



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

PPGer Programa de Posgrado en
Gerontología

Anales en *Gerontología*

Volumen 15, Número Especial, Año 2023/ 141-157
VIII Congreso Internacional de Gerontología

ISSN: 2215-4647
Ponencia- Relato de Experiencia

INTERVENCIÓN DOMICILIARIA PALIATIVA DE LAS NECESIDADES DE UN ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Patricia Salinas Chaves¹

¹ Maestría en Gerontología.

Afiliación Institucional: Investigadora Independiente, San José, Costa Rica. E-mail: psalinaschaves@hotmail.com



RESUMEN

Introducción: La intervención domiciliaria paliativa de las necesidades de una persona adulta mayor con enfermedad de Alzheimer se realiza desde una perspectiva integral y preventiva al final de la vida.

Objetivo: Analizar las necesidades de una persona adulta mayor con enfermedad de Alzheimer para conocer sus cuidados en la intervención domiciliaria paliativa.

Métodos: caso clínico real y descriptivo, se incluyó un genograma e historia clínica y 17 documentos publicados entre 2004 y 2021, se excluyeron 10 referencias. Se consideraron los criterios y argumentos de referencias bibliográficas para lo cual se colocó la cita correspondiente, no hubo conflictos de interés.

Resultados: El control de síntomas es parte del cuidado integral del paciente que se encuentra al final de la vida. La comunicación terapéutica es una habilidad imprescindible para atender a las personas con enfermedad avanzada o terminal, el apoyo a la familia es fundamental por ser la fuente de cuidados para el enfermo y su principal sistema de bienestar.

Conclusiones: las tres acciones en el control de síntomas, comunicación terapéutica y apoyo a la familia, es una alternativa paliativa para satisfacer las necesidades de una persona adulta mayor con enfermedad de Alzheimer al final de la vida.

PALABRAS CLAVE: intervención, domicilio, necesidades, enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

Introduction: palliative home intervention for the needs of an older adult with Alzheimer's disease is carried out from a comprehensive and preventive perspective at the end of life.

Objective: to analyze in the palliative home intervention, the needs of an older adult with Alzheimer's disease to know his way of being cared.

Methods: Real and descriptive clinical case, a genogram and clinical history and 17 documents published between 2004 and 2021 were included, 10 references were excluded. The criteria and arguments of the authors were considered, for which the corresponding citation was placed, there were no conflicts of interest.

Results: Symptom control is part of the comprehensive care of the patient who is at the end of life. Therapeutic communication is an essential skill to care for people with advanced or terminal illness and support for the family is essential, as it is the source of care for the patient and their main welfare system.

Conclusions: The actions in the control of symptoms, therapeutic communication, and support to the family, is a palliative alternative to satisfy the needs of an older adult with Alzheimer's disease at the end of life.

KEY WORDS: intervention, home, needs, Alzheimer's disease.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es reconocida como un reto de salud pública según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), al ser un síndrome adquirido por una causa orgánica, capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores, sin alterar el nivel de conciencia. La demencia por EA es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas adultas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para su familia y persona cuidadora, por lo que es una patología no oncológica de gran relevancia para los Cuidados Paliativos (CP) y la Gerontología (OMS, 2019, p. 3).

De acuerdo con el Informe Mundial sobre el Alzheimer [ADI] (2015), se estima que existen 46,8 millones de personas que sufren demencia en todo el mundo y se incrementará a 131 millones en el 2050, siendo la EA la principal causa. Según este reporte en América Latina, se calcula que hay 9,4 millones de casos de demencia; en relación con las proyecciones, se espera un incremento de la EA de 116% en los países de ingreso económico alto; más de 200% en los de ingreso medio y 264% en los de ingreso bajo. Asimismo, el informe menciona que el aumento de la población envejecida hace que el mayor número de personas con demencia se ubique en países de ingreso medio bajo. Conforme indica la referencia, en Costa Rica para el año 2015, aproximadamente un 6% de la población tenía EA, y 8%, deterioro cognitivo leve (DCL) (p. 20).

