

INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA PARA POBLACIÓN ANCIANA: HACIA UNA PSICOTANATOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

THANATOLOGICAL INTERVENTION TO ELDERLY POPULATION: TOWARDS AN EVIDENCE BASED PSICOTHANATOLOGY

Fernando Quintanar-Olguín
Carlota Josefina García-Reyes-Lira

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FES
IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO, MÉXICO

RECIBIDO: 21 DE FEBRERO DE 2010
ACEPTADO: 8 DE AGOSTO DE 2010

Los autores participaron de manera similar en todos los aspectos del desarrollo de este escrito. Dirigir correspondencia al primer autor a: Programa de Psicología del Envejecimiento, Tanatología y Suicidio de la Clínica Universitaria de la Salud Integral, Carrera de Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Av. de los Barrios No. 1. Los Reyes Iztacala, Tlanepantla, Edo. Méx. C.P. 54090, o a los correos electrónicos de los autores: quintanarof@yahoo.com y c Josefina@yahoo.com

Resumen

Una revisión de la bibliografía moderna sobre la atención a población anciana, en el proceso de muerte, o apoyo tanatológico, muestra la falta de criterios de intervención generados por la investigación psicológica. Además, se hace patente el predominio de propuestas particulares de algunos teóricos. Ello plantea la necesidad de desarrollar alternativas que sirvan de pautas para la mejor forma de ayudar al bien morir, y a superar el proceso de duelo, a partir de los resultados de la investigación psicológica, y no con base en criterios de preferencias personales. En el presente documento se lleva a cabo una revisión de la condición actual de la tanatología y se plantean algunas aportaciones que pueden hacerse desde la psicología basada en la evidencia aplicadas al proceso de muerte, duelo y bien morir.

Palabras clave: Tanatología, psicología basada en la evidencia, fases del duelo.

Abstract

A review of the modern literature on elderly care in the dying process, or thanatological support, shows the lack of intervention criteria generated in psychological research and the predominance of particular proposals of some theorists, this raises the need for power develop alternatives to serves as guidelines that could inform on the best way to help dying well and overcome the grieving process, from the results of psychological research and not based on criteria of personal preference. This article reviews the current state of Thanatology, and raise the issue that some contributions can be made from evidence based psychology applied to the process of death, grief and dying well.

Keywords: Thanatology, evidence-based psychology, stages of grief.

El presente documento tiene su origen en la experiencia de los autores, quienes participan en proyectos de investigación sobre la muerte, el desarrollo de programas de intervención psicológica y en la capacitación en tanatología al sector salud y agencias funerarias, o en brindar apoyo en diversos espacios de trabajo en la atención a población anciana. Ello permitió observar que al igual que en muchas otras actividades del psicólogo, el trabajo en servicios tanatológicos presenta perspectivas amplias y poco exploradas, tanto con el personal como con los usuarios. También se ha hecho evidente que una revisión más detallada de la bibliografía sobre tanatología, generalmente consultada por los profesionales de la salud, muestra dos grandes carencias que se abordan en este documento, a manera de ensayo y análisis, proponiendo el enfoque de la intervención basada en la evidencia (IBE) para la tanatología, principalmente a partir del trabajo con ancianos, pero que podría ser útil para otros grupos.

La primera carencia es la falta de bibliografía especializada en la que se reporten, corroboren y validen hechos y planteamientos a partir de la investigación psicológica, y que vaya más allá de la creencia, gusto o preferencia personal del responsable de brindar atención y apoyo tanatológico a los pacientes, sus familiares y personal que los atiende; es decir, falta una referencia crítica y reflexiva a partir de datos más allá de los casos clínicos e historias de vida tan frecuentemente reportadas en este campo a partir del trabajo de Kübler-Ross, Raymond Moody y Arthur Kloester, entre otros.

La segunda carencia se refiere a una falta de claridad en las propuestas de atención psicológica y planteamientos que pudieran generarse a partir de la evidencia producida por la investigación sobre la muerte y el morir que se ha realizado desde

la psicología. Ello implica que la forma en que los psicólogos pueden abordar la tanatología difiere de cómo la abordan otros profesionales de la salud, considerando los marcos de referencia y las metodologías utilizadas, lo cual lleva a formas alternativas de intervención tanatológica que rompe los modelos médicos, hospitalarios y de consultorio.

Por lo anterior, la finalidad del presente documento es realizar un análisis de la importancia de la atención tanatológica, proponiendo una serie de elementos que prácticamente no se han abordado en la bibliografía especializada o la práctica profesional, retomando los resultados y aportaciones que se han realizado desde la investigación psicológica que puede ser la pauta de la IBE.

Cómo definir los términos y planteamientos

El concepto *tanatología* se define etimológicamente a partir de los vocablos griegos *thanatos* "muerte" y *logos* "tratado". Dicho término fue acuñado por el médico ruso Elias Metchnikoff a principios del siglo xx como una rama de la medicina forense en ese entonces. A finales de la década de 1950, preocupada por el abandono en que se tenía a los pacientes terminales, la Dra. Kübler-Ross inicia la tarea de asistir a bien morir a más de veinte mil pacientes, llevando la tanatología a una orientación humanista y psicosocial que apoya a este tipo de enfermos, a sus familiares y seres cercanos, generalmente llamados sobrevivientes (Campos, 2008; Domínguez, 2009).

La tanatología es una disciplina joven que empieza a ser tomada en cuenta en el sector salud. En la práctica clínica, puede observarse que hay pacientes que aún siguen sin resolver su duelo, enfrentando problemas psicológicos de medianos a graves, que viven momentos complicados en las relaciones familiares y que requieren asistencia

tanatológica por ignorancia o inconsciencia sobre los procesos de duelo. Otros pacientes y familiares lamentan haber conocido tardíamente esta disciplina que, sin duda, los habría ayudado a solventar estas deficiencias.

La necesidad de la asistencia tanatológica siempre ha existido, pero hasta hoy se tienen algunas bases y conocimientos teóricos para establecerla formalmente como una disciplina de la salud. La tanatología considera la muerte como parte de un proceso natural que debe respetarse, y que no debe prolongarse la vida por medios extraordinarios cuando ya las ciencias médicas son incapaces de hacer algo por aliviar al enfermo, pero que pueden llevarlo a tener una calidad de muerte.

