



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGÍA

EL DUELO

---

TESINA PARA LA ACREDITACION DEL DIPLOMADO EN TANATOLOGÍA

**Dra. María Magdalena Virginia Bustos Valdés**

**01/08/2013**

## ÍNDICE:

PRESENTACIÓN .....	3
OBJETIVO .....	3
ALCANCE .....	4
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	
Muerte y pérdida .....	4
Duelo .....	4
Reacciones de Pena .....	5
Factores de individualidad .....	5
Factores de influencia por temporalidad .....	5
Tipos de duelo por manifestación .....	6
Pena Anticipada .....	6
Duelo Complicado .....	6
Etapas del Duelo .....	7
Duración del duelo .....	8
Trabajo de duelo .....	9
Estadios del duelo según la Teoría del Apego .....	9
Fases de duelo en el adulto según el psicoanálisis .....	10
Curso del duelo y el apego .....	11
Situaciones especiales del duelo:	
Pérdida de la salud .....	11
Cuidador Primario .....	12
Síndrome de Burnout .....	13
Divorcio .....	13
Suicidio .....	13
Duelo en los niños .....	14
<b>Intervención Tanatológica ante el Duelo:</b>	
Perfil del Tanatólogo .....	15
Momento del manejo .....	15
Enfoques en la terapia del duelo .....	15
Personalidad en el manejo psicoanalítico .....	16
Curso de la intervención tanatológica .....	17
Tareas del constructivismo .....	17
Emociones y el duelo .....	18
Significados en el duelo .....	19
Sentido de la muerte .....	19
Logoterapia .....	20
Productividad según Fromm .....	20
Resiliencia .....	20
Factores como muro de contención .....	21

Estado de Flujo .....	22
Proyecto de vida .....	22
Pasos de Neimeyer en la adaptación .....	23
Puntos generales desde el psicoanálisis .....	24
En las Fases de duelo en el adulto de Bowlby .....	24
Preguntas reflexivas en la fase cuatro psicoanalista .....	25
Presentándonos al Amado Perdido en constructivismo .....	25
Recursos terapéuticos de AMTAC .....	26
Directrices en el trabajo tanatológico de AMTAC .....	26
Estrategias en el manejo tanatológico en AMTAC .....	27
Terapia Narrativa .....	28
Grupos de apoyo .....	28
Pruebas Proyectivas .....	29
Terapia Racional Emotivo – Conductual .....	29
Constelaciones Familiares .....	29
Acompañamiento tanatológico del Duelo Anticipado .....	30
Cuidador Informal .....	31
Cuidados Paliativos .....	31
Eutanasia - SMA y Duelo Anticipado .....	32
EVP y Duelo Complicado .....	32
Risoterapia en Duelo Anticipado .....	32
Mindfulness .....	33
Evidenciar al Duelo Complicado .....	34
Duelo por Suicidio .....	34
Manejo del Duelo en los Niños .....	35
CONCLUSIÓN .....	37
REFLEXIÓN .....	37
RECOMENDACIONES .....	37
Bibliografía .....	38

## PRESENTACION:

La Tanatología es conocida como la disciplina, arte o especialidad, que con un método científico se encarga de encontrar sentido al proceso de la muerte y al mismo tiempo estrechar lazos de confianza, esperanza y cuidados entre el moribundo, su familia y el personal que lo asiste, para lograr transcurrir este proceso con dignidad.

El trabajo Tanatológico, siempre serio, profesional, científico y multidisciplinario, no solo se enfoca hacia la muerte, considerada como la interrupción irreversible de la vida, sino a todas aquellas pérdidas significativas que sufre cada persona durante el transcurso de su vida, motivando que el campo de acción de la Tanatología al contrario de tener un ámbito reducido, intervenga en tantos como son las actividades y los espacios del ser humano.

Las características básicas del perfil del Tanatólogo, como son: empatía hacia personas que sufren un duelo, alto nivel de compromiso, constancia en su preparación académica, mirada integradora hacia el ser humano y capacidad de comunicación asertiva y veraz, es frecuente encontrarlas en quienes conforman los equipos dedicados a la atención de la salud, insertadas en su propia ética profesional, pero desafortunadamente para ellos y especialmente para el médico, la muerte tiene una connotación muy diferente. Debido entre otras cosas a que uno de los objetivos de la medicina ha sido el preservar la salud, curar o aliviar al paciente y evitar fallecimientos prematuros o innecesarios. La muerte por ende, ha generado diversas reacciones e incluso para muchos, ha sido causa de impotencia y vulnerabilidad. Históricamente hemos sido formados para “curar y evitar la muerte”, conllevando todo ello a convertir culturalmente a la muerte en enemiga. Y es al surgir la Tanatología, cuando nos vemos en la necesidad de re-estructurar conceptos, ampliar perspectivas, que nos muevan a tratar de comprender lo que el proceso de la muerte significa, poder encontrarle sentido al morir y proporcionar calidad de vida al enfermo en su etapa terminal. Por ello para el personal de salud y esencialmente para los médicos, siempre en formación, la incursión en Tanatología es de vital importancia.

En esta línea, la difusión de conceptos se convierte en una obligación. Considerando al duelo, que la muerte o las pérdidas conllevan, como un tema fundamental dentro del estudio de la Tanatología, y teniendo presente que el conocer su proceso, así como la intervención tanatológica requerida, nos llevarán a entender aún más a nuestros pacientes y sus familias, y a proporcionarles un mejor acompañamiento, es que me atrevo a plantear una revisión bibliográfica sobre el mismo.

