



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

ROL DEL PROFESIONISTA DE ENFERMERIA  
DURANTE EL PROCESO DE DUELO

T E S I S I N A  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA  
P R E S E N T A:  
AURELIO ANGOA PEREZ

Asesora: Dra. Dulce María Guillén  
Cadena



Tlalnepantla, Edo. de México.

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a DIOS por el camino que me ha ayudado a tomar, por darme salud y permitirme llegar a esta etapa de mi vida tan importante con ánimo y aliento.

A mis padres José Aurelio Calixto Angoa López y María Alicia Amalia Pérez Gálvez por su esfuerzo, entrega y apoyo incondicional en todo momento, enseñándome con su ejemplo día a día para luchar por lo que quiero, por todo el apoyo que me han dado tanto anímica y económicamente en todo lo posible por ayudarme a iniciar y terminar esta hermosa y noble carrera.

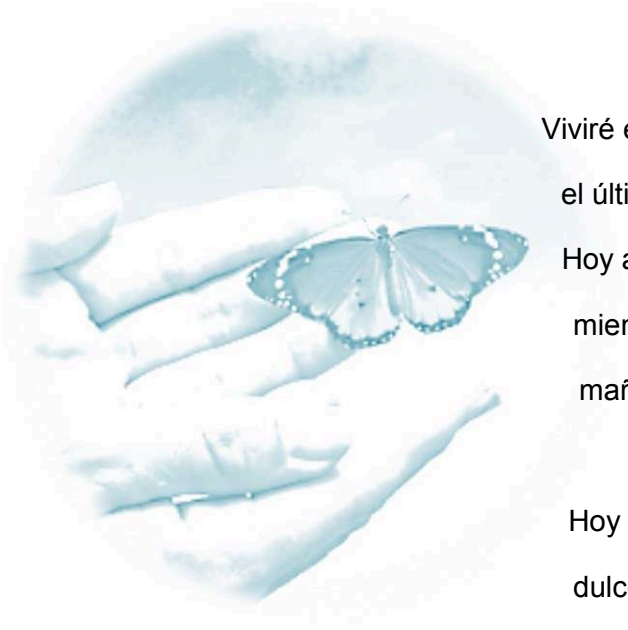
A mi hermana Guadalupe Angoa Pérez, por el apoyo que me dio durante mi formación universitaria en lo anímico y motivándome día a día, para no dejarme vencer por los problemas que se presentaban.

A la Doctora Dulce María Guillén Cadena por todas sus enseñanzas, sus consejos, sus comentarios, su valiosa ayuda y apoyo a lo largo de mi servicio social que me ayudó tanto como persona como profesionista.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y a todos mis maestros quienes fueron mi fuente de apoyo tanto a nivel académico, como anímicamente ya que se preocuparon por mí desarrollo dentro y fuera del aula para llegar a mi formación como Licenciado en Enfermería, por sus experiencias y conocimientos compartidos a lo largo de la carrera.



**VIVIRE**  
**(ANONIMO)**



Viviré este día como si fuese  
el último de mi existencia.

Hoy acariciare a mis hijos  
mientras son niños aun;  
mañana se habrán ido,  
y yo también.

Hoy abrazare a mi mujer  
dulcemente y la besare,  
mañana ya no estará,  
ni yo tampoco.

Hoy le prestare ayuda al  
amigo necesitado: mañana  
ya no te aclamara pidiendo  
ayuda, ni tampoco yo podré  
oír su clamor.

Hoy me sacrificare y me  
consagrare al trabajo;  
mañana no tendré nada que dar  
y no habrá nada que recibir.

Viviré este día como si  
fuese el último día de mí  
existencia. Y si no lo es  
daré las gracias.



## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	6
OBJETIVOS .....	7
1. PÉRDIDA .....	8
1.1. Conceptualización y clasificación de pérdida.....	8
1.2. Clasificación de las pérdidas.....	13
1.3. Apego .....	16
2. Muerte.....	17
2.1. Conceptualización .....	17
2.2. Significados que asume la muerte .....	19
2.3. Clasificación de muerte .....	21
3. Tanatología.....	24
3.1. Conceptualización .....	24
3.2. Duelo. ....	25
3.3. Etapas de duelo. ....	29
3.4. Tipos de duelo .....	36
3.5. Características del duelo. ....	40
3.6. Intervenciones en el duelo.....	40
3.7. Factores que modifican el impacto del evento muerte. ....	43
3.8. Factores que obstaculizan la elaboración del duelo. ....	44
3.9. Las necesidades relacionales de las personas en duelo.....	45
3.10. Niveles de intervención tanatológica.....	47
4. Participación de la profesionista de Enfermería en el proceso de duelo. ....	48
4.1. Con la familia.....	48
CONCLUSIONES .....	57
RECOMENDACIONES .....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59

## INTRODUCCIÓN

En base a la experiencia durante mi formación profesionalista, y junto con la autora Payás (2010), me he cuestionado si cuando ocurre una pérdida significativa para las personas, estas encuentran el acompañamiento adecuado durante el proceso de duelo por parte del profesionalista de enfermería, además de un entorno seguro para transitar su duelo e integrar una experiencia de forma natural, favoreciendo así la recuperación del mismo y el que pueda continuar con su vida integrando a la persona perdida de diferente forma en su día a día.

Ya que cuando la autora Payás describe un entorno, en el cual se cuenta con personas que pueden acompañarlos a recorrer este camino de forma cálida, sensible, abierta y que están disponibles para sostenerlos durante los instantes en que se expresan con dolor, enojo, tristeza, desesperación, sin reaccionar de forma negativa (miedo, enojo) ante estas emociones; aquellos que le permiten tomarse un tiempo para sentir y procesar estas emociones y que saben en qué momento apoyar y facilitar los momentos de conexión profunda con el dolor. Sin embargo Payás concluye que muchas personas se lamentan por el fracaso del entorno a la hora de acompañarlas en el proceso del duelo y que el acompañante o terapeuta es incapaz de detectar las necesidades relacionales, es decir aquellas que, deben atenderse para que la relación de apoyo sea de sostenimiento y la persona que vive un duelo pueda avanzar en el proceso de recuperación.

Es por ello que me intereso hacer una revisión bibliográfica sobre el tema del acompañamiento involucrando a los profesionalistas de enfermería, ya que en experiencia hospitalaria me toco un caso, donde el personal se alejaba de los familiares, y yo curiosamente llevaba en el momento el módulo de tanatología lo cual incremento más el investigar de ello.

Los seres humanos durante el transcurso de la vida, tratamos de darle una explicación y sentido al hecho de morir y sobre que es la muerte, desde la antigüedad, ha sido objetivo de estudio y le han realizado culto, al hecho de morir. El ser humano ha dado múltiples interpretaciones a este hecho y en la actualidad se ha procurado prolongar la vida, porque lo que se busca es investigar sobre el funcionamiento humano, desarrollando tecnologías en la rama de la farmacéutica para cumplir este objetivo.

En el ramo de la biología, la medicina, la psicología, pasando por la filosofía y la religión, siempre el hombre quiere encontrar respuestas ante una certeza, la cual es: desde que nace, se comienza a morir.

Pero, ¿Cómo puede uno llegar a esta realidad sin sufrir y angustiarse ante lo desconocido?, de hecho la única forma que existe es viviendo todos y cada uno de los instantes que se presentan durante el transcurso de la vida. Por ello hay que dar sentido a estos momentos de plenitud, porque se han exprimido con conciencia, con disfrute, con alegría y quizás también dolor o tristeza.

Para que el ser humano viva plenamente el aquí y ahora, necesita de un acompañamiento seguro y el apoyo de una o varias personas que le ayuden a proporcionar un entorno confiable, donde pueda aclarar sus emociones y sentimientos que está experimentando, ya sea en el vivir cotidiano o en el caso de la inminente muerte de alguien cercano o la propia.

Este binomio vida-muerte está inmerso en un mundo de sensaciones, emociones y sentimientos. Si quiere uno ser más congruente e íntegro en la vida, es necesario crecer y comprender lo que sucede en el ámbito emocional-personal, para que después se pueda en el ámbito tanatológico en donde para dar acompañamiento, la emoción y el sentimiento propio y el de la persona que necesita de ayuda cobran importancia.

En la corriente humanista dice: “nada de lo que surge de nuestra expresión natural es peligroso o dañino. Somos una integración de sentimientos, sensaciones y emociones, somos seres biop-psico-socio- espirituales. Los seres humanos funcionamos de manera holística, totalizadora. Todo en nosotros se da el mismo tiempo aunque no todo se manifiesta de la misma manera y con la misma objetividad. Necesitamos incrementar el autonocimiento a través de una reflexión fundamentada en nuestra propia experiencia” (Muñoz M, 2012).

## **JUSTIFICACIÓN**

La muerte como fenómeno inevitable constituye un poderoso estímulo capaz de afectar actitudes influyendo en la calidad del cuidado y en la vida personal del profesional de enfermería, ya que en enfermería se lleva implícito el abordaje de la agonía y la muerte durante las actividades diarias, pero se debe recordar que como seres humanos tanto hombres como mujeres, enfermeras (os), madres o padres de familia, se experimentan diferentes sentimientos, que se deben entender, conocer y manejar, para que con ello se pueda realizar una correcta intervención en el acompañamiento tanto con el paciente directo como con sus allegados y familiares en el afrontamiento de tan difícil y dolorosa situación.

Sabiendo que como profesionales de enfermería son hábiles tanto en el manejo de sofisticados aparatos como en la aplicación de nuevas y complicadas técnicas. Pero con frecuencias se sienten impotentes ante la proximidad de la muerte, ese fenómeno hace que se comporten de forma ambigua y que les genere ansiedad.

Por ello es importante entender que el duelo que vive el profesional de enfermería ante la pérdida de sus pacientes y la repercusión que tiene en su vida laboral y personal, se debe hacer énfasis de que enfermería es el personal del equipo de salud que más contacto tiene con el enfermo, ya que dedica todo su tiempo, preocupación, responsabilidad y conocimiento para cuidar sus pacientes con un cuidado holístico.

El profesional de enfermería es quien llega a conocer y detectar con mayor frecuencia y acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo, su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación entre el profesional de enfermería- paciente es el “eslabón humano” que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente al final de su vida y el inicio del duelo de la familia.

La actitud de constante preocupación por proporcionar un bienestar al paciente, nos pone en calidad de salvadores ante una muerte digna, y no por el hecho de los conocimientos en avances científicos o las destrezas para manejar las técnicas sofisticadas, que día con día aparecen en el mercado de la investigación, sino por el contrario es el comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que nos hace indispensables, desde el comportamiento que ayuda a dar un acompañamiento tanatológico al paciente ya que el atravesara situaciones muy difíciles.

Las actitudes que toman los profesionales de enfermería con los pacientes se enfocan al padecimiento, olvidando que los familiares del paciente al enfrentar la pérdida llegan a tener actitudes como el desapego, el abandono, la indiferencia, etc. Las cuales afectan su estado emocional.



## **OBJETIVOS**

- ❖ Investigar acerca del rol que la o el enfermera (o) lleva a cabo durante el proceso de duelo del paciente.
  
- ❖ Identificar cuáles son las necesidades fundamentales de la persona o paciente durante el proceso de duelo.
  
- ❖ Describir cuales son los conocimientos con que cuenta la profesionista de enfermería para realizar el acompañamiento durante el proceso de duelo.

# 1. PÉRDIDA

## 1.1. Conceptualización y clasificación de pérdida

Una pérdida es un fenómeno que genera alteraciones en la salud mental del ser humano a nivel individual, grupal y social, por lo que debe ser atendido no solamente por sus consecuencias, sino también como una medida preventiva para lograr la reestructuración en los sistemas en crisis- (Eguiluz, 1994).

A pesar de que la pérdida sea irrecuperable, el familiar intentará restablecer la relación, cuando ya no es posible y tendrá que acostumbrarse a vivir, y eso lleva tiempo. Toda pérdida nos deja ansiosos aislados, confundidos, vacíos, deprimidos, irritables, enojados, tristes. El duelo crea una sensación de caos, destruye nuestra conexión con la realidad familiar y confortable. Nos roba los sueños y desafía nuestro futuro, es decir, lo que era ya no es y en lo que creíamos ya no se sostiene. Cambia nuestra vida irrevocablemente, mientras el mundo sigue adelante, el mundo se ha detenido y el tiempo ya no avanza (Bretón, 1997)

Toda pérdida por pequeña que sea prepara a la persona para afrontar las pérdidas grandes y significativas. (Perusquia , 2000), menciona el inventario de las distintas pérdidas o separaciones que caracterizan la existencia de la persona:

1. NACIMIENTO.
2. CRECIMIENTO (DESARROLLO).
3. CULTURA.
4. BIENES MATERIALES.
5. LAZOS AFECTIVOS.
6. IDENTIDAD PERSONAL.
7. BIENES MATERIALES Y ESPIRITUALES.
8. DE LA SALUD.
9. ILUSIONES (LO QUE SE HA TENIDO)
10. MUERTE.

Aunque, las situaciones vitales que implican el final de algo abundan en nuestra vida, algunos momentos y en especial las crisis, nos ponen frente a estas cuestiones esenciales, con frecuencia algunos autores utilizan los términos pesar, pena y duelo indistintamente. Cuando en verdad tienen significados diferentes.

La ruptura y el fin del vínculo, son términos muy importantes para comprender el dolor que produce una pérdida, producen sufrimiento y pone en cuestión los pensamientos del ser y existir humanos, afectando el entorno personal, familiar y socialmente básicos. Todo ser humano ha experimentado algún tipo de dolor y este sufrimiento puede cambiar su vida, por lo que su reacción ante el dolor y el sufrimiento es de no aceptación, de bloqueo y rechazo, lo que en lugar de ayudarlo le provoca más dolor.

Debido a que se debe saber la diferencia del sufrimiento y el dolor, entendemos como sufrimiento a la sensación de amenaza a la integridad y al agotamiento de recursos para hacerle frente a una situación, Cassell, Chapman y Gavrin, aportan una definición más operacional para el sufrimiento, considerándolo "un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo que se caracteriza por la sensación de amenaza a la integridad, un sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales que permiten enfrentarla" y La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Por ello es que se debe decir que el sufrimiento y el dolor tienen varios rostros y puede ser causado por la irresponsabilidad humana, por circunstancias fortuitas e imprevisibles, pero está inscrito también en la ley misma de la condición humana es decir la dinámica de la separación es una constante de la vida misma. La persona crece en la medida que acepta creativamente el principio de la separación y de la pérdida como condición necesaria para vivir.

También se puede llegar a presentar, ante una pérdida, un choque emocional que se ve reflejado en la dependencia emocional que la persona tenga entre los miembros y que se ve negada, presentándose frecuentemente en familias de alto grado de fusión (Bowen, 1991; en Espinosa 2001).

Teniendo como consecuencia en la persona la presentación de varios síntomas, que van desde la presentación de una enfermedad física, afectando el metabolismo del cuerpo, hasta la presentación de fobias, alcoholismo, fracasos, frustraciones, brotes psicóticos, como los más representativos.

Ante una pérdida existe el inicio de un impacto emotivo, con dudas y negaciones, es decir la persona se cuestiona lo ocurrido o debe haber un error. La realidad es difícil de enfrentar, la angustia y la desazón es elevada, como si el psiquismo de la persona tratara de hacer de cuenta que "eso" no paso (Izzo, 2001)

Plaxat (2001) señala que una pérdida se debe entender cómo, una oportunidad de transformación creativa y saludable, o una oportunidad de aprendizaje. En este caso debe aprender a: despedirnos, a seguir viviendo desde y para el cambio con todo lo que esto implica; a afrontar y gestionar el malestar, los éxitos, errores y fracasos importantes de la vida, a aceptar que el duelo es un factor importante en la vida, a desterrar el sufrimiento en tiempo, espacio, aptitud y actitudes, a cooperar y no competir, a fomentar valores humanizantes, a proporcionarnos y propiciarnos espacios, para la reflexión y la expresión, y por último aprender de la experiencia vivida.

El que el ser humano ante una situación de pérdida, quiera proseguir su vida como si nada hubiera pasado, es una forma de validar la desaparición, especialmente con pérdidas traumáticas (accidente, suicido), es una tarea muy difícil de superar. Esto se consigue cuando la persona se confronta emocionalmente con esa realidad innegable.

Existen muchas pérdidas y ciertas circunstancias requieren una comprensión adicional e intervenciones de ayuda específica. La pérdida del amor, de las ilusiones, de las dependencias y de las expectativas imposibles, también requiere un trabajo de elaboración. A pesar de ser pérdidas necesarias debemos resolverlas para poder crecer.

Cuando el ser humano sufre más o tiene un gran dolor, se encuentra destruido y esto da como resultado, ser dominado por los demás, e incluso por el mismo, es decir por sus emociones negativas y por todos los pensamientos y acciones que él no acepta en forma consciente al no liberarse de ellas. Por tal motivo la pérdida es considerada como una valoración basada en un conjunto de factores racionales, emocionales y socio-culturales.

