



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 1

Marzo de 2019

CUIDADOS PALIATIVOS PSICOLÓGICOS: ESTRATEGIAS PSICOGERONTOLÓGICAS Y PSICOTANATOLÓGICAS DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN UN SERVICIO GERIÁTRICO

Valeria Itzel Espinosa Hernández ¹
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El incremento en el índice de personas envejecidas, la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y la creciente demanda en los servicios de salud han permitido visibilizar la importancia de la labor psicológica y el abordaje transdisciplinario en instituciones de salud y servicios de atención al adulto mayor. La finalidad del presente documento consistió en identificar y definir algunos indicadores de atención psicológica en un servicio geriátrico para el planteamiento de estrategias psicogerontológicas y psicotanatológicas en Cuidados Paliativos Psicológicos. El estudio se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa, investigación-acción participativa y entrevistas a profundidad. Se trabajó con 90 pacientes de estancia no determinada y en condiciones de riesgo por fallecimiento, identificando y definiendo diferentes categorías, a partir de un análisis multinivel desde el enfoque de Caos y Complejidad y el enfoque Basado en Evidencias. Se propone incorporar a la práctica de los Cuidados Paliativos los Cuidados Paliativos Psicológicos a través del planteamiento de

¹Colaboradora del Programa de Investigación en Psicología del Envejecimiento Tanatología y Suicidio, Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. De los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México. Correo electrónico: valpsicg@gmail.com

algunas estrategias que posibiliten orientar, acompañar y brindar soporte al paciente, cuidador, familiares o personal de salud involucrado durante la estancia hospitalaria y en los momentos finales de vida.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos Psicológicos, Psicogerontología, Psicotanatología, Acompañamiento al final de la vida, Caos y complejidad, Transdisciplina.

PALLIATIVE PSYCHOLOGICAL CARES: PSYCHOGERONTOLOGY AND PSICOTHANATOLOGY ATTENTION AND SUPPORT STRATEGIES IN A GERIATRIC SERVICE

ABSTRACT

The elderly population increase, the prevalence of chronic degenerative diseases and the growing demand in health services has made visible the importance of psychological tasks and transdisciplinary approach in health institutions and care services to elder people. The objective of this article was to identify and define some indicators of psychological support to approach psychogerontology and psychotanatology strategies in Psychogerontological Palliative Cares in a geriatric service. This study was conducted through qualitative methodology, participatory research-action and in-depth interviews. The research was based on 90 patients in risk of death with no-determined hospitalization stay. Indicators and categories were identified and defined through multilevel analysis from Chaos and Complexity approach and evidence-based psychology. Finally, it is proposed to incorporate the Palliative Psychological Cares using strategies to guide, give support and accompaniment patients, their families and health staff at the end of life.

Key words: Palliative Cares, Palliative Psychological Cares, Psychogerontology, Psychotanatology, Accompaniment at the end of life, Chaos and Complexity, Transdisciplinary.

En México el tema del envejecimiento ha adquirido relevancia debido al impacto histórico de la transición demográfica y epidemiológica visibilizada a partir de las últimas décadas. La tendencia señala un incremento en la esperanza de vida de la población y con ello, un aumento de enfermedades crónico degenerativas que comprometen la calidad de vida y la demanda en la atención brindada al adulto mayor en los servicios de salud (Consejo Nacional de Población, 2014).

En respuesta a las necesidades actuales de población adulta mayor, fueron planteadas las acciones introducidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012,

impulsando la gestión de diversos programas de salud y atención gerontológica a nivel público y privado, creación de políticas públicas, y la apertura de servicios especializados de atención geriátrica en sistemas pertenecientes al ISSSTE e IMSS (Vivaldo y Martínez, 2013).

A su vez, son recientes y significativos los avances en medicina paliativa y la creación de unidades especializadas en cuidados paliativos (Salomón-Salazar, et. al., 2008), cuya finalidad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares que se encuentran en una condición amenazante para la vida, a causa de alguna enfermedad a través de la prevención y alivio del sufrimiento, tratamiento del dolor y la atención a necesidades psicosociales y espirituales (Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, 2010).

EL PROBLEMA DE CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En siglos pasados el tratamiento médico que se proporcionaba a quienes padecían alguna enfermedad, consistía en brindar una serie de cuidados destinados a aliviar los síntomas resultantes del curso y desarrollo natural del padecimiento. Existían lugares específicos donde se llevaban a cabo dichas acciones; además de la labor médica, la iglesia tenía un papel preponderante en el acompañamiento de peregrinos y enfermos cuya condición de salud era delicada. En ese entonces el cuidado al adulto mayor no recibía atención especial a menos que pertenecieran a grupos específicos de viajeros, viudos o enfermos (Leal, Flores y Borboa, 2006).

De acuerdo con el origen etimológico de los Cuidados Paliativos el término “paliativo” proviene del latín *Pallium* haciendo referencia a un manto o cubierta, cuya función radica en disminuir o hacer más soportable algo negativo (Pessini y Bertachini, 2006). Es común que durante la práctica profesional, se distorsione dicha concepción al asumir erróneamente que aliviar es sinónimo de evitar el dolor, el sufrimiento o la muerte.

El dolor según Costa (2016), es una manifestación sensorial asociada a un daño o alteración tisular y que al tratarse de una vivencia posee una dimensión

subjetiva. El sufrimiento, retomando la definición de Cassell (1992 citado en: Bayes, 1998 y Costa, 2016), es un estado de aflicción o malestar asociado a acontecimientos que ponen riesgo en la integridad de la persona o pérdida de control del entorno cotidiano. Ante ello, se ponen en manifiesto implicaciones emocionales que involucran interrogantes existenciales y espirituales acerca del sentido de la vida, o la muerte, que construyen la manera en que la persona percibe, valora su vida y afronta su papel en ella (Rousseau, 2000).

En este sentido, proporcionar alivio iría encaminado a *“aligerar un peso”* y con ello la labor profesional radicaría en acompañar a la persona y a los familiares, rompiendo con los estigmas culturales y sociales en donde las acciones de cuidado y acompañamiento sólo pueden llevarse a cabo por el personal religioso y el profesional de la salud tiene la total responsabilidad de *“curar y resolver”* (Ortega y López, 2005).

Lo anterior posee implicaciones en la manera en cómo se construyen los criterios y procedimientos para brindar cuidados paliativos; la Norma Oficial Mexicana publicada en el Diario Oficial de la Federación (2014), señala la importancia de la participación interdisciplinar para llevar a cabo dichas acciones posibilitando la consecución del bienestar, proporcionando calidad de vida, una muerte digna, favoreciendo la autonomía de la persona y la familia, y evitando medidas de obstinación terapéutica que contribuyan a la prolongación de la agonía.