## OBJETIVO:

Elaborar un concepto de duelo a través de la exposición de sus manifestaciones, variantes, fases, factores y circunstancias de influencia, y de su manejo tanatológico bajo diferentes recursos terapéuticos.

## ALCANCE:

La presente revisión bibliográfica tiene la finalidad de compartir conceptos y generalidades del proceso de duelo normal y patológico, con personas relacionadas con el trabajo tanatológico, atendiendo a los aspectos bio – psico sociales – espirituales del mismo.

## MARCO CONCEPTUAL:

Al no poder separar los conceptos entre duelo y muerte / pérdida, se iniciará mencionando algunas acepciones acerca de éstas últimas, que nos llevarán al significado del consecuente duelo. Sin profundizar en definiciones como la que la Ley general de Salud de México, en su artículo 344, da como muerte cerebral (Tapia, 2008), la muerte es considerada biológicamente como “un paso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con la vida” (García Montañez, 2012). Si bien, para la muerte se elabora una concepción muy personal, influenciada por el género, las etapas del desarrollo de la persona, la personalidad, el estado civil, el estrato socioeconómico, la cultura y las causas o circunstancias en que sucede, pueden coincidir características comunes a todo ser humano, así la muerte es: Un Proceso, que se presenta desde el momento en que nacemos. Universal para todo ser vivo. Natural, vinculado con la vida misma. Inevitable, ya que el ser vivo es limitado en tiempo y espacio. Necesaria, al contribuir al equilibrio de las especies y ser parte del ciclo de la vida. Cotidiana, presentándose diariamente. Indeterminable, no hay tiempo o edad aun con la incertidumbre respecto al momento de presentación. Única, todo ser vivo tendrá solo una muerte. Individual, no se puede compartir con otra persona, no se puede morir por otro. Personal, experiencia más privada e íntima del ser humano. Radical, muere toda la persona. Inoportuna, por lo general llega cuando no se le necesita, ni se le espera o ni se le quiere. Análoga, cuestiona al ser humano, es problemática, le hace sufrir. Definitiva, por lo menos orgánicamente. Paradójica, cuando el hombre al estar frente a la muerte puede sentirse más vivo, valorar el presente y tener la oportunidad de dar un sentido a su vida y a su muerte (García Maldonado, 2012; García Montañez, 2012; I.M.T., 2011; Martínez Arronte, 2013). Y Pérdida es algo que teníamos y dejamos o vamos a dejar de tener, abarca desde algo simple y material hasta la muerte de un ser querido, un divorcio, la enfermedad o cambio en las condiciones de vida. (Pérez Islas, 2011)

Como se percibe, ante la pérdida no es posible permanecer indiferente, aun cuando se tratara de una defunción, una separación de un ser querido, un cambio de estado o un desprendimiento de un objeto significativo. Es entonces cuando aparece el Duelo que **O’Connor** definió en 1990, como los “cambios y reacciones físicas, emocionales, intelectuales y cognitivas que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida (psicológica) por la pérdida de algún ser querido, mismos que pueden presentarse ante el conocimiento de la propia muerte u otras pérdidas importantes en la vida.” (I.M.T., 2011; O’Connor, 2006; Pérez Islas, 2011) Otros autores lo denominan “Pena” considerándola

como el proceso normal de reacción interna y externa a la percepción de la pérdida. Estas reacciones de pena pueden ser psicológicas, físicas, sociales o emocionales. (IMPAC, 2012)

Ejemplificando, entre las psicológicas o sentimientos tenemos: tristeza, enfado, rabia, culpa, auto-reproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad. Las sensaciones físicas que se pueden manifestar son: vacío de estómago, opresión en el pecho o garganta, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, resequedad de boca, náuseas, vértigo, palpitaciones, taquicardia, trastornos del control de esfínteres, erupción cutánea, hipersensibilidad al ruido, quejas somáticas. Entre las cogniciones: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones. Y de las reacciones de tipo social o conductas: trastornos del sueño y del apetito, distracción, aislamiento, hiperactividad desasegada, llanto, soñar con el fallecido, evitar recordarle, buscar o llamarle en voz alta, visitar lugares o llevar objetos que le recuerden, atesorar objetos que le pertenecían. (IMPAC, 2012; Neimeyer y Worden; Pérez Islas, 2011)

Pudieran parecer síntomas de alguna enfermedad porque para muchas personas jamás han sido experimentadas, pero no lo son, sino parte de un proceso adaptativo. (García Maldonado, 2012) **Helen Deutsch** [1884 – 1982], psicoanalista austriaca y estadounidense, primera investigadora que se especializó en la psicología y sexualidad femeninas, discípula de Freud [1937] concluyó desafortunadamente sin pruebas, que sólo el duelo no elaborado produce síntomas. (Zumaya y Zurita, 2012)

La mayoría de los tanatólogos coinciden en que el duelo será: Individual (porque cada doliente tiene su propio proceso y lo debe elaborar él mismo), Único (diferente tanto como pérdidas elaborará), Temporal (requiere de un plazo para ser elaborado y llegar a un término), Activo (implica acción por parte del doliente) (I. M.T., 2011) Y se manifestará en forma diferente en cada persona, influenciado por factores importantes como: la edad del difunto y del doliente; la madurez, personalidad, expresión del género y antecedentes del doliente (historia de salud psiquiátrica y orgánica); circunstancias y tipo de pérdida; situación económica, creencias religiosas y cultura; disponibilidad de apoyo de la comunidad, lazos familiares, y la particular relación y nivel de apego del doliente con el difunto. (Alvarado, 2012; Domínguez Camargo, Sep.-Oct. 2012; García Maldonado, 2012; IMPAC, 2012; I.M.T., 2011; Juri y Morrone, 2012; Montoya, 2012; Pérez Islas, 2011)

La corriente Psicoanalista clasifica a los Factores que influyen en el curso del duelo, de acuerdo a su temporalidad en:

- Factores precedentes: experiencias, historia previa, tipo de vínculo, grado de dependencia emocional, intensidad y seguridad de la relación, relaciones interfamiliares, modo y circunstancias de la muerte, periodo de preparación.
- Factores concurrentes, presentes en el momento de la pérdida: edad del fallecido y sujeto de duelo, género, personalidad del sobreviviente (nivel de autoestima, temperamento y carácter, variación emocional por influencias externas), estatus y recursos socio-económicos, cultura, trabajo, religión.