La persona va a afrontar la situación según: el tipo de personalidad, su experiencia de sufrimiento, su elaboración de otras pérdidas, ante los recursos propios y, según las relaciones interpersonales habidas. Así será el paso por las fases y las reacciones ante una situación de pérdida que cada persona tenga que afrontar. La mayoría de las ocasiones la persona niega la situación como una manera de evitar el caos interior y poder sobrellevar la situación ante la cual está sufriendo y debe, a pesar del dolor, enfrentar el caos que se presenta en su vida y para el cual no ha sido entrenado.

Por eso es necesario trabajar las emociones y el dolor de pérdida, para aceptar y elaborar ese dolor, pues de lo contrario es muy posible que aparezca alguna forma de depresión. A su vez Pangrazzi (1998) manifiesta que trabajar en las emociones y el dolor no significa centrarse en ellos y no hacer nada más. En general nuestra sociedad no favorece e incluso teme las expresiones emocionales directas y abiertas, lo que perjudica a quien está experimentando un duelo.

Todos sufrimos distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida. Es inevitable ante estas situaciones vivir un proceso de duelo. El duelo, es la respuesta normal a la pérdida de status, de un rol o la separación de algo o alguien, entre otros. Porque la persona presenta determinadas manifestaciones y síntomas (Austillo, 1999).

Rank (1976) referido en (Castro 2008) considera que el nacimiento es la primera y probablemente la más dramática experiencia de muerte o pérdida por la cual atraviesa el ser humano.

Las pérdidas constituyen un aspecto inseparable del proceso de vida; se sufre una y otra vez en diferente forma e intensidad, pero siempre implican la separación de alguien o algo que es tan significativo que se considera parte del propio yo.

La pérdida es un suceso doloroso que se vive por la despedida ya sea temporal o permanente de un familiar, amigo o ser querido, posterior a una separación con la persona.

La muerte y la separación son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona, la pérdida más contundente para el ser humano es la del mismo; esto es cuando se genera un cambio radical en la mente y cuerpo el cual llega a afectar la apariencia o fuerza vital del individuo. El segundo tipo de pérdida más

importante es la separación de las personas significativas en nuestra vida ya sea por muerte, divorcio o abandono. Al presentarse estas pérdidas se vive el duelo y se genera dolor, el cual aumenta o disminuye en base a la severidad de la pérdida, (Castro 2008).

La pérdida es identificada como una experiencia negativa, desagradable, indeseada, pues evoca sentimientos de dolor, ansiedad y tristeza; siempre el ser humano trata de defenderse o protegerse de ella, evitándola o negándola, pues nos afecta en las esferas del pensamiento, del sentimiento y de la conducta.

Las experiencias de pérdida pueden ser variadas en cuanto a su naturaleza: enfrentar la muerte de un ser significativo, la terminación de una relación humana, un cambio de vida o una buena situación, las pérdidas individuales propias del crecimiento, entre otras (Buendia 2001).

Solo la pérdida de un objeto o de un afecto que se tiene identificado como un valor tendrá como respuesta la tristeza o depresión.

Reyes (1996), señala que se establece toda una red de conexiones al vivir la vida con y por otros, y que experimenta la libertad en la medida en que se decide compartir la vida con los demás. Al perder la conexión con una persona significativa se le revela la dependencia y la libertad, y en el caso de la muerte, se experimenta gran dolor ante la certeza de la discontinuidad de la vida y la vivencia de un daño irreparable.

Sin embargo, social y culturalmente el ser humano no está dispuesto a enfrentar a la muerte directamente. Se le considera objeto de tabú pues produce angustia y por lo tanto la negamos o la reducimos a una contingencia de la vida. Esta actitud contribuye a la dificultad en la aceptación de la pérdida.

Experimentar la pérdida produce un “desorden psicológico” pues implica una pérdida del control e intenso dolor, pero es un sufrimiento que es mejor enfrentar que evitar, pues es imposible hacerlo a un lado o borrarlo. Si se le enfrenta puede ser integrado, aliviado, e incluso, productivo (Buendia 2001).

González Valdés (1995), define como pérdida algo que teníamos y que ahora ya no tenemos. Toda pérdida implica la desaparición de algo. Para que una pérdida se cumpla “se dé, se acepte y se asimile”, es necesario que exista una renuncia. Esta renuncia dependerá de nosotros. Y podemos definir como renuncia, algo que teníamos y que se hizo necesario el uso de nuestra libertad de elección para ya no tener:

Decidimos, por medio de la renuncia, ya no tener eso con que contábamos, aceptar ese nuevo estado y situación, estar en paz con nosotros mismos y mientras no se de esa renuncia será difícil salir de ese estado de crisis, consciente o inconscientemente no se aceptan las ganancias secundarias que tiene la pérdida.

Caruso (1970) menciona como pérdida a la “separación definitiva, física o emocional, de aquellos a quien se ama”, ya sea de los hijos, de los padres, de los hermanos o de los amigos, pero hace un especial énfasis en la separación de los amantes (no solo se refiere

a “los amantes” en el sentido estricto de la palabra), aquella separación “forzosa” del hombre y de la mujer que se aman, aunque esta sea “libremente” escogida o por circunstancias ajenas a ellos. Estudiar la separación amorosa significa estudiar la presencia de la muerte en nuestra vida.

Para Levinson (1976) una pérdida es cuando “las personas pierden sus nexos psicológicos con personas, lugares y prácticas administrativas conocidas. Cualquier cambio, incluyendo las promociones (ascenso en el trabajo), pueden tener un componente de pérdida”, entre las más críticas este autor destaca cuatro:

1. La pérdida del amor.
2. La pérdida de apoyo.
3. La pérdida de estímulos sensoriales.
4. La pérdida de la capacidad para actuar sobre uno mismo o sobre el mundo exterior.

Para CorkilleBriggs (1987) una pérdida es “aquello con lo que contábamos, en lo que confiábamos o en lo que creíamos y que desaparece, puede ser un sueño, una creencia de toda la vida o una ilusión. Menciona también que es “la exigencia que nos impone la vida para que nos extendamos.

Para Papalia y WendkosOlds (1990) la pérdida “se trata de un hecho objetivo, el cambio en el estatus del sobreviviente, por ejemplo, cuando muere alguien cercano a nosotros, pasamos de esposos a viudos; un niño pasa a ser huérfano; una madre, luego de la muerte de su hijo, pasa a ser una mujer sin hijo. Aunque el estatus no cambie, cuando por ejemplo uno de varios hermanos muere, los sobrevivientes se convierten en deudos de la presión de esa persona en sus vidas.

Para Deits (1992) la pérdida es “ya no tener a alguien o algo de vital importancia para la persona... puede ser la prueba número uno de que se es un ser vivo y que pueden obtenerse experiencias muy valiosas si se le sabe sacar provecho”. Todos los días las noticias están llenas de relatos de muerte, divorcios, quiebra en negocios, enfermedades y desastres naturales. Podríamos suponer que estas sólo les ocurren a personas destinadas a perder. Si creemos esto valdría la pena preguntarse lo siguiente:

- ❖ ¿creo que mi esposa, esposo, mi hijo mis padres o un amigo querido, podrían morir?
- ❖ ¿Cómo puedo manejar el divorcio si nunca pensé que podría ocurrirme?
- ❖ ¿supuse que perdería mi trabajo?
- ❖ ¿Cómo cree que se sentiría si vendiera la casa donde ha vivido durante años y mudarse a una ciudad desconocida?

Cada pérdida importante causa un impacto dramático en la vida. Pensar enfrentarla no es agradable, sin embargo, es necesario. Es parte ineludible de estar vivo. Puede no ser justo pero es real.

Para Spencer y Adams (1992) una pérdida es “cualquier cambio en la vida de la persona, elegir por ella misma, esperado o inesperado, aun si estos cambios son positivos (como casarse, tener un hijo, cambiarse de casa o de trabajo) o negativos (como el abandono del cónyuge, una muerte, un despido) el efecto será el mismo pues desencadenan sentimientos y pensamientos intensos que pueden llegar completamente de sorpresa”. Una vez que el suceso ocurría, se esperaba que las personas reanudaran sus vidas con la mayor rapidez posible y que así llegaran a la “normalidad”, sin embargo, la realidad es bastante diferente; cualquiera que sea el cambio, se tiene que olvidar la forma en que las cosas solían hacerse... y eso toma tiempo.

Ya sea que se trate de un cambio elegido o de uno indeseable, la transición forzará a dejar lo que se conoce e internarse en un territorio nuevo y desconocido.

## **1.2. Clasificación de las pérdidas**

Se va a hablar de la clasificación de las pérdidas debido a que varios la clasificación de diferente manera por ello se verán 3 cronológicamente, primero “la clasificación de Brito” que es del año 1994, después “la clasificación de Boss” que es del año 2001 y por ultimo “la clasificación de Tizón” una de las más reciente en el 2004.

Se conoce como pérdida a la carencia o privación de lo que poseía. Existen diversos tipos de pérdida que ponen en marcha el proceso de duelo con una variedad de efectos, con el fin de entenderlas mejor, la pérdida ha sido clasificada por varios autores debido a su ambigüedad de la misma requiere un análisis diferente y a continuación se verán algunas de ellas:

### **1.2.1. Clasificación Brito (1994)**

Para Brito (1994) una pérdida es “si al no tener aquello, lo que sea, hace sentir a la persona desasosegada; es un desgarramiento del yo y hay que volver a integrarlo. Para el existen 3 tipos de pérdidas: Pérdidas necesarias, pérdidas voluntaria y pérdidas inesperadas

#### **1.2.1.1. Pérdidas necesarias.**

Cuando pensamos en las pérdidas, pensamos en las pérdidas por muerte de nuestros seres queridos, sin embargo, habrá algunas que nos acompañan toda la vida, son las pérdidas necesarias que aparecen cuando nos enfrentamos al hecho ineludible de:

- Que nuestra madre va a dejarnos y nosotros a ella.
- Que esencialmente estamos aquí solos.

- Que nuestras decisiones están limitadas por nuestra anatomía y por el sentimiento de culpa.
- Que nuestra condición en este mundo es implacablemente pasajera.
- Que existen defectos en todas las relaciones humanas.
- Que tendremos que aceptar, en los demás y en nosotros mismos, el amor mezclado con el odio; lo bueno mezclado con lo malo.
- Y que somos tremendamente incapaces de ofrecer a nuestros seres queridos o a nosotros mismos la protección necesaria contra el peligro, el dolor y la muerte.
- La protección contra las pérdidas necesarias.

#### **1.2.1.2. Pérdidas voluntaria.**

Son aquellas que se presentan cuando una persona decide por voluntad propia, separase (de alguna pareja o persona); cambiarse (de trabajo, de ciudad, país o casa) o dejar (algún sueño, esperanza, ilusión, como casarse o tener hijos); independientemente de las razones por las que haya tenido que tomar esa decisión.

#### **1.2.1.3. Pérdidas inesperadas.**

Existen otro tipo de pérdidas que pueden acontecer en cualquier momento de nuestra vida. Son las pérdidas inesperadas. Se les llama así porque se presentan de tal forma que pareciera que nunca fuera a sucedernos a nosotros, no se espera ni pasa por nuestra mente que algo podría sucedernos como una enfermedad incurable, una inundación, la pérdida de un ser querido, que un hijo tome la decisión de casarse o irse a vivir solo o en pareja, un despido injustificado o no, un cambio de residencia por trabajo o por alguna razón muy poderosa para hacerlo, un accidente donde se podría perder alguna de nuestro cuerpo o algún sentido como la vista o la audición y otras tantas que aparecen así, de forma inesperada.

### **1.2.2. Clasificación Boss (2001)**

Dos tipos de pérdida ambigua

#### **1.2.2.1. Ausencia física y presencia psicológica**

Existen muchas despedidas poco claras como es el caso de los divorcios, la adopción, la migración, y el compromiso excesivo con el trabajo. Cualquiera que sea la causa de la pérdida puede tener síntomas estresantes y develar conflictos familiares ante la inadaptación a ella. Lo ausente cuando no tiene un tipo de cierre, permanece presente.



### **1.2.2.2. Ausencia psicológica y presencia física**

Este es el caso en el que la persona se encuentra presente pero no su mente, por ejemplo ante el Alzheimer, la drogadicción, traumatismos craneoencefálicos graves, enfermedades mentales crónicas o tras despertar de un coma. El dolor sin resolver puede aumentar cuando no es validado en terapia. Muchas veces cuesta entender las pérdidas parciales por lo que resulta más confuso para quienes las sufren.

### **1.2.3. Clasificación Tizón (2004)**

Tizón (2009) sostiene que en la actualidad la forma de manifestarse públicamente, en el duelo ha ido cambiando rápidamente, lo que lo lleva a cuestionar, si el duelo en tanto proceso complejo puede elaborarse en los tiempos que la sociedad de hoy le exige. Ya que si no se elabora rápidamente, “no nos queda sino el “remedio” de la disociación, la negación de la experiencia afectiva de los procesos de duelo y de la elaboración” (Tizon 2009).

#### **1.2.3.1. Pérdidas relacionales**

Podemos encontrar en este grupo pérdidas de personas amadas u odiadas ya sea por fallecimiento de esta o por el fin de una relación como en el caso de un divorcio, la migración, abandono, como resultado de un abuso sexual, privaciones afectivas o incluso la pérdida en la interacción a causa de alguna enfermedad.

#### **1.2.3.2. Pérdidas materiales**

Abarca todo tipo de posesiones, objetos con alto valor simbólico, “tesoros”, pérdida en la estabilidad económica a causa del desempleo, del hogar provocado por catástrofes naturales. Etc.

#### **1.2.3.3. Pérdidas interpersonales**

Incluye por ejemplo la pérdida de la seguridad tras un asalto, de la confianza hacia los otros o hacia sí mismo, de la autoestima, en la belleza o fortaleza física, sexual, mental, capacidades profesionales, intelectuales, en el lenguaje, etc.

#### **1.2.3.4. Pérdidas evolutivas**

Son aquellas derivadas por el ciclo vital como ocurre en la menopausia, andropausia, jubilación o en cada transición psicosocial considerada importante para el individuo

### 1.3. Apego

El “apego” (attachment, Bowlby, 1969, 1973, 1980) es un vínculo afectivo, de naturaleza social, que establece una persona con otra, caracterizado por conductas de búsqueda de proximidad, interacción íntima y base de referencia y apoyo en las relaciones con el mundo físico y social. Desde el punto de vista emocional, este vínculo, cuando se está seguro de la incondicionalidad de la figura de apego y de la competencia del otro para ayudar, conlleva sentimientos de seguridad, estabilidad y autoestima, facilitando la empatía, la ternura, el consuelo, la comunicación emocional y hasta el amor, entre las dos personas. Desde el punto de vista mental, el apego acaba construyendo un conjunto de representaciones sobre la propia figura de apego, sobre sí mismo, la relación y la supuesta imagen que la figura de apego tiene de la persona apegada. Si el vínculo del apego se forma de manera adecuada, el contenido esencial de estas representaciones es la incondicionalidad, la seguridad en que la figura de apego no va a fallar ni a abandonar a la persona apegada, y la eficacia, la creencia en que el otro tiene la capacidad de proteger, cuidar y ayudar.

Este vínculo se forma en el primer año de vida, a través de un largo proceso, y es, por antonomasia, el vínculo entre un niño o niña y sus progenitores/cuidadores, análogo a la impronta en otras especies. Durante la infancia puede establecerse este vínculo con una o varias personas: padres, cuidadores y otros familiares. Pero la posibilidad de nuevos procesos de vinculación a nuevas figuras de apego permanece abierta toda la vida; de hecho, es muy frecuente formar vínculos de apego con la pareja o parejas, algún amigo o amiga que ofrezca cuidados muy satisfactorios y los propios hijos, si las figuras de apego cumplen determinadas condiciones, que veremos más adelante. En la vida adulta, es frecuente que estas relaciones de apego tengan un alto grado de reciprocidad, aunque no necesariamente; mientras en la infancia, las relaciones entre el menor y las figuras de apego tiene numerosas asimetrías (diferencia de edad, nivel de desarrollo, capacidad de control e interacción, experiencia de relaciones, etcétera).

Cada relación de apego tiene su especificidad, influida por numerosos factores, como la edad de ambos, la interacción entre ambos, la dinámica emocional y las representaciones que tienen cada uno del otro, de uno mismo y de la relación. No puede decirse, por tanto, que las diferentes “díadas” de una relación de apego sean iguales, sino diversas, aunque el estilo de apego de cada persona es transversalmente estable a las diferentes díadas.

Las funciones del apego son muy amplias, pero esencialmente, lo que este vínculo hace es asegurar la supervivencia de la cría (que procura estar próxima), darle seguridad (se sabe protegida), estima (se sabe querida) y posibilidad de intimar (comunicación emocional privilegiada), así como funcionar de base desde la que explora la realidad y a la que acude a refugiarse cuando lo necesita.

Como resultado de las diferentes experiencias de apego, muy especialmente la vivida con las figuras más centrales (puesto que suele haber ciertas jerarquías en las figuras de apego), y de las vividas en la primera infancia, cada persona acaba formando un “patrón”

o “estilo” de apego, caracterizado por una forma relativamente estable de “relacionarse, sentir y pensar”, sobre todo en las relaciones que requieren intimidad. Este estilo de apego acaba conformando una manera de actuar, sentir y pensar transversal a todas las relaciones de apego, a los nuevos procesos de apego, a las relaciones de amistad, a las relaciones amorosas y a otros muchos aspectos de la vida. De hecho, el estilo de apego se ha podido asociar o usar como predictor de múltiples aspectos de la conducta humana, especialmente de la conducta social (López, Erchebarria, Fuentes y Ortiz, 1999).