CUIDADOS PALIATIVOS PSICOLÓGICOS: UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN

El desarrollo y ejercicio del campo de la psicología en los recientes espacios especializados y en los diferentes momentos de atención al adulto mayor, se ha convertido en una prioridad y en un punto eje para su articulación y retroalimentación con diversas áreas de conocimiento, tales como la gerontología y la tanatología, encargadas del estudio del proceso de envejecimiento y el morir respectivamente.

En la práctica clínica se observa el impacto emocional derivado por la presencia de enfermedades y cercanía explícita o implícita de la muerte; al respecto Fernández, et al. (2004), mencionan que existen intervenciones mayoritariamente

cognitivo-conductuales destinadas principalmente a pacientes oncológicos que responden a la identificación y control de síntomas psicológicos cuyas técnicas han demostrado ser eficaces y coadyuvantes, ante procesos de adaptación y afrontamiento a la enfermedad, adherencia al tratamiento, control de estrés, regulación emocional y el desarrollo de habilidades facilitando la comunicación entre la familia y el personal de salud. Por otra parte, también se retoman algunas técnicas de orientación psicodinámica, sistémica y la revisión de textos de apoyo que se han centrado en el manejo del duelo, significado y espiritualidad (Barbero, 2008; Kübler-Ross, 1974; Block, 2001).

La experiencia clínica ha permitido observar que en condiciones en las que el adulto mayor hospitalizado se encuentra bajo sedación paliativa, presenta un grado moderado de demencia, condiciones que le impiden comunicarse verbalmente o que están comprometidas por su entorno, pueden verse limitadas dichas intervenciones al existir una tendencia a tecnificar la labor psicoterapéutica lo que imposibilita visualizar el fluir propio del comportamiento y excluir procesos inconscientes presentes antes, durante y después del diagnóstico de la enfermedad o del fallecimiento de la persona.

La investigación psicológica y tanatológica con respecto a fenómenos que acontecen alrededor de la muerte y su impacto en la población adulta mayor es escasa, predominando enfoques con visión médica-biológica o investigaciones provenientes de fuentes informales y sin claridad metodológica. La atención y el acompañamiento psicotanatológico requiere de formación, actualización y supervisión profesional que permita el uso de estrategias y habilidades psicoterapéuticas (Quintanar y García, 2010), para lo cual es imprescindible complementar la investigación psicológica con aspectos gerontológicos, tanatológicos y metodológicos que permitan a través de principios psicológicos distinguir comportamientos vinculados en diferentes niveles y orientar a otros profesionales en su manejo.

Zarebski (2015), trabajando desde un enfoque de complejidad, señala que incorporar la experiencia subjetiva al estudio del proceso de envejecimiento ha implicado el desarrollo y gestión de otras formas de aproximación, en las que es

necesario un replanteamiento de paradigmas hegemónicos, y un intercambio inter y transdisciplinario para la definición y formulación de abordajes que engloben, conceptual y metodológicamente, estrategias que posibiliten una atención integral al adulto mayor.

Bajo ésta línea, Quintanar y García (2010) desde el enfoque de caos y complejidad y retomando los principios psicológicos de proceso grupal, psicoterapia Gestalt, teoría sintérgica de Jacobo Gringberg, teoría Junguiana y el enfoque de Curso de Vida, enfatizan que la labor del psicólogo es primordial para la identificación de formas de comportamiento vinculadas al suceso o proceso de morir, observando que se cumplen condiciones que acontecen regularmente en diferentes niveles y estados de conciencia, señalando la dinámica y naturaleza de procesos que posibilitan la anticipación de situaciones críticas, prevención de riesgos, intervención y acompañamiento, considerando la historia y curso de vida personal y familiar.

Tales observaciones fueron descritas también en estudios realizados por Kastenbaum (1986) y retomados por Quintanar (2011), quien explicita la importancia de la Psicología Basada en la Evidencia, un enfoque que surge a partir de la investigación clínica con la finalidad de fundamentar las acciones y procedimientos de intervención psicológica, proporcionando evidencia válida y aplicable, con sustento metodológico. Lo anterior implica que la labor del psicólogo evite tecnificarse y puedan retomarse principios psicológicos que posibiliten observar en diferentes niveles la manera en cómo se manifiesta el comportamiento en los momentos próximos a la muerte.

Por tal motivo, dentro de la práctica médica de los Cuidados Paliativos es importante considerar a manera de complemento, las aportaciones de los Cuidados Paliativos Psicológicos que pueden definirse como el conjunto de estrategias aplicadas a la observación de procesos y abordajes de tipo psicológico en cuatro momentos por los que atraviesan la familia, el paciente y el personal de salud: (1) antes de que la enfermedad se manifieste, (2) durante el periodo de diagnóstico y comienzo del tratamiento médico, (3) avance de la enfermedad y

cercanía de la muerte, y (4) después de la muerte del paciente (Haley, Larson, Kasl-Godley, Neimeyer y Kwilosz, 2003).

Lo anterior incluye integrar aspectos gerontológicos y tanatológicos con fundamentos psicológicos en el apoyo, soporte y acompañamiento a la familia y paciente así como la capacitación y orientación a profesionales de la salud con respecto al manejo de situaciones psicológicas críticas presentes durante el proceso con la finalidad de:

- Preservar la calidad de vida y procurar la muerte digna en pacientes que se encuentren al final de la vida.
- Brindar acompañamiento y soporte para la completud de experiencias no resueltas.
- Fomentar la autonomía y la capacidad de tomar decisiones en momentos críticos evitando alargar el dolor o el sufrimiento innecesariamente.
- Reconocimiento y resignificación de acontecimientos vitales presentes a lo largo de la vida.
- Recuperar proyecto y sentido de vida a través de la utilización de recursos personales, espirituales y culturales.

Ante éste panorama la finalidad del presente estudio consistió en identificar y definir algunas pautas de atención psicológica para el planteamiento de estrategias psicogerontológicas y psicotanatólogicas que puedan incorporarse a los Cuidados Paliativos Psicológicos y que posibiliten orientar, acompañar y brindar soporte al paciente, cuidador, familiares o personal de salud involucrado durante la estancia hospitalaria y en los momentos finales de vida.