- Factores subsiguientes: apoyo social, nuevas oportunidades y objetivos en la vida, otras pérdidas recurrentes, salud del doliente (Complicaciones médicas y psiquiátricas). (Juri y Morrone, 2012)

Si bien se concibe a cada duelo como muy personal, tanto la duración como sus características específicas harán que este proceso se manifieste como:

Normal, Adaptativo o Recuperador;      Anticipado;      Patológico o Complicado (Neimeyer, 2012).

Existen dos puntos de vista ante la Pena Anticipada, misma que se da desde el diagnóstico de la enfermedad terminal (Neimeyer, 2012), como benéfico, ya que para algunos autores provee a los familiares o seres queridos de tiempo para absorber gradualmente la realidad de la pérdida y a los propios individuos el poder finalizar “asuntos pendientes”; sin embargo para otros autores es solo una pena que empieza más temprano y considerando que no hay un “volumen” de pena fijo que se deba experimentar, un Duelo Anticipado puede no disminuir el dolor después de la pérdida, sino por el contrario intensificar el apego hacia la persona u objeto. (IMPAC, 2012)

A diferencia del duelo adaptativo, el Duelo Complicado no es un proceso con etapas definidas, sino el “fracaso o incapacidad para afrontarlo que impide alcanzar los niveles de bienestar emocional y del funcionamiento previos a la pérdida”. Se pueden encontrar alteraciones en la intensidad de la respuesta ya sea por demasía (excesivas, atípicas o de duración más allá de lo aceptado) y por defecto (ausencia de manifestaciones). (Pacheco de Barreiro, 2012) Con actividad social de “núcleos” o conglomerados y síntomas o somatizaciones: dolor, hipertensión arterial, disfunción del sistema inmune, cáncer, abuso de drogas, posibilidad de suicidio, etc. (Neimeyer, 2012) **Eric Lidenman** [1900-1974] escritor y psiquiatra experto en duelo, conocido por su extenso estudio sobre eventos traumáticos en sobrevivientes de quemaduras y sus familiares [Boston, EUA 1942] hizo notar cinco reacciones por Duelo no trabajado: Aflicción somática con exaltación de síntomas o rasgos del difunto, Preocupación con la imagen de la persona muerta, Culpa, Reacciones hostiles, y Pérdida de los patrones usuales de conducta. (IMPAC, 2012; Montoya, 2012; Zumaya y Zurita, 2012)

El **Dr. Robert A. Neimeyer**, connotado médico perteneciente a la corriente constructivista, considera al hablar de un Duelo Complicado, tanto la presencia persistente de las siguientes manifestaciones:

- Intensos sentimientos de culpa, provocados por cosas que hizo o dejó de hacer en el momento de la muerte de su ser querido.
- Desesperanza extrema, sensación de no poder recuperar una vida que valga la pena vivir.
- Inquietud o depresión prolongados, sensación de estar atrapado, mantenida a lo largo de varios meses.
- Ira incontrolada, que hace que sus amigos y seres queridos se distancien, con sentimiento de incompreensión o que le lleve a “planear venganza” de su pérdida.

- Pensamientos suicidas, que van más allá del deseo pasivo de “estar muerto” o querer reunirse con su ser querido perdido.
- Síntomas físicos, somatizando los sufridos por su ser querido en los últimos días de su vida.
- Dificultad continuada de funcionamiento que se pone de manifiesto en su incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana.
- Abuso de drogas o alcohol con intención de desterrar el dolor de la pérdida. (Neimeyer y Worden; Varela, 2012)

Como la existencia de Factores de Riesgo para un Duelo Complicado:

Concernientes a la familia:

- Relación cercana con el fallecido (presente en pérdidas de esposo o hijos)
- Género femenino (especialmente madres)
- Estilo de apego no seguro (inseguro o evitativo)
- Alta dependencia pre-pérdida con el difunto.

Relacionados con la muerte:

- Baja aceptación ante la muerte
- Insatisfacción ante la notificación de la muerte (inadecuada información)
- Múltiples pérdidas en poco tiempo (sobrecarga de duelos no resueltos)
- Muertes violentas (suicidios, homicidios, accidentes)
- Encontrar o ver el cuerpo del ser querido después de una muerte violenta.
- Ausencia de cuerpo.
- Muerte en hospital a diferencia que en casa.
- Muertes múltiples

Asociados con el último tratamiento:

- Agresiva intervención médica (UCI, ventilación, reanimación/resucitación)
- Ambivalencia en cuanto al tratamiento con bajo nivel de aceptación ante la muerte
- Conflictos familiares con respecto a la decisión del tratamiento.
- Agotamiento del cuidador.
- Dificultades económicas creadas por el tratamiento. (Neimeyer, 2012)