Por otra parte, la intervención domiciliaria paliativa en salud resulta beneficiosa para las personas con demencia porque según la OMS (2000) es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio los cuidados de atención biopsicosocial y espiritual. De igual forma, es una herramienta que busca estimular a profesionales para reconocer las necesidades de las personas enfermas con EA. Además de que permite verificar la composición del núcleo

familiar, el nivel socioeconómico del individuo, los espacios sociales, análisis del entorno familiar, así como evaluar las redes de apoyo con que cuenta la persona con demencia para mantener o mejorar su calidad de vida (p. 159). Asimismo, la intervención paliativa en el domicilio implica:

una oportunidad de realizar los cuidados a una persona adulta mayor con demencia por (EA) en un ambiente adaptado, que permite preservar las actividades familiares, sociales y el bienestar de la persona, además de proporcionar un sentimiento de no abandono en situación de terminalidad (Oliveira et al., 2015, p. 374).

A medida que la cronicidad o pluripatología avanza al final de la vida, y según lo mencionado por Fernández (2004), representa un grado de desajuste en la familia, porque la condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no solo impactan el funcionamiento familiar, también la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad se abre una crisis existencial en el paciente y una crisis emocional dentro de la familia que sufre junto con el paciente. Como resultado, la función cuidadora familiar experimenta una serie de cambios desestabilizadores que conllevan a la aparición de alteraciones sintomáticas y pueden precipitar problemas físicos y psicológicos.

De igual forma, de acuerdo con Viel (2016), las respuestas adaptativas de la familia ante esta situación de cronicidad avanzada dependerán de la estructura previa de funcionamiento como familia, de las experiencias acumuladas de afrontamiento, mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y se establecen en el tiempo histórico que les ha tocado vivir, pero sin duda, la reacción del sistema familiar ante la comunicación del diagnóstico de su ser querido supone ansiedad y tristeza.

Desarrollo

El estudio realizado fue un caso clínico real, descriptivo. Se realizó una historia clínica que permitió conocer los antecedentes clínicos del paciente, y el examen físico completo para obtener información del estado de salud del adulto mayor; se confeccionó un genograma que registró de manera gráfica y resumida a los miembros de la familia, así como las relaciones que mantienen entre ellos. Se realizó un apoyo bibliográfico en 5 libros digitales y físicos, 1 tesis, 10 artículos publicados en revistas científicas especializadas y electrónicas. La información fue analizada de manera crítica, comparativa y sistemática, con el propósito de filtrar los de mayor contribución conceptual y metodológica en el análisis del estudio. Se consultó un documento sobre las consecuencias de la demencia, análisis de prevalencia, incidencia, costo y tendencias.

Se realizaron criterios de búsqueda en los siguientes buscadores; Elsevier, Google Scholar, Pubmed, Scopus, Redalyc, Dialnet y Scielo, Science Direct, E-brary y J-Store. Se incluyó un total de 17 documentos publicados entre 2004 y 2021, en el idioma español y en temas como: enfermedad de Alzheimer, intervención domiciliaria paliativa, enfermedad crónica y pluripatología, la familia en la enfermedad, el genograma, control de síntomas, rol de los cuidados paliativos, comunicación terapéutica y al final de la vida, apoyo a la familia como fuente de cuidado en la enfermedad, autocuidado, estrategias de intervención para la familia y cuidador principal. Se excluyeron 10 documentos por no tener relación con el objeto de estudio. Se utilizaron las siguientes palabras claves en español: intervención, domicilio, necesidades, enfermedad de Alzheimer con su respectiva traducción al idioma inglés: intervention, home, needs, Alzheimer's disease.

Análisis De La Información

De acuerdo con los objetivos de la investigación, se plantearon los siguientes subtemas: necesidades de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer en el domicilio y una intervención domiciliar paliativa integral desde el control de los síntomas, comunicación terapéutica y apoyo a la familia al final de la vida.

Consideraciones Éticas

Se consideraron los criterios y los argumentos de personas autoras consultadas para lo cual se colocó la cita correspondiente. La veracidad de la información fue norma obligatoria en todo el proceso investigativo, no hubo conflictos de interés.