MÉTODO

La presente investigación es de tipo cualitativa, observacional, exploratoria y longitudinal, a partir de la metodología de Investigación Acción Participativa, mediante el Enfoque Basado en Evidencias y considerando estrategias de análisis

multinivel del enfoque de Caos y Complejidad (López, 1998; Quiñones y Hayes, 2003).

Participantes

El estudio se llevó a cabo con 90 pacientes de estancia no determinada de hospitalización, a partir de la colaboración de 3 años con el servicio geriátrico del Hospital Regional No. 72 en Tlalnepantla, Estado de México. Los pacientes suelen ser acompañados principalmente de familiares, y en ocasiones de profesionales contratados como cuidadores o enfermeras temporales. Tienen un rango de edad de 60 a 98 años, con distintos tipos de padecimientos, algunos con tratamiento curativo y otros en tratamiento paliativo. Son pensionados o con derecho al servicio médico. Al mismo tiempo se trabajó con cuidadores y con el personal de salud involucrado en el área tanto de enfermería como medicina, incluyendo personal de base y residentes.

Procedimiento

Se realizaron sesiones de acompañamiento y orientación a pacientes, cuidadores y personal de salud con un rango variable de duración de 15 a 90 minutos, dos veces por semana durante tres años consecutivos. El proceso de identificación de pautas de atención y creación de estrategias psicogerontológicas y psicotanatológicas se realizó en las siguientes fases de manera dinámica y simultánea, con apoyo de bitácoras de trabajo, fotografías, análisis de video y notas de supervisión.

Fase 1. Observación Participativa

Se realizó revisión de 90 casos sugeridos por los médicos y/o enfermeras del área, además de un recorrido general por cama por medio de entrevistas a profundidad semi-dirigidas tomando en cuenta aspectos de la Valoración Geronto-Geriátrica Integral (2011) y del formato básico de Historia Clínica Tanatológica diseñado para el presente estudio contemplando las siguientes dimensiones de observación:

- a) Datos demográficos
- b) Historia clínica (condición de salud, motivo de hospitalización, tiempo de estancia hospitalaria y alternativas médicas propuestas)
- c) Red de apoyo familiar (Información acerca del cuidador o acompañante)
- d) Dinámica familiar
- e) Fechas de eventos significativos y muertes cercanas
- f) Aspectos ambientales (Características del hogar y del entorno en donde vive, riesgo de caídas)
- g) Actividades de la vida diaria
- h) Afrontamiento y actitud ante momentos críticos
- i) Presencia de preocupaciones y asuntos inconclusos
- j) Prácticas y necesidades religiosas o espirituales

Fase 2. Identificación de demandas o indicadores de atención

A partir de la literatura y del registro de los casos atendidos se procedió a identificar, definir y categorizar indicadores a partir un modelo de análisis multinivel de observación y atención psicogerontológica y psicotanatológica, dichos niveles fueron planteados por Quintanar y García (2010) y retomados a partir de las investigaciones realizadas por Quintanar y López (2017):

- a) *Nivel sensoperceptual*: Es el nivel elemental de análisis en el que destacan aspectos de índole neuropsicológica y neurofisiológica, cuyo nivel de observación es desde lo corporal.
- b) *Intrapsíquico-psicológico*: Refiere a manifestaciones que responden a cargas emocionales conscientes o inconscientes manifestadas durante el proceso psicoterapéutico.
- c) *Interpersonal*: Destacan elementos propios a los vínculos dentro de la dinámica familiar, vínculos con el entorno y relaciones intergeneracionales.
- d) *Contexto social*: Engloba aspectos propios al escenario físico, ambiental, contexto social, momento histórico y aspectos culturales.

Fase 3. Elaboración de estrategias de atención

Una vez identificados algunos indicadores, la revisión de literatura especializada y la lectura simultánea de la dinámica del entorno se generaron estrategias de atención que fue necesario explicitar a través de sesiones de orientación, apoyo, acompañamiento, canalizaciones a servicios y seguimiento domiciliario. De acuerdo a los diferentes momentos durante la estancia hospitalaria, las estrategias psicogerontológicas y psicotanatológicas se generaron y organizaron de la siguiente manera:

1. *Valoración inicial.*
2. *Orientación y contención.*
3. *Acompañamiento y soporte.*
4. *Cierre y seguimiento.*

Fase 4. Supervisión profesional

Al finalizar la revisión de los casos, se realizaron sesiones de supervisión con especialistas en Psicogerontología y Psicotanatología, en las que se abordaron los siguientes puntos: a) Revisión de principios psicológicos y planteamientos teóricos en Terapia Gestalt, Proceso Grupal, Tanatología, Teoría Sintérgica de Jacobo Gringberg y Teoría Jungiana a través del Enfoque de Caos y Complejidad; b) Análisis de recursos metodológicos de Investigación Cualitativa, Psicología Basada en la Evidencia e Investigación-Acción; c) Revisión de estrategias y técnicas psicoterapéuticas y d) Revisión y análisis del proceso e implicación personal y profesional tomando en cuenta la vivencia y proceso corporal.

A continuación se procedió a analizar los resultados donde se describe los momentos, la dinámica y la construcción de categorías de análisis de comportamiento resultantes del proceso de trabajo.

RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se logró el objetivo planteado dado que pudieron detectarse algunos indicadores de atención para la

elaboración de estrategias psicogerontológicas y psicotanatólogicas en Cuidados Paliativos Psicológicos que posibilitaron brindar soporte y acompañamiento a pacientes, familiares y personal de salud. Para fines de organización de los resultados obtenidos se procederá mostrar a través de tablas algunos indicadores demográficos identificados, posteriormente el análisis de categorías realizado y finalmente las estrategias de atención propuestas detallando algunos indicadores de cambio observados.

En la siguiente tabla se describen algunos indicadores presentes en los adultos mayores y cuidadores atendidos. El rango de edad de los pacientes fue de 60 a 98 años, mientras que el rango de edad de los cuidadores presentes osciló entre los 17 y 78 años, predominando el género femenino en ambos casos. La mayoría de los pacientes señalaron estar casados(as), mientras que un porcentaje menor indicó estar viudo(a) o divorciado(a). Por el contrario, en los cuidadores destacó el estar soltero (a) o divorciado(a), mientras que un menor porcentaje señaló estar casado(a) o viudo(a). La mayoría de los pacientes únicamente cursó la educación primaria, mientras que los cuidadores y familiares señalaron en su haber concluido el bachillerato o la secundaria. El nivel socioeconómico fue medio-bajo, señalando la presencia de padecimientos crónicos-degenerativos tales como diabetes, enfermedades isquémicas e hipertensión arterial en ambos casos. El rango de hospitalización fue de una semana a dos meses. Se observaron casos en los que el adulto mayor no se encontraba acompañado y otros en los que se encontraban de uno a seis familiares con rol de turno.