Todo duelo es considerado en sí como proceso, y en el caso del Duelo Adaptativo o Recuperador, algunos autores proponen que se puede cursar por una serie de etapas hacia un término, aunque de una manera flexible y con regresiones en épocas significativas. Las Etapas que se pueden identificar son (Eguiluz, 2010; I.M.T., 2011; Montoya, 2012):

<b>Kübler-Ross</b>	<b>George Engel</b>	<b>Carl Nighswonger</b>	<b>Weissmann</b>
Negación, rehusarse a aceptar la realidad de lo que está ocurriendo.	Conmoción o Incredulidad	Shock	Apuro existencial
Ira o enojo/rabia	Desarrollo de la conciencia de	Emoción	Acomodo



	pérdida		
Regateo, Negociación pedir tiempo extra	Restitución	Negociación	Deterioro
Depresión	Resolución de la pérdida	Cognición	Momento terminal
Aceptación final.	Idealización	Compromiso	
	Resultado	Terminación	

No existe un consenso entre los autores para aceptar estas etapas, unos mencionan que hay que tomar en cuenta que **Elizabeth Kübler-Ross** [1926 – 2004] psiquiatra suiza-norteamericana experta en muerte, pacientes moribundos y cuidados paliativos, extrapoló sus hallazgos a los sentimientos de las personas a quienes les ha tocado enfrentar un luto inminente (Zumaya y Zurita, 2012) **G. Engel** causa polémica por su postura de considerar el duelo como una enfermedad, desde su punto de vista de que lo patológico se refiere a un cambio de estado, y con su interpretación de la aflicción con dos modelos biológicos primarios de respuesta al peligro, asociados con la pérdida del objeto: la reacción de lucha - huida (fight-flight reaction) y el sistema de conservación - retirada (the conservation-withdrawal system) (Montoya, 2012) Y los **Psicoanalistas** admiten en estas etapas demasiada rigidez (IMPAC, 2012).

También el **constructivismo**, que es la corriente psicológica que plantea que nuestro mundo es producto de la interacción humana con los estímulos naturales y sociales que procesamos desde nuestras “operaciones mentales” las cuales están al servicio de la vida y tienen una función adaptativa, difiere de estas etapas (Neimeyer y Mahoney, 1999; Zumaya y Zurita, 2012). El **Dr. Robert A. Neimeyer** menciona: “La forma en que mantenemos relaciones con los vivos influirá en el proceso de muerte y duelo”. Y discurre que “los modelos más antiguos de la pena, como serie de “fases” de la regulación emocional pueden ser muy engañosos, en cambio los nuevos modelos de dibujo en el apego, afrontamiento y el sentido de la reconstrucción pueden ser más científicamente válidos y útiles en la práctica”. (Neimeyer, 2012)

En el mismo sentido el Psic. Tan. Ricardo Domínguez Camargo nos menciona que “El duelo es algo que nosotros mismos elaboramos no algo que se nos da hecho. Así el duelo nos da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida”. (Domínguez Camargo, abril 2013)

**Nancy O’ Connor**, en relación a la duración del proceso de duelo normal o adaptativo, da una referencia:

1. Ruptura de hábitos (hasta 8 semanas) En los cuales los dolientes se dedican a rituales y ceremonias. Los hábitos alimentarios y sueño se alteran. Hay dolor y miedo, intenso llanto, o confusión y negación. Idealización del ser querido fallecido.
2. Reconstrucción de la vida (2 a 12 meses). Aunque difícil, hay nuevas rutinas, aprendiendo a vivir sin la presencia del ser querido, se lucha contra la

recuperación. El dolor y llanto van disminuyendo pero hay crisis en fechas significativas.

3. Nuevos objetos de amor y amigos (transcurso del 2º. Año) Como fase de resolución, en la que se toma conciencia de que su vida debe continuar, de que se es responsable de su felicidad. Aumenta la vida social, que se había alterado.
4. Terminación del reajuste (final del 2º. Año) Aceptar lo pasado, vivir el presente y estar dispuesto a planear el futuro. (O'Connor, 2006)

“El entender que la aceptación, muy diferente a la resignación, es una postura activa ante lo que nos ha ocurrido, nos pone inmediatamente en una condición protagónica que exige toma de decisiones y posturas vitales”. (Pérez Islas, 2011)

En este camino para la elaboración del duelo, existen también diferentes puntos de vista, **Sigmund Freud** [1856 – 1939] por ejemplo acuñó el término “Trabajo del duelo”, él, médico neurólogo austriaco, estudió inicialmente el tratamiento de la histeria, desarrolló el método catártico, paulatinamente sustituyó ambos por la asociación libre y la interpretación de los sueños, practicó la re-memorización de los traumas psicógenos productores de síntomas y abrió paso a una teoría etiológica de las neurosis, punto de partida del psicoanálisis, huella histórica en la psiquiatría. (Zumaya y Zurita, 2012) Propuso la primera teoría intrapsíquica de la aflicción en su trabajo “Duelo y melancolía” [1917] que si bien no tenía interés particular en este fenómeno lo consideró como una respuesta normal en el curso de la vida (Montoya, 2012)

Sus seguidos **psicoanalistas**, para este “trabajo de duelo” establecen 2 objetivos: El retiro de la libido (como suma total de la “energía psíquica”) invertida en el objeto y la sana reinversión posterior en otro objeto. Las satisfacciones narcisistas que el yo obtiene de seguir con vida, es lo que le hacen separarse del objeto perdido. Para ellos el proceso del duelo es contemplado como un progresivo desprendimiento del objeto perdido. (IMPAC, 2012; Juri y Morrone, 2012; Varela, 2012)

