estudio exploratorio sobre conocimientos de Cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud ante la muerte y el trabajo emocional. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 14(1), 8-13.
- Vargas, J., García, E. & Ibáñez, E. (2011) Adolescencia y Enfermedades Crónicas: una aproximación desde la teoría de la diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 174-198.
- Verberne, L.M., Kars, M.C., Schepers, S.A., Schouten-van Meeteren, A.Y.N., Grootenhuis M.A. & Van Delden, J.J.M. (2018) Barriers and facilitators to the implementation of a paediatric palliative care team. *BMC Palliative Care*, 17: 1-8.