Una tendencia que puede observarse en el profesional de la salud responsable de brindar apoyo tanatológico es que suele apoyarse en información pocas veces reflexionada críticamente, pero claramente dada por hecho; es decir, se tiende a repetir la información revisada en la bibliografía como el *Libro sagrado de los muertos*, los textos de Kübler-Ross, o algunos escritos bíblicos y filosóficos. Una revisión de los contenidos de los cursos de tanatología, al igual que en los temarios de los congresos especializados en el área, muestra poca variedad en los contenidos y temáticas abordadas. Parece haber una actitud de "si alguien lo escribió, entonces hay que retomararlo y utilizarlo", sin revisar la validez de la información que se tiene. Ello puede llevar a trabajar desde una tanatología basada en la autoridad, y no necesariamente en el conocimiento.

Duda (1987) plantea una serie de derechos para el bien morir de los pacientes, los cuales son producto de la experiencia clínica, pero no proporciona alguna evidencia que muestre la pertinencia de estos planteamientos. En éstos se abordan aspectos que van desde el reconocimiento del temor a morir, la necesidad de compañía, el respeto a las creencias y otras ideas por el estilo; sin embargo, estos derechos no surgen de la comparación entre grupos culturales o generacionales; tampoco se comenta la diversidad de creencias religiosas y, por lo tanto, faltan fundamentos epistemológicos sobre la validez de tales derechos y, no obstante, suelen ser enseñados como un recurso del personal de salud para la atención del paciente terminal.

La muerte de un ser querido lleva a un proceso de duelo del cual diversos autores plantean dife-

rentes etapas, como se observa en los trabajos de Kübler-Ross (1969), Kavanaugh (1972) y Bowlby (citado por Pinazo & Bueno, 2004) quienes brindan sus propuestas a partir de criterios clínicos que no necesariamente conllevan mejores alternativas de intervención tanatológica.

Kübler-Ross (1969) sugiere cinco etapas:

1. *Negación y aislamiento*. Es el sentir que la persona sigue viva; no poder aceptar que ya murió; conforme se va haciendo consciente del suceso, el familiar se aísla; quiere estar solo; la negación debe tener corta duración.
2. *Rabia*. Ante la muerte de un ser querido, la rabia se manifiesta inevitablemente contra Dios o contra la vida, los médicos o el hospital, contra los vivos, contra otros familiares, contra el mismo muerto e incluso contra el Yo.
3. *Regateo*. Es una búsqueda de medios para liberarse de la culpa.
4. *Depresión*. Es cuando se expresa más libremente la pérdida sufrida; se vive una profunda tristeza.
5. *Aceptación*. Concebir a la muerte como un cambio de presencia.

Kavanaugh (1972) distingue siete etapas por las cuales suele pasar una persona por la pérdida o despedida de alguien o algo. Éstas son:

1. *Negación*. Ante el impacto emocional de una pérdida significativa, la mente bloquea la realidad de lo que uno sabe sobre el caso, como si el hecho no fuera reconocido.
2. *Confusión*. Hay una falta de claridad sobre la realidad, se entra en la desorganización de uno mismo; las emociones de la persona no responden a su voluntad y hacen contacto con el mundo que lo rodea con cierta distorsión. Estas emociones se expresan generalmente a través del llanto, la charla excesiva o el silencio.
3. *Coraje*. El llanto, la mudez y el excesivo hablar se tornan en enojo. Esta reacción emotiva empieza a sentirse cuando la herida emocional comienza a tocar al sí mismo. El deudo puede llegar a manifestar su coraje contra el difunto mismo.
4. *Culpa*. El coraje va dejando de expresarse en la medida en que la persona va llegando al fondo de sí misma y empieza a experimentar culpable. Sentirse culpable es como enojarse contra uno

mismo: la persona comienza a recordar lo que hizo o dejó de hacer a la persona desaparecida.

5. *Soledad*. El dolor sufrido en esta etapa es el más profundo, y podría decirse que es el último. Es el momento en que el dolor se transforma en salud. Cuando la persona se va perdonando a sí misma se va dando cuenta de lo que perdió, y cae en la cuenta de que sigue vivo sin el ser querido que ha perdido. En este momento se siente solo y como si no estuviera completo. Ser consciente de ello puede llegar a ser abrumador, y un sentimiento de vacío se apodera del ánimo del doliente. Cuando lo perdido se deja ir, culmina el proceso de duelo.
6. *Alivio*. Se experimenta la sensación de sentirse libre y comienza el restablecimiento.
7. *Restablecimiento*. Se comienza a reintegrar lentamente a la vida; puede llegarse a hacer un recuento de las etapas de duelo por las que se pasó, y el recuerdo se hace cada vez menos doloroso. Al terminar el proceso del duelo después de un tiempo de haber exteriorizado los sentimientos por la pérdida, se percata del cambio que hubo en la persona misma.

En 1961, Bowlby, según Pinazo y Bueno (2004), utilizó una combinación de las teorías del apego y del proceso de comunicación humana, para conformar una teoría interpersonal del duelo. Para este autor, las fases son:

1. *Fase de entumecimiento o shock*. Es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación; puede durar un momento o varios días, y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces durante el proceso de luto.
2. *La fase de anhelo y búsqueda*. Es un periodo de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años, de presentarse en una forma atenuada.
3. *La fase de desorganización y desesperanza*. Es en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse; la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante, y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida

de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

4. *La fase de reorganización*. Es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo. El individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida. La persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría-tristeza, y se internaliza la imagen de la persona perdida.

