

The role of the family in the care of older adult patients with terminal cancer in palliative care

El rol de la familia en el cuidado de pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en cuidados paliativos

Autores:

Vergara-Sabando ,Roxana Beatriz
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR
Maestrante en cuidado paliativos
Quito Ecuador



roxanavergara0883@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0003-1889-8464>

Pazmiño-Realpe, Fabricio Gustavo
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR
Médico especialista en cuidados paliativos
Docente tutor de la maestría de cuidados paliativos
Quito – Ecuador



fabriciopazmino55@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0007-9169-1909>

Fechas de recepción: 09-ABR-2025 aceptación: 09-MAY-2025 publicación: 30-JUN-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

En los cuidados paliativos la unidad de trabajo está constituida por el binomio paciente-familia, al considerarse la enfermedad terminal como una enfermedad familiar que afecta a cada uno de sus miembros. Esta situación supone una amenaza para la estabilidad del sistema, generando dinámicas relacionales y problemas en la comunicación que dificultan la adaptación a la enfermedad. Se realiza el artículo con el objetivo de conocer cuál es el rol de la familia dentro de los cuidados paliativos de los adultos mayores. Utilizando una revisión sistemática en las principales revistas académicas, se analizaron 10 artículos. Entre los principales resultados, se destaca la sobreprotección del enfermo, la sobrecarga del cuidador y la conspiración del silencio, las cuáles se deben prevenir o abordar por parte del equipo. Finalmente, la enfermedad terminal conecta directamente a la familia con la finitud de la vida y la pérdida de un ser querido, por lo que resulta fundamental el trabajo del duelo, así como favorecer el desarrollo de una muerte digna del paciente.

Palabras clave: cuidados paliativos; rol; familia; adultos mayores

Abstract

En el ámbito de los cuidados paliativos, el enfoque se centra en la relación entre el paciente y su familia, ya que se entiende que una enfermedad terminal no solo afecta al individuo, sino que también impacta a todos los miembros de su familia. Esta realidad puede poner en riesgo la estabilidad del sistema familiar, creando dinámicas complejas y problemas de comunicación que complican la adaptación a la enfermedad. Este artículo tiene como objetivo explorar el papel de la familia en los cuidados paliativos de los adultos mayores. A través de una revisión sistemática de las principales revistas académicas, se analizaron 10 artículos. Entre los hallazgos más relevantes, se identifican la sobreprotección del enfermo, la carga emocional del cuidador y el silencio cómplice, aspectos que deben ser prevenidos o abordados por el equipo de atención. Por último, la enfermedad terminal conecta a la familia con la realidad de la finitud de la vida y la pérdida de un ser querido, lo que hace esencial el trabajo de duelo y la promoción de una muerte digna para el paciente.

Keywords: palliative care; role; family; older adults

Introducción

Los cuidados paliativos son una forma de atención médica en la que la práctica profesional se centra en aliviar el sufrimiento de los pacientes en etapa terminal. Estos son enfoques para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan desafíos de enfermedades que pueden resultar mortales. Esto incluye prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (Torres, 2022).

El ejercicio de la medicina paliativa debe realizarse bajo una concepción integral de la persona enferma, considerando el modelo biopsicosocial como guía para el abordaje terapéutico. Con ello se pretende detectar las necesidades que presenta la persona en su esfera biológica, afectiva, psicológica, sociofamiliar y espiritual (Pueyo y otros, 2018).

Se pretende tratar al paciente como un todo, considerando que el efecto final de la enfermedad, concretado en un concepto tan amplio como el sufrimiento, es de naturaleza multidimensional. La relación entre las diferentes dimensiones de la persona y las consecuencias de la enfermedad en ellas es circular: cada una es causa y consecuencia de la otra y todas contribuyen a la situación de sufrimiento global, también definido como de dolor total. La esfera espiritual de las personas, según la OMS (2020) comprende aquellos elementos en los que se recoge la integración de los conceptos sobre uno mismo y sobre el significado y valor de la vida.

La familia es un componente fundamental para asegurar la atención al paciente terminal, requiriéndose su implicación activa a lo largo de todo el proceso (Achury y Pinilla, 2018). Como se ha señalado anteriormente, es imprescindible brindar atención y asistencia a familiares, dado que lidiar con una este tipo de enfermedades representa una circunstancia de crisis que conlleva impactos en diversos niveles. Así, se pueden identificar problemas físicos, como el cansancio, la pérdida de apetito, variaciones en el peso, cambios en los ritmos cronobiológicos, entre otros (Cuesta, 2021).