Finalmente, si nos centramos en los aspectos más nucleares, el estilo de apego puede verse como el resultado a lo largo de dos continuos cuyos extremos negativos son la ansiedad y el miedo a la intimidad (Brennan et al., 1998), caracterizándose el estilo de apego seguro por no sufrir de ninguna de estas carencias, los “evitativos”, por miedo a la intimidad, los “ansiosos”, por estar preocupados ansiosamente por las relaciones y los desorganizados/desorientados por ambas cosas.

## **2. Muerte**

### **2.1. Conceptualización**

El concepto de muerte varía según la cultura y las diferentes épocas, en las culturas occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En esta creencia la esencia del ser humano es ser independiente de las propiedades debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista o lo que es lo mismo se determina objetivamente. De aquí que en esta creencia se ha determinado el cese de la respiración como signo de muerte<sup>1</sup>.

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales se detienen, sin embargo, este punto de vista se ha puesto en duda, debido a que en los avances médicos se ha hecho posible que se mantenga la respiración y la función cardíaca por medios artificiales por ello, el concepto de muerte cerebral; ha ganado gran aceptación incluso durante los últimos años este concepto se ha puesto en tela de juicio, ya que la persona puede perder toda capacidad para ejercer su actividad mental superior y sin embargo mantener las funciones cerebrales inferiores.

Entonces la muerte es la abolición definitiva y permanentemente de las funciones vitales de un organismo, es decir, ausencia de circulación, desaparición de funciones cognoscitivas y neurológicas así como la respiración espontánea.

“La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherentes a la condición humana, que comparte aspectos, biológicos sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto

---

<sup>1</sup> Busquets X. los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir, Revista de medicina paliativa. Madrid España. 2001, pagina 116-119.

emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contacto sociales íntimos en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social también antagónica.<sup>2</sup>

En este sentido, la muerte o el proceso de morir, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además de que se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión, tanto en el paciente, familia y el personal de salud.

Morir significa dejar de sentir, abandonar a los seres queridos, dejar cosas inconclusas y entrar en lo desconocido. Es un proceso natural, que forma parte esencial del desarrollo, tanto como la vida. La muerte tiene aspectos biológicos, sociales, culturales, históricos, religiosos, legales, psicológicos del desarrollo y éticos. (Castro, 2008).

Existen definiciones desde algunas de las perspectivas antes mencionadas (Craig en 2001)

El concepto muerte tiene diferentes significados para cada persona dependiendo del contexto sociocultural en que se encuentre inmerso y siendo un factor sumamente importante las creencias religiosas de cada uno, (Castro 2008).

Frank (1991) referido en (Castro, 2008), propone 3 rasgos inherentes a la muerte:

- ❖ Temporalidad, que se refiere a saber que el ser humano es temporal, destinado a vivir determinado número de años, se está limitado en el tiempo.
- ❖ La finitud, se es finito y no eterno.
- ❖ Y la irreversibilidad, es un suceso que no hay vuelta atrás.

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar a pesar de su profesionalismo, ya que tratan con seres humanos y en su quehacer diario se enfrentan a diferentes tipos de muertes.

La muerte presentada como un suceso vital estresante (SVE) es el momento en que una persona deja de vivir, es hacer la transición de la vida a la muerte, sin embargo definir la muerte es un concepto muy complicado, a simple vista parece un concepto fácil de definir, pues su significado depende de la perspectiva del observador y de la cultura donde se viva, por ejemplo en las culturas del sur pacífico se cree que la fuerza vital abandona al cuerpo durante el sueño y la enfermedad, por tanto consideran que la gente “muere” varias veces antes de la muerte final (Kail y Cavanaugh, 2006).

De esta manera, la muerte es una realidad desconocida, que puede ser una experiencia auténticamente transcultural, a la que una de las culturas se ha enfrentado, inventado formas felices, triste o indiferentes de abordarla, existen algunas culturas que se rehúsan a hablar de los muertos y otras que hacen de estos una fiesta como sería en el caso de

---

<sup>2</sup>Kubler-Rouss Elizabeth, La muerte, un amanecer, Edit. Luciernaga. España 1997.

México, donde se recuerdan con una fiesta en la cual se le ofrecen ofrendas para atraer su espíritu.

Caycedo (2007) señala que las diferencias en la vivencia del manejo de la muerte en cada cultura están impuestas por el concepto muy personal de muerte que cada individuo construyó e introyectó a través de su historia de vida, así como por el contexto social donde crece y se desarrolla. Al respecto Castro (2008) señala que desde el punto de vista psicológico, más que cuestionarse sobre qué es la muerte, la estudian a través de la observación de todo lo que ocurre en su entorno en situaciones tales como costumbres, sentimientos y comportamientos.

## **2.2. Significados que asume la muerte**

La muerte se considera en nuestra sociedad un tabú, como también lo es para las instituciones y profesionales sanitarios. La muerte debe estar inserta en un proceso de morir; la inclusión de una persona en este proceso está condicionada por factores sociales y culturales. De la consideración de una persona como moribundo dependen muchas decisiones y actitudes de la propia persona y de los que rodea.

### **2.2.1. Muerte biológica**

La muerte es en primera instancia el hecho biológico que deviene tras la falla orgánica de los diferentes sistemas vitales que colapsan los flujos de energía del cuerpo, conduciendo directamente a la muerte del organismo (Rebolledo). Este aspecto se centra en el remate de los procesos biológicos, lo que permite hablar de muerte clínica, caracterizada por la ausencia de signos vitales; muerte cerebral o absoluta, en la que se pierde el estado de la conciencia y los reflejos; y finalmente la muerte total, cuando ya no quedan células vivas en el organismo y hay una definitiva imposibilidad de volver a la vida.

La muerte física se relaciona directamente con aspectos legales porque la ley se apoya en la biología para certificar la muerte (Yuste, N. 2004). Para Vives el que se trata de un proceso biológico cuyo significado puede plantearse en términos de la transición de un estado físico a otro, necesario para la misma evolución y conservación de las especies, no implica negar que se trate también de un fenómeno específicamente humano ya que este es el único ser vivo que advierte y reflexiona sobre su propia muerte; razón por la cual se presentan repercusiones en los aspectos psicológicos y sociales del ser humano.

### **2.2.2. Muerte psíquica**

Por una parte, hace referencia a la pérdida de la consciencia como ser independiente y racional, por otra, a la representación que el ser humano hace de ella- esto es, Krassoievitch (1993) nos dice que la noción de muerte nos e trata de un conocimiento que

se nos otorgue de manera innata, sino que se aprende y toma conciencia de ella a través de la experiencia de otros, de la muerte de otros. Vivencia que hace ineludible su existencia y que se traduce en el principal temor de todo ser humano al ir de la mano de sensaciones de ausencia, fin, angustia y vacío. Es por ello que se presenta una tendencia por alejarse y negar toda idea de muerte con el fin de poder vivir la vida.

Según Vives, una conciencia que tiene siempre presente la certeza de muerte, haría de la vida un evento imposible de tolerar; razón por la cual el ser humano tiende a negarla. Ya lo consideraba Freud en cuanto al manejo que el inconsciente hace frente a la muerte, esto es, la niega, pero además nos supone inmortales propiciando que el comportamiento se lleve a cabo como si nunca se fuese a morir y la vida fuera para siempre. Sin embargo y paradójicamente, el precio de tal negación como recurso protector es la ansiedad y enajenación intensas (Krassoievitch).

En contraste con la postura, (Viktor Frankl, en Castro 2006), se plantea que existen 3 rasgos inherentes a la muerte; la temporalidad (el saber que vamos a vivir sólo determinado número de años), la finitud (que no somos eternos), y la irreversibilidad (no hay retorno una vez que se presenta). Sin estos rasgos de la muerte la pregunta sería, ¿Qué sentido tendría la vida si contamos con la eternidad? Lo cual nos conduce necesariamente a la conclusión de que la muerte es la que le da sentido a la vida, sino muriera, ¿Qué sentido tendría para el ser humano, hacer lo que está haciendo en el presente si dispone de una eternidad? Viviendo en presencia de la muerte, obliga a los seres humanos a aprovechar hasta el último suspiro de vida.

### **2.2.3. Aspectos socio-culturales**

Ante el fin inevitable de la vida que se nos muestra con la muerte sufre la angustia, que, para contrarrestarla, se crean sistemas de pensamientos, mitos, creencias y ritos religiosos como una forma de considerar la posibilidad de una vida después de la muerte (Vives). Todas las culturas humanas han creado ceremonias que sirven principalmente para reconocer el fallecimiento de sus miembros, pero también para reafirmar los vínculos existentes entre los supervivientes a la par que se reconoce y se honra la contribución de la persona fallecida (Neimeyer, R. 2000).

Tal es el caso de las festividades que se realizan en diferentes estados de la República Mexicana en honor a los muertos, llamadas de *Todos Santos y fieles difuntos*, las cuales se celebran los días 1 y 2 de Noviembre respectivamente. Celebraciones de origen prehispánico y que rigen hasta el día de hoy en donde la ofrenda, el elemento importante, se basa en la creencia de que los muertos regresan para disfrutar la esencia y el aroma de lo que sus parientes les ofrecen, la cual puede contener panes, veladoras, dulces, mole, tamales, fruta, bebidas alcohólicas y un vaso de agua bendita. También están presentes las flores de *zempoalzoçhitl*, el copal en el incensario y el rezo de una oración (Salles, 2005). Este mismo autor hace referencia también a las “calaveras” o versos

populares satíricos y festivos que se escriben como epitafios de personas vivas, o bien, elaboradas de azúcar o chocolate con el nombre de la persona para que esta pueda “comerse a sí misma”, este en un modo, plantea el autor, de manejar la angustia que la muerte nos provoca a través de la burla o el hacer ironía de ella.

Romanoff y Terencio (en Neimeyer) consideran los rituales relacionados con el proceso de duelo como instrumentos culturales que preservan no sólo el orden social, sino que permiten comprender aspectos complejos de la existencia humana, esto es proporcionan un modelo del ciclo vital, dan estructura al caos emocional tras la pérdida y permiten la construcción social de significados compartidos. Sin embargo, los rituales requieren prestar atención a 3 dimensiones para satisfacer las necesidades de la persona afectada:

- I. *El cambio en el sentido del sí mismo de la persona que ha sufrido la pérdida:* el ritual representa una oportunidad para pensar sobre el papel que el ser querido ocupaba en la vida de la persona en duelo. Con ello se reconoce que la pérdida ha transformado nuestra existencia pero también que se puede conservar una relación simbólica con el fallecido.
- II. *La transición a un nuevo estatus social:* reconocimiento público del cambio de estatus tanto del difunto (ser con presencia espiritual) como del sobreviviente (viudo, huérfano, etc.).
- III. *La conexión con lo que se ha perdido:* en lugar de romper los lazos con la persona ausente, los ritos sirven para consolidar los recuerdos que los supervivientes tienen de la persona y reconocer la continuidad de la influencia que tiene sobre su vida (trascendencia).

Por otra parte, el aspecto social no sólo gira en torno a las tradiciones, los ritos funerarios y los duelos colectivos sino que también hace referencia a la exclusión y a la soledad de la cual son víctimas ciertos sectores de la sociedad. La llamada “muerte social” que afecta a pacientes con VIH/SIDA como también la que experimentan, en este caso en particular, los adultos mayores a causa del cese en sus roles sociales.

### **2.3. Clasificación de muerte**

La muerte puede definirse en varias dimensiones de la vida como son; sociales, psicológicas, biológicas, fisiológicas, naturales, súbita, esperada, violenta, celular o somática.

La muerte es vista de distinta manera dependiendo de dónde se pare el espectador o bien las formas o características de cómo se define el proceso de la misma, por tanto es un acto individual, ya que al morir cada persona lleva consigo valores, creencias, experiencias y sentimiento muy diferentes.

No obstante, la muerte se puede definir con diferentes criterios, los cuales pueden ser médicos, legales o religiosos, y en tanto en cada uno de ellos la muerte es abordada de forma distinta. Por eso existen varios tipos de muerte como son:

### **2.3.1. Muerte desde la perspectiva del diagnóstico médico.**

Lefrancois (2001) menciona que hace algunos años, se hablaba de muerte en los individuos si estos dejaban de respirar, el corazón dejaba de latirles, las pupilas se dilataban, había *rigor mortis* (endurecimiento del cuerpo) y relajación de los esfínteres, a esto, se le llama muerte clínica. Sin embargo, actualmente, existe un nuevo concepto de muerte entre la profesión médica, que es, la muerte neurológica o cerebral. Kail y Cavanaugh (2006) menciona algunos criterios que debe cumplir la muerte cerebral y son:

- I. Inexistencia de movimientos espontáneos frente a estímulos.
- II. Inexistencia de respiración espontánea durante una hora por lo menos.
- III. Ausencia total de sensibilidad incluso ante estímulos muy dolorosos.
- IV. Ausencia de movimientos oculares, parpadeos o reacción pupilares.
- V. Ausencia de actividad postural, de deglución, bostezo o vocalización.
- VI. Ausencia de reflejos motores.
- VII. Un encefalograma plano al menos por 10 minutos.

Es preciso señalar que se deben cumplir estos 7 criterios y que no debe haber ningún cambio en 24 horas, para declarar una muerte cerebral.

Castro (2008) señala que desde el punto de vista biológico, la muerte es la prueba clara de que el momento final ha llegado, ya que la muerte consiste en el cese de las funciones vitales, además de que el estado consciente se pierde para siempre y pese a que se restablezca el funcionamiento del corazón, en el estado que resulta ha desaparecido la personalidad, ya no responde cuando se le habla y no puede ponerse en contacto con el mundo. Louis- Vicent Thomas (1991, en Castro 2008) menciona que la muerte biológica o desaparición del individuo vivo y reducción a cero de su tensión energética, consiste en la detención irreversible de las funciones vitales, específicamente del cerebro, corazón y pulmones, así la muerte opera primero a nivel de la célula, luego del órgano, del organismo y en última instancia de la persona en su unidad y especificidad.

### **2.3.2. Muerte desde la perspectiva legal.**

La muerte está inmersa en aspectos legales que preparan para morir y de algunas formalidades que le siguen, las personas que están cerca de morir pueden ser asesoradas por la ley para así poder hacer efectivos los deseos que tengan durante y después de su fallecimiento. Sher (1992) que las formalidades oficiales y legales que están asociadas a la muerte, ayudan a los familiares del fallecido a hacer esa etapa emocionalmente más fácil de manejar.

Papalia, Wendkos y Duskin (2005), afirman que los deseos de una persona mentalmente competente pueden ser explicados en un documento llamado "instrucciones anticipadas" o "voluntad de vida", que contiene las previsiones específicas tales como alivio del dolor, resucitación cardíaca, respiración mecánica, etc., tales situaciones son previstas por un



abogado, quien redactara el documento legal con las decisiones tomadas en caso de que la persona se encuentre incapacitada para hacerlo. Además, legalmente, la persona también puede decidir si quiere que sus órganos sean donados a alguien que necesite un trasplante. En México conocida como la “ley de la voluntad anticipada”

Por su parte, Hernández, (2006) señala que la muerte como acto natural se convierte en un hecho jurídico cuando, a partir de ella surgen derechos, facultades, obligaciones y responsabilidades para las personas. Así legalmente, como parte de la preparación de la muerte se encuentra la preparación de un testamento, además de declarar como le gustaría que fuera su proceso de muerte y su deseo de lo que se haga con su cuerpo al fallecer, lo cual hace para los dolientes, menos dolorosa la pérdida.

Por otra parte, Hernández (2006), refiere que en México con la ley general de salud, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presenta muerte cerebral, o se presentan los siguientes signos de muerte:
- II. Ausencia completa y permanente de la conciencia;
- III. Ausencia permanente de respiración espontánea.
- IV. Ausencia de reflejos del tallo cerebral.
- V. Paro cardíaco irreversible.

En caso de que estos signos no se presenten, entran en juego otros aspectos como sería la eutanasia, la cual encara algunos problemas éticos para los familiares y los médicos ya que en México no está despenalizada.

Por tanto la muerte está inmersa de aspectos legales, lo cual prepara para ella y además, ayuda a los dolientes a hacer menos dolorosa la pérdida, pues el tener solucionado lo relacionado con qué hacer con el fallecido, disminuye la preocupación y el miedo a que sucederá a futuro y así se presta atención al trabajo de duelo.

### ***2.3.3. Muerte desde la perspectiva religiosa.***

No se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al proceso de morir.

Hernández (2006), señala que la religión tiene un poder inmenso que la hace disponer de las emociones de los seres humanos, así satisface la curiosidad natural de las personas por saber sobre el origen y génesis del universo, difunde reglas y consejos de cómo comportarse en la vida y calma la angustia que sienten las personas, ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte, consolándolo en la desdicha y asegurándole un buen final. De esta manera, Castro (2010), señala que la religión proporciona una esperanza de vida después de la muerte, por tanto influye en el miedo que a este se le tenga.