Al revisar las diferentes etapas, propuestas por los autores, puede notarse que el planteamiento de diferentes fases en el proceso de la muerte surge del trabajo clínico sistemático, de la observación metódica que describe qué fases surgen, pero no cómo lo hacen; no surge de la investigación de campo ni experimental y, sin invalidar los resultados, ello muestra la necesidad de una mayor precaución en la lectura y fundamento de la información. Tanto en medicina como en psicología hay una tendencia a orientar el trabajo a retomar la IBE (Vázquez & Nieto, 2005); en ella se plantea que la atención a pacientes debe realizarse desde lo que ha demostrado ser lo más pertinente y adecuado; es decir, no puede atenderse a un paciente a partir de gustos o preferencias personales por ciertas teorías y técnicas. La atención debe brindarse a partir de aquello que, mediante la investigación especializada, ha demostrado que es lo más eficaz y adecuado; pero, en el caso de la tanatología, falta mucho para llegar a esta posibilidad pues pocas veces se trabaja desde los resultados de la investigación científica, y sí se trabaja más desde las observaciones de la experiencia clínica y los planteamientos desarrollados desde la filosofía y la religión.

Reconocimiento del comportamiento hacia la muerte en la vejez

La información disponible hasta el momento sobre qué sucede con las personas ancianas, en particular, en sus experiencias relacionadas con la muerte o su propio morir, permite reconocer una serie de pautas de comportamiento que deben tomarse en cuenta para poder desarrollar estrategias de intervención en tanatología.

En México se ha realizado poca investigación psicológica acerca de los problemas y reacciones de los familiares de ancianos moribundos, y de los mismos ancianos. Es común encontrar que, mientras los parientes están enterados del diagnóstico y el pronóstico, el anciano recibe una información incompleta o falsa respecto de su padecer.

Al aproximarse a la muerte, el enfermo a menudo se niega a realizar los esfuerzos necesarios para seguir viviendo. La interacción social se vuelve menos importante. Para un anciano cansado, tal momento es angustioso: que le recuerden que tiene el deber de continuar hablando, de no decepcionar a su familia y de regresar al mundo social del que se ha retirado. Parece indispensable que toda la familia cuente con la oportunidad de aclarar la naturaleza de la enfermedad del anciano, así como el curso que se seguirá dentro de lo posible.

Moragas (1991) resalta que la clasificación de los diagnósticos de las causas de muerte resulta equívoca, ya que identificar una sola causa como determinante de la muerte no es correcto. En las personas ancianas la situación se complica pues soportan condiciones patológicas múltiples, e identificar una sola de estas causas constituye una simplificación de la realidad en la forma de morir y, por lo tanto, deberán ser atendidas de diferente manera según se esté muriendo. La causalidad de la muerte es siempre múltiple y, en el propio certificado de defunción, se admite, de modo tácito, la causa múltiple al utilizar los términos: causa inmediata, causa intermedia y causa inicial.

La muerte es un evento que pone en evidencia la verdadera naturaleza de las propias relaciones con el mundo y con los familiares, y puede presentarse desde que se detecta la enfermedad del anciano. En momentos de este tipo, todos los integrantes de la familia pueden comportarse de tantas formas como sea posible; pero siempre hay una lógica subyacente en ese comportamiento, que también pone de manifiesto la realidad del trato individual que brinda cada uno de los familiares al anciano, y entre ellos mismos, en el hogar, el hospital o la casa hogar.

Campos (2008) realizó un estudio tanatológico en un hospital regional donde identificó los dos principales temores del enfermo moribundo: el dolor y el sufrimiento. El dolor entendido como un malestar físico, en respuesta a un estímulo nocivo, y el sufrimiento más asociado a un malestar y experiencia emocionales. El autor puntualiza que la tanatología

interviene principalmente en tres niveles: apoyo, acompañamiento y consejería. Esta última es el nivel más avanzado de intervención tanatológica, la cual requiere habilidades y estrategias muy especializadas que sólo los psicólogos y psicoterapeutas (no necesariamente psiquiatras) pueden proporcionar, y que generalmente deben realizar contando con mecanismos de supervisión y actualización sobre el avance científico, más que ideológico, de la psicología, cuya investigación sobre la importancia de la intervención psicológica supervisada ha mostrado el impacto positivo de la misma (Lafarga, 2003). Identificar los patrones de comportamiento en el proceso de morir puede brindar elementos para el desarrollo e investigación de estrategias de intervención tanatológica.

La muerte no se presenta tan azarosamente como parece. Sudnow (1962) realizó un análisis de la muerte de pacientes en hospitales y encontró que muchas muertes dependían de la forma en que el personal de salud trataba a los pacientes; es decir, hay una predisposición del personal a tratar a los pacientes dependiendo de la información, experiencia y organización de los servicios de salud que no siempre corresponden a lo que espera la familia o el propio paciente. Señaló que la muerte se convierte en cifras, o en un dato, generalmente correlacionadas con algún tipo de diagnóstico y con la plena omisión de los aspectos sociales y psicológicos que rodearon la presencia de las muertes reportadas, con una total negación de la participación de la institución en esas muertes independientemente de la edad. Estas observaciones permiten comprender en otra forma los resultados de Súchil, Mohar, Garza, Meneles y Mora (1991), quienes, al evaluar el error en la precisión del diagnóstico de cáncer del registro de muertes intra hospitalarias del Instituto Nacional de Cancerología, reportan que diversos estudios corroboran discrepancias entre los diagnósticos clínicos principales y los diagnósticos de la autopsia. Sus resultados ponen en entredicho la certeza de las estadísticas de mortalidad publicadas en las que se reportan causas de muerte y no formas de morir. Por otro lado, Banda y Salinas (1992) reportan que la carencia de seguridad social para los ancianos, un bajo nivel de escolaridad y un nivel considerable de pobreza repercuten directamente en la salud y aumenta las posibilidades de ser funcionalmente dependientes, padecer enfermedades crónicas y

una esperanza y calidad de vida claramente disminuidas que desembocan en una muerte prematura o complicada.

También se ha estudiado la relación entre eventos significativos y el momento de morir. Se ha argumentado que el momento de muerte está determinado no sólo biológica, sino también psicológicamente debido a patrones de comportamiento de riesgo, estilos de vida no saludables y procesos vinculados al desamparo aprendido.

