



# LA TANATOLOGIA:

## UN ENFOQUE DE VANGUARDIA PARA UNA MEJOR COMPRESIÓN Y EFICAZ INTERVENCIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES

**Por: Ana Gladys Vargas Espínola**  
Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica

**Asociación Tech Palewi**

# INTRODUCCIÓN

## LAS PERDIDAS COTIDIANAS

Nadie desea hablar de las pérdidas, sin embargo no podemos escapar a ellas. A donde quiera que miremos a nuestro alrededor y en cualquier momento de la vida que lo hagamos, vemos a seres humanos enfrentando pérdidas. Y la palabra pérdida no se refiere exclusivamente a la muerte, sino también a la sensación dolorosa que conlleva el dejar, ser dejados, separarnos, cambiar, renunciar. Y las pérdidas no sólo incluyen a aquellos seres queridos, sino también expectativas, ilusiones, etapas, Salud, fuerza, etc.

Se suele pensar que las pérdidas únicamente ocurren en las personas destinadas a perder, pero ¿quién puede permanecer al margen de las pérdidas?

La pérdida es una parte ineludible del estar vivo. Puede no ser justo, pero es real, y el enfrentarla es necesario. En cada pérdida se experimenta dolor, angustia, tristeza, etc., y tanto el dolor como la dificultad para superarlo dependerá de la intensidad de la pérdida.

En este sentido, la pérdida más profunda, dolorosa y difícil de superar es la muerte.

## LA MUERTE COMO LA MAS DOLOROSA PERDIDA

La muerte es dolorosa, a menos para la mayoría de nosotros, y probablemente, siempre lo será. Consciente o inconscientemente rechazamos los pensamientos sobre muerte, preferimos negarla para no enfrentar la angustia que genera la visión de esa separación postrera.

Es difícil aceptar la finitud y limitada existencia humana, y no sólo como personas, sino como profesionistas, y cuanto más avanza la Ciencia, el temor se hace más evidente en elementos tales como: cursos en donde los médicos jóvenes aprenden a prolongar la vida, pero no se les habla mucho del concepto de vida, las enfermeras aprenden a asistir al cuerpo sufriente pero se olvidan del alma que clama consuelo; y así los demás Profesionales de la Salud avocados a comprender parcialmente el sufrimiento, mantenemos a los niños al margen de la realidad de la muerte bajo la firme creencia de que no pueden comprender lo que sucede, establecemos largas y polémicas discusiones

sobre si hay que decir o no la verdad a los pacientes, cada vez se mantiene con vida a más y más gente mediante máquinas que sustituyen funciones de órganos vitales.

Y mientras seguimos negando a la muerte y con ello a nuestra propia muerte, la gente, nuestra gente, se sigue muriendo de forma terrible: en áreas frías y deshumanizadas, aislados y rodeados de un muro de incompreensión y silencio.

La familia al igual que el paciente desatendidos y en crisis son victimas de una irreparable ruptura del equilibrio. En estos momentos son presas de sentimientos de dolor, culpa y angustia no sólo por la probable pérdida del ser querido, sino por el reconocimiento de la muerte, la cual se hace presente.

En este sentido, la Tanatología es una disciplina científica cuyo campo propio es el de todo conocimiento humano sobre lo que es el morir y la muerte. La cual aplicada al campo de la salud, no tiene sólo un objetivo teórico, sino práctico.

La Tanatología aporta todo el apoyo y comprensión al ser humano que vive la amenaza devastadora de la muerte propia o de un ser querido, intentando dar sentido a todo el dolor vivido, continuo y lacerante, que provoca la ausencia de quien se ha amado, dejando un profundo vacío en quienes sobreviven. Adicional a los recursos que esta aporta al Profesional de la salud, el ser humano que acompaña al paciente y a su familia en momentos tan dolorosos, los cuales inevitablemente confrontan nuestra existencia.

La tanatología ofrece una comprensión de la muerte y sus procesos con el fin de construir mejores alternativas ante la vida, mi propia vida.

## LA MUERTE, EL MORIR Y EL DUELO

La muerte, es decir, la cesación de las funciones biológicas es una realidad incuestionable. Todos, más tarde o más temprano moriremos. La muerte nos confronta con nuestra finitud y limitada existencia. La muerte es y tarde o temprano será un hecho para cada uno de nosotros, porque a cada uno de nosotros se nos tiene reservada una muerte.