En el terreno emocional, son comunes las respuestas de negación, temor y la ambivalencia emocional. Esta se distingue por sentimientos contradictorios, donde por un lado se anhela proteger al familiar y mantener su presencia, por otro lado, se requiere que la situación concluya. Finalmente, en el ámbito social se tienen dificultades laborales, aislamiento social, entre otros (Sierra et al., 2019).

Es importante considerar que todos los síntomas previamente mencionados son esperados en un entorno donde se anticipa cada día la pérdida de un ser querido. Sin embargo, a menudo, los expertos en Salud Mental se precipitan a considerar estos síntomas como patológicos, asignando en ciertas situaciones etiquetas que descontextualizan y desestiman el dolor del individuo (Pueyo et al., 2018). Por ende, la intervención debería realizarse cuando se notan que los síntomas están siendo desadaptativos, ya sea debido a su intensidad, duración, la interrupción que provoca en la vida cotidiana del individuo, la ausencia de respaldo social o, en última instancia, cuando existe una exigencia explícita por parte del familiar.

El propósito de este artículo es destacar la relevancia del rol familiar con el paciente que está al final de su vida. La atención en esta última etapa del ciclo vital se dirige al individuo, puede variar desde unos pocos días hasta varios meses, dependiendo de la condición del paciente y sus patologías fundamentales (Fascioli, 2018).

El encuentro con los pacientes y sus familias demanda que el profesional encargado de brindarle un cuidado integral demuestre no solo formación técnica, sino también una serie de habilidades emocionales y humanas, para cultivar actitudes empáticas y sensibles que faciliten brindar un acompañamiento capaz de reconocer y cubrir las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los dos sujetos de atención: el paciente y su familia. Por lo tanto, este artículo abordará elementos vinculados al proceso de cuidados desde el rol familiar, sus particularidades y la manera de implementarla en la rutina diaria (Arias y Cusme, 2021).

De acuerdo con Reigada et al., (2018) es crucial para la familia gestionar la comunicación porque durante su estancia en casa, la familia fue el principal agente de cuidados, conoce al paciente, conoce sus necesidades y puede proporcionar dicha información, sino también porque el grupo experimenta un proceso parecido y comparable, que expresa a través de su

propia comunicación, a veces no de manera apropiada, lo que restringe el respaldo que puede proporcionar en ese instante.

Entonces, la familia se transforma en un elemento esencial en el cuidado al final de la vida, debe ser vista como un componente terapéutico por sí mismo y debe ser incluido en la planificación del cuidado. Esto se debe a que ayuda a mitigar el dolor al estar junto a él y acompañarlo en el proceso de muerte; no obstante, la condición de enfermedad terminal provoca cambios tanto en el funcionamiento como en la dinámica familiar. La familia establece mecanismos de autorregulación, que en ocasiones no resultan adecuados y pueden desembocar en un desbalance emocional (Fascioli, 2018).

La primera reacción al conocer una enfermedad mortal de un ser querido es de asombro, conmoción e incredulidad; en un momento se puede percibir la realidad y manifestar una fuerte reacción emocional con dolor, ira y llanto. La familia se siente amenazada, prisionera en su unidad y estabilidad. Para gestionar estas emociones tan exhaustivas, se introduce en un periodo de negación que le facilita mantener el control y la estabilidad emocional.

Luego surgen la ansiedad, el temor, las sensaciones de vulnerabilidad e ineficacia, todas estas emociones y sentimientos se expresan en forma de protestas, que se dirigen principalmente al equipo sanitario y se expresan en reclamos constantes de abusos, negligencia, descuido, exigencias desmedidas o una hostilidad evidente (Achury y Pinilla, 2018). Posteriormente, la familia se encuentra en un periodo de negociación, lo que implica una aceptación más amplia de la enfermedad, pero con la esperanza de que la situación cambie. No obstante, con el progreso de la enfermedad comienza una fase de depresión marcada por dolor, tristeza, desasosiego, miedo, ansiedad, confusión y desesperanza; periodo en el que se fortaleciendo para adaptarse al estrés emocional y aceptar lo ineludible. Entonces comienza un doloroso proceso conocido como duelo anticipatorio, a través del cual comienza a anticipar todo lo que enfrentará frente a la muerte definitiva. Finalmente, surgirá el luto ante el deceso (Sierra et al., 2019).