La teoría **psicoanalista** establece que cuando uno ama se apega al objeto amado: “deposita su libido” en la persona que ama. Uno se apega a esta persona y cuando ésta se va, el apego por esa persona continúa. Para que uno se pueda “liberar o despegar” de esa persona hay que realizar el “trabajo de duelo”, que consiste en ir cortando todos los apegos que tiene con esa persona para recuperar esa libido, después de un tiempo determinado. Sin embargo las investigaciones modernas consideran que llevar a cabo esto a través de la re-memorización resulta contraproducente: en lugar de olvidar uno recuerda más, mientras más “trabaja” un recuerdo más se fija porque la memoria está hecha de asociación y repetición”. (Zumaya y Zurita, 2012)

Otra forma de entender este camino doloroso es a través del estudio de la formación de los vínculos afectivos o la “Teoría del Apego” desarrollada inicialmente por **John Bolwby**, psicoanalista inglés quien estudió la relación madre-hijo y se dio cuenta de una serie de pautas de conducta constantes en ambos. En los años 40s y 50s observó la separación de madres e hijos en los hospitales y determinó que los niños pasaban después del alejamiento por fases de: protesta, ira, enojo, aislamiento, tristeza y abatimiento. Y

aunque el adulto afronta el duelo de manera distinta, examinó el proceso de duelo a través del marco conceptual de su teoría y dedicó su trilogía “Apego y pérdida” (1980) al proceso de duelo en adultos, considerando que el duelo transita en general por dos Estadios posibles: La Desorganización (irrupción de afectos, búsqueda, desesperación, fracaso) y la Organización del sistema familiar (certeza de la pérdida, que hace posibles nuevas realidades relacionales). Para él a diferencia de **Freud** el duelo es compatible con la permanencia afectiva de la persona perdida, una presencia del otro en nosotros o localizable en algún lugar específico (un ritual, un objeto, una foto o una palabra al muerto), y no necesariamente tener que cortar con el apego. (IMPAC, 2012; Juri y Morrone, 2012; Montoya, 2012; Zumaya y Zurita, 2012)

Así según **J. Bowlby** [1979-80] y **C. M. Parkes** [1998], bajo la mirada del psicoanálisis, las Fases de Duelo en el adulto con límites difusos y oscilantes entre sí y dependiendo de la personalidad de cada individuo, son:

1. Breve fase de embotamiento, aturdimiento o shock. - De minutos a pocos días. En la que hay un rechazo a la novedad dolorosa, bloqueo afectivo. Aparente calma rota por accesos de angustia o llanto, ataque de pánico o estallido de ira. Este aturdimiento debe ser visto como adaptativo cuando actúa como barrera psicológica y física al dolor inmediato y capacita al deudo para realizar los rituales correspondientes. En el Duelo Patológico aparecen sueños angustiosos o malestar físico y la extensión en tiempo del embotamiento emocional.
2. Fase de anhelo y búsqueda de la persona querida. - Percibida la realidad de la pérdida, se experimenta accesos de llanto y congoja e incrementan anhelos conscientes e inconscientes de un rencuentro con el muerto. Se caracteriza por actividad psicomotora. La búsqueda de la persona perdida presenta muchas manifestaciones con componentes: perceptivos (dirigir repetidamente la mirada hacia fotos y objetos de recuerdo), ideacionales (pensar reiteradamente en el muerto) y motoras (se dirigen los pasos hacia lugares anteriormente compartidos). Se alternan ambivalencias: búsqueda ansiosa, esperanza intermitente con desengaño, llanto, tristeza, rabia y odio. Se torna Patológico cuando se prolongan los anhelos del rencuentro con la persona perdida (“museos familiares”).
3. Fase de desorganización y desesperanza. - Meses.- Etapa difícil, cuando se reconoce que el comportamiento de búsqueda es infructuoso y el enojo pierde potencia, predominan sentimiento de apatía y desesperanza. El individuo se ve forzado a aceptar un cambio en su mundo de supuestos, en un intento de sobrevivir.
4. Fase de mayor o menor reorganización. - Se admite que las cosas han cambiado, cuando se abandonan las viejas suposiciones, se redefinen los modelos y las figuras de apego, es hasta entonces cuando se acepta que la vida deba tener una nueva forma que incluya la ausencia de la persona perdida que lleva a enfrentar un cambio de identidad. Pueden aparecer planes para el futuro. Esta fase es tan penosa como decisiva, implica renuncia definitiva a la esperanza de restablecer la situación previa que incluía a la

persona querida. (Alvarado, 2012; IMPAC, 2012; Juri y Morrone, 2012; Montoya, 2012)

**Freud** y **Bowlby**, ambos, coinciden en que el Duelo Normal implica el reconocimiento de la realidad de la pérdida, aun cuando se llegue por diversos caminos del “trabajo de duelo”. Así para **Freud** el examen de la realidad, impulsa al abandono de la relación (retirar la libido del objeto perdido). Y para **Bowlby** una importante actividad lo consumen los intentos de recuperar lo perdido (fase 2 del duelo), el fracaso de este deseo (fase 3) conducirá al reconocimiento de la realidad de la pérdida y a una reestructuración de las representaciones del “self” y del mundo (fase 4 del duelo). (Juri y Morrone, 2012)

Los discípulos de **Bowlby**, particularmente **Mary Ainsworth** determinaron en las personas 3 tipos de apego: apego seguro o balanceado 60%, apego inseguro o coercitivo 30% y apego evitativo 10%, aunque difícilmente se encontrarán tipos puros, más bien, mezclas de dos o tres tipos de apego (Zumaya y Zurita, 2012), éstos y el grado de satisfacción que sintamos respecto a la relación de apego, harán también diferencias en los procesos de duelo. (Pérez Islas, 2011)