Pero mientras la muerte es un hecho biológico, algo que ocurre y ocurrirá en su momento en todos nosotros, el morir es una experiencia humana que tenemos que vivir, con excepción de aquellas personas que mueren de manera repentina y sin previo aviso. Y en este sentido, el duelo es un fenómeno psíquico y emocional que permitimos que ocurra o no, y en la medida en que se presenta la adaptación psicológica a la pérdida se hace posible.

### LA MUERTE

La muerte no es propia de los seres humanos, afecta a todos los que tienen una dimensión temporal: las flores se marchitan, las especies se extinguen, los sistemas políticos y económicos entran en decadencia, los objetos se desgastan, las estrellas perecen, el día termina, las horas se acaban.

Desde una perspectiva más humana, cuando hablamos de la muerte estamos hablando de un fenómeno:

- ✓ Cotidiano, pero no nos terminamos de acostumbrar a su presencia,
- ✓ Natural, no obstante la vivimos como una intrusa, que llega destruye y siempre nos toma por sorpresa,
- ✓ Imprevisible como un juego de azar,
- ✓ Irrebasable, porque por más esfuerzos que hagamos nunca vamos rebasar el momento de nuestra muerte,
- ✓ Universal, porque es y será para todos,
- ✓ Único como fenómeno para cada uno de nosotros

La Muerte es por principio, el fin último de la vida. No es ni buena ni mala, se sujeta a órdenes superiores y está por encima de nuestro propio orden de las cosas.

La muerte tiene varios niveles o clasificaciones tales como:

- **Muerte Parcial.** Que hace referencia a las pérdidas que vivimos día a día propias de un proceso de crecimiento físico (la muerte celular, cesan las funciones de ciertos órganos, etc), asociadas al proceso de maduración (el fin de la niñez para dar paso a la adolescencia, de la adultez para dar paso a la vejez, el nacimiento mismo, entre otros), o relacionadas con los procesos psicosociales (la jubilación, el desempleo, la migración, etc).
- **Muerte Biológica.** Hace referencia a la transformación de la persona en cadáver
- **Muerte Psíquica** o la "Locura", es la pérdida de la conciencia de nuestros actos, del control consciente de nuestra existencia.
- **Muerte Social.** Parece ser solamente una "ausencia prolongada", donde referencialmente dejamos de estar para los otros (citado por el Dr. Rebolledo M., 1996) Ejemplo de esto es el encarcelamiento, asilamiento o aislamiento, etc.
- **Muerte Espiritual.** Cuando el ser humano pierde la fé y la esperanza.

En este sentido estar muerto es estar excluido del mundo de los vivos como el pecador de la gracia y reino de los cielos, o el "loco" del mundo de los "cuerdos" ... y así el minusvalido, el anciano, el homosexual ("perverso"), etc.

### La Muerte Biológica Individual.

Morimos todos los días desde que nacemos, perdemos cada día miles de millones de células, muchas de ellas se renuevan como es el caso de las de la piel o los eritrocitos; pero otras como las neuronas no corren la misma suerte. A los 20 años de edad hemos perdido un promedio de 100 mil neuronas, hacia los 60 a 65 años de edad ya hay secuelas degenerativas en toda nuestra economía. La vejez es una etapa del ciclo vital en donde los que han tenido la suerte de sobrevivir hasta ese momento, mueren por desgaste, por un incremento de la fragilidad o por mal funcionamiento de los órganos principales del cuerpo.

La muerte biológica consiste en la detención completa y definitiva, es decir irreversible, de las funciones vitales (la cual puede acontecer en cualquier etapa o momento de la

vida); y opera a nivel de célula, de órgano, de organismo, y en última instancia de la persona como unidad.