Así, las personas se encuentran dentro de dos únicas posibilidades, impuestas por la religión, que son la existencia de una vida después de la muerte o nada (Barco y Solís, 2003).

Sherr (1992) menciona que es importante atender a las necesidades religiosas y espirituales de las personas en momentos antes de la muerte, pues estas son las que dan significado a la vida antes de morir, además de que conducen a un buen morir, romper con estas prácticas culturales y religiosas interrumpen una de las múltiples formas de enfrentarse a la crisis por la muerte.

### **3. Tanatología**

#### **3.1. Conceptualización**

La palabra TANATOLOGIA, deriva del griego THÁNATOS, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte hija de la noche, denominada Eufrone o Eubolia, que significa “madre del buen consejo”. La noche tuvo a su hija Thánatos, sin la participación de un varón, por lo cual se le considera diosa, algunas veces se le representa como un genio alado.

La muerte es hermana del sueño, al cual se le daba el nombre de Hipnos o Somnus, que también era hijo de la noche (Eufrone), pero el sí tenía padre y este era Erebo o el infierno quien, además de esposo, era hermano de la noche y tanto el como ella eran hijos del Caos. De ahí de la muerte o Thánatos sea sobrina de Erebo o el infierno y nieta del Caos.

Thánatos (la muerte) es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida.

A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Helade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

La muerte o Thánatos es una deidad de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dadas, nunca cura a nadie.

LOGOS deriva del griego logos, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la aceptación de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el transcurso del tiempo. Por lo tanto la Tanatología, tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, para enfrentar con éxito la difícil tarea de los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”.

Los objetivos de la Tanatología, se centran en la calidad de vida de aquella persona que ha sufrido una pérdida, en este momento me enfoco a este punto debido a que es lo que comúnmente vemos día a día en el área hospitalaria y que muchas veces el personal de

salud dejamos de lado, pero por el contrario es necesario saber cómo actuar, evitando la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una muerte adecuada, que se caracteriza por las siguientes acciones:

- Atención al sufrimiento psicológico.
- Atención a las relaciones significativas del enfermo.
- Atención del dolor físico.
- Atención al sufrimiento espiritual.
- Atención las últimas voluntades.
- Atención a los aspectos generales.

La tanatología se puede definir como el estudio de los fenómenos de la muerte y las estrategias psicológicas asociadas que se emplean para afrontarlos (Merriam-Webster, 1985). Tales estudios son muy útiles para los profesionales de la salud y para los familiares y amigos de los enfermos terminales, así como para quien está muriendo. Los factores que crearon la necesidad de la tanatología como campo de estudios moderno quizá son más fuertes que nunca y las distracciones a las que es susceptible el campo son más poderosas.

Los factores que crearon la necesidad de la tanatología son muy conocidos. En el sentido más amplio, existen las fuerzas de la urbanización y de la movilidad industriales y posindustriales modernas. Una población urbana móvil es aquella que ha sido desarraigada de la tierra, de la intimidad con los ritmos de la naturaleza y de atestiguar los ciclos vitales evidentes en los hogares intergeneracionales. El resultado es un individualismo adquisitivo-posesivo, un concepto de que la buena vida es equivalente en la mayoría de los casos en el consumo al consumo de artículos. En tal espíritu social, tanto la muerte como el envejecimiento están fuera de lugar y a los moribundos y ancianos se les percibe como ajenos. La identidad del sí mismo con los bienes materiales (o con la capacidad de controlarlos) conduce, por supuesto, a una evaluación truncada o atrofiada de las capacidades humanas, de modo que se aumenta la dependencia en expertos de todo tipo. Esto no es menos cierto cuando se trata con una enfermedad terminal que con el resto de la vida.

No obstante, mi principal preocupación no está en estas fuerzas culturales y psicológicas de negación de la muerte. Mi mayor preocupación es la transformación de la tanatología en un conjunto de creencias, técnicas y prácticas que la alejen de su verdadero fin y que, por ende, aceleren su desaparición. Mi preocupación no es que la tanatología fracase debido al ataque frontal a sus propósitos, sino porque estos queden bajo el control de otras fuerzas y queden supeditados a ellas.

### **3.2. Duelo.**

El termino duelo proviene de los vocablos *duellum*, que significa combate y *dolus*, que significa dolor. Así, podemos definir el duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o a una abstracción que haga sus voces, aunque en últimos años se ha

visto que no sólo es una pérdida de un ser querido, también puede ser una pérdida material que es muy significativa para la persona que puede ser desde un juguete, un lápiz, un celular, etcétera. Pero no se puede olvidar que también la pérdida de la salud nos puede llevar a un duelo como el hecho de conocerse diabético, hipertenso, etcétera.

La duración del proceso de duelo depende del tiempo que tarde el dolor intenso en transformarse en una leve tristeza; así el tiempo siempre sustituirá la desesperanza por un “te extrañamos”. El duelo hay que vivirlo intensamente, de tal modo que no debemos aparentar fortaleza, no acelerarlo; sino estamos recuperados, no debemos pasar a una nueva etapa, pues no tiene sentido fingir<sup>3</sup>.

Es de vital importancia experimentar todos los sentimientos dolorosos y confusos que emanan del proceso de duelo.

El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, en problemas adicionales que pueden ser objetivo de atención clínica, incluye el duelo y lo define como reacciona ante la muerte de una persona querida y de igual manera a cualquier tipo de pérdida tanto material, como espiritual<sup>4</sup>.

El duelo representa una forma de crisis, la palabra “crisis”, viene del griego *Krinein* que significa “separa” o “decidir”, esto es que hay que decidir ante un problema, como una oportunidad para crecer o cambiar, estar en crisis es inevitable pero impide a veces una adecuada aceptación del presente, el trabajo del duelo requiere un trabajo mental y esfuerzo para tolerar el sufrimiento.

Sigmund Freud (1915) describe el concepto de duelo como: “La reacción humana ante la pérdida”<sup>5</sup>. Es decir es un proceso por el cual todas las personas en algún momento viven o experimentan y esta reacción que muestra la persona surge ante la pérdida de un objeto de amor, esto puede ser variable, ya sea una persona, un objeto, un empleo, un estilo de vida, etc.

Por otro lado Klein (1940)<sup>6</sup> retoma la teoría de discernimiento de Freud y la define como juicio de realidad, el cual consiste en que la persona pueda identificar su aquí y su ahora por lo tanto debe “aceptar” como tal la pérdida del objeto. Freud Argumenta que una vez que se realiza un juicio de realidad ante la pérdida entonces es cuando el individuo debe de desprender tanto la libido como todos aquellos sentimientos que previamente habían sido depositados en el objeto y una vez que se logran eliminar estos dos factores, la libido regresa al sujeto y es gracias a esto que se desea buscar un nuevo objeto de amor, en el momento en el que la persona la pueda encontrar (al objeto) entonces volverá a repetirse el proceso de depositar la libido y sentimientos, ambos de manera inconsciente al nuevo

---

<sup>3</sup> Behar, D. (2003) Un buen morir. Primera edición. México, Editorial Pax México

<sup>4</sup> Gil-Juliá, B, Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. Vol. 5, Núm. 1. 2008

<sup>5</sup> Freud S, “duelo y melancolía”, en obras completas, Buenos Aires; Amorrortu, página 241, 1976

<sup>6</sup> Klein, M Amor, culpa y reparación, Tomo I, En El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. Barcelona, PaidósIberica, 1940.

objeto de amor hasta llegar a volver a tener una relación estrecha e inquebrantable entre el sujeto y objeto, que es aquí donde el duelo se considera resuelto.

En concreto, un duelo es cuando el sujeto pierde algo ya sea físico o no, siendo procesado de forma diferente por cada persona y con una diferente intensidad, la persona puede darse cuenta de que una vez que el objeto se ha perdido, esto no regresará y por lo tanto la persona deberá superar dicha pérdida además de tener que elaborar todo un proceso de superación de la pérdida y búsqueda de un nuevo objeto que se encargue de sustituir al objeto perdido, para así poder continuar con su estilo de vida normal. Es normal que el sujeto antes de la pérdida tiene una sensación de placer cuando el objeto está presente y por el contrario cuando se pierde hay displacer.

Por otro lado para que el duelo se vuelva patológico, algunas veces puede llegar a darse el caso de que existan 3 factores: una persona, una pérdida y un núcleo melancólico, o por el contrario hay casos en los que solo hay dos factores como son el sujeto y “un objeto fantasma” es decir que no hay una pérdida como tal pero la persona considera que algo se ha perdido.

Para Bowlby (1993) el duelo es una serie de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, incluye procesos conscientes e inconscientes que ponen en marcha mecanismos de defensa. El duelo es una de las experiencias más penosas por las que un ser humano puede pasar (Bowlby, 1993), donde el trauma psicológico es equivalente a sufrir una herida grave.

Según Roach (1997) son reacciones psicológicas, sociales y somáticas hacia la percepción de la pérdida. Es una expresión de intenso dolor como resultado de una pérdida, real o imaginaria, que se manifiesta con diversas intensidades, incluso puede sorprender la magnitud de los sentimientos experimentados. Es universal, inevitable e innegable.

Según Tizon (1993) el duelo es un término que en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo estaba psicosocialmente vinculado<sup>7</sup>. El duelo del latín *dolus* (dolor) es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o algo.

Duelo para la Real Academia de lengua tiene varios significados:

- 1) Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
- 2) Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.
- 3) Reunión de parientes y amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales.
- 4) Hay otro sentido de duelo, al menos en castellano, que hace referencia a desafío, combate entre dos, que algunos autores han querido relacionarlo con la

---

<sup>7</sup> Tizón JL. Pérdida, pena, duelo, Barcelona, 2004

elaboración del duelo y el desafío que supone la organización de la personalidad del deudo.

En efecto el duelo es una experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo<sup>8</sup>. Por lo tanto podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Así es que no se trata de ningún suceso patológico. Incluso hay quien sostiene que el duelo por la pérdida de un ser querido es un indicador de amor hacia la persona fallecida. No hay amor sin duelo por la pérdida.

La forma en que comprendemos el proceso de duelo está relacionada con la forma en que manejamos la muerte en el medio cultural en el que nos movemos y ha ido evolucionando según las distintas épocas por las que ha atravesado la humanidad.

A lo largo de los siglos, el proceso de “buena” o “mala muerte” ha variado. En la edad media, “la buena muerte” era la que ocurría de forma lenta y anunciada y se hacía de forma asistida. Por el contrario, la inadecuada era la que llegaba de forma repentina.

En los siglos XIV al XVII, el dolor y la agonía con sufrimiento adquieren un notable valor religioso y se considera una muerte adecuada<sup>9</sup>. En la actualidad cada vez más el duelo, como la muerte, tienden a ser “echados” del mundo público y tienen que refugiarse más y más en lo privado<sup>10</sup>. En efecto, la actitud social ante la pérdida afectiva ha seguido y está siguiendo en nuestro entorno social un camino paralelo a la actitud social ante la muerte.

La muerte ha dejado de considerarse una parte de la vida, su final, convirtiéndose en algo molesto de lo que ya no se habla ni tan siquiera con quien la está viviendo. La actitud social ante los duelos, en nuestro medio, es la presión hacia su ocultación y aislamiento.

La alteración del morir humano es, quizás, una de las novedades más llamativas de finales del siglo pasado y como consecuencia de ella, es preciso abordar que significa morir dignamente en una sociedad tecnológica. En épocas anteriores era habitual que la muerte fuera mucho más pública de lo que es ahora. La gente solía morir en sus casas, entre familia, amigos y vecinos, el enfermo se preparaba consciente y lucidamente. Hoy sin embargo, ha cambiado la forma de morir, se prefiere en general una muerte rápida, instantánea sin darse cuenta uno que se muere. La muerte que se desea es la que no turba, la que no pone en compromiso a los supervivientes.

En la mayoría de las culturas la expresión de dolor individual tiene un sitio en el marco del ritual del duelo público, sin embargo en nuestro medio social actual aparece relativamente controlada y poco expresiva. Apenas se viven aquellas explosiones y gestos apasionados de dolor, rabia y desesperación propio de hace algunas décadas. Por hondo que sea el dolor de los deudos no está bien visto manifestarlo de una manera pública y en la práctica

---

<sup>8</sup> Ermejo JC. Estoy en duelo. PPC, Madrid, 2005.

<sup>9</sup> Rojas S. El manejo del duelo. Granica, Barcelona, 2005.

<sup>10</sup> Tizón JL. Pérdida, pena, duelo. Paidós, Barcelona, 2004.

no se hace. Cada día más, los familiares prefieren realizar los funerales y/o entierro en la más estricta intimidad.

Como señala F. Torralba, en todo ser humano convive el abismo de la fragilidad y vulnerabilidad. Afirmar que el ser humano es vulnerable significa decir que es frágil, que es finito, que está sujeto a la enfermedad y dolor, al envejecimiento y la muerte. La tesis de que el ser humano es vulnerable, constituye una evidencia táctica, no precisamente de carácter intelectual, sino existencial. La enfermedad constituye una de las manifestaciones más plásticas de la vulnerabilidad humana.

El ser humano es vulnerable y ello afecta a todas y cada una de las dimensiones o facetas. La vulnerabilidad está arraigada a su ser, a su hacer y a su decir. Decir que es vulnerable, significa afirmar que lo que hace puede ser indebido, que lo que dice con sus palabras o sus silencios puede ser equívocos.

Es el sufrimiento el que nos revela y nos pone en contacto con nuestra vulnerabilidad. El sufrimiento causado por la pérdida constituye, en muchos casos, una experiencia penetrante hasta el núcleo de nuestro ser, como muy pocas otras cosas pueden hacerlo. Sino aprendemos a asimilar los sufrimientos de las pérdidas pueden degenerar en enfermedades mentales e incluso mentales que irán desmoronando nuestro equilibrio vital.

El sufrimiento admite cierto movimiento del sufriente, puede enfrentarse a él, darle vueltas, incluso intentar entender su significado, sus conexiones. Nadie nos puede quitar el sufrimiento, pero la lucidez y la capacidad de mirarlo cara a cara es ya el inicio de un camino para superarlo.

Poder expresar, decir el propio sufrimiento es un paso hacia su superación. Sabida es la función terapéutica de la palabra, de la articulación de lo que a uno le pasa ante alguien que escucha. Es cierto que la cultura actual ignora, oculta o evade la muerte. Se la considera y se le trata como un tabú. Además muchas veces, tal vez demasiadas, la soledad, el miedo, el abandono y la impotencia componen el último acto de la vida. Todo esto está sucediendo a pesar de un movimiento que vuelve a interesarse por la muerte y el duelo.

### **3.3. Etapas de duelo.**

#### ***3.3.1. Fases del duelo de Schneider.***

Schneider (1984) propone que la naturaleza del duelo es marcada por varias fases, las cuales varían en orden, intensidad y duración, dependiendo de la pérdida específica y de cada individuo. Las 8 fases descritas por Schneider son:

##### **3.3.1.1. Conciencia inicial.**

Usualmente indica el comienzo del proceso de duelo, es el momento en que la realidad de la pérdida alcanza la conciencia de la persona, ésta experimenta un impacto, tanto mental como físico, debido a la intrusión de la nueva realidad.

#### **3.3.1.2. Resistencia.**

Descrita por Schneider (1984) como una estrategia de afrontamiento en la cual la persona lleva a cabo conductas y desarrolla creencias que intentan encontrar algún modo de prevenir, superar o revertir la pérdida. Muchas veces se cree que solamente aguantando las embestidas emocionales del proceso de duelo, este se superara.

#### **3.3.1.3. Dejar ir.**

En esta fase, hay un intento de la persona por devaluar el verdadero impacto de la pérdida en su vida. Schneider (1984) plantea que el dejar ir como una estrategia de afrontamiento está relacionado con un locus de control externo, con la creencia de que el individuo esta desamparado ante una fuerza que no puede controlar (destino, Dios, etc.) y así restarle valor al no poder hacer algo ante la situación.

#### **3.3.1.4. Conciencia de la pérdida.**

Ocurre cuando la persona que ha sufrido la pérdida ya no es capaz de evitar dicha realidad. Tiene que reconocer que lo que se ha perdido no regresara y que esto no puede ser ignorado. Durante esta fase se pueden experimentar sensaciones de desamparo, privación o desesperación. El propósito de esta fase es que la persona que sufre la pérdida adquiera el conocimiento, mientras pueda tolerarlo, del significado y la magnitud de la pérdida. En esta fase se pone a prueba la capacidad de la persona de entender, aceptar y controlar sus sentimientos respecto a la pérdida.