Resultados

Historia Clínica Ficha De Identificación

Paciente masculino adulto mayor de 85 años, portador de pluripatología avanzada, vecino de Heredia, Costa Rica, viudo, pensionado, católico no practicante, con primaria completa, quien es referido por presentar episodios de delirio en su casa, datos suministrados por la hija.

El adulto mayor es valorado por primera vez en su domicilio, de forma presencial, el 09 de setiembre de 2021, con diagnósticos anteriormente descritos, encontrándose en una condición de terminalidad y síntomas intensos. Consciente, desorientado en tiempo y espacio, pálido, deshidratado, postrado en cama, la cual no tiene barandas, ni colchón anti escaras.

Signos vitales: PA 140/80, FC 110X°, FR18, SAO2 96%, T° 37.4°C, mucosa oral seca, prótesis dental superior, tapón de cerumen en oídos. Auscultación respiratoria: campos pulmonares limpios, no roncus, crépitos o sibilancias. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos ni roces, ingurgitación yugular negativa. Abdomen: blando y depresible; doloroso en hipogastrio, sin masas visceromegalias o datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida, tiene sonda Foley con

diuresis amarillo oscuro, 200 cc en bolsa recolectora. Dificultad para movilizar las extremidades inferiores debido a las cirugías de cadera, herida quirúrgica reciente lateral al muslo de miembro inferior derecho [MID] con puntos de sutura sin datos de infección, dolor a la movilización, zona eritematosa a nivel del sacro y espalda dorsal, pulsos distales presentes no edemas bipodálicos.

Examen Neurológico

Paciente inquieto, agitado, desorientado en persona, tiempo y espacio, en estado confusional por delirio, disperso, difícil mantener la conversación, pupilas pequeñas reactivas, mioclonías aisladas, fuerza muscular débil, sin aparente déficit sensitivo. Reflejos osteotendinosos cutáneo-plantar flexor bilateral disminuidos.

De acuerdo con datos obtenidos por exámenes de laboratorio, cursa con una infección urinaria no complicada, urocultivo positivo por *Escherichia Coli* [E. Coli] sensible a nitrofurantoína y fosfomicina, hemoglobina [HB] en 9 gramos por decilitro [g/dl] microcítico, volumen corpuscular medio (VCM) menor a 70, hierro sérico bajo menor a 40 microgramos por mililitro [Mcg/ml] ferritina sérica menor a 30 microgramos por litro [Mcg/L], deshidratación y desequilibrio hídrico, (sodio 130 miliequivalentes por litro [MEq/l], cloro 90 (MEq/l), potasio 3,0 (MEq/l), magnesio 1,2 (MEq/l).

Los diagnósticos que requieren control de síntomas y fueron tratados son: delirio, deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico [DH], infección del tracto urinario [ITU], anemia ferropénica, hipertrofia prostática benigna [HPB] avanzada con sonda vesical [SV] fija, y dependencia.

Tratamiento: enoxaparina, 40 miligramos [MG] subcutánea [SC] al día por 30 días; y Tylex 750 (mg) vía oral [VO] cada 12 horas por 1 mes. Irbesartán 150 (MG) (VO) cada 12 horas, omeprazol 20 (MG) vía oral día, aceite mineral 1 onza en la noche, tramadol 30 gotas (VO) cada

8 horas, sulfato ferroso 30 gotas al día, ácido fólico 1 tableta al día, quetiapina 25 (MG) (VO) cada 12 horas, haloperidol 30 gotas (VO) c/8 horas, Secotex 1 tableta (VO) día, nitrofurantoína 100 (MG) (VO) hora sueño (HS) 6 meses indicado por el Urólogo. El tratamiento prescrito ha sido solo farmacológico para las condiciones crónicas y agudas que ha venido presentando el adulto mayor, las dosis son altas y no se ha evitado la polifarmacia. No se ha educado en el cumplimiento de los horarios, interacciones y terapia no farmacológica.

Antecedentes Patológicos Personales [APP]

Hipertensión arterial [HTA] diagnosticada hace 10 años, en tratamiento con Irbesartán 150 mg (vo) por día. Síndrome demencial avanzada por enfermedad de Alzheimer hace 5 años. Antecedente de delirio hace 2 meses, durante la hospitalización por fractura de cadera y 4 episodios más en el domicilio. Hiperplasia prostática benigna [HPB] avanzada y quistes, con sonda foley fija.