Biológicamente ante la muerte se necesita hacer un análisis formal de los fenómenos que confirman dicha condición, dígase un diagnóstico de muerte, dando como resultado cualquiera de las siguientes alternativas:

- **Muerte Aparente.** Cuando por pocos segundos o minutos la persona cae en paro cardiorrespiratorio y gracias a las maniobras de reanimación sus funciones vitales se recuperan.
- **Muerte Clínica.** Es la demostración fehaciente de la ausencia de signos vitales, determinada por la aplicación directa de los sentidos y sin ayuda de otro tipo de instrumentación.
- **Muerte Cerebral.** Es la ausencia absoluta de respuesta de las estructuras encefálicas a los estímulos correspondientes, demostrada a través de medios clínicos y electrónicos. Los signos vitales están presentes por apoyo farmacológico, la ventilación es asistida por intubación y en forma mecánica; pero no existe estado de conciencia, ni respuesta neurológica.

Y en relación a la duración la muerte se puede clasificar en:

- **Muerte Lenta.** Cuando el deterioro es lento como consecuencia de una larga enfermedad.
- **Muerte Súbita.** Sobreviene de improviso, cuando no se espera, el sujeto en principio no advierte que esta muriendo, por lo que es imposible un trabajo de muerte. Este tipo de muerte es muy traumática para los sobrevivientes, en especial en el caso de la Muerte Súbita Infantil, la cual es abrumadora por su origen desconocido, y provoca en los padres intensos sentimientos de culpa.

La Muerte es un proceso; es decir, no es un estado, no se produce en un momento preciso, a diferencia del Diagnóstico de Muerte que se da en un momento concreto. Esto es la muerte como proceso pasa por diferentes momentos(Viencent Thomas, L.,1994)

1. **La Muerte Más Acá de la Muerte o la Muerte en Vida.** Que esta relacionada con todas y cada una de las muertes pequeñas y grandes que vivimos desde la unión de la fecundación hasta los últimos momentos de agonía. (Ejemplo:, la muerte celular cotidiana, el envejecimiento o deterioro gradual de órganos y sistemas, los microabortos, etc.)
2. **La Muerte propiamente dicha.** Es cuando oficialmente se dio por terminada la vida, en ese momento la persona se convierte en cadáver.
3. **Muerte más allá de la muerte.** “La muerte continúa su obra después del último suspiro” J.Ruffié. La muerte después de la muerte tiene que ver con el proceso de degradación que sufre el cadáver hasta convertirse en polvo después de terminada la mineralización, mismo que subsiste por toda la eternidad conservando vestigios de nuestro programa genético.

La Madre Teresa de Calcuta en relación a la Muerte afirma: “La muerte no es el fin, es solo un comienzo. La muerte es la continuación de la vida... En la muerte solo entregamos el cuerpo, pues el corazón y el alma vivirán para siempre”.

## **EL PROCESO DEL MORIR**

El Proceso del Morir inicia conscientemente desde que me comunican o percibo que padezco una enfermedad que me llevará a la muerte, y en este sentido cada paciente puede percibir de muchas formas que su fin esta cerca, es decir, en ocasiones el paciente conoce la realidad de su situación a través de la honesta y veraz información que el médico le proporciona, pero en otros momentos son los hechos los que le hacen suponer al paciente, y hasta afirmar con certeza, que la muerte esta cerca. Ejemplo de estos hecho son: el cambio de conducta de los familiares, amigos y del mismo personal de salud hacia el paciente, comentarios que logra el paciente escuchar o silencios que en ocasiones comunican más que las palabras, las modificaciones en el tratamiento pre-establecido por los médicos, internamientos repentinos o altas poco claras, etc., y más allá de los hechos externos, son las sensaciones corporales, su propio deterioro, el que le comunican al paciente la realidad de su situación.

Mucho se ha hablado de sobre si debemos decirle al paciente la verdad de su condición... ¿debemos decirle al paciente que va a morir?, pregunta que lleva a discusiones que ocupan un alto porcentaje de tiempo de las sesiones clínicas, conferencias y seminarios;

pero poco hablamos de lo que el paciente nos tiene que decir a nosotros, con su enojo, con su silencio, con su angustia, o simplemente con palabras.

El paciente de acuerdo a la calidad de comunicación que tiene con su interlocutor elige hablar parcial o totalmente su verdad interna. El paciente sabe con quien puede compartir la realidad por dura que esta sea y con quien debe callar, con quien mostrar una actitud de dureza o aparente control y con quien poder expresar todos los sentimientos que se le agolpan.