Para los **psicoanalistas** el apego entre las personas es muy importante, así el curso de un duelo dependerá de:

- La intensidad, duración y calidad de la relación que el sujeto ha tenido con la persona que ha perdido.
- La calidad y destino de las relaciones de apego que el sujeto ha presentado durante su vida temporal.
- Los mecanismos de defensa que el sujeto utilice ante situaciones de pérdida y privación.
- La persistencia del apego interior, que mantiene valores y metas que surgieron en la relación con el ausente, principalmente en la fase 4 cumple una función acompañante para continuar el lazo pero de modo diferente. Esta persistencia interior del apego proporciona seguridad y confianza e indica un curso positivo del duelo. (Juri y Morrone, 2012)

Situaciones especiales de duelo que por su complejidad merecen un capítulo aparte:

La Pérdida de la Salud, pondrá un toque particular al transcurso del duelo, e incluso ser un factor predisponente, como ya se ha mencionado, para un duelo prolongado o complicado:

- Ante la pérdida de la salud y más aún ante el diagnóstico de fase terminal, se inicia el proceso de duelo, que motivará en el sujeto la idea inminente de muerte y lo que ella conlleva de forma individual.
- Con la enfermedad se altera el equilibrio bio-psico-social-cultural-espiritual del ser humano. Su condición orgánica está comprometida y se altera el estado emocional no solo del individuo, sino de su entorno social.

- Se pierde en forma inmediata la independencia personal, porque se ve forzado a ser dependiente de normas y reglas de la familia (que incomoda y cansa), del entorno médico (que se impone), de la sociedad (que se desentiende), del ambiente laboral (que explota).
- La pérdida de salud genera estrés, respuesta inespecífica del organismo a cualquier “amenaza”. Diferente en cada persona acorde a factores exógenos (ambientales, drogas, tratamientos hormonales) o endógenos (edad, género, predisposición genética, historia personal) y de cómo se interpreta a los estresores.
- En cuanto se diagnostica, el paciente y allegados pasaran por angustia, desesperanza, incredulidad, frustración, ansiedad, desgaste físico-emocional, pensamientos de realidad alternos con fantasías.
- Las manifestaciones de agonía como: estertores, alteración en la deglución, deterioro cognitivo o pérdida de conciencia y el dolor incrementan el desequilibrio emocional en familiares o acompañantes.
- Las decisiones acerca de la aceptación o rechazo de los tratamientos paliativos, por parte del enfermo o de sus familiares agrega incertidumbre y angustia.

Por otra parte y como factor favorable al cual recurrir, como Duelo Anticipado, es que algunos enfermos terminales, se tornan más susceptibles a la ayuda incondicional de quienes los rodea y/o manifiestan momentos de reflexión y de espiritualidad en la búsqueda de espacios para resolver culpa o asuntos pendientes y expresar deseos y voluntades. (Domínguez Camargo, Sep.–Oct. 2012; Fuentes Aguirre, 2009; García Montañez, 2012; Martínez Arronte, 2013)

En esta situación otro personaje, que será foco de atención tanatológica por cursar duelo simultáneamente al enfermo es el Cuidador Primario, debido a sus características muy particulares de vulnerabilidad. En la actualidad aún con la diversidad de modelos de familia, el compromiso moral del cuidado de algún familiar en situación de fragilidad (enfermos crónicos o personas en edad avanzada) sigue originando conflictos familiares por la distribución interna del poder y la posición de los roles de género. A pesar de que del conjunto de redes sociales, la familia es la que provee la mayor cantidad de apoyo material y los amigos - vecinos cumplen mejor con la satisfacción de tipo emocional, es en la familia de donde emerge generalmente el Cuidador. Llamado Informal, solo porque no pertenece a institución sanitaria o social alguna, pero se ocupa de la atención del enfermo crónico por largos periodos de tiempo. En nuestra sociedad mexicana actual posee características afines como: el ser mujer, (generalmente la hija/nuera o la pareja del enfermo), edad media de 52 años, nivel académico bajo, recibir remuneración económica solo el 20% y designación unilateral. El residir en el mismo domicilio del enfermo favorece la percepción externa de que dispone de todo su tiempo y es la persona idónea, no requiere apoyo por parte del resto de los familiares y puede cumplir además con sus otras responsabilidades. La mayoría de los cuidadores informales manifiestan afines sentimientos ambivalentes como parte de su “carga” subjetiva (“me siento indispensable, contribuyo a su bienestar, no hago lo suficiente vs me manipula, no agradece, me absorbe,”); en la percepción de esta carga influirán diversos factores como son la edad y el nivel de dependencia del receptor, el vínculo cuidador-receptor, las horas de cuidado, el

apoyo familiar que reciba, el grado de decisión y la motivación de su actividad de cuidador. (Domínguez Camargo, Sep.–Oct. 2012)

Al margen del duelo, pero íntimamente relacionado coexiste el Síndrome de Burnout que pueden sufrir en su quehacer cotidiano, principalmente intrahospitalario, los Tanatólogos como cualquier profesional de la salud. Este síndrome se caracteriza por un estado de agotamiento emocional (fatiga física/psíquica), despersonalización (sentimientos, actitudes y respuestas negativas hacia otros, aislamiento) y una falta de realización personal (impotencia, desilusión, bajo rendimiento, baja autoestima, auto-concepto negativo). Frecuentemente es causa de somatizaciones, enfermedades o accidentes, absentismo laboral, conductas violentas o adicciones. (García Montañez, 2012) El Cuidador Primario puede cursar a su vez con el “Síndrome de Cansancio del Cuidador Informal” semejante al Síndrome de Burnout manifestado por alteraciones físicas (pérdida de peso, cefalea, cansancio), psicológicas (irritabilidad), sociales (aislamiento y codependencia) y laborales (falta de concentración). Ambos requerirán de atención especializada y medidas preventivas específicas. (Domínguez Camargo, Sep.–Oct. 2012)