Antecedentes Personales No Patológicos [APnP].

Fumado y alergias negativo, consumo de licor social ocasional en la juventud, actualmente inactivo, transfusión de sangre durante la segunda cirugía de cadera. Vive con su hija soltera y dos nietos adolescentes en una casa propia que cuenta con los servicios básicos de agua, luz y municipales.

Antecedentes Quirúrgicos [AQ].

Dos cirugías recientes por fractura de cadera bilateral, una en julio; la otra en septiembre del 2021 por dos caídas de la cama.

Antecedentes Heredo Familiares [AHF]

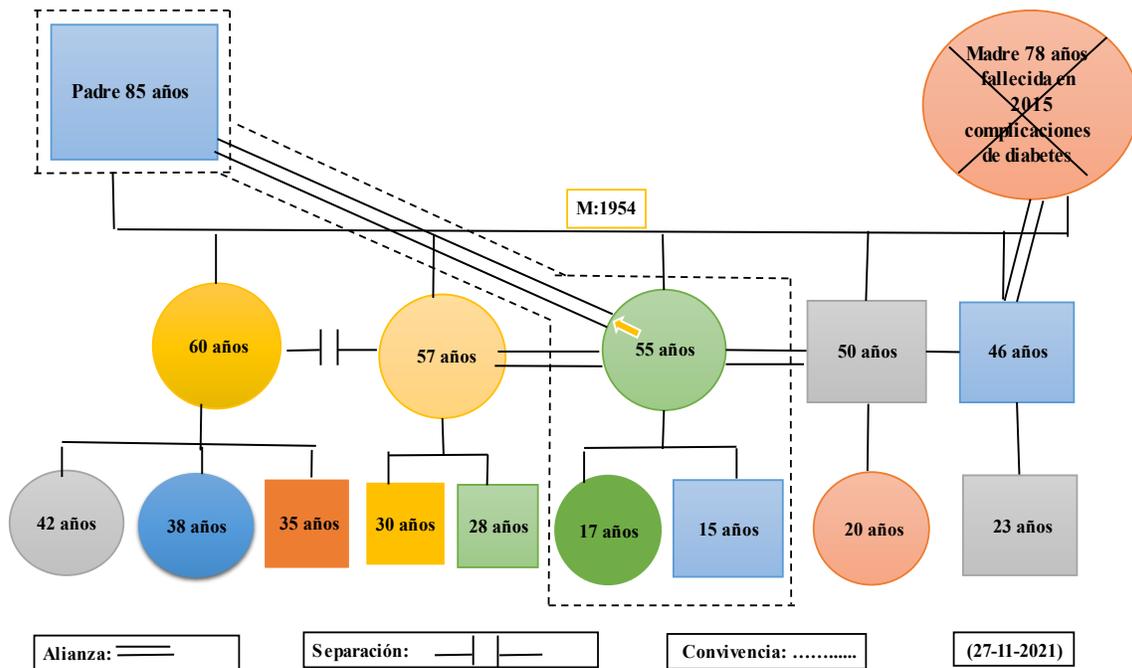
(HTA) en la madre.

Genograma familiar

El genograma se confeccionó con los datos proporcionados por la hija cuidadora principal, tomando en cuenta dos generaciones como son los hijos del adulto mayor y los nietos de los hijos.

Figura 1

Genograma familiar



Nota: elaboración propia según literatura (2021).

Interpretación Del Genograma

El genograma en la figura 1 es un instrumento psicológico similar al árbol genealógico desarrollado por Bowen (1978), se utilizó para registrar de manera gráfica y resumida a los miembros de la familia, las relaciones que mantienen entre ellos (divisiones y alianzas) y los sucesos más importantes de su historia. Es una herramienta que permitió detectar y prevenir factores de riesgo colectivos que pueden derivar tanto de las características del hogar, así como la

exclusión en el cuidado de familiares y hábitos compartidos por quienes conviven en el sistema familiar.