En ocasiones aunque la realidad sea evidente, el paciente es quien no puede escucharla, ya que esta rebasa su capacidad interna de asimilación, y es ahí cuando aparecen los mecanismos de defensa (negación, intelectualización, disociación, aislamiento, etc).

Pero independientemente de lo preparado que el paciente este para escuchar, en la mayoría de los casos este esta rodeado de un muro de incomprensión, incomunicación, distancia física y emocional y temor, muro que lo aísla del mundo que lo rodea y del que el tanto necesita.

#### Reacciones del Paciente ante la inminencia de la Muerte.

Las reacciones del paciente frente a su inminente muerte varían de una persona a otra y dependen de una serie de factores altamente individuales tales como: las características de personalidad del paciente, su psicopatología previa, la calidad de sus relaciones intrafamiliares (tanto con su familia de origen como con su familia nuclear), sus redes de apoyo (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, asociaciones civiles, etc), los factores socioeconómicos y culturales, las características específicas de la enfermedad, entre otros.

Por lo anterior cada caso debe ser valorado en forma independiente, siendo importante que el profesional de la salud se atreva a romper con generalizaciones que nos arrojan rápidas respuestas, pero que nos alejan de la oportunidad de comprender las necesidades particulares de cada paciente.

En ocasiones el enfrentamiento con la muerte permite que los pacientes reflexionen sobre ellos, sobre su vida, este momento les da la oportunidad de encontrarle un sentido a la vida y crecer espiritualmente.



En relación con la fortaleza espiritual, esta la encuentra el enfermo en la fé (la certeza de que existe Dios y lo acompaña) y la esperanza. Aunque en la terminología médica usamos la frase “no hay esperanza”, en ningún ser humano encontramos más esperanza que en un paciente terminal. Es la esperanza la que le da la fuerza para luchar mientras tiene vida y renunciar cuando llega el momento. Siendo importante comentar que no es la única esperanza de un paciente la inmortalidad.

Un mito muy común en este sentido es que la información veraz derrumba la esperanza del paciente, el cual se asemeja al mito de que la depresión acelera la muerte, y este último es un mito porque la depresión es parte del proceso que lleva a la aceptación de la realidad. La depresión lleva a la muerte cuando esta, sumada a la psicopatología preexistente, se convierte en la única forma de enfrentar la vida.

Lo que no es un mito es que el desconocimiento y la ignorancia del personal tratante con respecto a las necesidades, temores y sentimientos del paciente por morir, colaboran a incrementar su sufrimiento, que de por sí ya es bastante.

#### Etapas del Proceso del Morir.

El morir es el proceso de deterioro que sufre el organismo desde su condición terminal (diagnosticada o no) hasta la muerte. Dicho proceso, como todo en el ser humano, no puede ocurrir aislado, es decir el proceso del morir es un proceso biológico, psicológico, social y espiritual.

En este sentido la doctora Kubler-Ross en 1974 planteó un conjunto de fenómenos que un paciente vive en su camino a la muerte, dichos fenómenos los organizó en “etapas”, mismas que a la fecha se siguen encontrando en los pacientes, pero no en la secuencia rígida con que originalmente se expuso.

La primera respuesta, casi universal ante la noticia de una enfermedad grave es la **incredulidad**, siendo común escuchar en este momento frases como “Se han de haber confundido de resultados”, “Pensé que hablaba de otro paciente”. Esta reacción tiene por objeto amortiguar el golpe emocional, mientras se pueden desarrollar otros recursos para enfrentar tan dura realidad.

La **Negación** es una defensa que sin excepción utilizamos cuando el evento rebasa nuestra capacidad yóica (fuerza interna); es decir, ante el colapso emocional y psíquico surge la negación. Si bien es cierto que la negación consume mucha energía psíquica y distorsiona la realidad; también es cierto que la utilización de este mecanismo es la única posibilidad que el paciente tiene a sobrevivir psíquicamente al impacto.

Lo difícil para el profesional de la salud es el poder intervenir con el paciente, respetando su defensa, pero sin favorecerla. Es importante recordar que una defensa que se confronta, solo se fortalece aún más.

Se han diferenciado tres tipos de negación:

- Negación de los Hechos (diagnóstico)
- Negación de las implicaciones de la enfermedad (una cirugía, la aplicación de quimioterapia, la amputación de un miembro, la caída del cabello, etc)
- Negación de la muerte como hecho final.