Otra pérdidas significativa a mencionar es el divorcio o la separación, que convierte al proceso de duelo en algo muy complejo e idiosincrásico, aunque comparte etapas de la pérdida por fallecimiento, y los factores precedentes, concurrentes y subsiguientes de igual manera están presentes, la historia de la relación, la existencia de hijos en común y los intereses económicos tienen un gran peso en este proceso. (Juri y Morrone, 2012) El Dr. Zumaya, perteneciente a la corriente **constructivista** menciona “El terminar cualquier relación se convierte en un verdadero arte, requiere: paciencia, disciplina, destreza, delicadeza. El reto es buscar lo positivo de la pérdida”. (Zumaya y Zurita, 2012)

El suicidio es una de las pérdidas que nos llevará a un duelo complicado con todas sus manifestaciones, muy difícil de elaborar porque encierra en sí un tipo de muerte social de la cual poco se habla. Existen factores que sin ser determinantes, afectan este prolongado y duro proceso de duelo: “La muerte por suicidio es generalmente violenta y socialmente estigmatizada, se da más frecuentemente en aquellos que sufren estrés o una patología psiquiátrica previa, en ocasiones se impide la celebración de los ritos funerarios habituales lo que bloqueará la despedida y el desprendimiento necesario de los deudos, además de que deja mucha ira, arrepentimiento y culpas en los sobrevivientes”. (Domínguez Camargo, Enero 2013) En ellos es común además que se presente: miedo a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o padecer una enfermedad mental con lo conlleve, sobreprotección a familiares jóvenes con la esperanza de evitárselo, pena por no haber logrado la confianza del suicida o no haber tomado medidas adecuadas; la culpabilidad puede ser insoportable al grado de realizar un acto suicida para expiarla. Estas manifestaciones también se pueden extender a amigos, compañeros de trabajo o escuela, e incluso en miembros del equipo de salud, toda persona vincula estrechamente con el suicida; debido al criterio equivocado de que el tratamiento ha sido un fracaso y el

suicidio es su mejor evidencia. Entre las reacciones que se han observado en los profesionales se menciona la cautela al enfrentarse a nuevos casos y temor: a represalias de la familia del suicida, a publicidad u opiniones dañinas. Estas reacciones están condicionadas por las características del paciente y su enfermedad diagnosticada; tipo, tiempo y calidad de relación terapeuta-paciente-familia establecida; tiempo entre la última visita y el suceso, entre otros factores. (Eguiluz, 2010) A las etapas del proceso de duelo ya anotadas como: “shock, catástrofe del Yo, depresión, conciencia de seguir hacia adelante, y la resolutiva y esperada aceptación”, por un suicidio se agrega “el perdón”. (Domínguez Camargo, Enero 2013)

El Duelo en los niños: El concepto de la muerte cambia con la edad, con el desarrollo varía el significado doloroso de la muerte, el cual se ve modificado por las experiencias y las condiciones de la vida misma. (García Maldonado, 2012) La edad de los niños es un factor fundamental que determina la manera para hablar sobre la muerte. Aunque existen controversias de cuando hacerlo, y algunos autores consideran “que en cuestiones tanatológicas a partir de los 14 años se les puede hablar como si fueran adultos” (Pérez Islas, 2011), siempre y especialmente durante el proceso de duelo, es saludable responder a sus preguntas con la verdad, de acuerdo a su aprendizaje previo, haciéndoles sentir partícipes de las emociones, decisiones y actividades familiares (Domínguez Camargo, Sep.–Oct. 2012; Pérez Islas, 2011), no solo para lograr un proceso de duelo adaptativo en la infancia, sino para sus consecuencias considerando la postura de los psicoanalistas que refiere que la forma de resolver un duelo y “los patrones de apego seguro o inseguro que se formaron en la niñez influirán en la calidad de las relaciones íntimas en la vida adulta y ésta a su vez en el tipo de duelo” (Juri y Morrone, 2012)

Uniendo el rubro previo con el presente, el duelo por suicidio y la imagen de la muerte en la infancia, tenemos un serio problema de salud pública que atender, porque “en México la 3ª causa de muerte es el suicidio y éste la 5ª causa de muerte en niños. Esto nos obligaría a enfatizar algunos aspectos durante el proceso de educación de los niños como son la resolución de conflictos sin buscar la violencia, la búsqueda del diálogo a pesar de las burlas entre compañeros y desde luego el concepto de que la muerte no es de manera alguna una solución”. (García Maldonado, 2012) Y al poner en práctica conductas preventivas del suicidio intervenimos, de manera colateral a evitar duelos prolongados o patológicos consecuentes.

## TERAPIA DEL DUELO:

Antes de mencionar aspectos acerca de la intervención tanatológica ante el duelo será conveniente enfatizar algunas características esperadas del perfil del Tanatólogo como un profesional capacitado, con un alto sentido de compromiso, interés genuino por el ser humano, que con confidencialidad acompañe, escuche empáticamente, reconozca con respeto y visión integradora el dolor humano y pueda llevar a cabo una comunicación veraz en un sentido holístico, y por otro lado sea capaz, con madurez emocional, de mantener la objetividad, y al formar parte de un equipo de atención al doliente, sea suficientemente honesto para efectuar una reflexión que conduzca a la introspección y permita reconocer sus propias limitaciones y pérdidas personales, para aceptar la asesoría, la instrucción continua y la propia terapia si fuera el caso (García Maldonado, 2012; Martínez Arronte, 2013; Pacheco de Barreiro, 2012).