Quintanar, García, Bazaldúa, Puente y Robles (2006) y Quintanar (2007) realizaron diversos estudios sobre las muertes en serie a las que se definió como aquellos fallecimientos que se presentan en forma simultánea, o consecutiva, a lo largo de una semana o con siete días como máximo entre muerte y muerte, independientemente de la causa del fallecimiento, dentro de una misma población. El criterio temporal se propone a partir de la observación clínica en diferentes casas hogar y hospitales. En estos estudios se logró corroborar que también en población anciana puede observarse un comportamiento similar a lo propuesto por Baltes (1977) quien consideraba que el efecto en "U" encontrado en la frecuencia de muertes en Navidad y cumpleaños no se daría en población anciana. Baltes se queda a un nivel descriptivo, y no explica posibles razones de esta pauta de mortalidad. Actualmente, los autores del presente documento están realizando otros estudios para corroborar si la pauta de muertes en serie también se da en otro tipo de población y espacio de atención, y si se asocia a posibles razones circunstanciales o hay aspectos psicológicos a considerar. Los resultados preliminares indican que sí hay efectos de serialidad.

Otro aspecto que recientemente se ha tomado en cuenta en el estudio de la muerte es la relación entre la aparición de la demencia y la disminución de la esperanza de vida. Brayne, Gao, Dewey y Matthews (2006) señalan que mucha gente tiene miedo a la demencia por la dependencia a la que los puede llevar; plantean que la acumulación de riesgos, que favorecen diferentes formas de deterioro cognitivo, afectan la esperanza de vida, y no han sido considerados dentro de los programas preventivos de atención a las personas ancianas. Además, se da una relación en sentido inverso: a mayor esperanza de vida, también hay mayor frecuencia de casos con deterioro cognitivo, y los factores generalmente asociados son la edad, la educación y el estatus

social. Por esta razón, cabe preguntar qué sentido tienen estos datos para brindar atención tanatológica o capacitar a profesionales de la salud. Esta relación entre demencia y muerte se vincula directamente con la calidad de vida y permite revisar las acciones de prevención y atención a la salud que se han realizado para población anciana. Brayne *et al.* (2006) señalan también que hay diferencias importantes según el género, debido a que en su estudio encontraron que la demencia antes de la muerte prevalece en 38% en las mujeres, casi el doble que en los hombres, sin olvidar que la mujer vive más, y con ello incrementa también la prevalencia de la demencia.

A veces la muerte ocurre de manera repentina, pero en las enfermedades que llevan a situación de terminalidad, no aparece en forma inesperada: es posible preverla. Núñez, Cabrera, Vázquez, Gil y Escalona (2009), investigando las actitudes ante la muerte partiendo de las fases de Kübler-Ross, encontraron que el principal tipo de afección psicológica que acompañaba al adulto mayor fue la asociada a la partida del compañero, amigo, amante, protector, familiar, padre o madre, quedándole mayor dolor y miedo a lo desconocido, iniciándose el proceso de duelo más doloroso que existe, pues deja una herida emocional inevitable.

A menudo, los sentimientos de miedo se traducen en pérdida de esperanza, en sentimientos de frustración cuando se analiza la vida pasada. Para Núñez *et al.* (2009), según la escala de Kübler-Ross, la fase que con más fuerza se manifiesta en los ancianos al encontrarse cercanos a la muerte es la de depresión. También encontraron que la muerte en el propio domicilio, con preferencia a la que se produce en la institución, sea ésta hospitalaria o no, se asocia habitualmente a un menor riesgo de agresión médica para el anciano moribundo, y también a una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que ha vivido.

También se ha investigado cómo piensan la muerte las personas ancianas con educación superior; se encontró que hay dos tendencias: una es que se espera que exista vida después de la muerte desde una continuidad de las creencias religiosas, y otra, que exista esa continuidad independientemente de la creencia personal. En ambos casos, la preocupación central es cómo se da la muerte, la invalidez prolongada, la enfermedad, el deterioro y el dolor (Vilchis, 2000). Esta autora también encontró que la

muerte se vincula al ciclo natural del vivir y envejecer; no se piensa en una muerte violenta o inesperada. Además, la mayor parte de sus entrevistados no esperan morir solos: esperan contar con la familia y seres cercanos. Pero esta idea permite pensar si la soledad se percibe como un caso posible, o si no se reconocen las implicaciones de ciertos estilos de vida en los que se encuentran muchas personas ancianas. En la investigación de Vilchis, se pudieron especificar diferentes consecuencias de la muerte de seres queridos: ante la muerte de los jóvenes y niños, se pensaba en una vida inconclusa; ante la muerte de los padres, se consideraba una soledad, desvalimiento y objetivación del transcurso de la vida; en la muerte de los hijos, se acentúa una sensación de vacío y falta de sentido de la vida; las muertes violentas perturban y no se acepta la degradación, violación y humillación. La magnitud del dolor y sufrimiento se vincula con el amor que se siente. Pero la autora concluye dentro de los mismos esquemas ya conocidos; es decir, propone llevar a una muerte humanizada en el hogar cuando sea posible, en considerar la muerte como proceso y una parte de la vida, no cuestiona estos puntos de vista ni menciona cómo realizarlos. Los resultados de Vilchis (2000) también coinciden con los de Pinazo y Bueno (2004), que investigaron la representación social de la muerte en población anciana. Un resultado interesante del estudio de estos últimos autores es que esta población, a diferencia de la de los jóvenes, considera importante los procesos de ritualización de la muerte; además, encontraron que los ancianos entrevistados valoraban su propia experiencia como referente para aceptar la materialidad y aceptación personal de la muerte. Sin embargo, Pinazo y Bueno no profundizan en los resultados reportados ni plantean las implicaciones que podrían tener en la práctica profesional.

Todas las investigaciones revisadas hasta este momento especifican planteamientos que merecen ser considerados dentro de las propuestas de atención tanatológica; pero, al mismo tiempo, se requiere investigación más exigente sobre las mismas.

Hacia una psicotanatología basada en la evidencia (PtBE)

Otra necesidad detectada y hasta el momento poco abordada para la población en general es la de educar en cuestión de la muerte; cómo entenderla, qué

hacer, cómo intervenir, a dónde acudir son algunos de los puntos que tienen que ver con el enfrentarse a la muerte en cualquiera de sus posibilidades. En las escuelas de psicología, enfermería y en muchas de medicina tampoco se consideran materias que traten a profundidad acerca de la muerte. Esto ha llevado a pasar por alto un espacio para atender a las familias de los pacientes en las instituciones de salud, y a hacer caso omiso de los psicólogos y profesionales del desarrollo humano por no tener claras sus funciones, aportaciones y habilidades.