La experiencia clínica muestra que en el mismo momento un paciente puede estar aceptando y negando lo mismo a la vez, es decir, maneja la situación en diferentes niveles y momentos.

Otra de las etapas del proceso del morir es la **Rabia**, la cual puede ser expresada directamente, desplazada, manifestada en forma abierta o encubierta. Esta condición hace que el paciente sea difícil en su manejo, quejumbroso, agresivo, violento e irritable.

Ante estas respuestas del paciente, el profesional de la salud reacciona con rechazo y enojo al no comprender que esa rabia expresada hacia el afuera tiene que ver con el proceso destructivo y sin control que se gesta en su interior. El paciente está enojado contra todo y contra el porque la vida se le acaba y todo lo que esta implica.

La comprensión del profesional de la salud en torno a estos procesos ayudará al restablecimiento del paciente. Siendo importante señalar que la comprensión, dígame empatía, también tiene que ver con el hecho de ponerle límites a la agresión del paciente, esto es contenerlo, porque el favorecer una actuación agresiva solo contamina la relación.

A la rabia le sigue una parcial y dolorosa aceptación, que cada vez es mayor; y en este proceso algunos pacientes pasan por la etapa llamada **Negociación**. Negocia con Dios, con el médico, con la vida; esto es, le ofrece a ... a cambio de .... Este proceso acaba cuando las evidencias clínicas demuestran que el proceso de deterioro no se detiene, ni se detendrá.

La siguiente etapa, en este camino a la aceptación, es la **tristeza o depresión**, la cual no necesariamente esta asociada a llanto, sino a un estado de animo depresivo caracterizado por tristeza, poca vitalidad, ideas recurrentes asociadas a acelerar su muerte o darse por vencido, poco interés en sus actividades cotidianas, etc. Es en esta etapa en donde se hace evidente el profundo sufrimiento del paciente. Negarlo, evadirlo, disimularlo, disfrazarlo o pretender eliminarlo con antidepresivos, solo impide que el paciente desarrolle sus propios recursos para enfrentar esta tan dolorosa etapa.

Ahora, si bien es cierto que nada fortalece más a un ser humana que la cálida y empática presencia de otro ser humano, en ocasiones cuando ésta es muy aguda, o esta asociada a procesos psicopatológicos previos, es recomendable la utilización de antidepresivos en dosis óptimas y recetados por psiquiatras especializados en este tipo de pacientes.

La depresión de un paciente terminal puede surgir en un primer momento como reactiva ante sus pérdidas "menores" (el cabello, un miembro amputado, su autonomía, productividad, etc); pero posteriormente se hace más honda y se generaliza a todo lo que el evento implica: la separación de todo lo que ama , incluyendo su cuerpo, su vida.

A esta depresión se suman un cúmulo de necesidades y temores, las cuales las revisaremos en la siguiente sesión.

Es en este momento donde el paciente empieza parcialmente a Aceptar (última etapa del proceso del morir) el hecho inevitable de la muerte y a la par empieza a desapegarse, romper sus vínculos con el mundo externo en orden de importancia (de menor a mayor). Este proceso psicológico se llama *descatectización*, el cual nos indica que la muerte esta cerca. El paciente dormita casi todo el tiempo, su responsividad a estímulos externos es lenta y pobre, no desea ingerir alimentos y su necesidad de descansar no debe ser perturbada por procedimientos dolorosos e inútiles.

Sería fácil poder pensar que estas etapas se dan en forma progresiva y ordenada, pero no es así, en un mismo día se pueden dar todas, o permanecer largos períodos en una sola. Sería magnífico que todos antes de morir llegáramos a la aceptación total de la muerte, pero esto no es así, un gran número de personas mueren enojados o negando su condición.

Es importante comentar que no existe alguien que cambie de personalidad a la hora de morir, por lo que las características de personalidad que nos acompañaron a lo largo de la vida, nos acompañarán hasta la muerte, y estas pueden complicar o dificultar nuestros últimos momentos, hacerlos más dolorosos.