La expresión de este desbalance en el conjunto y en cada integrante está determinada por aspectos familiares como: el ciclo vital, el instante de la vida del paciente, la fortaleza y la unión familiar, el estatus socioeconómico y la habilidad para manejar situaciones adversas. Las emociones que surgen del desbalance emocional son la incertidumbre, el temor y la

ansiedad ante lo que va a suceder, de qué manera, cuándo y qué apoyo será necesario para manejar las distintas circunstancias. En los momentos finales, teme por la pérdida de su ser querido (Torres, 2022).

El profesional en cuidados paliativos debe tener en cuenta que la atención a la familia se transforma en uno de los estándares de calidad al tratar a pacientes que están al final de su vida. Es necesario comenzar este cuidado identificando las emociones que surgen de la situación específica de cada familia, para poder guiar el proceso. Este reconocimiento tiene como objetivo principal determinar quién es el cuidador principal, usualmente son las parejas e hijos, quienes pueden desarrollar miedo a experimentar un desbalance emocional debido a la pérdida y cambio de rol, pero son ellos quienes van a permanecer más tiempo con el paciente que necesita asistencia (Coca, 2017).

El manejo de los temores y ansiedades frente a la muerte y la pérdida de un ser querido debe iniciarse con el cuidador principal y extenderse a los demás familiares. Es necesario gestionar los pensamientos que provocan sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad, entre otros, con el mismo propósito que al ser querido, para recuperar el bienestar emocional y físico que se ha perdido (Cuesta, 2021).

Primordialmente, la familia requiere que el profesional le brinde datos sobre el diagnóstico, la extensión, la naturaleza, la severidad y el pronóstico de la enfermedad, el motivo de los síntomas, el origen de las instrucciones de no reanimar, los objetivos del manejo paliativo, los elementos más significativos del cuidado en el domicilio y el acceso a recursos, y otras alternativas disponibles para el enfermo terminal; cómo atender las necesidades emocionales, cómo manejar la situación con los niños, cómo atender los asuntos económicos y legales aún no resueltos o que van a quedar pendientes, cómo manejar las diferentes preocupaciones que surgen ante una muerte en casa y, finalmente, cómo hacer los arreglos funerarios una vez ocurra el deceso de su ser querido (Sierra et al., 2019).

Adicionalmente, la familia posee otras demandas, requerimiento de tiempo para estar con el enfermo, de privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional, de involucrarse en su cuidado, de brindar compañía y respaldo emocional, de mantener la esperanza, de brindar soporte espiritual, de restaurar la relación, de tener la capacidad de expresar emociones, de

manifestar la tristeza, el desconsuelo, la rabia y los temores. La familia requiere ser atendida, que sus emociones sean reconocidas, entendidas y su expresión sea aceptada.

Para restaurar el balance emocional en el núcleo familiar, se emplea la comunicación terapéutica aplicada en el marco de una relación humana, donde los actores principales son el equipo interdisciplinario debido a su profesionalidad, y los pacientes junto a sus familias (Arias y Cusme, 2021). La profundidad y relevancia de la comunicación con el paciente siempre ha estado muy fundamentada y reconocida, a pesar de que los profesionales han aceptado y adoptado progresivamente la atención a la familia desde un enfoque teórico y conceptual, no lo han hecho en el ejercicio profesional cotidiano, donde la familia no ha sido considerada como un componente esencial del proceso de cuidado integral e incluso se ha desconsiderado en algunas situaciones. La comunicación terapéutica debe ser la herramienta que facilite el proceso de elaboración de la pérdida; debe guiar y respaldar a la familia en la toma de decisiones, acompañamiento y recuperación de sus actividades cotidianas. Sin embargo, en un nivel más profundo, conlleva compartir emociones, proporcionar seguridad y confianza.

Material y métodos

Este trabajo se desarrolló desde un enfoque metodológico cualitativo del diseño narrativo con alcance descriptivo. El método de documentación de esta investigación estuvo basado en una revisión sistemática PRISMA sobre temas específicos de medicina familiar y geriátrica a nivel nacional e internacional, utilizando como criterio de inclusión, artículos de 2020 a 2024 que sean relevantes para la temática; se centra en búsquedas autónomas en bases de datos como Scopus, Index y Scielo.