Actualmente, el término tanatología no queda circunscrito al hecho fatídico, incluye también la serie de circunstancias que rodean la muerte de un ser humano; se le considera como una disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en las personas y está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal de salud que lo atiende un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados que ayuden al enfermo a morir con dignidad. Los objetivos de la tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que deben evitarse tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado; es decir, deben propiciar una "muerte adecuada" (Domínguez, 2009). Lo anterior corrobora que se requiere educación tanatológica tanto de las personas, en general, como de los especialistas, en lo particular: una educación que permita la comunicación familiar para hablar sobre la muerte, que sensibilice a los especialistas de la salud en la necesidad de atender las consecuencias de las pérdidas por muerte.

Bayés, entrevistado por Ardila (2002), menciona que uno de los principales retos de la psicología en un futuro próximo es desarrollar estrategias de intervención que permitan brindar apoyo para el bien morir. Bayés comenta un documento escrito en el 2000 por Davis Callahan en el *New England Journal of Medicine* en el cual se reporta que las metas principales de la medicina en los próximos años son dos, y una no será la de curar las enfermedades. La primera será la de evitar la muerte; pero la segunda es que aun cuando se haga todo lo necesario para evitarla, si la muerte es inminente, se deberá brindar el apoyo necesario para morir en paz. Para Bayés esto llevará a los psicólogos a interesarse en el proceso de la muerte, el duelo y la agonía.

Carpinteiro, también entrevistado por Ardila (2002), piensa que el psicólogo se está involucran-

do en muchos campos de la salud y la asistencia social, pero que pueden llevarlo a involucrarse en acciones de voluntariado y beneficencia, con lo cual puede perder el sentido y finalidad que puede dársele a la psicología desde la investigación de procesos más básicos y elementales. Carpinteiro considera que el psicólogo debe mantener la vinculación profesional con un soporte en los métodos de investigación psicológica, que le permita contar con bases metodológicas y técnicas, en las cuales también habrá avances que hay que incorporar al trabajo psicológico que también incluya aspectos básicos del comportamiento. Carpinteiro piensa que, por mucho que crezca y se desarrolle la psicología, no debe perder los fundamentos de su origen como ciencia. Sin decirlo explícitamente señala la importancia de lo que se llama *enfoque basado en la evidencia* (EBE).

El EBE se originó en la práctica de la IBE en la medicina como una herramienta clínica. En el caso de la psicología, es tanto una herramienta epistemológica como clínica y se le conoce como psicología basada en la evidencia (PBE) (Vázquez & Nieto, 2005). La PBE se originó principalmente en la investigación clínica tratando de fundamentar cuáles son los mejores procedimientos de intervención psicológica. De hecho, actualmente se considera que, en muchos de los casos revisados sobre la evidencia, el problema no es la cantidad o tipo de ésta, sino de la deficiencia con que fue obtenida la misma. La American Psychological Association (APA) ha redactado guías clínicas donde señalan que las intervenciones psicológicas deben cumplir con algunos atributos, como los siguientes:

- Identificar explícitamente cuáles son las principales decisiones que se han de tomar en un caso concreto y las consecuencias que pueden tener para éste.
- Proporcionar evidencia válida metodológicamente y basada en investigación sobre el tema de interés que pueda aplicarse a casos concretos.
- Presentar la información de la evidencia y recomendaciones a seguir en un formato accesible, claro y flexible.

Al revisar estos atributos, la APA plantea que los enfoques que más han mostrado que sus estrategias son válidas, eficaces, consistentes y que pueden

reproducirse han sido principalmente las técnicas cognitivo-conductuales y el enfoque sistémico.

La evidencia de los beneficios y resultados de las estrategias de otros enfoques, muy utilizados en el trabajo tanatológico, no son del todo claras y consistentes, pero muchos de esos enfoques se utilizan de manera indiscriminada, y una revisión a los contenidos recientes de cursos y congresos de tanatología muestran que la terapia Gestalt ha sido una de las propuestas más demandadas. Sin embargo, Burley y Freier (2004) plantean que la mayoría de las teorías y terapias conductuales se han enfocado en cómo se manifiesta la conducta; pero, en contraste, la teoría y la práctica de la terapia Gestalt se enfoca en cómo la conducta es presentada, en cómo fluye y se define. Señalan que en una revisión de la investigación de la psicología cognitiva y su relación con la experiencia, emoción y conducta se encuentran muchos puntos de confirmación de supuestos y planteamientos de la terapia Gestalt. Pero en sí, dicha terapia ha sido justamente criticada por no contar con un adecuado sustento de investigación ni delineamiento de la teoría y su eficacia, y aun con todo, este enfoque ha sido muy solicitado por los interesados en la tanatología en los últimos años. Muchos de los problemas relacionados con los ancianos pueden ser tratados a nivel conductual o cognitivo conductual, pero en cuestiones vinculadas a la muerte no todos se tienen cabida en dicho nivel pues varios más se refieren a asuntos inconclusos y problemas existenciales o trastornos generados por procesos inconscientes. Una de las principales fuentes de malestar psicológico en la población anciana la producen los asuntos inconclusos, o situaciones no resueltas, que aparecen cuando una persona se siente dolida, enojada, o resentida hacia otra persona que ha fallecido y aquella no encuentra la forma de resolver estos sentimientos, dejando incompleta la experiencia. Sin embargo, las técnicas y estrategias de intervención tanatológica que actualmente suele utilizar el personal gerontológico se derivan de enfoques humanistas de la psicología, pero con serias limitaciones en la investigación que las sustenta.

Entre los enfoques más importantes a desarrollar en la psicología está la PBE, que puede llegar a ser parte central de los fundamentos del conocimiento psicológico. La base teórico-conceptual de la PBE propone tres puntos: a) el planteamiento de estudios de investigación con rigor metodológico, b) integración

adecuada de los nuevos hallazgos empíricos partiendo de la base de conocimientos ya existentes y c) el uso justificado de conocimientos integrados, dándole prioridad a aquellas pruebas que reúnen mayores evidencias y que pueden ser comunicadas a otros para su reproducción (Quintanar & García, 2008).