## EL DUELO

A lo largo de nuestra vida, los seres humanos debemos enfrentar permanentemente pérdidas. Cualquier situación que se valore como "ganancia", tiene como precio un desprendimiento, una renuncia, una pérdida. Y si aceptamos este hecho, entonces podemos afirmar que las pérdidas y la elaboración de estas forman una parte esencial de la vida del ser humano.

El duelo es una reacción natural ante una pérdida y comprende una serie de procesos intrapsíquicos, somáticos y socioculturales que dentro de un período de tiempo razonable y con una cierta intensidad, no está vinculado con un proceso patológico ni requiere psicofármacos para su manejo.

Metafóricamente el duelo es :

"Es una joven viuda que debe pensar en como enfrentar la vida sola" , "Es una niña que por las noches llora porque extraña a su padre" , "Es levantarte y no recibir el beso y la caricia acostumbrada" , "Es pedir a Dios que las cosas sean distintas, cuando la realidad es que no lo son, y ya nunca más lo serán". "El duelo es estar vacío del otro, porque ni sus recuerdos llenan tan profunda cavidad"

El duelo como definición: es el proceso de adaptación psicológica a las pérdidas propias vividas en nuestro cuerpo y propias relacionadas con personas, animales, cosas, fenómenos o situaciones importantes para nosotros (dígase *catectizadas*).

La palabra "duelo" viene del latín *dolus* (dolor) y "luto" viene del latín *lugere* (llorar); es decir el luto es la aflicción por la pérdida de un ser querido que se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

A diferencia del luto el duelo, es:

1. Inevitable
2. Conlleva sufrimiento
3. Es una condición *sine qua non* para crecer, madurar emocionalmente

Factores importantes a evaluar en el proceso de duelo:

1. El tipo de vínculo. Lo que significaba en la vida de esa persona. Es decir, que tan cercana era la relación, el grado de dependencia física, económica y/o emocional; los roles desempeñados, calidad de la relación, etc.
2. La causa de la pérdida o de la muerte. Es decir esta es propia de un proceso de crecimiento, producto de un desastre natural; es imprevista, asociada a violencia, es producto de un largo y doloroso proceso de deterioro, etc.
3. Experiencias de pérdidas previas y el manejo de estas.
4. Las redes de apoyo: Amigos, familia consanguíneas, la sociedad, iglesia, grupos de apoyo, etc.
5. Los recursos personales (fuerza yóica ) con los que cuenta el individuo,
6. El momento de la pérdida dentro del ciclo vital ,entre otros.

### Reacciones ante la Pérdida.

El duelo es una experiencia global que impacta en el ser humano en todas sus esferas: física, social, emocional y espiritual; por lo que a continuación se hará una descripción de las reacciones más comunes en los diferentes planos: Físico, Psicosocial y Espiritual.

- **Reacciones físicas:**

La muerte de una persona querida repercute en el cuerpo produciendo alteraciones en el campo del aparato digestivo, circulatorio, sistema nervioso y glandular, entre otros., las cuales se hacen manifiestas con reacciones tales como: pérdida del apetito, insomnio, falta de deseo sexual, debilidad física, opresión en el pecho, ansiedad constante, crisis de pánico, etc. Dichas reacciones dentro de cierto límite de tiempo y con cierta intensidad son esperadas; pero aún así es importante no dejar de escucharlas, porque

seguramente esa es la forma más eficaz que ha encontrado el individuo para manifestar todo lo que esta viviendo.

- **Reacciones psico-sociales**

Sabemos que todo aquello que impacta a nivel emocional se refleja en la interacción social del individuo, por lo que sería difícil separarlas.

La primera reacción es el **Shock**, el cuales como lo vimos en el proceso del morir esta asociado a incredulidad, confusión mental, caos afectivo, rechazo de la idea y posibilidad del hecho.

La segunda reacción es la **negación**, reacción inconsciente que protege al individuo ante lo devastador de la pérdida.

La tercera es **Ira, rabia, enojo**, con todos y con todo, con quien nos recuerda a nuestro ser querido, con el hecho de no tenerlo.

La cuarta es la **depresión** caracterizada por esa profunda tristeza y desvitalidad, la cual poco a poco ira cediendo hasta llegar a la aceptación.

La **aceptación** (última etapa del proceso) tiene que ver con la internalización de lo mejor del otro, "que se integra como parte de mi, llenando el vacío de ti".