De acuerdo con el genograma, el paciente se casó en 1954 y enviudó en el 2015, su esposa falleció a los 78 años por complicaciones de la diabetes. Producto de la relación del matrimonio tuvo 5 hijos, 4 son casados no convivientes (2 mujeres y 2 varones, con cargas laborales y económicas, muy poco involucrados en el cuidado del padre). Tres hijos mantienen una relación de alianza, la mayor de las hijas es distante con 4 de sus hermanos y el menor mantuvo una alianza con su madre fallecida. Dos adolescentes conviven en la casa del paciente junto a su madre soltera de 55 años, cuidadora principal que, en el momento actual, no trabaja fuera del hogar y tiene 8 años a cargo de su padre, con labores domésticas, de cuidado y con datos de sobrecarga. Todos los hijos tienen sus propios hijos para un total de nueve nietos, la mayoría son adultos, ajenos a la situación y al cuidado del adulto mayor. La cuidadora justifica no ser apoyada en las labores de cuidado, refiriendo que los hermanos están trabajando y aunque vienen de visita de vez en cuando, entiende que ellos tienen que cuidar de sus propios hijos y familia.

Una vez analizada la información de la historia clínica, el examen físico y el genograma familiar, la intervención domiciliaria paliativa de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer al final de la vida se realizó desde el control de los síntomas, comunicación terapéutica y apoyo a la familia.

Control De Síntomas

De acuerdo con Twycross (2000), el control de los síntomas es parte del cuidado integral de la persona, que se encuentra en la última fase de la vida y cuya enfermedad ya no responde a ningún tratamiento curativo, o bien cuando el tratamiento en un hospital ya no es necesario y el cuidado en el domicilio o en una residencia es posible.

Según la OMS (2020), el control de los síntomas mejora la calidad de vida del paciente y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual; inherentes a una enfermedad terminal o al final de la vida, puede ser farmacológico o no farmacológico. Se estima que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos anualmente, el 78% vive en países de ingresos bajos y medios. A nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. La necesidad mundial de (CP) seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles, pluripatológicas o dependientes, que pueden incrementarse con el envejecimiento de la población y la disminución en la tasa de natalidad. Una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

Lamura et al. (2008) señalan que es importante el control de síntomas por condiciones propias de la demencia como las infecciones, malnutrición y deshidratación; o asociadas a enfermedades crónicas de fondo que amenazan la vida. Según menciona el documento, la demencia por (EA) es una condición terminal desde el momento del diagnóstico, aunque el tiempo que transcurra entre este y la muerte, puede tomar meses o años.

Un estudio de Salinas et al. (2021) concluyó que el control de síntomas específicos posibilita la contención del enfermo con demencia en el domicilio junto a la familia y cuidadores hasta su desenlace, centrado en la persona y no en la enfermedad, con el apoyo de organizaciones comunitarias.

Comunicación Terapéutica

De acuerdo con Fernández (2016), la comunicación como herramienta terapéutica es una habilidad imprescindible para atender a personas enfermas en situación de enfermedad avanzada o terminal. La ventaja de la comunicación terapéutica es el modo empático, atento, directo y

compasivo al dar una mala noticia con respecto al avance de la enfermedad o fracaso terapéutico, ya que permite compartir el dolor, mejorar la capacidad del paciente y su familia para adaptarse a su nueva situación. De igual forma, se puede prevenir la conspiración del silencio, la obstinación terapéutica y planificar la vida en función de objetivos realistas. El equipo de salud siempre que dé una mala noticia ha de acompañarla de esperanza y proporcionar apoyo a quien esté involucrado, para transitar en el duelo y en el cuidado del enfermo.

Comunicación Al Final De La Vida

Según puntualiza Barbero (2005), la comunicación al final de la vida es considerar a la persona más importante que su enfermedad y satisfacer sus necesidades de forma integral, personalizada y adaptada al contexto, explorando el síntoma, enfermedad, la dolencia y el sufrimiento. Un componente esencial de dicha comunicación es escuchar, esta es una de las habilidades más importantes que tenemos las personas y suele ser un comportamiento activo, empático y compasivo. Al escuchar hay que hacerlo con los ojos, el cuerpo, la cara, los gestos y con los sentimientos, escuchar no es sólo oír las palabras, es también oír los sentimientos. El reconocimiento no se da desde la palabra sino desde la presencia, incluye el lenguaje no verbal, con escucha activa, apoyo emocional y postura explícita por el que sufre.