La práctica del EBE requiere una selección adecuada y sistemática de los estudios considerados científicamente relevantes para dar respuesta a una pregunta, así como una acumulación y actualización de las mejores pruebas resultantes de los estudios realizados. Dado el estado reciente de la tanatología, hay muchos planteamientos y aspectos poco claros que pueden beneficiarse de la investigación psicológica y, en el estado actual de conflicto entre concepciones, paradigmas y modos de hacer psicología, la PBE puede convertirse en el principal instrumento de discernimiento tanto de lo pertinente y de lo que no lo es (Vázquez & Nieto, 2005; Granero, Doménech & Ezpeleta, 2002). La tanatología enfrenta el reto de sustentarse en la actividad científica, y como plantean Vázquez y Nieto, ello implica que dichas evidencias se ven conectadas con las herramientas de decodificación de la realidad que tiene la ciencia; además, también se necesitan reflexiones filosóficas acerca de lo que es científico o no lo es dadas las creencias y opiniones acerca de la muerte y sus implicaciones.

Por otro lado, Granero *et al.*, (2002) señalaron que algo que marcará el futuro que tome la PBE es "la calidad de la evidencia", organizada en distintos niveles jerárquicos en función de la metodología utilizada y de la rigurosidad científica de las investigaciones realizadas. En este sentido, el nivel I o superior es el de la evidencia científica basada en experimentos controlados; el nivel II o medio es el de la evidencia científica convincente sin estudio experimental, y el nivel III o inferior es el de la evidencia científica no sustentada. Además, comentan que la selección sistemática de los reportes de investigación incluye tanto los estudios realizados a nivel experimental como los que se sustentan en investigaciones no-experimentales y los de aproximaciones de revisiones narrativo-subjetivas. Tales estudios tendrían que ser evaluados con procedimientos de metaanálisis que permitan reconocer la convergencia de la información disponible.

En la investigación psicológica, es frecuente observar un problema de didáctica que suele causar

confusión, tanto entre profesionales de la psicología que no se dedican a la investigación así como entre estudiantes: la falta de diferenciación de los conceptos de métodos objetivos, procedimiento de investigación y proceso de investigación. Es importante comentar esta idea debido a que es común encontrar que muchas críticas que se hacen a investigaciones psicológicas suelen ser menospreciadas, en el entendido de que no utilizaron el método científico de corte experimental; se olvidan de que la investigación es un proceso que incluye el procedimiento de investigación, el proceso de conceptualización y el origen del problema y objeto de estudio. Muchos de estos señalamientos ya habían sido considerados por Kastenbaum (1984; 1986), psicogerontólogo y tanatólogo, al hacer una revisión muy detallada de las investigaciones que se han realizado acerca de la muerte. Kastebaum hace una amplia revisión de la metodología de la investigación utilizada para refutar o validar diferentes fenómenos vinculados al proceso de morir, y concluye señalando que los psicólogos debemos retomar estos resultados como parte de los avances en la investigación psicológica sobre la experiencia del morir, pero también invita a redefinir las estrategias de investigación utilizadas, pues no todo puede partir de estudios de caso, de casos clínicos o encuestas. Él propone realizar estudios de campo y de laboratorio.

Una cuestión importante, para valorar los efectos de la intervención psicoterapéutica, es que, debido a la dificultad para hacer investigación en psicoterapia, hasta hace poco se daba más importancia a la opinión de profesionales de prestigio que a los datos provenientes de la investigación experimental clásica, pues había muy poca literatura en la que se reportaran investigaciones sobre los resultados de las diferentes propuestas de psicoterapia. Además, otro factor que ha influido en la psicoterapia y la tanatología es la cultura de los psicoterapeutas de respeto a la autoridad y a los profesionales de prestigio. Sin embargo, la situación está cambiando: hoy la postura del psicogerontólogo y psicoterapeuta sensatos es ir a las fuentes originales de las investigaciones, analizar esos resultados y ver en su trabajo psicológico diario qué método o qué programa escoge a la hora de atender un paciente u otro. Lo importante es que, cuando se enfrentan a una decisión clínica, comprueben si existen pruebas de resultados aplicando esa terapia concreta a un tipo de paciente similar al

que atienden; si, efectivamente, tienen pruebas de calidad en ese sentido, entonces podrán desarrollar el tratamiento y, si no, buscar otros modelos o estrategias.

La valoración de la calidad de las pruebas seleccionadas puede resumirse en tres preguntas básicas:

1. ¿Cuáles son los resultados? (Magnitud del efecto del tratamiento)
2. ¿Son válidos los resultados del estudio? (Validez interna)
3. ¿Podrán ayudar los resultados al tratamiento del paciente?, ¿son aplicables los resultados al contexto clínico? (Validez externa)

En sus planteamientos respecto de la razón de la tanatología, Domínguez (2009) considera que tanto examinar la muerte como examinar la vida requieren la escucha y lectura de una pluralidad de discursos. Según Domínguez, el principal objetivo de la tanatología es ayudar al ser humano en su derecho primario y fundamental que es morir con dignidad, con plena aceptación de la muerte y en total paz. Domínguez retoma lo propuesto por Centeno en 1999, quien definió al paciente terminal como una persona que tiene:

- presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable;
- falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico;
- presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, y
- gran impacto emocional tanto en el paciente como en su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Pero las características anteriores parecen independientes de la edad y llevan a repensar la finalidad de la tanatología. Domínguez misma escribe que algunos de los objetivos que incluyen la terapéutica tanatológica son: ayudar a los pacientes que enfrentan pérdidas muy graves, como son las amputaciones, los trasplantes, intentos de suicidio, viudez, cambio de rol, nido vacío, infidelidad, infertilidad, portadores del VIH SIDA, pérdida de autoestima, anorexia, bulimia, pérdida de trabajo o de alguna persona cercana que afronta un proceso de duelo. También

los parientes de estas personas tienen la posibilidad de ser atendidos pues también sufren dolor, angustia y estrés, y muchas veces se preguntan cómo es que su familiar muere, a pesar de tanta atención médica. Además, en la tanatología, también se trabaja con la “intervención en crisis”, en la que el equipo interviene inmediatamente para ayudar a los deudos a comprender y superar el duelo en el momento de una muerte no esperada.