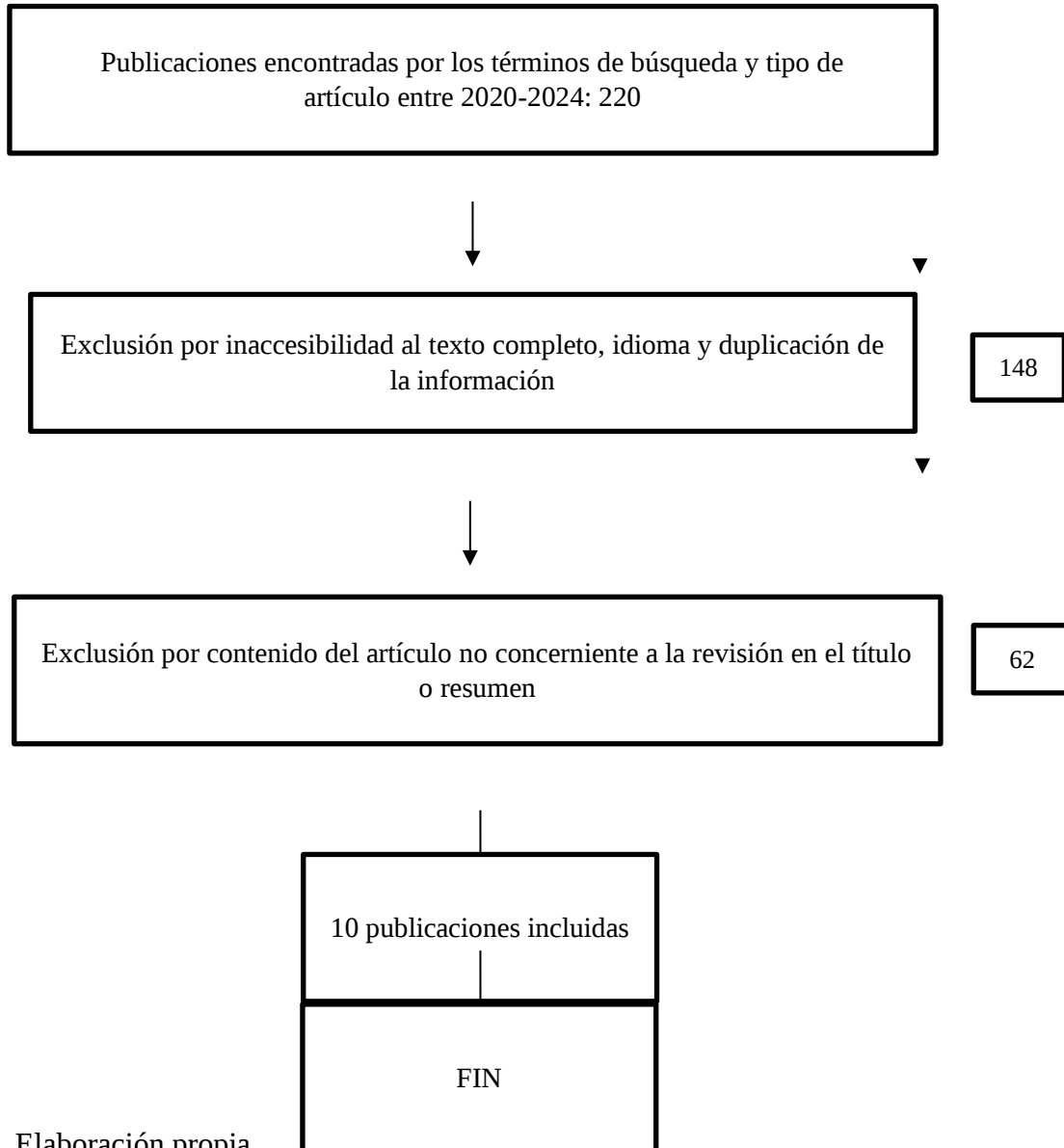
Diseño de estudio: trabajos de revisión

Se realizó una búsqueda bibliográfica preliminar basada en palabras claves, de los resultados obtenidos se seleccionaron los artículos que cumplieron con los criterios anteriores. Luego se categoriza y describe según las palabras clave y grupos de control contenidos en cada texto analizado. Finalmente, se revisaron un total de 30 artículos. Esto se muestra en la siguiente tabla.