<i>Indicadores demográficos</i>	<i>Adultos mayores hospitalizados</i>	<i>Cuidadores</i>
<i>Rango de edad</i>	60-98 años	17-78 años
<i>Porcentajes de Género</i>	Mujeres 65% Hombres 35%	Mujeres 75% Hombres 25%
<i>Estado civil</i>	Soltero (a) 2% Casado (a) 45% Viudo (a) 28% Divorciado (a) 25%	Soltero (a) 32% Casado (a) 26% Viudo (a) 13% Divorciado (a) 29%
<i>Escolaridad</i>	Educación Primaria 85% Educación Secundaria técnica 6% Bachillerato 5% Licenciatura 4%	Secundaria 30% Bachillerato 45% Licenciatura 25%
<i>Nivel socioeconómico promedio</i>	Bajo - Medio	Bajo - Medio
<i>Incidencia de padecimientos</i>	Isquémicos 20% Diabetes 16% Hipertensión Arterial 15% Infecciones respiratorias agudas 12% Insuficiencia renal 12% Deterioro cognitivo 11% Cáncer 9% Demencia 5%	Diabetes 43% Isquémicos 29% Hipertensión Arterial 28%
<i>Rango de tiempo de estancia hospitalización</i>	1 semana a 2 meses	
<i>Rango de familiares presentes durante el proceso hospitalario</i>	0 a 6 familiares	

Tabla 1. Indicadores demográficos de pacientes y cuidadores durante la estancia hospitalaria.

A partir de las entrevistas y observaciones realizadas se proponen las siguientes categorías elaboradas a partir de un análisis multinivel de la información obtenida de los casos abordados arrojando algunos indicadores de atención psicológica en distintos niveles. Cabe señalar que los niveles de observación descritos son incluyentes y dinámicos entre sí, permitiendo englobar a cada categoría atributos correspondientes a diferentes niveles de observación.

<i>Indicadores de atención psicológica</i>		
<i>Nivel de observación</i>	<i>Categoría</i>	<i>Descripción</i>
<i>Nivel sensorial</i>	<i>Respuestas sensoriales.</i> Son manifestaciones neuropsicológicas y neurofisiológicas del individuo ante estimulaciones específicas (externas e internas).	Ante el proceso y desarrollo de la atención y acompañamiento fueron observados en pacientes, familiares y personal de salud respuestas neurofisiológicas tales como: sudoración, cambios en la tonalidad de la piel en el pecho y rostro, ritmos respiratorios sincronizados entre pacientes, cuidadores y terapeuta, cambios en las expresiones corporales como tensión o relajación del rostro, hombros y espalda, entre otras. Así mismo, fueron observables reacciones con base neuropsicológica reflejadas en los procesos de atención, orientación, memoria y lenguaje.

<p><i>Nivel Intrapsíquico-psicológico</i></p>	<p><i>Estados alterados de conciencia.</i> Son cambios en el grado o nivel de conciencia con implicaciones en el estado de alerta. Éstos pueden ser a) Patológicos: Causados por alguna alteración bioquímica o lesión a nivel cerebral. b) Naturales: Presencia de sueños oníricos principalmente al momento de dormir. c) Trascendentes. Experiencias obtenidas a través de la meditación o en la cercanía de un momento crítico, por ejemplo: cercanía de la muerte, agonía prolongada, experiencias al borde de la muerte y experiencias no convencionales (Kastenbaum, 1968; Quintanar y García, 2010).</p>	<p>Dichos estados alterados de conciencia pudieron observarse en distintos momentos y condiciones: a) condiciones de sedación paliativa b) presencia de deterioro cognitivo, trastorno psiquiátrico o demencia c) experiencias fenomenológicas oníricas cotidianas, y d) experiencias o sucesos alrededor de la muerte causando confusión en la familia y personal de salud, etiquetándolos desde una visión médico-biológica en varias ocasiones como “alucinaciones”, “estados confusionales” o sucesos “místicos o misteriosos”, limitando los vínculos y la comunicación con el paciente.</p>
	<p><i>Contención emocional.</i> Estado de resistencia y sobrecarga emocional, manifestado a través de respuestas sensoperceptuales, corporales y emocionales.</p>	<p>Se observó dificultad en el reconocimiento explícito de emociones manifestándose a través de sensaciones de agotamiento, cansancio, molestia, contracturas corporales en hombros y espalda, cambios en coloración en la piel y tensión en el rostro, enojo, tristeza, desesperanza y dolor.</p>
	<p><i>Angustia ante la incertidumbre.</i> Estado de malestar o aflicción ante un suceso del cual no se tiene certeza y seguridad.</p>	<p>Fue observado que al no tener certeza acerca del pronóstico o expectativas en la recuperación en el paciente la enfermedad y la muerte eran etiquetadas en su mayoría como “desgracias”, generando preocupaciones y cuestionamientos como: <i>¿cómo va a terminar mi vida?, ¿por qué a mí?, ¿por qué me encuentro en ésta condición?</i></p>
	<p><i>Anticipación de la muerte.</i> Reconocimiento de señales y acciones ocurridas ante la proximidad de la muerte: cierre de ciclos en fechas importantes, resolución de asuntos inconclusos, despedidas anticipadas, presencia de peticiones y encargos.</p>	<p>La mayoría de los familiares de personas que se encuentran al final de la vida o en alguna condición crítica de salud señalaron haber identificado acciones catalogadas como “<i>fuera de lo común</i>”, tales como despedidas anunciadas, encargos “<i>cuando ya no esté, quiero te hagas cargo de tu hermano menor</i>”, cambios de actitud, expresiones de agradecimiento o perdón y solicitudes para reunir a la familia, arreglar el testamento, herencia o gastos funerarios. Los pacientes señalaron haber soñado con ciertas personas, con simbolismos religiosos como ángeles, dios, viajes a otros lugares, entre otros mientras dormían o haber percibido la visita de alguna o algunas personas que ya fallecieron. Fue interesante observar que, en los momentos finales, tras resolver algún pendiente o completar la experiencia, acontecía la muerte horas, días o</p>