Implicaciones de la investigación psicológica para la tanatología

Con el fenómeno “el envejecimiento de los envejecidos”, que está ocurriendo en nuestra población, la atención al proceso de morir cobrará mayor valor en un futuro próximo, y se tendrán que estudiar diversos aspectos poco considerados actualmente. Un área de conocimiento a menudo vinculado con la muerte y la agonía es el de los estados alterados de conciencia; Cardeña (en Ardila, 2002) comenta la necesidad de que los psicólogos estén actualizados en tal campo, donde las neurociencias y la neuropsicología tienen mucho que aportar, y las tres líneas de investigación que él desarrolla son: 1) el estudio sistémico de experiencias anómalas, 2) reacciones agudas y disociativas a eventos traumáticos, y 3) el uso clínico de la hipnosis. En las dos primeras líneas se abordan temas que frecuentemente se asocian con situaciones vinculadas con la muerte y la agonía, razón por la cual será un campo que podrá ignorarse.

El propio personal que brinda intervención tanatológica deberá revisar sus propias motivaciones, restricciones, consecuencias de sus creencias y prejuicios inevitables. Deberá estar dispuesto a trabajar desde un enfoque basado en la información y los conocimientos, más que en preferencias personales y experiencias interesantes.

Sokal y Bricmont (1999) exponen una serie de ideas que pueden ser importantes para el estudio e investigación de la muerte y el morir. Al escribir sobre los fraudes y abusos en las ciencias sociales y el psicoanálisis, plantean que otorgarles credibilidad a algunos autores tiene un precio muy grande para los estudiosos de diversos campos; una de las consecuencias más críticas es que se dan por sentado las ideas de dichos autores como si fueran verdades irrefutables, incluso como si fueran hechos incuestionables, y brindan algunas propuestas para prevenir abusos en lo que se considera información científica:

Hacia una psicotanatología basada en la evidencia

- Saber de qué se habla.
- Reconocer que no todo lo “oscuro” es necesariamente profundo.
- La ciencia no es un texto.
- Evitar copiar miméticamente las ciencias naturales en las ciencias sociales.
- Desconfiar del argumento de autoridad.
- Diferenciar el escepticismo específico y el escepticismo radical.
- Cuidar que la ambigüedad sea utilizada como subterfugio.

Dichos autores se preguntan cómo se llega a tolerar y justificar las mentiras en diversos campos del conocimiento, y piensan que esto se deba a:

a) los investigadores de las ciencias sociales y de la conducta pueden verse atrapados en discursos que los llevan al olvido de lo empírico, alejándose de la naturaleza de su fuente de origen; b) el cientificismo en las ciencias sociales en el que es mal entendido el uso de las matemáticas; c) tratar de repetir el prestigio de las ciencias naturales; d) olvidar el relativismo natural de las ciencias sociales, y e) falta de claridad y diferenciación en la formación filosófica y literaria tradicionales.

El ejercicio de la psicología basada en las pruebas, o evidencias, tiene la ventaja no sólo de ponderar el efecto de los tratamientos o intervenciones, sino también de descartar, rápidamente, información sesgada y acceder a información válida en muy poco tiempo gracias especialmente a las revisiones sistemáticas y los trabajos de metaanálisis. La búsqueda ordenada de la información y la lectura crítica de los informes de investigación, valorando su calidad metodológica antes de aplicar sus conclusiones, forman la columna que guía el proceso de la psicología basada en pruebas o evidencias.

Conclusiones

En la tanatología moderna se requiere estructurar la búsqueda de las pruebas o de la información, orientando la lectura hacia bibliografía de mejor calidad, optimizando el tiempo disponible y aumentando la probabilidad de intervenciones eficaces para los pacientes. La psicología clínica y la tanatología necesitan generar pruebas, resumirlas, difundirlas, aplicarlas y actualizarlas. En los estudios reportados

en este documento, se tienen datos con los que puede afirmarse que, de hecho, se observa un efecto de muertes en serie reales que son significativamente diferentes de las esperadas por azar, de que los procesos de demencia pueden ser un indicador del tiempo de esperanza de vida, de que los procesos de duelo pueden tener facetas de diferente tipo, que la valoración de la experiencia de los ancianos brindan elementos útiles para sobrellevar la muerte. Si estos planteamientos, y otros más, se sustentan con nuevas investigaciones psicológicas, entonces la intervención tanatológica tendrá nuevos recursos para manejar el duelo, la angustia, el dolor y el miedo, pero también el conflicto.

Una paciente anciana de 89 años comentaba, a los autores del presente texto, pocas horas antes de morir: “Díganle a mi hija (de 64 años) que viva su vida..., incluso en contra de cosas que yo le enseñé. Díganle que a veces fui abusiva, pero que ella tiene derecho de vivir su vida diferente de como yo la esperaba... quiero que usted sepa que decir esto no es fácil para mí..., pero me hacía falta hacerlo, me queda poco tiempo y tenía que hablar con alguien de persona a persona”. La atención a este caso requirió que se utilizara la información y experiencia que la investigación y la práctica clínica han proporcionado, pero no es suficiente trabajar así, y requiere definirse indicadores que orienten el trabajo. Algunos de tales indicadores que pueden ser de interés y servir de guía son:

- a) A pesar del tiempo transcurrido, las personas ancianas aún lloran la muerte de sus padres o de sus primeros hijos.
- b) Ante la soledad y la cercanía de la muerte, las personas ancianas se acercan más a la idea de Dios.
- c) El reencuentro con Dios suele brindar un sentimiento de identidad e integración personal.
- d) El haber estado muy cerca de la muerte los ha confrontado personalmente con el trato que han tenido con su familia, con su pareja y con Dios.
- e) Hay relación entre su estilo de vida, su vida sexual y su reacción ante la muerte de sus seres queridos y la posibilidad de su propia muerte.
- f) El miedo a morir se asocia con haber llevado una vida sin sentido, vacía, por haber dejado asuntos pendientes, por haber vivido con rencores y por haber abusado de otros.