Tabla 1

Flujograma con la búsqueda, selección y exclusión de artículos



Nota. Elaboración propia

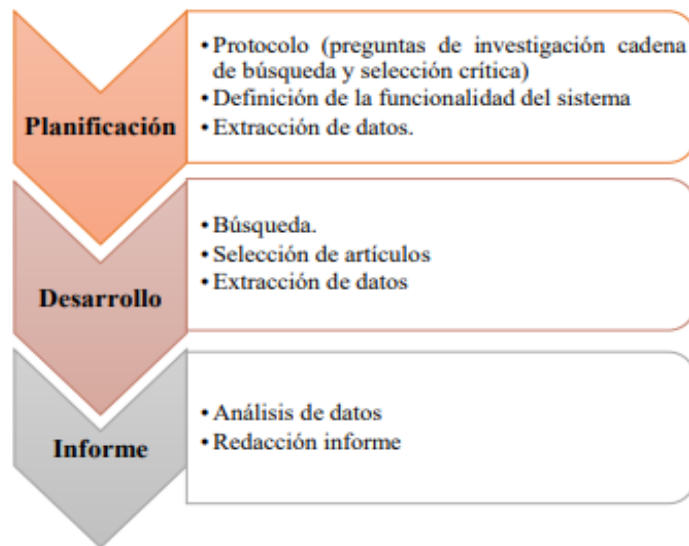
Categorías para la búsqueda

- Cuidados paliativos.
- Rol familiar.

Como se muestra en la figura 1, el proceso de revisión consta de tres fases principales: planificación, implementación y presentación de informes.

Figura 1

Esquema del proceso de revisión

**Nota.** Elaboración propia**Estrategia de búsqueda**

Se realizó una revisión sistemática sobre «El rol de la familia en el cuidado de pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en cuidados paliativos» a través de artículos científicos con casos clínicos y de revisión de literatura publicados desde el 2020 hasta 2024. La metodología empleada se ha basado en una búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: PubMed y Science Direct, utilizando como palabras clave: «cuidados paliativos», «adulto mayor», «familia» y «oncológicos».

Selección de estudios

Se incluyeron artículos escritos en español procedentes de las bases de datos citadas anteriormente que estudiaran el rol de la familia en los cuidados paliativos. Por otra parte, se incluyeron aquellos artículos que evaluaron el estado emocional del paciente y sus familiares. Todo el contenido recolectado formó parte del proceso de categorización y sistematización, se estructura para escoger los datos que sean más pertinentes al asunto de interés y satisfagan la mayoría de los criterios de inclusión. En particular, se evaluaron 10 artículos presentados en una matriz con criterios de elegibilidad.

Resultados

Tabla 1.

Búsqueda y Revisión de Artículos. Año 2020-2024

Nombre de la base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Palabras clave o descriptores
Redalyc	39	7	“Cuidados paliativos” “familia” “adulto mayor”
Science Direct	88	6	“Cuidados paliativos” “Oncológicos”
Scielo	41	5	“Cuidados paliativos” “familia”
PubMed	32	3	“Cuidados paliativos” “adulto mayor”
Google académico	20	5	“Cuidados Paliativos” “familia” “oncológicos” “adulto mayor”
Total	220	10	

Nota. Elaboración propia

De acuerdo a lo expuesto, se realizó una búsqueda de literatura preliminar en Google académico con base en la búsqueda por palabras clave: «cuidados paliativos», «adulto mayor», «familia» y «oncológicos». Se optó por una búsqueda restringida y dirigida únicamente a estos términos. Dentro de los cribados (elegidos porque cumplían con los criterios de inclusión o con algunos de ellos) se tuvieron 10 artículos recuperados, además en este punto se excluyeron 62 porque no cumplían con los años y solo incluían dos o una de las palabras claves. Finalmente, se escogieron los artículos que cumplían con los criterios antes mencionados, estos contienen información acerca del contexto de la problemática. Se revisaron 10 artículos en total; los escogidos se clasificaron de acuerdo a la ficha (checklist del método PRISMA).

Descripción del tipo de estudio

Los estudios incluidos abarcan trabajos retrospectivos, ensayos controlados, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y etnográficos; en todos se incluyen grupos de control con pacientes y familias, además de historias clínicas.