#### **3.3.1.5. Adquirir perspectiva.**

Hay tres maneras en las que el proceso de duelo puede encaminarse, dichas maneras se presentan en la fase de la adquisición de perspectiva. La primera es regresar a las fases de *resistencia* o *dejar ir*, esto puede ocurrir porque la persona no se cree capaz de seguir tolerando el dolor y el sufrimiento, se considera incapaz de completar el proceso de duelo. La segunda manera es cuando la persona se salta el proceso y la elaboración del duelo, se resigna, acepta la pérdida sin necesidad de entenderla, no busca ni le interesa el crecimiento y aprendizaje que vienen con el proceso de duelo, simplemente le interesa dejar de sentir dolor lo antes posible. La tercera manera es cuando la persona empieza a



experimentar una motivación de cambio y crecimiento, se compromete a solucionar y elaborar su proceso de duelo en orden de permitirse y reinvertir su energía en si mismo.

#### **3.3.1.6. Resolver la pérdida.**

Esta fase permite a la persona superar la experiencia pasada, que ha terminado y ya no es parte de su vida. La persona puede elegir entre seguir evitando la realidad de la pérdida o aceptarla. La dirección de la elección va a depender de que tan completa esta la conciencia de la pérdida y que tan capaz o motivada se siente la persona para resolverla.

#### **3.3.1.7. Reformular la pérdida**

Esta fase refuerza la continuidad de la autoconfianza y la autoconciencia que resulta de una adecuada elaboración del duelo. La energía que la persona utilizaba para seguir atada al pasado, ahora puede ser utilizada para desarrollar el potencial y crecimiento, así como en la búsqueda de nuevos retos. Cuando la persona logra ver la pérdida desde otra perspectiva, existe una sensación de libertad.

#### **3.3.1.8. Transformar la pérdida**

El propósito de esta última fase es permitir a la persona estar abierta a todas las fuentes de experiencia y conocimiento, así como tener una nueva perspectiva de la pérdida. Es en esta fase donde la pérdida del ser amado se toma como parte de la vida y el duelo como una situación de crecimiento que es parte de la experiencia humana.

### ***3.3.2. Fases del duelo de Bowlby.***

En el transcurso del tiempo semana o meses, las respuestas de las personas ante la pérdida de un ser querido pasan por una serie de fases. Se hace referencia al hecho de que la relación original sigue presente en la vida emocional de las personas, ocupando un lugar central, lo cual explica el anhelo y la búsqueda, la rabia y la desesperanza, así como la posterior de aceptación de la pérdida. De antemano se aclara que los límites entre ellas no son claros y cualquier persona puede oscilar entre dos de ellas. Sin embargo, se puede discernir una secuencia general:

#### **3.3.2.1. Embotamiento de la sensibilidad.**

Se caracteriza porque la persona se siente aturdida, y a veces, en niveles variables, con incapacidad de aceptar la realidad. Se puede seguir con la normalidad de la vida, pero es probable que se sienta tensión, temor o episodios de emoción intensos.

### 3.3.2.2. Anhelos y búsqueda de la figura perdida.

Al paso del tiempo se comienza a percibir, aunque sea solo de forma episódica, la realidad de la pérdida, lo cual produce anhelo, congoja y llanto, combinado con pensamientos obsesivos y una tendencia a interpretar estímulos como indicios de que la persona perdida volverá o ha vuelto.

Otra característica común de esta segunda fase es el enojo, y no implica que el curso de duelo sea adverso. Son comunes los súbitos estallidos de cólera, ya sea hacia quienes se cree que son responsables de la pérdida o hacia quienes intentan proporcionar consuelo, ya que uno de los primeros impulsos de quien ha sufrido una pérdida es buscar a otros que proporcionen ayuda no para superar la pérdida, sino para recuperar a la persona perdida.

Bowlby (1993) considera que en esta fase la persona alterna entre dos estados de ánimo, primero, la consideración de la pérdida es real, con el dolor y anhelo desesperanzado que implica; segundo la incredulidad y la esperanza de que todo se arreglara, así como la búsqueda y el deseo de recuperar a la persona perdida.

La búsqueda de la persona pérdida lleva entonces a buscar estímulos que se identifiquen con los recuerdos de la persona tal como era. Los componentes de esta secuencia de búsqueda son los siguientes: (Bowlby, 1993).

- Movimientos inquietos y exploración del medio.
- Pensamientos intensos sobre la persona perdida.
- Desarrollar una actitud perceptual, es decir, estar en disposición de percibir cualquier estímulo que sugiera la presencia de la persona al mismo tiempo que se dejan de lado los estímulos que no lo sugieran.
- Dirigir la atención hacia los lugares en los que existe la posibilidad de que la persona se encuentre.
- Llamar a la persona perdida.

Cada uno de estos componentes aparece tanto en hombres como en mujeres que han sufrido una pérdida, sin importar si existe o no una conciencia clara de su necesidad de buscar y recuperar.

Esta continua necesidad de buscar y recuperar disminuye con el paso del tiempo y varía de una persona a otra.

### 3.3.2.3. Desorganización, desesperanza y reorganización.

Es necesario que la persona que ha sufrido la pérdida sea capaz de tolerar el anhelo, la búsqueda y el deseo de recuperación, el análisis interminable del cómo y el porqué de la pérdida, y el enojo hacia todo aquel que se cree responsable; así, gradualmente llega a reconocer y a aceptar que la pérdida es irremediable y es necesarios reorganizar su vida.

Solo así es posible que comprenda que sus patrones de conducta previos que se ha vuelto inapropiados y desadaptativos, y que es necesario forjarlos de nuevo.

Como es necesario de construir los patrones de pensamiento, conducta y sentimientos previos, la persona que ha sufrido la pérdida puede sentir que nada podrá salvarse y caer en depresión, angustia o apatía; sin embargo, poco a poco la persona empieza a examinar la nueva situación en la que se encuentra, a considerar posibles maneras de enfrentarla y a darse cuenta de las nuevas posibilidades que implica, así, empieza a construirse una nueva definición de sí misma y de su situación. Esta redefinición de sí mismo es dolorosa como decisiva, ya que significa renunciar a la esperanza de recuperar a la persona perdida, al mismo tiempo que si no se logra dicha redefinición no será posible trazar planes para el futuro.

Es importante señalar que la redefinición de sí mismo y de la situación no implica una mera liberación o eliminación de afecto, sino un proceso de remodelación de los modelos representacionales internos a fin de adaptarlos a los cambios que se han producido en la vida de la persona (Bowlby, 1993). Una vez que se ha llegado a este punto, la persona tiene que desempeñar nuevos roles y desarrollar nuevas habilidades, y cuanto más éxito tenga en estas tareas, más confianza e independencia empieza a sentir.

### ***3.3.3. Tareas en el duelo de Worden***

Worden (2004) emplea el término de tareas de duelo, ya que considera que el término de fases implica pasividad por parte de la persona, algo por las que la persona en duelo invariablemente atraviesa. Menciona que el término de tareas se refiere a que la persona sea activa y su mejoría está en sus manos, dando una sensación de fuerza y esperanza, al mismo tiempo que contempla las influencias del exterior en el proceso de duelo.

#### **3.3.3.1. Aceptar la realidad de la pérdida.**

Después de la pérdida siempre hay una sensación de que no es verdad, la primer tarea del duelo es afrontar la realidad de la pérdida, darse cuenta que la separación es real. Algunas personas niegan la realidad y se quedan bloqueadas en la primera tarea. La negación de la realidad puede ir desde una ligera distorsión hasta el engaño total. Otra manera de protegerse que tienen las personas que han sufrido una pérdida es negar el significado de esta, así, la pérdida se ve menos significativa de lo que en realidad es.

#### **3.3.3.2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.**

No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad emocional, ni lo siente de la misma manera. Las personas que sufren la pérdida de un ser amado no suelen estar preparadas para afrontar la fuerza y la naturaleza de las emociones que surgen. Esto las lleva a generar negación ante sus sentimientos, bloqueándolos y negando el dolor. Evitan pensamientos dolorosos para evitar sentir la disforia asociada con el duelo. Sin embargo,

antes o después, aquellos que evitan todo duelo consciente sufren un colapso (Bowlby, 1993).

Si bien es importante trabajar con el dolor en el duelo, no se deben olvidar otras emociones como angustia, ira, culpa y soledad.

### **3.3.3.3. Adaptarse al medio donde la persona amada está ausente.**

Existen 3 tareas de adaptación que se ven trastocadas después de la pérdida de la persona amada: *las adaptaciones externas*, como influye la pérdida en la cotidianidad de la persona que la sufrió, hacer conscientes los roles que desempeñaba la persona perdida y que ahora toca desempeñar a la persona que sufrió la pérdida; *las adaptaciones internas*, como influye la pérdida de la imagen que la persona tiene de sí misma, el redefinirse y preguntarse ¿Qué quiero hacer ahora?; y *las adaptaciones espirituales*, como influye la pérdida en las creencias, valores y supuestos que tiene la persona.

En la tarea III las personas deben asumir los roles a los que no están acostumbradas, desarrollar habilidades nuevas y seguir adelante con un nuevo sentido de sí misma y del mundo.

### **3.3.3.4. Recolocar emocionalmente a la persona perdida y continuar viviendo.**

Al principio se tenía la idea de que la energía emocional que se tenía en la persona perdida debía retirarse y reinvertirla en otra relación, ahora se sabe que las personas no se desvinculan de la persona perdida sino que busca desarrollar unos vínculos continuos (Klass, Silverman y Nickman, 1996) con ella. La cuarta tarea del duelo se centra en encontrar un lugar para la persona perdida que le permita a la persona que sufrió la pérdida seguir vinculada de un modo que le favorezca seguir con su vida. La cuarta tarea se entorpece cuando se mantiene igual el vínculo del pasado, en lugar de formar unos nuevos.

Para algunos esta tarea es la más difícil de completar, el resignificar el vínculo no solo significa deconstruir para construir de nuevo, sino ir en contra de lo que socialmente es reconocido y validado.

## **3.3.4. Fases del duelo de Kübler- Ross**

### **3.3.4.1. Primera fase: negación.**

Kübler-Ross (2005) considera la negación como una manera sana de enfocar la situación incómoda y dolorosa, ya que la persona no se encuentra lista para encarar la realidad, funciona como amortiguador de la realidad de la separación. Permite movilizar a la persona para que active otras defensas menos radicales. Generalmente es una defensa provisional que será sustituida por una aceptación parcial.

#### **3.3.4.2. Segunda fase: ira.**

Posterior a la negación esta la ira, sentimientos de rabia y resentimiento aparecen debido a que la negación no puede contenerlos. Se buscan culpables, responsables de la situación que la persona está viviendo. Esta ira es una expresión de la necesidad de la persona de retomar control sobre la situación. Aunque esta ira en un inicio puede funcionar como ímpetu para moverse a otras fases, es importante notar que si no se trabaja adecuadamente, puede estar presente y entorpecer el proceso.

#### **3.3.4.3. Tercera fase: negociación.**

Esta fase se caracteriza por el intento de hacer un trato para que la situación se revierta o lo inevitable se alargue lo más posible, generalmente los tratos que las personas hacen se relacionan con situaciones que les generan culpa.

#### **3.3.4.4. Cuarta fase: depresión.**

Cuando la persona no puede seguir negando la pérdida y empieza a darse cuenta de la realidad, aparece la depresión. Aquí, la realidad alcanza la conciencia de la persona, llenándola de una sensación de pérdida. Cae en cuenta que la pérdida ha sucedido y nada puede hacer que cambie esa situación. Esta etapa viene acompañada por las sensaciones de soledad y aislamiento. Cabe mencionar que Kübler- Ross hace referencia a una depresión reactiva y a una anticipatoria. Se debe agregar que la depresión es la etapa más dolorosa y larga del proceso, pero necesaria ya que es la que nos prepara para la aceptación.

#### **3.3.4.5. Quinta fase: aceptación.**

Es un tiempo de paz relativa, no es una aceptación a regañadientes. Viene con la aceptación de los términos de la situación, es decir, en qué posición se encuentra la persona para seguir adelante con su vida. Se cree que en esta etapa las interacciones sociales vuelven a la normalidad, sin embargo, es lo contrario, las personas en esta etapa tienden a distanciarse de ellas, debido a la necesidad de reencuentro y reconstrucción personal.

Cabe destacar que la única emoción que generalmente persiste a lo largo de todas las fases es la esperanza, no una esperanza de la situación de la pérdida se va a revertir, sino una esperanza de que la situación de la pérdida se solucionara y la persona saldrán avante. Es esta esperanza que da energía a la persona a seguir avanzando en su proceso de duelo. Sin embargo, a veces es opacada por otros sentimientos, como la ira, la tristeza o la culpa, llegando al grado de prácticamente borrarla por completo.

Hay ocasiones en que la persona puede serle de particular dificultad enfrentarse al proceso de duelo, ya sea por factores internos (personalidad) o factores externos (circunstancias sociales). Esta dificultad puede sortearse y seguir con el proceso, o pueden estancarse y derivar en un duelo complicado.

Lo anterior es uno de los caminos que puede tomar la persona que está pasando un proceso de duelo, ya que una persona en esta fase se va adaptando a nuevos patrones de vida sin el fallecido y se van poniendo en funcionamiento todos los recursos de la persona.

En general en todos los duelos existirán muchas características comunes, puesto que parten de una información básica heredada y en íntima relación con nuestra supervivencia. Sin embargo, la experiencia, el aprendizaje, la personalidad, y otra serie de factores externos, como pueden ser otros vínculos, moldearan de forma individual la respuesta de duelo en cada individuo.

Las emociones son parte del legado genético de nuestra especie, que permanecen en nuestras células. Y aunque somos un todo interdependiente, podemos distinguir distintas dimensiones de nuestro ser que se verán afectadas de diferente manera ante la experiencia de duelo.

Todas estas manifestaciones que a continuación vamos a señalar de manera sucinta deben ser matizadas por el hecho de que la expresión de duelo no es universal, ni uniforme, ni homogénea, y posee diferentes matices, expresiones, ritos y comprensiones desde variables socioculturales.

En efecto, nunca hay que olvidar que las manifestaciones de duelo no son universales, generalizables, sino que vienen mediadas por la cultura en las que sucede. De las manifestaciones externas del duelo, señala Tizón<sup>19</sup>, no puede deducirse la intensidad del dolor privado<sup>11</sup>.

### **3.4. Tipos de duelo**

La presencia o no de duelo patológico se va a caracterizar, fundamentalmente, por la intensidad la duración de la reacción emocional. Por lo tanto, si es posible señalar que hay un duelo “normal” y otro “patológico” de acuerdo con la intensidad del mismo y su duración.

Parece que las personas que en su niñez más temprana no han sido estimuladas y ayudadas a ser personas individuales, con su identidad separada, posteriormente tienen dificultades para desprenderse, tienden a aferrarse, y por eso les resulta tan difícil elaborar el duelo.

A continuación se escriben algunas formas del duelo:

---

<sup>11</sup> Las pérdidas y sus duelos. Unidad de cuidados paliativos, Pamplona 2007.

- a) **Duelo normal:** la familia elabora el quien se ha perdido, el que se ha perdido, en el sentido de los significados y el cómo recuperar lo recuperable. Evoluciona naturalmente y solo hay que asistirlo en el nivel 1 de intervención.

Este tipo de duelo es el más frecuente, y que se caracteriza por diferentes vivencias en todas las dimensiones de la persona estas se pueden resumir siguiendo las consideraciones de Kaplan<sup>12</sup> sobre características del duelo normal.

- Aturdimiento y perplejidad ante la pérdida.
- Dolor y malestar.
- Sensación de debilidad.
- Pérdida de apetito, peso, sueño.
- Dificultad para concentrarse.
- Culpa, rabia.
- Momentos de negación.
- Ilusiones y alucinaciones con respecto al fallecido.
- Identificación con el fallecido.

- b) **Duelo anticipado:** aquí el deudo ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía. Es una forma de anticipar la pérdida que irremediamente ocurrirá en un corto periodo de tiempo. Este tipo de duelo es relativamente frecuente cuando el ser querido se encuentra en una situación terminal, aunque no haya fallecido. Es una forma de adaptación a lo que va a llegar.
- c) **Duelo Crónico:** el deudo se queda como pegado en el dolor, pudiéndolo arrastrar por años, unido muchas veces a un fuerte sentimiento de desesperación. La persona es incapaz de rehacer su vida, se muestra absorbida por constantes recuerdos y toda su vida gira en torno a la persona fallecida, considerando como una ofensa hacia el difunto restablecer cierta normalidad.
- d) **Duelo congelado o retardado:** también conocido como duelo inhibido o pospuesto, se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento de sus ser querido. Se instaura en el deudo una especie de prolongación del embotamiento afectivo, con la dificultad para la expresión de emociones. En el duelo congelado, a los deudos les cuesta reaccionar a la pérdida.
- e) **Duelo enmascarado:** la persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conducta que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido. En este tipo de duelo, el deudo acude frecuentemente al personal de salud, ya que atribuye que estos síntomas son debido a una enfermedad.
- f) **Duelo bloqueado:** puede aparecer en las diferentes etapas del duelo, entre la desorganización y la organización, con área de rigideces. La

---

<sup>12</sup> Kaplan HI, Sinopsis de psiquiatría. Medica Panamericana, Madrid, 1996.

negación a la realidad de la pérdida, la evitación del trabajo de duelo, el bloqueo emocional-cognitivo se manifestara a través de conductas precepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales, la intervención se realiza en una consulta diferida, habiendo sido pesquisado en la consulta regular (nivel II).