- g) Tanto en observaciones de casos clínicos, como en entrevistas, hay quienes reportan considerar que algunos de sus seres queridos les comunicaron, de una u otra forma, que morirían muy pronto, pero nunca se sintieron escuchados por alguien en este sentido.
- h) El psicólogo dedicado al trabajo en intervención tanatológica debe asumir un compromiso con la información de que dispone; no puede actuar de manera disgregada ante las personas con las que trabaja: lo importante es la definición profesional, y no si el paciente comparte su punto de vista.
- i) No basta asumir la muerte y el morir como sucesos, sino también como procesos con los cuales nos vinculamos en distintos momentos.
- j) No basta conocer las fases del duelo: también hay que comprender cómo surgen y de qué manera se integran; hay que repensar las fases del duelo.

Los profesionales de la salud dedicados a la tanatología deberán revisar sus propuestas de intervención y hacer un mayor esfuerzo para realizar más investigación metodológicamente controlada. La PBE puede llevar a una tanatología basada en la evidencia que brinde garantías en la pertinencia, calidad y calidez de la atención; la investigación futura brindará la respuesta.

Referencias

Ardila, R. (2002). *La Psicología en el futuro*. Madrid: Ed. Pirámide.

Baltes, M. (1977). On the relationship between significant yearly events and time of death: Random or systematic distribution. *OMEGA*, 8 (2), 165-172, available via: <http://dx.doi.org/10.2190/XGU6-LCTC-5RW3-TF3K>

Banda, A. J., & Salinas M. R., (1992). Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo. *Salud Pública de México*, 34 (5), 546-555.

Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-328.

Brayne, C., Gao L., Dewey M., & Matthews F. E., (2006). Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Investigators. Dementia before Death in Ageing Societies– *The Promise of Prevention and the Reality*. *PLoS Med* 3(10): e397, available via: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030397>.

Recuperado el 10 de diciembre de 2009.

Burley, T., & Freier, C. (2004). Character structure: A gestalt-cognitive theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 3, 321-331, available via: <http://dx.doi.org/10.1037/003-3204.41.3.321>

Campos N. (2008). *Muy pronto ya la creación de la "Unidad de Cuidados Paliativos"*. Publicada 13/02/08: Recuperado el 9 de enero de 2010, disponible vía: http://www.issstezapopan.gob.mx/noticias/noti_feb_08.php?articulo=tanat

Domínguez, G. (2009). La tanatología y sus campos de aplicación. *Horizonte Sanitario*, 8, 2.

Duda, D. (1987). *Guía para Cuidar en Casa a un Enfermo Terminal*. México: Ed. Pax.

Granero, R., Doménech, J. M., & Ezpeleta, L. (2002). La Psicología Basada en la Evidencia. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*. Volumen especial, 270-274.

Kastembaum R. (1984). *Entre la vida y la muerte*. Barcelona, España: Ed. Herder.

Kastembaum R. (1986). *¿Hay vida después de la muerte?* Madrid, España. Ediciones Internacionales Futuro. S. A.

Kavanaugh R. (1972). *Facing Death*. Baltimore, Maryland U.S.: Penguin Books.

Knight, B. G., & Roby, G. S. (2001). Psicoterapia en el anciano en el siglo XXI. Tendencias pasadas y perspectivas futuras. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 36 (3), 131-134.

Kübler-Ross E. (1969). *On death and dying*. N.Y.: Ed. McMillan Publishing.

Lafarga, J. (2003). El Psicólogo que México Necesita. *Alternativas en Psicología*. VIII (8), 2-8.

Moragas, M. R. (1992). *Gerontología Social*. Barcelona: Ed. Herder, disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1097/00006231-199212000-00010>

Núñez, R. L., Cabrera, M., Vázquez, R., Gil, Y., & Escalona, M. (2009). Actitud que tiene ante la muerte el adulto mayor con enfermedad en fase terminal. Publicado: 26/05/2009 | Psicología , Geriátrica y Gerontología . Recuperado el 21 de enero de 2010, disponible vía: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1505/1/Actitud-que-tiene-ante-la-muerte-el-adulto-mayor-con-enfermedad-en-fase-terminal.html>

Pinazo, S., & Bueno, J. (2004). Reflexiones acerca del final de la vida. Un estudio sobre las representa-

- ciones sociales de la muerte en mayores de 65 años. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 14(1), 22-26.
- Quintanar, O. F. (2007). Replicación de los resultados de Baltes sobre la muerte de ancianos asociada a eventos significativos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 10, 1. Recuperado el 3 de noviembre de 2009, disponible vía: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Quintanar, O. F., & García R.L., C. J. (2008). La psicoterapia en ancianos: una propuesta para la valoración de la terapia Gestalt en la vejez desde la psicología basada en la evidencia. En C. Mondragón, C. Avendaño, C. Olivier y J. Guerrero (Ed.). *Saberes de la Psicología: entre la teoría y la práctica* (pp. 413-431). México, FES Iztacala, UNAM.
- Quintanar, O. F., García R. L. C, Bazaldúa M. L., Puente P. I., & Robles F. L. (2006). Análisis de las muertes en serie de ancianos institucionalizados en dos casas hogar de la ciudad de México en el periodo 1992-2002. *Revista Electrónica de Psicología. Iztacala*. 9, 1. Recuperado el 3 de noviembre de 2009, disponible vía: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Sokal, A., & Bricmont, J. (1999). *Imposturas intelectuales*. Ed. Paidós, disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1063/1.882770>
- Súchil, B. L., Mohar, B. A., Garza, S. J., Meneses, G. A., & Mora T. R. (1991). La autopsia, espejo de la mortalidad intra hospitalaria. *Salud Pública de México*, 33 (3), 259-265.
- Sudnow, D. (1962). *La Organización Social de la Muerte*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Vázquez, C., & Nieto M. (2005). Psicología (Clínica) Basada en la Evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J. L. Romero y R. Alvarado (Ed.). *Psicopolis* (pp. 465-485). Barcelona: Ed. Kairós.
- Vilchis, L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. *Revista de Psicología*, IX, 1-16.