Descripción de los resultados de los estudios

En las características demográficas se evidenció un predominio género femenino 85.72%, edad 30-39 años 39.28%, nivel educativo licenciadas 42.85%, los cuidados paliativos de los licenciados(as) fueron: tratamiento del dolor 12 (100%), apoyo psicológico y cuidados de la piel 9 (75%), el personal auxiliar realizó apoyo nutricional por vía enteral 16 (100%), higiene y medidas de confort 8 (50%). En la validación de la PCDS: la comunicación en el equipo multidisciplinario $\alpha = 0,850$, la comunicación con el paciente y la familia $\alpha = 0,845$, el apoyo de expertos $\alpha = 0,857$, la reducción de los síntomas $\alpha = 0,858$ y la coordinación de la comunicación $\alpha = 0,871$.

Se observó un alto porcentaje que los cuidadores desconocen sobre los cuidados específicos de los pacientes, evidenciándose que el 80% tienen insuficiente información sobre cuidados paliativos. Además, de presentar afectaciones y agotamiento por cuidados del paciente, ya que en la mayoría de los casos un solo familiar se hace cargo de las atenciones mínimas requeridas. El estudio permitió identificar situaciones que, enfrenta el cuidador del paciente oncológico terminal, relacionados con la sobrecarga y los cambios en la cotidianidad familiar del cuidador.

Prevaleció el nivel de escolaridad preuniversitaria y el estado civil casado. El grado de parentesco más frecuente en la muestra fue los hijos que no poseían experiencia previa de cuidado. Las causas más frecuentes de las enfermedades terminales fueron las demencias.

Se evidencia que los adultos mayores presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, disminución auditiva o visual con el 48,4%, en referencia a la escala de capacidad funcional de Barthel la dependencia leve representa el 76,7%; con respecto a las actividades básicas de la vida diaria, en la escala de depresión geriátrica de Yesavage se evidencio que el 32,6% se manifiestan síntomas depresivos leves y con un 41,8% síntomas depresivos moderados y graves. Para concluir, es importante identificar el conocimiento, actitudes y prácticas de los cuidadores y familiares, para diseñar estrategias de intervención en cuidados paliativos que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se encontró un coeficiente de Pearson de $r = -0.54$ con una $p < 0.0001$ entre la sobrecarga y la calidad de vida; surgieron además correlaciones negativas entre todas dimensiones de calidad de vida y la sobrecarga del cuidado. Se estableció un modelo de regresión en el que la sobrecarga del cuidador ($\beta = -0.556$ IC95% = -3.114 — -1.237) y el ser cuidador casado o en unión libre ($\beta = 0.258$ IC95% = 0.907 — 52.99) son variables predictoras de la calidad de vida.

La dimensión más afectada en las familias es la comunicación, lo cual depende de varios factores: tipo de cuidador del paciente, habilidades de comunicación de los cuidadores o proveedores de salud, contexto sociocultural, estado vital y edad del paciente. Por ende, una funcionalidad familiar alterada, que convive con deficiencias en la comunicación, genera aislamiento/soledad, vulnera la autonomía/independencia del paciente y desencadena la aparición de síntomas depresivos, y, a nivel familiar, puede conllevar un duelo complicado. Se concluye que el diálogo adecuado es una estrategia relevante para establecer una buena relación entre las tres partes, siendo necesario, no obstante, identificar otros fenómenos que están más allá de las habilidades comunicativas de los profesionales. En la perspectiva bioética, la comunicación se destaca en la asistencia y crea un vínculo que posibilita las decisiones compartidas.

El cuidador informal está presto a cumplir su rol, lo asume como una experiencia positiva, pero también fue evidente la falta de información, entrenamiento y reconocimiento de necesidades. Se resalta la necesidad de un enfoque centrado en el paciente que integre la medicina familiar, el apoyo comunitario y la atención paliativa para proporcionar un cuidado de alta calidad a los pacientes con enfermedades crónicas, asegurando su bienestar en todas las etapas de su enfermedad.

Discusión

La búsqueda no mostró estudios en los que se realizó una revisión sistemática de la experiencia del supervisor al final de la vida. Sin embargo, las referencias pueden confirmar que, al identificar aspectos generales relacionados con las experiencias del cuidador familiar proporcionadas al final de la vida, responden a los resultados logrados en este estudio de diferentes enfoques. Fernández y Angelo enfatizan que la investigación sobre varios

contextos sociales, culturales y étnicos con especificidad de la población se está desarrollando, por lo que los resultados probados parecen atravesarse de alguna manera.