Es importante comentar que estas reacciones se verán acompañadas por una serie de fenómenos como:

- Culpa: sentimiento que nace a partir del reconocimiento de errores, omisiones, o autoexigencias de conductas que se "debieron" haber tenido en el pasado. Ésta en ocasiones responde más a conflictos emocionales del individuo que a la realidad.
- Miedo a la muerte, a padecer la misma enfermedad, a la soledad, a la vida, a vincularse afectivamente, etc.
- Cansancio y Alivio, ya que la muerte en ocasiones pone fin a un desgarrador calvario familiar.
- Incapacidad de conectarse con la vida, retomar la rutina habitual.
- Incapacidad para generar proyectos de vida.

- Dificultad para concentrarse y mantener la atención hacia situaciones externas (ensimismamiento)
- Confusión
- Labilidad emocional
- Falta de sentido de pertenencia
- Sensación de vacío
- Sentimiento de incompreensión social y aislamiento.
- Búsqueda de la persona amada en la gente, en los lugares, en sueños, etc.

- **Reacciones espirituales:**

Este tipo de reacciones están relacionadas con cuestionamientos que se hace la persona en torno a Dios, a la inmortalidad y trascendencia, en torno a sus limitaciones y al sentido de su vida.

Normalmente un individuo puede elaborar su duelo a través de sus propios procesos psicológicos internos haciendo un proceso de introspección que lo permita contactarse con sus carencias, necesidades, recursos; reconociendo y permitiendo beneficiarse de las redes de apoyo circundantes, de la relación con los demás (su núcleo social y familiar) y siguiendo normas y parámetros establecidos por su contexto sociocultural.

En aquellos casos en donde el duelo se complica, prolonga, desvía, no fluye, se hace necesaria una intervención profesional, dentro de las siguientes modalidades:

1. Consejería tanatológica o técnica del counseling con aplicación tanatológica. (cuyo objetivo o foco sea la pérdida y el proceso de duelo concomitante)
2. Psicoterapia breve y de urgencia, breve o prolongada.
3. Terapias alternativas (meditación, hipnosis, etc)

### Duelos atípicos.

Existen tres diferentes tipos de duelo atípicos:

- **El Duelo Retardado.** Se manifiesta en aquellas personas que aparentemente tiene bajo control sus sentimientos, y lo único que hacen es retener el cause normal de este; pero como río, pronto encontraran su camino de salida y a veces es por el cuerpo, en otras, la persona se mantiene en un estado maniaco para evitar caer en la dolorosa depresión.

- **El Duelo Crónico.** Este tipo de duelo dura más de los seis meses a 18 meses esperados. El sobreviviente se queda vinculado al ese ser querido, mostrando una gran incapaz de vincularse con el medio circundante.
- **El Duelo patológico.** Es el resultado de una psicopatología previa que generaba pobres condiciones yóicas, y en donde la pérdida del ser amado, solo agudizó el cuadro.

Resulta fácil decir que es lo esperado que viva una persona ante la pérdida, pero resulta difícil poder entender y explicar ... ¿Porqué alguien queda fijado en un objeto perdido -ser humano que murió, persona que abandonó, trabajo que perdió, condición que desapareció-? ...

¿Porqué no puede solamente vincularse a otro objeto de amor? ...

¿Qué tiene que suceder para que podamos superar nuestras pérdidas? ...

Estas son inquietudes que desde 1917 (Freud: Duelo y Melancolía) inquietan a los investigadores.

- ⇒ La primera respuesta que se ha encontrado a las interrogantes anteriores es "la culpa" : Dejar de pensar en el ser amado o intentar remplazarlo es vivido como traición o falta de lealtad. En este sentido la fidelidad al muerto obliga a no dejar de extrañarle y a penar por su ausencia.

Si sufro demuestro que me importa, que no deseé que muriera, que no soy feliz sin el; por eso muchos pacientes consciente o inconscientemente se rehúsan a disminuir su dolor.

En este sentido, la añoranza del duelo típico es diferente a la culpa del duelo patológico; es decir, no es lo mismo extrañarlo, que sentirme culpable si no lo recuerdo.