	<p>2-3 semanas después. El personal de salud, no es indiferente ante tales acontecimientos, señalando que a menudo observan patrones como fallecimientos seriados y consecución de la muerte después que el paciente se reunió con el familiar que esperaba.</p>
<p><i>Asuntos pendientes o inconclusos.</i> Experiencias individuales o compartidas no resueltas o incompletas que generan angustia o preocupación, sensación de insatisfacción o vacío.</p>	<p>Ésta categoría se presentó bidireccionalmente en la mayoría de los pacientes y familiares, manifestando la preocupación por algún integrante de la familia con alguna condición discapacidad, soledad o problemas de adicciones; falta de comunicación o deseo de ver a algún familiar que se encontraba lejos o que hacía tiempo no tenían contacto; deseo de comunicar algo que no se había expresado anteriormente; secretos familiares; presencia de duelos no resueltos por fallecimientos recientes y de tiempo atrás o la ausencia de organización y realización de trámites testamentarios y económicos. Así mismo, se hizo manifiesta la necesidad de pedir perdón, expresar gratitud o culpa, señalar algunas peticiones o demandas particulares a determinados integrantes de la familia.</p>
<p><i>Acontecimientos vitales.</i> Eventos o sucesos dentro del curso de vida, que determinan o modifican la dinámica cotidiana y los vínculos interpersonales, poseen un impacto en el sentido y proyecto de vida además de evidenciar fragilidades personales y familiares (Quintanar y Taracena, 2008).</p>	<p>La decisión de tener pareja, casarse, tener hijos, la partida de ellos, cambios de domicilio, el padecimiento de alguna enfermedad, las pérdidas, jubilación, eventos históricos, desastres naturales, la muerte, entre otros, son ejemplos de momentos críticos. Cuando se presentan dichos acontecimientos se evidencian las decisiones tomadas durante el curso de vida, la dinámica y vínculos construidos, los cuales en la mayoría de las ocasiones no fueron previstos. Algunas personas identificaron dichos momentos como “desgracias”, mientras que en algunos casos fueron concebidos como “oportunidades de aprendizaje o de vida”.</p>
<p><i>Fechas significativas.</i> Momentos definidos e identificados con intensa carga emocional e importancia para la persona, familia o colectivo.</p>	<p>Con frecuencia los pacientes y familiares hacían referencia al acontecimiento de sucesos cercanos a alguna fecha especial para ellos, como cumpleaños, aniversarios de bodas, fallecimientos, navidad, año nuevo, día de las madres y día del padre.</p>
<p><i>Sentido de vida y muerte.</i> Maneras personales de interpretación y afrontamiento en situaciones diversas, determinando consciente o inconscientemente el actuar cotidiano.</p>	<p>Algunos casos de pacientes en condiciones delicadas, y familiares reconocieron con facilidad, logros, satisfacciones y gratificaciones en su vida, manifestando sentirse satisfechos con todo lo vivido e incluso preparados para morir o para afrontar la muerte del paciente. Por otro lado, también hubo casos en los que se presentó dificultad para reconocer dichos logros</p>

		<p>personales, prevaleciendo actitudes desesperanzadoras ante el futuro, miedo a la muerte o al sufrimiento propio o del familiar. Generalmente dichos temores estaban permeados por la presencia de conflictos familiares, asuntos pendientes personales y familiares o carencia de sentido y proyecto de vida personal.</p>
	<p><i>Proyecto de vida.</i> Idea, o esquema sobre la realización o consecución de un logro personal, direccionado hacia al futuro.</p>	<p>Los apegos y confusión de roles familiares, condiciones de colapso en el cuidador y la resistencia a los cambios comprometieron, en gran medida, a que algunos pacientes y familiares pensarán en un proyecto de vida personal. Así mismo, en repetidas ocasiones los pacientes señalaron no haber pensado en eso argumentando “<i>Ya para qué, si ya estoy viejo</i>”.</p>
<p><i>Nivel Interpersonal</i></p>	<p><i>Reconocimiento de la vejez.</i> Disponibilidad para admitir y aceptar la condición de adulto mayor, sus implicaciones físicas, psicológicas, sociales y personales.</p>	<p>Resaltó una tendencia a identificar la vejez a través de la aparición de enfermedades, molestias o la incapacidad para realizar determinadas actividades. Predomina la percepción de que ser viejo es sinónimo de enfermedad, incapacidad y preocupación por no querer causar molestias a los hijos. Los familiares también manifestaron dificultad en asumir la condición del adulto mayor e incluso mencionaron no haber pensado en su envejecimiento propio.</p>
	<p><i>Reconocimiento de la enfermedad.</i> Disponibilidad para admitir y aceptar la condición de salud, sus implicaciones físicas, psicológicas, sociales y personales.</p>	<p>Destacó la inclinación por percibir la enfermedad como castigo y desgracia. Dicha percepción, en su mayoría, estaba acompañada por la carencia de responsabilidad en el autocuidado y dificultad para realizar adaptaciones o cambios necesarios. En algunos casos estuvo presente el reconocimiento de que su condición actual había sido resultado de decisiones y estilos de vida que se mantuvieron a lo largo de la vida.</p>
	<p><i>Actitud ante la muerte.</i> Postura personal y colectiva de pensar y vivenciar la muerte, influenciada por aspectos culturales, religiosos y espirituales.</p>	<p>En algunos casos fue notoria la dificultad para hablar de la muerte con naturalidad, entre pacientes, familiares y personal de salud, evitando tocar el tema, o, por el contrario, mostrando actitudes de rechazo y negación de la inminente probabilidad de fallecimiento. Una muestra de ello fueron expresiones por parte de los familiares como “<i>Échale ganas, te queremos de regreso en la casa</i>”, “<i>Vas a salir de ésta, todo está bien</i>”, sin tomar en cuenta los deseos y sentir del paciente a pesar de que algunos pacientes manifestaban indirectamente a la familia sentirse cansados y con deseos de partir. Por otro lado también hubo casos en que la familia contemplaba el riesgo de fallecimiento y expresaban esperar el momento y acompañar al paciente “<i>hasta que dios quiera</i>”.</p>