**La palabra que guía:** enlaza, las conductas o patologías con el duelo familiar. Volverlos a la realidad de la pérdida los hace retomar el curso normativo del proceso. Útil el uso de genograma o entrevista circular, para recoger mitos o zonas de rigidez o asuntos no resueltos.

- g) **Duelo complicado:** pensar ante la aparición de síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida. La información de la muerte en la familia es un evento psicosomático suficiente para realizar una evaluación del proceso y diagnosticar alteraciones del mismo. La familia puede consultar a través de uno de sus miembros.

**La palabra de guía:** circular (mover), desarticular los niveles de entendimiento buscando otras formas de entender la muerte y la historia familiar a la luz de esta pérdida (nivel III), supone destrezas y diseño de intervención en crisis.

- h) **Duelo patológico:** la persistencia o intensidad de los síntomas a llevado a alguno de los miembros de la familia, o a varios, a detener la vida laboral, relacional, académica, orgánica. En estos casos la derivación a especialistas es la medida a realizar, la que se debe manejar como un proceso también.

### **3.4.1. Duelo individual**

#### **3.4.1.1. Fase inicial o de evitación.**

Reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del psiquismo, que perdura hasta que el "YO" consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación. Dura horas, semanas o meses. Es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas. Como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo en el poder ver el cuerpo, lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

#### **3.4.1.2. Fase aguda del duelo.**

Puede durar 6 meses o más, existe dolor agudo por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones, actitudes contrarias en las posesiones del muerto (se mantienen o se hacen desaparecer), la rabia surge suscitando angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos.



Estas sensaciones disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios, trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer las ambivalencias de toda relación (aspectos positivos y negativos). Todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase.

#### 3.4.1.3. Resolución del duelo.

Fase final, gradual reconexión con la vida diaria, la estabilización de altibajos de etapa anterior. Energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla, cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar de dolor agudo y la nostalgia, muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperado.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida “tu ser querido no va a regresar”, hablar visitar el cementerio, etc., ayuda poco a poco.
- Experimentar la realidad de la pérdida, sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el que murió, aprender a vivir sin esa persona y a tomar decisiones solo.
- Retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones, centrarse en la vida y en los vivos.<sup>13</sup>

Ya conocimos como se da ese proceso individualmente, pero también es de suma importancia saber cómo es que se vive en el sistema familiar.

#### 3.4.2. Duelo en el sistema familiar

Se establece que el duelo transita por 2 estadios posibles:

1. **Desorganización:** irrupción de afectos (etapas de shock, negación y rabia) hace que se de paso a una renegociación de sistemas relacionales.
2. **Organización del sistema:** comienza la certeza de la pérdida hace posibles nuevas realidades relacionales. Importante también es la red social que mantiene la familia. El profesional de salud puede formar parte de esta red.

En nuestra cultura de paso rápido y de negación, se espera que los sobrevivientes sean valientes, supriman el miedo y tengan éxito en los asuntos de la vida, aunque los sentimientos de la pérdida hieran profundamente.

Las culturas tradicionales ayudan a las personas a sobrellevar la aflicción (hecho objetivo la pérdida, cambio de estado del sobreviviente) y el dolor en forma estructurada, a través de ritos de luto (comportamiento que asumen los dolientes y la comunidad después de una defunción) que son universalmente entendidos y tienen significados aceptados, no así

---

<sup>13</sup> Rojas-Posada, S, Manejo del duelo.

en la nuestra en que las viejas costumbres caen en desuso y los afligidos pierden apoyos valiosos para superar su pena (respuesta emocional de la persona afligida que puede expresarse de distintas maneras, desde la ira hasta el sentimiento de desolación)<sup>14</sup>.

Necesitamos ser capaces de aceptarla eventual cercanía de la muerte de aquellos a quienes amamos, como también darnos cuenta de que nuestro tiempo en esta tierra es limitado.

La familia buscara un lugar dentro de la mitología para alojar a sus muertos. Si esto no ocurre, entonces uno de los miembros o varios se harán cargo de corporizar el rol previamente asignado, como si la familia temiera a la desorganización, a la novedad y se mantuviera en una sola creencia relacional. si el muerto sigue siendo un punto de referencia, entonces está vivo. El terror al cambio, que necesariamente pasa por una desorganización angustiante, mantiene sin salida el proceso. Es necesario el caos antes de hallar un nuevo orden.

Anticiparle a la familia la resolución, hacerles crear un espacio para el cambio en la imaginación, que haga en la fantasía, lo que luego será realidad, es una tarea de relación, personal de salud – paciente – familia.

### 3.5. Características del duelo.

- **Individual:** no puede ser vivido por dos personas, sino que cada doliente tiene su proceso y lo debe elaborar el mismo.
- **Único:** cada proceso es diferente, hay tantos procesos de duelo como pérdidas.
- **Temporal:** el proceso de duelo requiere tiempo.
- **Activo:** no es un tiempo pasivo, de espera, sino que implica una reacción de parte del doliente.
- **Proceso:** implica una serie de etapas y es algo no permanente. El duelo es un proceso que tiene término pero también regresiones, deja una marca ya no provoca dolor ni requiere atención, pero de alguna manera se lleva por siempre. Es un error pensar que al término se olvide la pérdida o el sufrimiento vivido ya que la cicatriz que deja perdura por siempre.<sup>15</sup>

### 3.6. Intervenciones en el duelo.

La pérdida de alguien significativo produce una amplia gama de reacciones pueden y deben considerarse como normales y adaptativas, tal y como se ha visto anteriormente. No debemos olvidar que la mayoría de las personas son capaces de afrontar y realizar adecuadamente el duelo sin ayuda.

---

<sup>14</sup> Tizón-García J, Pérdida, pena y duelo: vivencia, investigación y asistencia.

<sup>15</sup> Reyes-Zubiria, L, Tanatología.

Las decisiones diagnósticas y de intervención deben ser prudentes para evitar la interferencia en un proceso humano normal.

Para considerar un duelo como posible patológico, deberíamos tener en cuenta los siguientes criterios<sup>16</sup>;

- Falta de respuesta o respuesta débil durante las semanas que siguen a la pérdida. Prolongación del embotamiento afectivo.
- Tras las primeras semanas persisten emociones muy intensas de rabia, resentimiento, tristeza o culpa.
- El deudo no puede hablar durante la entrevista del fallecido sin experimentar un intenso dolor.
- La persona que ha sufrido la pérdida no quiere desprenderse de ninguna pertenencia material que pertenecía al difunto, o, por el contrario, se deshace precipitadamente de todos los objetos (evitación fóbica).
- Cuando algún acontecimiento relativamente poco importante desencadena una intensa reacción emocional.
- El deudo no hace la menor referencia a la pérdida, evitando cualquier circunstancia que pudiera recordarle.
- El doliente ha desarrollado síntomas físicos como los que experimentaba el fallecido antes de la muerte, incluso imita a este en gestos, conductas, etc.
- El deudo realiza cambios radicales en su estilo de vida después de la muerte de su ser querido.
- Miedo desmesurado a la enfermedad y a la muerte, hipocondría, consultas frecuentes al médico.
- Impulsos destructivos y autodestructivos con abuso del tabaco, alcohol. En su grado extremo puede llevar a realizar actos de suicidio.
- Si tras el primer año desde que falleció el ser querido, no hay ningún signo de recuperación.
- Cuando a los 2 o 3 años de la pérdida no hay una clara evolución satisfactoria.
- Si la persona presenta una larga historia de depresión subclínica, marcada por la culpa persistente y baja autoestima.

La estrategia fundamental para el manejo del duelo es darse tiempo y permiso para abordar de forma consciente el proceso y restablecerse. Es cierto que el tiempo en sí mismo no nos alivia<sup>17</sup> pero necesitamos tiempo para realizar una serie de tareas que nos llevaran a la superación de la pérdida. Será lo que hagamos en ese tiempo lo que nos brinda una solución real. El paso de los días y años, como dicen Santiago Rojas<sup>18</sup> sin un proceso restaurador, solo traslada el dolor de la superficie a la profundidad, pero la persona sigue atrapada en la amargura de su pena de lo que fue y ya no volverá a ser.

---

<sup>16</sup> Cabodevilla I. Las reacciones de duelo, en Die Trill, M. Psicooncología, Ades ediciones, Madrid 2003,647-657.

<sup>17</sup> James JW, Friedman R, Landon L. Cuando los niños sufren. Los libros del comienzo. Madrid, 2002

<sup>18</sup> Rojas S. El manejo del duelo. Granica, Barcelona, 2005.

Con el tiempo debemos encaminarnos a aceptar la pérdida para reconocer que el ser querido ha muerto, debemos utilizar el tiempo para expresar de forma honesta y auténtica los sentimientos que acompañan la pérdida.

El tiempo además debe emplearse aprender a vivir sin esa persona. Ese tiempo estará bien invertido si se recupera el interés por la vida, se reconstruye el sentido de esta y se logra volver a gozar de la existencia.

Para recuperarse hay que permitirse reflexionar en una misma, en uno mismo y descubrir los sentimientos que habitan en nuestro interior, sin censurar, sin negar, pero tampoco recreándonos en ellos y enganchándonos, sino dejándolos ir<sup>19</sup>.

Es cierto que habrá momentos difíciles y emociones intensas que amenacen con rompernos. Habrá que atravesar esos desiertos con la esperanza de un mañana mejor<sup>20</sup>.

La intervención, debe ayudar a intensificar la sensación de realidad de lo sucedido. Muchas veces la actuación psicológica comienza en el mismo escenario de la muerte, en el hospital, en el lugar del accidente, o en domicilio de la familia, como intervención en crisis<sup>21</sup>.

En cuanto al acompañamiento posterior, debe centrarse en:

- Ayudar a los supervivientes a hacer la real la pérdida, mantenerles centrados en la pérdida y lo que implica, y menos en las circunstancias del accidente y en buscar un culpable.
- Manejar la sensación de culpabilidad y ayudar al superviviente a afrontar con la realidad el tema de la responsabilidad. Ser respetuoso con el sistema de creencias de la persona.
- Ayudar a centrarse en los asuntos pendientes y encontrar alguna forma de acabarlos. Pueden ser rituales, tareas equivalentes o vicarias de las que quedaron pendientes.
- Buscar los significados asociados al tipo de muerte que ha sufrido la persona y las implicaciones para deudos. Ayudar a encontrar significados a las preguntas surgidas.
- No ofrecer falsas esperanzas, ni decir que todo va a ir bien; transmitirle que “sobrevivirá” con ayuda y que podrá salir adelante, aunque ahora le cueste verlo así.
- Evitar la aparición de conductas contraproducentes: comer o beber en exceso, uso de drogas, automedicación, incluso autolesiones (como manera de purgar la culpa).

---

<sup>19</sup> Brazier D. El Buda que siente y padece. Declée de Brouwer, Bilbao, 2000

<sup>20</sup> Leloup JY, Boff L. Terapeutas del desierto: Sal Terrae, Santander, 1999

<sup>21</sup> Acinas, P, Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Volumen 2, número 1. 2012

### 3.7. Factores que modifican el impacto del evento muerte.

Los dolientes desearían encontrar un método para evitar el dolor, que desafortunadamente no existe. Dado que se tienen que vivir los duelos y que la única manera de salir fortalecidos es aceptarlos, lo que pretendemos es que los enfrenten con una actitud digna y lo mejor posible<sup>22</sup>. Para ello, es recomendable:

- **Darse permiso de estar de duelo**, ya que este es el inicio del proceso. Si el paciente se empeña en negarlo y no dedica tiempo para desinfectar la herida, el proceso no llevara a la aceptación de la perdida, y se encontrara “patinando” en una serie de sentimientos desagradables que lo acompañaran quizá durante toda su vida.
- **Tener paciencia**. esta es una virtud primordial que se va a desarrollar ante el duelo, ya que se verá sometido a muchos cambios de su vida.
- **Tener fe**. A una persona con fe le será más fácil encontrar la salida en ese laberinto de emociones y sentimientos.
- **Compartir los sentimientos con otro**. Hablar de los sentimientos, por desagradables que sean o que sienta que no debería de estarlos experimentando.
- **Realizar alguna actividad placentera**. La vida continua y es preciso buscar la mejor manera de pasar por este proceso; sugiera realizar alguna actividad desagradable, como ir al cine, al teatro, a una comida, etcétera.
- **Encontrar un espacio para llorar, gritar, escribir o lo que necesite, pero de manera asertiva**. Darse un espacio donde pueda realizar aquello que necesite para desinfectar una herida.
- **Desarrollo de la espiritualidad**. Realizar actividades que fomenten o fortalezcan la espiritualidad, como el yoga, la meditación, etcétera.
- **Orar**. Esta actividad puede ser muy reconfortante si está acorde con las creencias del doliente.
- **No tomar decisiones importantes**. Ante una situación de duelo no es recomendable tomar decisiones importantes, como casarse nuevamente, cambiar de residencia, etc. Es mejor esperar que pase la crisis, ya que no es el mejor momento para hacerlo, sobre todo ante decisiones que conllevan cambios: en la vida del deudo hay muchos cambios como para soportar uno más.
- **Cuidar la salud**. La alimentación, el sueño y, en caso necesario, recurrir al médico.
- **Pedir ayuda profesional**. Si se siente “atorado” en su proceso, debe pedir ayuda tanatológica, psicoterapéutica, o psiquiátrica.
- **El uso de técnicas de relajación**. Dedicar un espacio para relajarse y ponerse en contacto consigo mismo.
- **Mucho descanso**. Cuidarse, consentirse y descansar, que no pretenda seguir con el mismo ritmo de vida después de una perdida.
- **Escuchar los mensajes del cuerpo**. Debe poner atención a los síntomas y malestares que se manifiestan en el cuerpo.

---

<sup>22</sup> Estas recomendaciones para vivir un duelo, las plantea el autor Jorge Bucay, en su obra “El camino de las lágrimas”.

- **No ignorar los sentimientos.** Recordar que estos conllevan la necesidad que está detrás de ellos.
- **Hacer ejercicio.** Quizá una actividad que ayude es caminar o salir a dar un paseo. Todo esto debe ser acorde con la actividad física anterior a la pérdida.

### 3.8. Factores que obstaculizan la elaboración del duelo.<sup>23</sup>

- Evadir sentimientos, poniéndose caretas de falsa fortaleza.
- No compartir con otros nuestros sentimientos, viviendo lo que se denomina en tanatología la conspiración del silencio, que no ayuda a la elaboración del duelo.
- Aislarse de familiares y amigos. La red social de apoyo es primordial ante un duelo.
- Recurrir a fármacos, tranquilizantes o anti-ansiolíticos. Lo único que esos fármacos hacen es retardar o adormecer el duelo.
- Abuso de alcohol o drogas. El uso de estas sustancias produce al inicio el mismo efecto que los fármacos, con el paso del tiempo generalmente lo empeora.
- Victimizarse. No ayuda tener autocompasión, pensando que “somos los más desgraciados” y nos atrapa, ya que esto incrementa los sentimientos desagradables en una situación que no conduce a ningún lugar. Ante un duelo el paciente pregunta al Creador o a la vida misma: “¿Por qué me pasa a mí, que no le he hecho daño a nadie?” Y podríamos responderle: “¿Y por qué no?”, “¿De qué privilegios goza, tú para que no te ocurran pérdidas?”.
- Tomar decisiones importantes en nuestras vidas como casarse, cambiar de lugar de residencia, divorciarse, etcétera.
- Ante la muerte o divorcio de la pareja, involucrarnos en relaciones amorosas sin haber concluido el duelo anterior.
- Ante la muerte de un hijo, decidir inmediatamente tener otro o realizar un proceso de adopción.
- Comparar nuestro duelo con el de los demás. No debes olvidar que los duelos son procesos individuales y únicos. Podrá haber personas que salgan en dos años de un duelo por la muerte de un hijo y encontrarse bien, y otras que lleven dos años y medio o más y aun no terminan de elaborar su duelo. Aquí no podemos olvidar que “habrá personas que lo hagan mejor o peor que yo, pero nadie igual que yo”.
- Sentir que le estamos fallando a la persona muerta si sonreímos o hacemos alguna actividad placentera.
- Presionarnos por lo que nos dicen los demás acerca del tiempo que supuestamente debe durar el duelo.
- Adoptar actitudes negativas ante el dolor y el sufrimiento como masoquismo, autocompasión, autismo y evasión.

---

<sup>23</sup> Virginia-Satir, Tanatología, la inteligencia emocional y el proceso de duelo, Ed. Trillas, Páginas 113-15.

### **3.9. Las necesidades relacionales de las personas en duelo.**

Payás menciona, como punto de partida, el que todo aquel psicoterapeuta o persona que desee dedicarse a la atención o al acompañamiento de la persona en duelo tenga como primer objetivo “no hacer daño” para lo cual deberá responder atendiendo a las necesidades del doliente (Payás 2010).