- ⇒ Una segunda respuesta es : La identificación con el que murió. Es decir, la identificación con el sufrimiento de este, con los placeres de los que se ha privado. No me siento merecedora de estar viva, por lo que si el no vive yo tampoco.



⇒ Una tercera respuesta es que al morir el ser amado perdemos una parte de nosotros mismos, entonces estamos sufriendo una doble pérdida: la del otro y la de esa parte de mí que el otro representaba (seguridad, protección, etc).

El ver que me arrancan una parte esencial de mí me puede generar un gran odio (tan intenso y capaz de mantenerme atado al otro como el amor), entonces entre mi deseo obsesivo de restarle importancia, destruirlo o cuidarme de él de su daño (se me va a aparecer, me va a jalar los pies), lo que sucede es que no dejo de pensar en él.

⇒ Una cuarta respuesta tiene que ver con el pasado de la persona de pérdidas.

Es decir ante la pérdida presente actúa como aquella primera vez que vio una situación similar, no pudiendo el sujeto reconocer hoy en día tiene más recursos de los que poseía cuando niño.

En este sentido el duelo (normal o patológico) no depende exclusivamente de elementos intrapsíquicos, sino también de condiciones externas.

### Duelo anticipatorio

Este término hace referencia a ese duelo que de forma parcial o total da inicio desde antes de la pérdida y prepara al individuo para el momento inevitable. Y con prepararlo no quiere decir que el sujeto ya no sufra porque ya sufrió, sino que tenga más recursos internos para manejar la pérdida. Esto es, que el dolor no inunde al "yo" y sobrecargue la capacidad adaptativa del individuo ante la pérdida; es decir, permite que el sujeto se prepare, no tomándolo así por sorpresa.

El duelo anticipatorio sugiere una contradicción: se supone que el duelo implica una pérdida ya consumada, de modo que anticiparlo se pudiera pensar imposible. Pero no es así.

El duelo anticipatorio está vinculado tanto con el paciente como con el familiar:

Con el paciente tiene que ver con el período de tiempo que va desde el diagnóstico hasta la muerte, conocido por Pattison (1977) como el intervalo "Vivir-Morir", "Vivir-Muriendo"; que para nosotros es mejor llamarle "Vivir-Viviendo"

Este duelo permite no solo que el paciente incorpore la realidad que se presentará mas tarde o más temprano, sino además proporciona los recursos para que se hagan ensayos en cada recaída y remisión.

Si morir es un proceso gradual, el duelo también lo es. Es un proceso que debe iniciar desde el comienzo de la vida, y verse favorecido inevitablemente por los acontecimientos que esta nos presenta.

Hacemos un duelo cuando estamos conscientes de la inminente pérdida (real o en nuestra fantasía). Cuando la pérdida es inminente pero el sujeto no lo reconoce, no hay duelo. Si mecanismos de defensa que impiden ver la realidad e iniciar su concomitante elaboración.

Los familiares, con el duelo anticipatorio, enfrentan y elaboran no solo la muerte, sino cada una de las pérdidas relacionadas con la enfermedad y deterioro gradual del ser amado, y con la pérdida de lo que el otro significa para uno (compañía, amor, protección)

La sintomatología del duelo sin anticipación persiste mucho más tiempo del usual, no porque éste no se asuma, sino porque la capacidad para enfrentarlo no es la misma, es más pobre.

#### Tareas del duelo

- Aceptar la realidad de la pérdida
- Experimentar dolor y trascender a el encontrándole un sentido
- Adaptarse al medio ambiente circundante
- Integrar lo mejor del otro, enriquecerse del otro
- Volverse a vincular socialmente
- Hacer planes de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- El Duelo. Arnaldo Pangrazzi. Editorial CENCAPAS-SELARE. Segunda edición. Colombia 1993.
- Aprender a Morir. Rebolledo Mota, F. Primera edición. México. 1996
- El Proceso de Morir y la Muerte. Editorial Fundación Omega. Primera Edición. Colombia. 1996.
- Como Vivir la Muerte y el Duelo. Mari Carmen Abengonzar. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Valencia, España. 1994.
- La Muerte , Louis. Vincent Thomas. Editorial Paidós. Primera Edición. España, 1991.
- El Duelo Anticipatorio. Isa Fonnegra de Jaramillo. IV Congreso Colombiano de Psicología Clínica. 1989