<p><i>Colapso del cuidador.</i> Conjunto de condiciones que ponen en riesgo la integridad física, psicológica y emocional de una persona encargada de la atención de otra.</p>	<p>Entre las condiciones de riesgo identificadas se encontró la presencia de discapacidad, enfermedad o edad avanzada, lo cual comprometía la realización de ciertas actividades y su participación en el cuidado; en ocasiones la persona cuidadora, además de cuidar al adulto mayor hospitalizado, era responsable de alguien más en casa (hijo, esposo, nietos), en algunos casos también con alguna discapacidad, enfermedad, o problemas de adicciones. En cuidadores (as) jóvenes eran frecuentes los antecedentes de haber dejado de estudiar, trabajar o incluso haber dejado su relación de pareja para dedicarse al cuidado del paciente. La carencia de redes de apoyo familiar y social, problemas económicos, condiciones en que el cuidado se brinda por compromiso y resignación, los apegos, la falta de proyecto de vida y espacio personal compromete también la integridad del paciente y cuidador; hubo casos en los que debido a dificultades para el cuidado los familiares optaron por trasladar continuamente al paciente, quien, ante ello, mostraba incomodidad y deseos de permanecer en un lugar fijo.</p>
<p><i>Aislamiento social y desvinculación con el entorno.</i> Condición voluntaria o involuntaria en la que la persona se encuentra alejada de su entorno.</p>	<p>Ésta condición estuvo presente en la mayoría de los pacientes y cuidadores al expresar que dentro de sus actividades diarias, sólo se encontraba la realización de quehaceres domésticos y si salía era únicamente a realizar algunas compras, sin posibilidad de conocer y generar vínculos nuevos con personas distintas al núcleo familiar, ausencia de actividades socioculturales de interés o trascendencia personal. Por otro lado, también hubo casos en los que el adulto mayor hospitalizado se encontraba sólo o en condición de abandono.</p>
<p><i>Conflictos familiares.</i> Dificultades o disputas entre personas con algún parentesco.</p>	<p>Se observó dificultad en reconocer y diferenciar los roles familiares por falta de comunicación explícita, en muchas ocasiones los familiares evitaban informar la condición real del paciente o alguna situación familiar presente para “evitar generar preocupaciones”, por el contrario, algunos pacientes mostraron dificultad para expresarle a la familia sus deseos y sentimientos respecto a la muerte. Así mismo, fue evidenciada la manera de construcción de vínculos entre los familiares, destacando vínculos de apego familiar, distanciamiento e indiferencia y vínculos de control y sometimiento. Fueron pocos los casos en los que se tenía claridad de la situación y se hablaba de manera clara y natural los acontecimientos. Lo anterior manifestó un impacto en la toma de decisiones y en los estilos para</p>

	afrontar el proceso de enfermedad y muerte.
<i>Obstinación terapéutica.</i> Conjunto de acciones o prácticas que postergan la muerte innecesariamente.	Se observó dificultad en la toma de decisiones por parte de los familiares para aceptar, o no, reanimación o entubamiento médico. Muchas de las ocasiones dichas decisiones fueron tomadas con temor e inseguridad, y con la finalidad de postergar la muerte. En algunos casos sí fue tomada en cuenta la decisión del paciente. Así mismo se observó la necesidad de orientación al personal de salud para comunicar a los familiares, de manera clara, las consecuencias de dichos procedimientos u otras alternativas propuestas.
<i>Aspectos institucionales.</i> Actividades de organización y prácticas determinadas por la institución para brindar atención en la salud pública.	Las instituciones de salud pública cuentan con servicios y procedimientos protocolizados que difícilmente cubren las necesidades particulares de los pacientes, familiares y el personal que labora en la institución. Los tiempos largos de espera para recibir atención, personal insuficiente y las demandas excesivas al personal de salud, los espacios reducidos y poco cómodos son ejemplos de condiciones que comprometen el bienestar de las personas que comparten el espacio. La información brindada en su mayoría es poco clara y confusa referente al servicio o procedimiento a seguir para los pacientes y familiares. Se observó dificultad en la coordinación entre los diversos planes asistenciales.

Tabla 2. Indicadores de atención psicogerontológica y psicotanatológica en un servicio geriátrico.

Finalmente se describen las fases resultantes del proceso de atención que se llevó a cabo, los aspectos a tomar en cuenta en cada fase y se explicitan algunas estrategias en Cuidados Paliativos Psicológicos para encausar el abordaje psicogerontológico y psicotanatológico en la participación interdisciplinaria con otros profesionales de la salud.

Fase del proceso de atención	Aspectos a tomar en cuenta	Estrategias psicogerontológicas y psicotanatológicas.
<p>1. <i>Reconocimiento.</i> Identificación y valoración de la condición general en la que se encuentra el paciente, cuidador y/o familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condición de recuperación por hospitalización o intervención médica ambulatoria. ▪ Condición de incertidumbre por diagnóstico o tratamiento médico no definido. ▪ Condición crítica o delicada que incrementa los riesgos de fallecimiento. ▪ Momentos finales, previo al fallecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Impresión clínica.</i> Reconocimiento e identificación de sensaciones corporales del terapeuta. ▪ <i>Ubicación temporal-espacial.</i> Acercarse a la persona de manera cordial, cercana, saludando, presentándose, y preguntando el nombre y edad de la persona, fecha de cumpleaños. Si la persona se encuentra bajo sedación paliativa, de igual manera, es importante dirigirse al paciente presentándose y estableciendo contacto físico gradual al mismo tiempo que se le pide permiso para ser acompañado "<i>Buenos días, Sr (a) M. mi nombre es V. E. del área de psicología, permítame acompañarle a usted y a su familia.</i>" ▪ <i>Consciencia de la condición actual.</i> Preguntarle acerca del tiempo y motivo de hospitalización, y cómo se siente en estos momentos.
<p>2. <i>Orientación y contención.</i> Identificación de las necesidades del paciente, cuidador o familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presencia de preocupaciones o pendientes. ▪ Escuchar con atención acerca de lo que el paciente refiere y aquello que evita mencionar. ▪ Explorar e identificar red de apoyo familiar, quién le acompaña. ▪ Presencia de eventos o fechas significativas cercanas. ▪ Identificar presencia de apegos o conflictos familiares que preocupan a la persona y señalarlos explícitamente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Darse cuenta.</i> Ubicar y posibilitar la autoconciencia de la presencia de emociones y sensaciones corporales que se generan y que suelen negarse. Si el paciente sólo hace referencia a malestares físicos, hacer preguntas tales como: ¿Sr(a) M. hay algo que le preocupe en estos momentos?, tomando en cuenta el tono de la voz, la mirada y la tonalidad de la piel. ▪ <i>Yo-Tú.</i> Diferenciación de la relación y roles dentro de la dinámica familiar. Darle lugar a aspectos que permitan designar responsabilidades para evitar confundir los roles y los vínculos familiares. ▪ <i>Movilización de entornos.</i> Modificación de esquemas y vínculos establecidos con el entorno que comprometen la adaptación a nuevas situaciones.
<p>3. <i>Acompañamiento y soporte</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar duelos no resueltos, o situaciones inconclusas que generan preocupación. ▪ Reconocimiento de eventos significativos para el paciente o la familia: fechas de cumpleaños cercanos, aniversarios de boda o fallecimiento, muertes o eventos importantes cercanos. ▪ Identificar sueños recientes de la persona o eventos que le hayan llamado la atención. ▪ Reconocimiento de situaciones que llevaron a la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Uso del discurso.</i> Cerrando asuntos inconclusos: "<i>Date el permiso de dejar lo que ya no te toca resolver, tienes derecho a...</i>". Favorecer la expresión de emociones o catarsis a través de señalamientos como: "<i>Noto que cuando me comenta esta situación se le corta la voz</i>", acompañados de anclajes corporales como tomarle ligeramente la mano o el hombro. ▪ <i>Visualización activa.</i> Fomentar a través de ejercicios de relajación la construcción de espacios personales de reflexión re reconocimiento través de la imaginación. ▪ <i>Silla vacía.</i> Propiciar la completud de experiencias resultantes de duelos no resueltos o situaciones inconclusas. ▪ <i>Apropiación del sufrimiento y búsqueda de sentido.</i> Retomar aspectos que le permitan a la persona transformar la experiencia, resaltando