La Familia Como Fuente De Cuidado En La Enfermedad

De acuerdo con Viel (2016), la familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio y es la fuente fundamental de cuidados para la persona enferma y su sistema principal de bienestar. Los distintos estilos vinculares del grupo familiar generan funciones emocionales que darán contenido a la función básica del cuidado, así como al nexo organizador de las relaciones, de las conductas y en la afectividad de los miembros, para poder resistir a las vicisitudes de la enfermedad.

Respuestas De La Familia En La Enfermedad

Para Fernández (2004), las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad y su terminalidad, puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la patología, la cual de forma directa altera cada una de las esferas afectiva, física, económica y social de la persona enferma. Por ejemplo, en el binomio cuidador/paciente, el miedo siempre está presente, ya que la continua tensión emocional por el avance de la enfermedad no les permite funcionar de manera natural.

El Cuidador

Según Álvarez et al. (2008), en el contexto de cuidador principal, es común la sobrecarga y el descuido personal en favor de cumplir las demandas familiares, los quehaceres cotidianos y en la mayoría de los casos sin remuneración. El rol de cuidadora que generalmente se le asigna a una mujer en el 90% de los casos (madre, hermana, hija, viuda, pensionada) perpetua el papel tradicional de la mujer como cuidadora y el síntoma de sobrecarga, al quedar excluido el resto del núcleo familiar. Lo anterior puede generar culpas, resentimientos, ansiedad, depresión y temores.

Al respecto, un estudio de Pérez et al. (2017) señala que el cuidado de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer requiere la dedicación de algún familiar cercano y casi siempre recae en una sola persona (el cuidador). A este cuidador puede afectarle considerablemente su salud, debido a la sobrecarga emocional, física y hasta económica que requiere el enfermo. En esta investigación, las féminas afectadas fueron la mayoría un (82,8%) y el grupo etario de 40 a 59 años (83,7%). Concluye que las acciones educativas permitieron reducir afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales, sin desaparecer el síndrome del cuidador en los participantes.

Estrategias De Intervención Para La Familia Y Cuidador

Según señala León (2021), las estrategias de intervención para la familia con un enfermo en terminalidad, consiste en ayudar a reorganizar su capacidad cuidadora, y es una responsabilidad de profesionales y personas comprender la situación. Algunas de las estrategias son: acompañar de forma respetuosa frente a la ansiedad, con cercanía afectiva frente a la depresión, mostrar empatía en los momentos difíciles, ser tolerante frente a la incertidumbre, buscar el sentido en la tarea de cuidar y mantener la esperanza resiliente. Además, cuando la familia ha comprendido que el objetivo ya no es la curación, deberá asumirlo y aprender a aceptar, para ayudar al enfermo en sus necesidades en la fase terminal, así como en la calidad del tiempo que le queda por compartir y la supervivencia posterior, sin ese miembro de la familia. Son tareas de la familia al final de vida: centrarse en el presente, en el control de los síntomas y en no abandonar al enfermo, completar el proceso de duelo anticipado, y cerrar todos los asuntos familiares pendientes. La labor imprescindible del paliativista es apoyar al enfermo en sus últimos días, a la familia en los trámites funerarios y a los supervivientes en el duelo posterior.

Velasco et al. (2020) sugieren otras intervenciones prácticas para el autocuidado de la familia: una caja de herramientas, que incluye un componente sensorial (vista, tacto, oído, olfato y gusto). Se menciona para la vista: observar la naturaleza, las fotos de los seres queridos de vacaciones que fueron divertidas y de la graduación, para el tacto: usar una manta suave o bolas antiestrés, para el oído: escuchar música favorita, el canto de las aves, el olfato: encender una vela con olor o un aspersor de olores con aceites esenciales, el gusto: comer una fruta o tomar la bebida favorita como un té relajante. Algunas cosas pueden involucrar a más de un sentido, como aplicarse la loción favorita y estrenar el traje que estaba guardado, la arteterapia, tocar un instrumento musical y pintar o colorear en un cuaderno.