Algunos autores muestran los aspectos necesarios de los cuidadores y explican cómo se trasladan a todas las responsabilidades empleadas en la atención paliativa, la importancia del apoyo formal y el acceso a los procesos de comunicación.

La comunicación e información es B. Future Action Line Lorca et al. Se ha mencionado en varios estudios, como: garantizar que la tecnología de la información y la comunicación (TIC) pueda ayudar a los cuidadores, adquirir conocimientos y habilidades, y reducir la sobrecarga, estrés y conflictos familiares. Otros autores argumentan que a pesar de la literatura reconoce sus beneficios, todavía existe limitada comunicación entre los profesionales de la salud y la atención familiar, por lo que los expertos necesitan capacitación en este tema.

Varios autores informan sobre estudios de los efectos positivos de los cuidadores familiares para tener un hogar como escenario para la atención al final de la vida. Estos promueven la continuidad de la vida diaria, las relaciones cuidadosas con las personas, la comodidad del paciente y el período post mortem. Los cuidadores deben estar acompañados de emociones para pasar tiempo juntos durante largos períodos de tiempo.

Morris et al. (2020) destacan que un equipo bien enfocado, según la compañía, tiene una actitud positiva, capta la atención general, ofrece información clara y oportuna, y reconoce la importancia del papel de los supervisores familiares. También se subraya que las necesidades del personal de enfermería van más allá de la simple asistencia física. A menudo, requieren apoyo emocional, y los profesionales de la salud deben ser capaces de identificar estas situaciones de manera regular. En su análisis, Senvalisio y Caldeira confirman que las enfermeras actúan como gerentes del Proyecto de Cuidados Paliativos, desempeñando un papel de cambio dentro del equipo de salud. Entender las vivencias de los cuidadores familiares en la etapa final de sus vidas les permitirá captar mejor los elementos de la atención y la intervención que brindan los profesionales de la salud.

Hubo algunas limitaciones en la revisión. Según los criterios de inclusión en la búsqueda 0020 realizada, no se encontraron publicaciones en el campo de la psicología sobre este tema. La investigación encontrada se publica principalmente en inglés. Se excluyeron los

estudios que abordaron preguntas de atención específicas durante el final de la vida. Por ejemplo, la evaluación de programas de intervención específicos que pueden causar información en el análisis.

Conclusiones

El paciente en fase terminal encuentra en su familia un pilar de raíces, seguridad y confianza durante el difícil camino de la enfermedad y la muerte. Es fundamental que los miembros de la familia se integren como parte del tratamiento, pero esto requiere apoyo y formación a través de una buena comunicación. Por eso, los profesionales de la salud deben entender y capacitarse en la dinámica de la comunicación interna (conocerse a sí mismos y sus habilidades) y en la comunicación interpersonal (comprender y atender las necesidades de los demás) para fomentar una comunicación asertiva, que es esencial en la entrega de una atención holística y humana adecuada en los momentos finales de la vida.

Referencias bibliográficas

- Achury, D., & Pinilla, M. (2018). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Univesitaria*, 13(1).
doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>
- Arias, T., & Cusme, N. (2021). Cuidados paliativos en pacientes oncológicos pertenecientes a Solca núcleo de Tungurahua. *EI: Enfermería Investiga*, 6(4).
- Coca, S. (2017). Calidad de vida en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad terminal, bajo un programa de cuidados paliativos domiciliarios. *Revista de Salud Pública*, 21. doi:<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v21.n3.17386>
- Cuesta, M. (2021). Abordaje familiar en los Cuidados Paliativos. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 11(2).
- Fascioli, A. (2018). Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2).
- Pérez, A. (2020). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental (tesis pregrado)*. Universidad de Salamanca.



- Pueyo, S., Pueyo, M., & Pardavila, M. (2018). Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico. Caso clínico. *Gerokomos*, 26(3). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300005>
- Reigada, C., Ribeiro, E., & Novellas, A. (2018). Capacidades familiares para cuidar de enfermos oncológicos paliativos: un estudio cualitativo. *Elseiver*, 22(4), 119-126. doi:10.1016/j.medipa.2013.12.002
- 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 de Enfermería*, 28(1).
- Torres, R. (2022). *Cuidados paliativos en pacientes oncológicos en su fase terminal*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.