	<p>persona a construir su condición actual o tomar decisiones a lo largo de su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar condición corporal, observar coloración de la piel principalmente en rostro y pecho y postura de hombros y espalda así como el tono de la voz y mirada. 	<p>logros personales, señalando la importancia de agradecer, perdonar y explicitar emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Favorecer las despedidas.</i> Invitar al familiar a otorgar al paciente el permiso de partir, cambiando decir “<i>échale ganas</i>”, “<i>quiero que te recuperes</i>” por “<i>Voy a acompañarte hasta que tú lo decidas</i>”, “<i>Me va a doler tu partida, sin embargo, tú ya hiciste lo necesario, me toca continuar</i>”. ▪ <i>Acompañamiento en silencio.</i> Invitar a los familiares a acompañar al paciente sin hablar, tomándole la mano o el rostro y expresar en silencio sus agradecimientos y expresar perdón.
<p>4. <i>Cierre y seguimiento.</i> Serie de señalamientos o recomendaciones finales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Señalar explícitamente la importancia del establecimiento de límites y espacio personal entre el paciente y cuidador. ▪ Tomar en cuenta y respetar rutinas cotidianas, espacios personales. ▪ Mencionar la importancia de realizar adaptaciones necesarias en acciones de la vida cotidiana y en el entorno. ▪ Explicitar la libertad que se tiene para aceptar o negarse a un tratamiento o procedimiento médico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntar a la persona cómo se queda con lo abordado durante el proceso de atención y de qué se da cuenta. ▪ <i>Reubicación corporal.</i> Invitar a la persona a cerrar los ojos, respirar profundamente y tomar consciencia de cómo se siente ahora. ▪ Favorecer pensar acerca del proyecto y sentido de vida a través de la recuperación de espacios e intimidad personal. ▪ Delegar responsabilidad en el autocuidado al cuidador y paciente.

Tabla 3. Estrategias psicogerontológicas y psicotanatológicas de atención, soporte y acompañamiento a pacientes, cuidadores o familiares y personal de salud involucrado.

Durante el desarrollo de las sesiones de acompañamiento y apoyo, pudieron detectarse indicadores de cambio en diferentes niveles presentes de manera dinámica y simultánea durante el proceso de trabajo.

A *nivel sensorio-perceptual*, durante la impresión clínica se pudieron observar respuestas neuropsicológicas básicas tales como orientación, memoria y lenguaje, al hacer preguntas sencillas como edad, fecha de nacimiento y preguntar por los integrantes que acompañan al paciente. También fueron identificadas las respuestas sensorio-perceptuales asociadas a la dinámica y sinergia del campo psicológico que se desarrolla durante el proceso de atención, lo cual realizar observaciones como “*Percibo que se encuentra muy enojada por la situación*”, “*Noto que eso le me comparte le preocupa*”. En pacientes que se encontraban bajo sedación paliativa, también fueron observadas dichas respuestas al www.revistas.unam.mx/index.php/repi www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

establecer contacto directo, al momento que el familiar presente se dirigía a él y establecía contacto físico. Posterior a ello, se observó distensión del rostro principalmente en cejas, comisura de la boca y mentón.

A nivel *intrapersonal-psicológico*, fueron identificados procesos de reajuste y equilibrio manifestados a nivel corporal, al darle lugar a la presencia de cargas emocionales percibidas en la comisura del estómago, pecho y garganta sensaciones de bloqueo, desestructura, presión o vacío, al finalizar la sesión señalaron percibir un desbloqueo corporal que les permitía pensar con mayor claridad. Los familiares refirieron percibir y reconocer que el paciente se encontraba tranquilo o preocupado a pesar de encontrarse bajo sedación paliativa. A nivel *Interpersonal* se observaron cambios en la dinámica familiar al explicitar y hablar con naturalidad temas relacionados con la muerte y las alternativas para tomar decisiones. Las personas atendidas señalaron explícitamente sentirse mejor al haber tenido un lugar personal para hablar y recibir orientación. Así mismo, fue observado un cambio de actitud en el personal médico al incluirnos dentro del proceso de atención y canalizar pacientes para atención psicológica. Es importante que el profesional de la salud tome en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Hablar con naturalidad de la vida y acontecimientos cotidianos.
- Evitar caer en la sobreprotección o tratar con ánimos de evitar preocupaciones que se creen “innecesarias”, ocultando la verdad de algún acontecimiento o hecho importante.
- Brindar información clara y detallada de la condición, tratamiento o alternativas.
- Establecer un trato empático, escucha y respeto
- Brindar derecho a la intimidad, espacio personal para cerrar ciclos, con la familia y recibir acompañamiento.
- Identificación y reconocimiento de obstáculos, obstinación terapéutica, desgaste y contención emocional.
- Buscar espacios de formación, soporte y reflexión personal y profesional.

- Solicitar orientación para el manejo adecuado de demandas de pacientes y familiares, orientación para dar malas noticias y reconocimiento del derecho a definir y diferenciar sus límites personales y profesionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los esfuerzos por alargar la vida han sido un tema de preocupación desde principios del siglo XX, el auge en el conocimiento científico y el desarrollo de tratamientos para la cura de enfermedades cambiaron el rumbo de la salud de manera trascendente. De modo que, la culminación de la vida por alguna enfermedad se considera, en muchas ocasiones, como un mal manejo y fracaso profesional.