Existen necesidades que deben atenderse para que la relación de apoyo o acompañamiento sean de sostén y la persona que vive una pérdida significativa que pueda avanzar en su proceso de recuperación enumera 8 necesidades relacionales fundamentales que deben ser atendidas de forma oportuna:

1. Necesidades de ser escuchadas y creídas en toda su historia de pérdida.
2. Ser protegidas y tener permiso para expresar emociones.
3. Ser validadas en la forma de afrontar el duelo.
4. Estar en una relación de apoyo de reciprocidad.
5. Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo.
6. Sentir que su experiencia de duelo tienen un impacto en el otro.
7. Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa.
8. Poder expresar amor y vulnerabilidad.

#### **NECESIDAD DE SER ESCUCHADAS Y CREIDAS EN TODA SU HISTORIA DE PÉRDIDA.**

La persona en duelo necesita poner en palabras el dolor originado por la partida o muerte del ser querido, esto lo hará al contar repetidamente los aspectos asociados con la pérdida, lo que le permite recorrer y otra vez los matices únicos de su manera de vivir la ausencia.

Es la labor del tanatólogo escuchar, crear y validar su experiencia emocional subjetiva, por muy irracional que nos pueda parecer, creando así un entorno protector donde existe respeto, seguridad y confianza, haciendo sentir a la persona en duelo acogida, que puede mostrarse vulnerable, confiar en lo que siente es natural y saber que es aceptada como ser humano.

En ocasiones, las personas en duelo sienten que lo que viven o sienten es inaceptable para los demás, por lo que el saber responder a esta necesidad es importante para la elaboración del duelo.

#### **SER PROTEGIDAS Y TENER PERMISOS PARA EXPRESAR EMOCIONES**

Las dificultades para conectar con sentimientos difíciles tienen que ver con no haber experimentado la vivencia de ser protegidos por una figura de apoyo estable y fuerte, por lo que nos sentimos confundidos y solo ante el dolor de la pérdida, lo que se puede traducir en sentir miedo de perder el control a expresar los sentimientos y los inhibiremos.

Si el Tanatólogo o terapeuta es capaz de proveer un espacio de seguridad, protección y estabilidad, el paciente se sentirá suficientemente seguro como para profundizar en su experiencia de trauma y podrá acceder a pensamientos, recuerdos y sentimientos no explorados que fueron reprimidos y están en el subconsciente, pudiendo manifestar en gritos, llantos, sentimientos de enfado o culpa, con la seguridad de que será contenido por un tanatólogo o terapeuta estable, que no lo juzgara y que le ayudara a entender la función de estos sentimientos como estrategia para afrontar la pérdida.

#### SER VALIDADAS EN LA FORMA DE AFRONTAR EL DUELO.

Este se logrará cuando el tanatólogo de forma verbal o no verbal, le hace saber al doliente que sus sentimientos y necesidades son normales y aceptables.

Es la capacidad del terapeuta o tanatólogo de dar sentido al sentimiento, pensamiento o conducta que el paciente está teniendo para afrontar la pérdida, es hacerle ver que esa es su manera de vivir la experiencia y que se está interesado en conocerla para poder trabajar con ella.

#### ESTAR EN UNA RELACIÓN DE APOYO Y RECIPROCIDAD.

La necesidad de reciprocidad no implica que el tanatólogo tenga que haber pasado por una experiencia idéntica a la del paciente, sino que debido a que sus propias pérdidas es capaz de comprender desde su corazón el sentimiento de enfado, de sentirse abrumado por el dolor, el rechazo por la separación o sentirse culpable por una relación incompleta, es decir, de sentir empatía porque sabe de primera mano lo que es estar ahí.

#### DEFINIRSE EN LA FORMA INDIVIDUAL Y ÚNICA DE VIVIR EL DUELO.

En el duelo, la autofirmación es una necesidad muy importante, porque muy a menudo la manera única en que la persona vive su dolor es negada, minimizada o desautorizada por el entorno (Payás 2012).

Por lo tanto es indispensable hacerle saber y sentir que se le respeta como un ser único y diferente a los demás y que se le apoya en sus decisiones presentes y futuras de cómo vivir su duelo.

#### SENTIR QUE SU EXPERIENCIA DE DUELO TIENE UN IMPACTO.

Saberse reconocido y tomado en cuenta es, quizá, una de las necesidades del paciente en duelo; que en el entorno sea capaz de sentirse impactado por el dolor y que genere resonancia en el mismo lo hace disminuir los sentimientos de soledad. Es válido y necesario en ocasiones que el paciente perciba esta resonancia en el tanatólogo o terapeuta. Quien durante la intervención, mostrara el impacto de lo escuchado. Esto ayudara al doliente a ponerse en contacto con sentimientos incómodos y dolorosos que hasta entonces han sido negados o rechazados y que propician la integración de éstos al trabajo del duelo.

#### ESTAR EN UNA RELACIÓN DONDE EL OTRO TIENE LA INICIATIVA.



Las personas que han perdido a un ser querido suelen estar muy inactivas y poco disponibles para el contacto terapéutico probablemente por el choque o aturdimiento que la pérdida le genera, por lo que en ocasiones será el tanatólogo el que lleve el control y tome la responsabilidad de hacer que algo ocurra en el proceso terapéutico.

Esto puede verse reflejado en gestos como: moverse al lado del paciente, tomarle la mano o decir con la mirada y su presencia, “estoy contigo, no me voy”. El tanatólogo podrá sugerir, en base a lo escuchado, acciones o dirigir los temas del duelo que debe trabajar hasta que el paciente pueda hacerlo por sí mismo.

#### PODER EXPRESAR AMOR Y VULNERABILIDAD.

Muy a menudo los adultos que han sido desatendidos o rechazados en la infancia tienen dificultades para expresar afectos: en el curso de su vida han aprendido a crear muros de protección alrededor de sus sentimientos: sentir y manifestar los sentimientos supone una amenaza para ellos, pues los pone en situación de vulnerabilidad y despierta su miedo a ser agredidos de nuevo. En el trabajo de duelo realizado con un terapeuta sensible y respetuoso, que ha sabido conectar con sus necesidades relacionales más importantes, estas personas aprenden y se permiten sentir dolor y con este aprendizaje llegan a descubrir también los sentimientos de amor que subyacen bajo el dolor, el enfado y la desesperación.

La necesidad de dar y recibir amor está presente en todas las relaciones, y las personas en duelo se sienten perdidas cuando ese otro que suscitaba esos sentimientos no está. Sentir el dolor de la ausencia les permite ponerse en pleno contacto con el amor perdido y ponerle nombre a los distintos matices, a veces inconscientes o desconocidos, es parte importante del trabajo de duelo.

La agresividad y el enfado no son más que una expresión de una necesidad de afecto frustrada. Por este motivo el punto final del duelo debe ser siempre el aumento de la consciencia del doliente y una mejora en su capacidad de sentir, dar y recibir amor (Payás 2012).

### **3.10. Niveles de intervención tanatológica.**

***Intervención en crisis***, es una intervención que se requiere como urgente. Una crisis es un estado temporal de trastorno, y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, y el fracaso en la solución de problemas<sup>24</sup>.

***Acompañamiento***, es el acto de ponerse al servicio del otro, sin anteponer nuestros deseos o interés, de modo que a través de las herramientas que la persona posee pueda encontrar formas de planear sus necesidades y resolver sus pendientes, así como lograr la expresión de sentimientos por medio de la escucha y el diálogo.

---

<sup>24</sup> Calderón NG, Depresión. 2ª ed. México: Edit. Trillas; 1989

**Consejería**, es el diálogo en donde dos personas conceptualizan, una aclara y conduce hacia alternativas y la otra toma sus propias decisiones, la consejería va más allá de proporcionar información, se trata de ayudar a considerar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones.

#### **4. Participación de la profesionista de Enfermería en el proceso de duelo.**

En el campo de acción de enfermería se extiende a todas las edades, desde el nacimiento hasta la muerte y debe adecuarse constantemente a las necesidades de cada grupo. Aunque su papel tradicional ha sido y es el cuidado del enfermo recuperable, en los últimos años ha adquirido un protagonismo especial en la terminalidad a través de cuidados tanto paliativos y en su momento tanatológicos.

Cuando los enfermos ya no tienen la posibilidad de curación, se les puede y se les debe cuidar, con el objetivo de procurarles el mayor confort posible y de ayudarles en el trayecto final de sus vidas.

Es ahora cada vez más habitual considerar que el paciente en fase terminal debe ser el principal protagonista de sus cuidados, por lo que el trabajo del profesionista de enfermería es y será procurar su mayor calidad de vida con respecto a su voluntad. Se intenta controlar no solo un dolor físico y otros síntomas molestos, sino por el contrario también el sufrimiento para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días de su vida y tengan una buena muerte. Pero por ello se intenta proporcionar al paciente y a la familia un apoyo total e integral. Ya que el sustento de todo esto son: la comunicación eficaz, el control de los síntomas y el apoyo a la familia.

##### **4.1. Con la familia.**

Enfermería es el profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes.

La enfermera(o) es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo terminal, su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermera(o) – paciente es el “eslabón humano” que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal o en fase terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; lo que coloca en calidad de “salvador” de una muerte indigna. Es un compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional.

No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión y compasión que le permitirá ser

empático para que con ello pueda alcanzar la intuición de cualquier ser humano, lo que es indispensable.

Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de “agua y aceite”, entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo intenso manejo de los aspectos humanos.

La familia es el principal agente de cuidados para el enfermo y precisa información y aprendizaje. La enfermedad y la muerte de un familiar suponen un cambio de sus hábitos y necesita adaptarse a la nueva situación.

Cuando el final de la vida está próximo por una enfermedad terminal, es prioritario dotar al paciente y a la familia de la mayor calidad de vida posible. Para un buen control del paciente es fundamental que la familia participe de forma activa en los cuidados.

Se establece que el duelo transita por 2 estadios posibles:

1. **Desorganización:** irrupción de afectos (etapas de shock, negación y rabia) hace que sea de paso a una renegociación de sistemas relacionales.
2. **Organización del sistema:** comienza cuando la certeza de la pérdida hace posibles nuevas realidades relacionales. Importante también es la red social que mantiene la familia. El profesional de salud puede formar parte de esta red.

En nuestra cultura de paso rápido y de negación, se espera que los sobrevivientes sean valientes, supriman el miedo y tengan éxito en los asuntos de la vida, aunque los sentimientos de la pérdida hieran profundamente.

Las culturas tradicionales ayudan a las personas a sobrellevar la aflicción (hecho objetivo de la pérdida, cambio de estado del sobreviviente) y el dolor en forma estructurada, a través de ritos de luto (comportamiento que asumen los dolientes y la comunidad después de una defunción) que son universalmente entendidos y tienen significados aceptados, no así en la nuestra en que las viejas costumbres caen en desuso y los afligidos pierden apoyos valiosos para superar su pena (respuesta emocional de la persona afligida que puede expresarse de distintas maneras, desde la ira hasta el sentimiento de desolación)<sup>25</sup>.

Necesitamos ser capaces de aceptar la eventual cercanía de la muerte de aquellos a quienes amamos, como también darnos cuenta de que nuestro tiempo en esta tierra es ilimitado.

Así lo expresa el escritor Jorge Orgaz: “Humanismo significa en el fondo estar imbuido de un sentimiento inteligente de los intereses humanos. El humanismo importa porque forma el hombre y el médico (enfermera) deben ser humanos sobre todo”<sup>26</sup>. Para analizar la relación enfermera – paciente, tendrá en cuenta los siguientes aspectos que influyen en el comportamiento de la enfermera.

---

<sup>25</sup>TizonGarcía Jorge. Pérdida, pena y duelo; vivencia, investigación y asistencia.

<sup>26</sup>Orgaz Jorge. Humanismo profesional.

Una vez que se ha comprendido que las personas en duelo requieren ser atendidas en un entorno seguro sobre sus necesidades relacionales, además de que se puede uno apoyar en unas herramientas psicológicas que son:

### EMPATÍA

Es la primera herramienta necesaria para el trabajo de acompañamiento. Payás en su libro “las tareas del duelo” y dice: “la introspección es la capacidad que tenemos los seres humanos de observar nuestro mundo interno. También podemos entrar en el mundo interno del otro imaginando como debe de ser estar en su piel, y a eso lo llamamos introspección vicaria. A esta capacidad humana de entrar en la experiencia subjetiva del otro Heinz Kohut la denomino empatía (Payás 2012).

La empatía es la actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona, es “ponerse en los zapatos del otro” sin que se mezcle el propio yo en el ajeno o a la inversa. Es ponerse a sí mismo entre paréntesis momentáneamente para poder centrarse en la situación concreta y existencial de la otra persona, meterse en su experiencia y asumir su situación, es decir, poder caminar con los zapatos del otro durante una parte del camino. La empatía es una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro, sin prejuicios, sin juicios de valor, exacta, del mundo interior del otro. Implica la posibilidad de penetrar en su afectividad, de sentir con él, de tener un conocimiento íntimo y concreto de las personas hasta llegar a percibir sus afectos profundos y sus necesidades.

Si el personal de salud ha sido capaz de establecer empatía, puede decir: “Te comprendo porque veo las cosas desde tu punto de vista, y mi experiencia – semejante a la tuya- me permite –sin proyectar- hacerme cargo de lo que tú manifiestas que significa ahora esto para ti”. (Bermejo, J.C., 1998).

Cuando se logra tener esta habilidad de empatía podemos decir que el profesional de salud de una manera sensible y correcta, evita el juzgar e interpretar a la persona; es capaz de mantener la distancia afectiva que le permita una mayor objetividad para lograr comunicar comprensión entrando en el mundo personal y único del ayudado, sin que esta distancia se convierta en frialdad y se establezca entonces una comunicación que permita detectar y escuchar al doliente en sus necesidades, ayudando a la persona en duelo a desarrollar un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento o terapéuticas, en relación a sí misma, proporcionando luz y curación en su proceso de duelo.

### HABILIDADES DE ESCUCHA ACTIVA

“Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te pido. Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a decirme por qué no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. Cuando te pido que me escuches y tú sientes el deber de hacer algo para resolver mi problema, no respondes a mis necesidades. ¡Escúchame! Todo lo que te pido es que me escuches, no que hables, o que hagas. Sólo que me escuches. Aconsejar es fácil, pero yo no soy un incapaz. Quizá esté desanimado o en dificultad, pero no soy un inútil. Cuando tú haces por mí lo que yo

mismo podría hacer y no necesito, no haces más que contribuir a mi inseguridad, pero cuando aceptas, simplemente, que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí". (Bermejo, J. C., 1997).

Estas palabras expresadas por una persona necesitada de ayuda, facilitan el comenzar a reflexionar sobre la comunicación y, dentro de este proceso, la importancia como herramienta terapéutica de la escucha activa para detectar las necesidades relacionales, físicas, psicológicas y miedos que la persona, su familia o el equipo interdisciplinar que lo atiende, pueden presentar durante el proceso del duelo. Si se lleva el proceso de comunicación al ámbito de la atención tanatológica por parte del profesional de la salud en donde las condiciones de la persona, paciente terminal, familia o equipo interdisciplinar se ven matizadas por los temores o miedos que suscita el enfrentarse a las pérdidas y la forma en que fueron resueltas éstas con anterioridad, así como el saber que quizá ya no se concreten planes, ilusiones, etc. que pudieran haberse formulado para el futuro o que está cercano el final de la vida, se requerirá de una destreza que debe ser aprendida, enseñada, repetida y evaluada, es decir, de entrenamiento por parte del profesional de salud en la forma de escuchar.

Escuchar no sólo es el acto fisiológico en donde se perciben los sonidos, después de pasar las ondas sonoras mediante vibraciones que se conducen hasta el cerebro y que hace que el sujeto receptor capte la información. Es mucho más que eso; es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc. logrando así captar el mensaje del emisor, comprenderlo y dar respuesta a éste. La escucha activa "es mucho más que dejar de hablar" o percibir la información, es la habilidad de reflejar esta información recibida, los sentimientos, la interpretación que del mundo tenga el paciente, la familia o el equipo interdisciplinar y que en la forma de desarrollarse emplea una forma de expresión que le es específica. Es dejar de lado los prejuicios, sean religiosos o espirituales, psicológicos o científicos; las propias preocupaciones diarias, los deseos o expectativas, los miedos, etc. pues es de esta forma empática, que se logra escuchar lo que realmente está siendo dicho. Para Gómez A, "Escuchar activamente es respetar, dar caricias positivas, pues cuando alguien se siente escuchado, tiene la viva sensación de ser tomado en consideración" (Bermejo 1997).

Al poner en práctica la escucha activa, el apoyo emocional que se puede ofrecer es el de ser catalizadores, cuando con lo dicho el paciente, familiar o miembro del equipo puede drenar su emotividad, elaborar el impacto que le causa la situación dada en su vida personal para disminuir el dolor físico, emocional o espiritual, o en su caso, para morir en paz. Es menester entonces, saber que no necesariamente la persona que habla necesita una respuesta, sino el sentirse comprendido por alguien, se debe saber también que es necesario el librarse de dar consejos, de interrumpir con preguntas el diálogo o el silencio del escuchado, pues todos estos actos o comportamientos, llevarán a tener una comunicación ineficaz con el que habla y se estará dirigiendo la conversación hacia rumbos que no hubieran sido la elección de la persona en duelo. Cuando, a través de este

tipo de escucha activa y empática, el profesional de salud es capaz de centrarse y ocuparse del significado único que tiene para el que es escuchado lo dicho por él, se habla de personalizar la escucha. Al personalizar la escucha, el profesional de salud escoge los sentimientos únicos con los que el sujeto vive de modo intransferible, el impacto de lo que acontece a su alrededor o dentro de sí, sin escandalizarse, logrando admirar con sorpresa, el maravilloso mundo interno de ese ser humano y esto generará tener el efecto de un fármaco poderoso al eliminar la sensación de estar solo o abandonado en momentos tan definitivos en su vida y la persona puede mostrarse como es, ayudándole así a sanar emocionalmente, pues como escribe Gómez A, “Al contarse, uno se cura a sí mismo porque hace el esfuerzo de poner orden, de dar palabras a cuanto le habita”. (Bermejo 1997).