Conclusiones y Recomendaciones

De acuerdo con los objetivos del caso clínico, se llegó a las siguientes conclusiones:

Las tres acciones en el control de síntomas, la comunicación terapéutica y el apoyo a la familia son una alternativa paliativa para satisfacer las necesidades de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer al final de la vida.

La intervención domiciliar paliativa genera importantes beneficios individuales y sociales, mejora la calidad de vida de las personas al controlar los síntomas y evitar internamientos, es una herramienta óptima para la comunicación terapéutica al orientar, informar, educar y proporcionar apoyo a la familia, así como conocer las alianzas dentro del sistema y la adaptación a la enfermedad.

La intervención domiciliar paliativa brinda la oportunidad de llevar a cabo acciones en el control de síntomas, comunicación terapéutica y apoyo a la familia como una alternativa al final de la vida de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer.

El genograma registró, de manera gráfica en dos generaciones, las divisiones y alianzas de la familia en la exclusión del cuidado y este último, como un factor de riesgo generador de sobrecarga en el cuidador.

Referencias

- Álvarez, L. González, A. Muñoz P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gac Sanit*, 22(6), 618-20. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv/22n6/carta1.pdf
- Barbero, J. (2005). Fundamentos antropológicos éticos relacionados de la intervención psicológica en Cuidados paliativos. En *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas, intervención psicológica y espiritual*. La Caixa.
- Bowen, M. (1978). La terapia familiar en la práctica clínica. Northvale, NJ: Jason Aronson. [https://www.google.com/search?q=\(bowen,1978\)&rlz=1C1CHBF_es](https://www.google.com/search?q=(bowen,1978)&rlz=1C1CHBF_es)
- Fernández, S. (2016). La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. *Tribuna*, 17(44), 111-114. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-SFernandezPeris.pdf
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-254. <https://campus.ucatolica.ac.cr/mod/resource/view.php?id=23784>
- Informe mundial sobre el Alzheimer. (2015). Las consecuencias de la demencia análisis de prevalencia, incidencia, costo y tendencias. *ADI*. <https://www.alzint.org/u/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf>
- Lamura, E., Munich, M., Nolan, B., Wojszel, B., Krevers, L., Mestheneos (2008). Las experiencias de los cuidadores familiares en grupo utilizando servicios de apoyo en Europa: evidencia empírica del estudio eurofamcare. *Geronto*, 48, 752-771. <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.752>
- León, E. (2021). Distanciamiento social una problemática en tiempos de COVID-19. *Educación*, 6(1), 203-218. <https://doi.org/10.33386/593dp.2021.1.362>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Atención domiciliaria a largo plazo: informe del grupo de estudio de la OMS. *Geneva OMS*, 93-159. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe sobre demencia*. Ginebra, OMS, 3-11. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados Paliativos. *Ginebra OMS*, 1-3, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

- Oliveira, G. Kruse, M. Sartor, F. Echeverría, M. (2015). Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. *Global*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412015000300017&lng=es
- Pérez, M., Álvarez, T., Martínez, E., Valdivia, S., Borroto, C. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia alzhéimer. *Gac Méd Espirit* 19(1), 38-50. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000100007&lng=es&tlng=es.
- Salinas, P., Hidalgo, M. y Soto, H. (2021). *Intervención domiciliar de las necesidades de las personas con enfermedad de Alzheimer desde el enfoque de habilidades inclusivas de satisfacción, innovación e involucramiento del equipo de salud* [Tesis Maestría en Cuidados Paliativos]. Universidad Santa Paula, Costa Rica.
- Twycross, R. (2000). Medicina Paliativa: Filosofía y consideraciones éticas. *Acta bioética*. <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/download/16936/17639/>
- Velasco, J., Cunalema, J., Lozano, M., Vargas, G. (2020). Autocuidado por Covid-19 del Adulto Mayor en la Confraternidad Lupita Nolvios, *Ecuador*, 61(1),112-123. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view>
- Viel, S. (2016). Familia y entorno afectivo. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Obra social la Caixa.