La muerte y la vejez suelen ser fenómenos estigmatizados por actitudes de miedo, negación y rechazo, sostenidas por creencias alimentadas por las manos de un mundo globalizado en donde preservarse joven es sinónimo de funcionalidad, belleza y aporte social, mientras que el envejecimiento y la muerte no son temas que se hablen con naturalidad a pesar de su inminente presencia en la cotidianidad humana. Resultan entonces contradictorias las posturas y prácticas realizadas en la antigüedad a las actitudes tomadas hoy en día en los zapatos de la globalización.

La presencia de conflictos, pendientes, apegos familiares, negación de la muerte y dificultad para hablar de ella con naturalidad, la cercanía de eventos o fechas significativas, así como escenarios poco favorables para el adulto mayor, acentúan temores, preocupaciones y estados emocionales diversos que comprometen la toma de decisiones e impactan sobre la calidad de vida de pacientes, familiares y personal de salud involucrado.

Las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales tienen incidencia a nivel de pensamiento, conducta y afecto, si bien otras posturas poseen alcances importantes, continúan dejando afuera componentes de lo inconsciente y su manifestación en diferentes niveles de complejidad. para entender la vinculación de dichos niveles es necesario observar y describir la dinámica y flujo de los diferentes procesos psíquicos presentes no sólo en la persona si no en su entorno

cotidiano. De acuerdo a lo anterior, la práctica de los Cuidados Paliativos Psicológicos desde el enfoque de caos y complejidad posibilitó:

- Identificar, describir y diferenciar diversos indicadores potenciales que pueden ser utilizados como referentes para brindar apoyo, soporte y acompañamiento psicológico.
- Complementar información que den soporte a la evidencia en la atención en Cuidados Paliativos Psicológicos.
- Dado los niveles de análisis del enfoque de Caos y Complejidad es posible brindar al psicólogo y otros profesionales de la salud herramientas y elementos guía para abordar aspectos psicogerontológicos y psicotanatólogo, tales como la identificación de acontecimientos vitales y eventos no convencionales vinculados al proceso durante los momentos finales de vida.
- Permite contar con información inicial para el futuro desarrollo de modelos en la atención psicotanatólogica.

Desde ésta perspectiva y retomando lo planteado por Zarebski (2015) y Quintanar (2011), es reconocible el impacto y alcance que se tiene en la forma en que transcurren los procesos psíquicos ante las transiciones que se presentan a lo largo del curso de vida, y que a su vez moldean activa y continuamente la forma en que se concibe y se vivifica la experiencia otorgándole un sentido o dirección. Por tal motivo es indispensable pensar la participación y articulación transdisciplinaria en el campo psicogerontológico y psicotanatólogo.

Esto sugiere una conciliación entre el desarrollo científico y el actuar cotidiano donde, desde edades tempranas comience la construcción de comportamientos y estilos de vida saludables que prevengan llegar a la vejez con alguna discapacidad, o enfermedad grave, que comprometa la calidad de vida, y preservarla en presencia de algún padecimiento, sin el afán de extenderla innecesariamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ascencio-Huertas, L. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología en el Instituto Nacional de Cancerología. *Psicooncología*, 10 (2-13), 393-406.
- Barbero (2008). Psicólogos en Cuidados Paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psicooncología*, 5 (1) 179-191
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 4-17.
- Block, S. D. (2001). Psychological Considerations, Growth, and Transcendence at the End of Life. *American Medical Association*, 285 (22).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. México (2014). Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf
- Costa, (2016). Para comprender el sufrimiento humano. *Revista de bioética*, 24 (2), 225-34. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0225.pdf
- Fernández M., Aguirán, P., Amurrio L. M., Limonero J. T., Martínez M. y Urbano, S. (2004). Estándares de formación psicológica en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, 11 (3), 174-179.
- López, O. (1998). El paradigma de la complejidad en Edgar Morín, *Rev. Depto. De Ciencias*, 90 -114.
- Kastenbaum, R (1986). ¿Hay vida después de la muerte?. Madrid, España: Ediciones Internacionales Futuro.
- Kübler-Ross, E. (1974). Preguntas y respuestas sobre la muerte y los moribundos. Barcelona-España: Ediciones Obelisco.
- Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaria de Salud (2010). Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GP_C_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativosx1x.pdf
- Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, (2011). Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>

- Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer R. A., y Kwilosz, D. A. (2003). Roles for Psychologist in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (6), 626-633.
- Leal, Flores y Borboa (2006). La geriatría en México. *Mediagraphic*, 8 (3) 185-190.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Recuperado de:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019yfecha=09%2F12%2F2014
- Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16 (2), 143-160.
- Pessini, L. y Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Interfaces Acta Bioethica*, 12 (2).
- Salomón, M. L., Gayosso, O., Pliego, C. L., Zambrano, E., Pérez, P. y Aldrete, J. (2008). Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México. *Medicina Interna de México*, 23 (3), 224-229.
- Quintanar, F. (2011). Apoyo psicogerontológico en la atención del adulto mayor. Estrategias para cuidadores. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Quintanar, F., y García, C. J. (2010). Intervención tanatológica para la población anciana: Hacia una psicotanatología basada en la evidencia. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 2 (2), 11-23. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720002.pdf>
- Quintanar, F., y López, K. I. (2017). La ofrenda del Día de Muertos como una estrategia de psicoterapia de arte para adultos mayores. *Psicología y Salud*, 27 (1): 127-136.
- Quintanar, F., y Taracena, B. E. (2008). Reconocimiento del envejecimiento a partir de eventos significativos en ancianos rurales en México y España. *Psicología y Salud*, 18 (2), 155-164.
- Quiñones, R. M. y Hayes, L. (2003). Asuntos sociales, ciencia del comportamiento y teoría de complejidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (3), 317-327. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535307.pdf>
- Rousseau, P. (2000). The art of Oncology: When the tumor is not the target. Spirituality and the Dying Patient. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (9), 2000-2002.

Vivaldo, M. y Martínez, María de la Luz. (2013). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. Envejecimiento y Salud, una propuesta para un plan de acción. UNAM: México

Zarebski, G. (2015) El nuevo paradigma psicogerontológico latinoamericano. Conferencia. Sexto Congreso Iberoamericano de Psicogerontología, Bolivia. Recuperado de:
<http://www.redpsicogerontologia.net/xxfiles/VI%20congreso%20psicogerontologia.pdf>