*¿Cómo sabrá la persona que habla que está acompañado y que la compañía está siendo brindada de forma profesional y humana?*

#### Con la postura física.

Se escucha con toda la persona. Se debe de considerar que el lenguaje corporal habla más que mil palabras, que quien demanda la escucha recibe a través de la cercanía, la mirada, los gestos, la sonrisa, el llamarle por su nombre y el diálogo hacia él, la certeza de que es escuchado y acogido con todo el ser.

#### Con los oídos.

Cuando se es capaz de parafrasear lo dicho por la persona, es decir, cuando se puede repetir con las propias palabras algo que fue dicho, tal como uno lo entendió, o proporcionar una explicación del contenido dará la posibilidad a la persona que habla de confirmar o no lo expresado por él.

#### A través de la verbalización.

Esto es, expresar los sentimientos que se han percibido detrás de las palabras escuchadas para reflejarlas o devolverlas al interlocutor y saber de esta forma cuál es el estado emocional del mismo. Será útil que el profesionista de enfermería se exprese más con tono de interrogación que de manera absoluta, para permitirle al otro contradecir lo que se dijo o lograr percibir si el sentimiento es correcto o no.

#### Acogiendo el silencio, leyendo en él el mensaje que encierra.

A Gómez dice al respecto que: “Es preciso educarse para el silencio. Sabe hablar quién sabe también callar. Callar para permitir que se manifieste el otro. Hay momentos en la vida, especialmente ante un gran dolor, en los que el silencio se convierte en el signo más profundo de respeto. Respetar las pausas del silencio en la relación es dejarlas a disposición del que habla para que pueda sentirse a sí mismo, revivir lo que narra, traer a la memoria lo que quiere decir... Y por último, se escucha también haciendo silencio dentro de sí, evitando todo juicio sobre lo que dice, haciendo espacio al otro. Por su

complejidad y riqueza es importante no eliminar el silencio con preguntas o desviando el tema". (Bermejo 1997).

### El arte de realizar preguntas

"Las preguntas pueden ser como una palanca que usas para forzar o abrir la tapa pegada de una lata de pintura...Si tenemos una palanca corta, no podemos más que sólo romper la tapa de la lata. Pero si tenemos una palanca más larga, o una pregunta más dinámica, podemos abrir la lata ampliamente hasta remover todo su contenido...Si se aplica la pregunta correcta, y excava lo suficientemente profundo, entonces podemos remover o sacar todas las soluciones creativas".

Durante el acompañamiento tanatológico será necesario el establecer una adecuada comunicación con la persona, paciente, familia o equipo interdisciplinar que esté basada en la actitud comprensiva, la empatía, la escucha activa y el lenguaje corporal, como se ha revisado hasta el momento, y sumaré a éstas la herramienta del arte de realizar preguntas, pues depende de la habilidad de cuestionar el que la persona en duelo se sienta comprendida, protegida, aceptada y abra así su corazón y su mente drenando las emociones, sentimientos y pensamientos que surgen ante la pérdida.

### Sufrimiento espiritual.

Relacionado con: Conflicto con las creencias y valores del individuo: significado de la propia existencia, de la vida, muerte y enfermedad; Dificultad o incapacidad para seguir las prácticas o rituales religiosos o ser fiel al propio orden de valores; Conflicto entre la terapia propuesta y orden de valores / preceptos religiosos del individuo; Necesidad de reconciliación.

#### ❖ Actividades

1. Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -sin prisa-.
2. Ayudar al enfermo a expresar la naturaleza del conflicto en que se encuentra, posibles soluciones, alternativas.
3. Facilitar la asistencia espiritual y/o psicológica que demande.
4. Facilitar el clima adecuado en su entorno para resolver temas pendientes que pudiera tener.

### Trastorno de la autoestima.

Relacionado con: Enfermedad socialmente rechazada: SIDA, algunos cánceres, etc.; Percepción de sí mismo: Sentimientos de inferioridad, culpa, inseguridad, Fracaso: Actitud frente a los propios logros, objetivos inalcanzados; Pérdida de control emocional y dificultad para expresar ideas, sentimientos y deseos.

#### ❖ Actividades:

1. Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -sin prisa-.
2. Tranquilizarle asegurándole que su comportamiento es normal y esperado.
3. Valorar los aspectos y logros positivos del quehacer cotidiano.
4. Ayudar a establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar aspectos de la vida que estén alterados: autocuidado, participación de la vida social, etc. Tener en cuenta la capacidad y voluntad del enfermo.
5. Hacerle participe en la medida de lo posible en las decisiones sobre sus cuidados. Evitar actitudes paternalistas e infantilistas.
6. Ayudarle en la adaptación al cambio de rol cuando lo precise.
7. Invitar a la familia a realzar los valores y logros positivos del enfermo.

### Comunicación

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo.

Una buena comunicación con el paciente y su familia es la base para un adecuado cuidado paliativo. Son 3 los elementos básicos para una buena comunicación: saber escuchar, la empatía y la aceptación.

#### ❖ Actividades:

1. Reservar tiempo y espacio para estar con el enfermo.
2. Escucha activa.
3. Hacer preguntas directas y abiertas asegurándose la adecuada comprensión: ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Qué es lo que más le ayudaría?, ¿Cómo se siente?, ¿En este momento cual es el problema/s que más le molestan?, ¿En qué más le podemos ayudar?, etc.
4. Detectar déficit de comunicación entre los profesionales, familiares, favoreciendo su resolución.
5. Facilitar técnicas de comunicación adecuadas a la limitación y recursos existentes (dibujos, escritura, signos, etc.).
6. Enseñar a formular frases cortas, pausas en la conversación, respirar correctamente al hablar o intercalar pausas de descanso, en caso de debilidad extrema o falta de aliento.

### Ansiedad

Relacionado con el miedo a la muerte, al abandono, a la soledad y al aislamiento y la incompreensión, al dolor, al tratamiento, a la evolución del proceso, a la pérdida de conciencia, a ser una carga para otros. Como una pérdida de la vida y la familia, cambios en el estilo de vida, desempeño del rol, actividad social, adaptación a la enfermedad y sus complicaciones (Disnea).

#### ❖ Actividades:



1. Manifestar presencia y disponibilidad.
2. Favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa. Evitar actitudes paternalistas.
3. Disponer de un entorno agradable y tranquilo. Proporcionar intimidad.
4. Respetar los deseos de soledad o compañía.
5. Promover actividades recreativas y de ocio.
6. Realizar con el enfermo una valoración realista de la situación en caso de sentimientos de abandono: ¿es real o es que la familia está atendiendo otras responsabilidades?
7. Facilitar y aconsejar la presencia de familiares y amigos.
8. Informar de la existencia de tratamientos y métodos para controlar el dolor y otros síntomas.
9. Ayudar al reconocimiento de los diferentes roles que tenemos en la vida (incluso cuando cambia un rol otros permanecen inalterados).
10. Tranquilizar transmitiendo que estaremos allí si surgen nuevos problemas para controlarlos.
11. Hablar con la familia sobre el manejo de la situación.
12. Proporcionar una luz por la noche sin miedo a la oscuridad.
13. Comunicar al médico la existencia del problema.

#### Disfunción familiar

Relacionado con: Impacto emocional, Tareas, Necesidades.

#### Impacto emocional:

Debido al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, al sufrimiento del enfermo y a hablar con él sobre su enfermedad, a la pérdida y a estar solo con el enfermo cuando fallezca o a no encontrarse allí en el momento de la muerte, etc.

#### Tareas:

Toma de decisiones, sobrecarga de trabajo y cambio de roles.

#### Necesidades:

De información del proceso, de disponibilidad y apoyo del equipo sanitario, de privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional y de participar en los cuidados.

#### ❖ Actividades:

1. Establecer objetivos y planes de cuidados consensuados entre el enfermo, la familia y el equipo.
2. Informar y adiestrar en los cuidados y administración de tratamientos.

3. Dar información continua del proceso, los cambios adaptativos y control de los mismos (adelantándose en lo posible a la aparición de nuevos problemas o síntomas).
4. Reforzar por parte de los sanitarios la labor de los cuidadores reconociendo su labor.
5. Aconsejar al cuidador principal dedicarse tiempo para el ocio.
6. Facilitar la comunicación entre todos los miembros de la unidad familiar.
7. Proporcionar un ambiente adecuado para favorecer la intimidad y la expresión de sentimientos.
8. Informar de los recursos sanitarios y sociales.

### Claudicación familiar

Es la incapacidad de afrontar y soportar las demandas emocionales y físicas que requieren los enfermos, claudicando y dejándolo todo en manos del personal sanitario. Relacionada con: Soledad, ansiedad, sentimientos de pérdida, cansancio, estrés, etc.; Aparición de problemas y síntomas mal controlados; Unidad familiar reducida; Estructura física del domicilio poco apropiada.

#### ❖ Actividades:

1. Todas las actividades descritas anteriormente para el soporte de la familia.
2. Estar alerta ante las situaciones favorecedoras de una claudicación.
3. Aconsejar la implicación del entorno afectivo y social para el reparto de tareas.
4. Desdramatizar y desculpabilizar a la familia.

## CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación bibliográfica realizada, es posible concluir que:

- El acompañamiento tanatológico es la parte medular en el tránsito de una persona durante el proceso de duelo porque con ello se ve fortalecida, reencuentra el sentido de la vida.
- Concientizar al profesional de Enfermería que este acompañamiento es un proceso, por lo tanto requiere de tiempo, confianza, paciencia, amor, conocimiento sobre emociones, sentimientos, cualidades y habilidades que deberá desarrollar.
- El acompañamiento tanatológico pueden ser proporcionados por personas de diferentes profesiones, ámbitos y experiencias de vida, gracias a la preparación en temas tan importantes como: aspectos humanos, psiquiatría y tanatología, espiritualidad, el proceso de morir, aspectos legales de la muerte, muerte clínica, el duelo, suicidio, cuidados paliativos y abordaje tanatológico.
- La existencia de Instituciones, como la Asociación Mexicana de Tanatología, favorece el que las personas cuenten con el apoyo profesional durante momentos tan importantes en sus vidas.
- El acompañamiento deberá ser realizado tomando en cuenta a la persona en cada una de las esferas que lo componen (física, emocional, psicológica, social, espiritual, inserta en actividades productivas o económicas, religiosas, etc.)
- Estoy totalmente convencido que para lograr esto, las herramientas señaladas en esta tesina, que abarcan la empatía, escucha activa, lectura del lenguaje corporal, así como entre más temas, deben ser aprendidas, favorecidas y ejercitadas por los profesionales de la salud con el fin de aminorar el dolor producido por la pérdida, para restablecer los vínculos con la persona u objeto perdido de manera que sea posible reinsertarle de nuevo en la vida de la persona en duelo para que esta última pueda continuar viviendo.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones correspondientes desde mi perspectiva, son con el fin de colaborar en nuevas ideas complementarias debido a que, me voy dando cuenta de que los profesionales de la salud o en específico el profesionista de enfermería, se ha ido olvidando en las cuestiones del sentir de los pacientes y familiares por ello puedo recomendar lo siguiente:

- ✓ Crear un espacio donde todos los profesionistas dentro del área de la salud, puedan expresarse libremente sobre sus estados de ánimo, ya que si el profesional de la salud no se encuentra bien en todas sus esferas que lo componen, no podrá ayudar a un paciente o familiar a llevar el proceso de duelo como debe de ser.
- ✓ Mantener como parte de la formación profesionista la materia de tanatología básica y no como optativa para que en todos los estudiantes adquieran esta formación, para que el mismo en formación adquiera los conocimientos necesarios sobre cómo intervenir en el proceso de duelo, con el que se enfrentan diariamente y no solo cuando se integren al campo laboral, ya que esto también le ayudará en la parte personal.
- ✓ Realizar un curso taller donde los estudiantes y profesionistas de enfermería puedan asistir, donde se toquen temas sobre la muerte y el cómo poder manejar estos sentimientos, como referirse a un paciente o un familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Esponzo AL, Conociéndome y conociendo mis emociones puedo enfrentar un proceso de duelo [Tesis]. Tlalnepantla, Edo. de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2005.
- Ista-Solis NS, El significado del duelo: una red semántica [Tesis]. México, D. F: Facultad de psicología; 2010.
- Pérez-Pichardo MS, La pérdida y el duelo [Tesis]. Tlalnepantla, Edo. de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2005.
- Montes-Caballero E, Mirada al proceso de duelo y perdida bajo el enfoque sistémico [Programa de Maestría y Doctorado]. México, D. F; 2011.
- Talavera-Haro L, Lineamientos tanatológicos-sistémicos encaminados al trabajo de duelo [Tesis]. Ecatepec, Edo. de México: Universidad Oparin, S. C; 2006.
- Vázquez-Cuando L, Significado de pérdida, proceso de duelo y estrategias de afrontamiento [Tesis]. México, D. F: Facultad de psicología; 2010.
- Sibaja-Arroyo G, La muerte como suceso vital y sus repercusiones: el duelo [Tesina]. Tlalnepantla, Edo. de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2014.
- Vázquez-Campero LA, Tanatología, duelo y sentido de vida, taller para adultos mayores del INAPAM [Reporte Laboral]. México, D. F: Facultad de psicología; 2009.
- Cabodevilla I, Las reacciones de duelo, En María Die Trill, Psicooncología, Ades Ediciones Madrid 2007.
- Baratas MD, El duelo: una perspectiva general, en Rev. Cuadernos de Terapia Familiar N° 51, Madrid 2006.
- Pangrazzi A, La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida. Paulinas, Madrid, 1993.
- Tizón JL, Perdida, pena, duelo, Paidós, Barcelona 2004.
- Bowlby J, La pérdida afectiva, Paidós, Barcelona 1993.
- Torralba F. Futilidad y vulnerabilidad, en La medicina paliativa, una necesidad sociosanitaria. Hospital San Juan de Dios. Santurce. 1999.
- Kaplan HI, Sinopsis de psiquiatría. Medica Panamericana, Madrid, 1996.
- Lizarraga S, Ayarra M, CABODEVILLA I. Atención a la familia del paciente al final de la vida. Rev. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2005; 12, 692-701.
- Boss P. La pérdida ambigua, Gedisa, Barcelona, 2001.
- Blas-Castro AG, El duelo y los núcleos melancólicos en la adolescencia [Tesina], México, DF. Tecnológico Universitario de México; 2014.
- Muñoz-Tinajero COT, amor y duelo [Tesis], México, DF: Facultad de Psicología; 2010.
- Morales-Espinoza A, La valoración de enfermería en los procesos de duelo y muerte [Tesis], México DF: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 1998.
- Magaña-Hernández JE, Zamora-González LV, Conocimientos y atención de enfermería en el proceso de duelo en el Hospital General de Zamora Michoacan

[Tesis], Zamora de Hidalgo, Michoacan: Escuela de Enfermería de Zamora A.C; 2010.

- Solis-Hernández CS, Actitudes del personal de enfermería de los servicios de oncología y pediatría del Hospital Juárez de México en el proceso de duelo ante la pérdida de sus pacientes [Tesis], México, DF: Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud; 2011.
- Rivas-Velazquez JC, Tanatología: prácticas cotidianas y procesos de duelo en el paciente crónico, un enfoque desde el trabajo social [Tesis], México, DF: Escuela Nacional del Trabajo Social; 2014.
- Brazier D. El Buda que siente y padece. Declée de Brouwer, Bilbao, 2000.
- Leloup JY, Boff L. Terapeutas del desierto: Sal Terrae, Santander, 1999.
- Acinas P, Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Volumen 2, número 1. 2012.
- Worden W, El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona. Paidós. 2002.
- Bermejo, J, C, HUMANIZAR LA SALUD Humanización y relación de ayuda en enfermería, Madrid, España, 1997.
- Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E, Cuidados paliativos en enfermería. Donostia: sociedad vasca de cuidados paliativos, 2003.
- Solorzano-Sanchez M, Los cuidados de enfermería en los cuidados paliativos. Salud y cuidados (en línea) N° 2 (2009). [Consultado 1 de abril 2015] Disponible en: <http://www.saludycuidados.net/numero2/sumario2.htm>
- Cabodevilla, I, Las pérdidas y sus duelos N°3 (2007) [Consultado el 25 de julio 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11>
- Ortega, C, Rosas, P, Ferreira, MS, Vega, S, Una escala de valoración tanatológica para la atención del paciente cardiópata (2006), (Consultado 5 de agosto 2015) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063f>