En cuanto al momento del tratamiento tanatológico “debe dársele un espacio necesario, no inmediatamente después de la pérdida y siempre solicitada libremente por el doliente” (Domínguez Camargo, Abril 2013) Solo en el caso del paciente terminal los tiempos se acortan. Pero en este caso “es necesario sentarse al lado del paciente, entablar contacto físico, dirigir la mirada a sus ojos, validar lo que nos dice y ser honestos con el tiempo del paciente”. (Martínez Arronte, 2013)

Proporcionalmente pocos son los casos de duelo que necesitarán de un tratamiento tanatológico como tal, pero si de una escucha, un acompañamiento, una validación y un encause para que el propio doliente vaya procesando su duelo (Neimeyer, 2012; Alvarado, 2012), el **Dr. Robert A. Neimeyer** considera que “sí deberá plantearse seriamente hablar con alguien sobre su duelo, en el caso de presentar síntomas” (Neimeyer y Worden), esto debido a que la presencia persistente de síntomas es valorada como factor indicativo del inicio de un duelo patológico, el cual requerirá forzosamente de la atención no solo de figuras de apoyo informal sino de la atención especializada. (Neimeyer y Worden; Varela Fregoso, 2012) Otro dato importante es no subestimar la presencia de depresión como patología que modificará necesariamente al duelo (Alvarado, 2012).

“La intervención tanatológica que se puede realizar desde las diferentes perspectivas profesionales, es también un arte que integra la espontaneidad, el saber hacer las cosas con un componente de estilo personal y tratar de aplicar lo que funciona con cada uno” (Domínguez Camargo, abril 2013) “El dar terapia dependerá de los paradigmas del terapeuta” (Alvarado, 2012) De tal manera que el estudio y la aplicación de los diferentes enfoques resultarán un auxiliar importante en cada intervención Tanatológica, ejemplo de algunos de ellos, a los que se puede recurrir son:

- A. Teoría de los apegos (attachment) de **John Bowlby**.- Según la cual las primeras experiencias de la vida, originarán modelos personales para relacionarnos y desde luego la manera de responder en duelo. Al considerar el tipo de apego del doliente, en el caso de un doliente con apego inseguro (como en la pérdida de



padres / abuso infantil) que le conducirá a relaciones cuidadosas, pensaremos la posibilidad de que no permita un acercamiento. (Neimeyer, 2012)

- B. Modelo de sentimiento de pérdida (bereavement) de **Rubin**.- Explica que la adaptación durante el duelo surge entre dos “áreas” simultáneas: Una el Funcionamiento Biopsicosocial, “la parte visible del Iceberg” (síntomas, relaciones familiares, autoestima, trabajo) y la otra “lo profundo” que es como nos relacionamos con el ser querido perdido (nuestro recuerdo, grado de aceptación de su deceso o idealización del proceso de pérdida). Lleva a dirigir la atención hacia aquel bloque que no vemos y que es en el que ocurren generalmente los desórdenes o dificultades particulares del duelo. (Neimeyer, 2012)
- C. Modelo del Proceso Dual (DPM), de **Stroebe & Schut**.- Se refiere al proceso pendular en el que oscila el doliente entre la Ubicación de Pérdida (introducción a la pena, sentimientos) y la Disposición a la Restauración (el mundo exterior que jala a la vida diaria, a explorar nuevos roles, la distracción de la pena haciendo nuevas cosas, el poner distancia). Nos lleva a entender la posición del doliente y su reorientación. (Neimeyer, 2012)
- D. **Teoría constructivista** según la cual dar significado a la pérdida y a la reconstrucción incluye la capacidad de: Retener la imagen del muerto (presentar nuestros seres queridos a otros); Definición de la propia narrativa (darnos consejos y correcciones); Empatía con otros; Adaptación al duelo en sentido narrativo (Narrar eventos de la vida a nosotros mismos y a otros); Historia del evento (integrar el suceso a nuestra vida cotidiana actual); Tomar un recuerdo del pasado y conectarlo como parte de nuestra vida (formar un vínculo continuo con el ser perdido). (Neimeyer, 2012; Neimeyer y Mahoney 1999)
- E. **Teoría Psicoanalista**, para la cual la muerte del ser querido, afecta el mundo personal constituido por 3 grandes dimensiones: la realidad, el sentido de vida y la personalidad, y reconstruir este mundo destruido y recuperar la confianza significa entre otras cosas, enfrentarse con la Desorganización y la Adaptación a un entorno sin el ser querido o los estadios del duelo del adulto planteados por **J. Bowlby**. En este enfoque un primer paso será evaluar qué tanto de cada una de estas 3 dimensiones era absorbido por el fallecido, para después utilizar “lo que queda” como base para su reconstrucción, siendo prioridad aquella dimensión más afectada (Montoya Carrasquilla, 2012).

Como vemos para la teoría **Psicoanalista**, durante la realización del trabajo Tanatológico, es trascendental el conocimiento de la personalidad del doliente, por lo se incursionará en algunos puntos sobre el tema. **Erich Fromm**, uno de los principales renovadores de la teoría y práctica psicoanalítica de mediados del siglo XX, la consideró como “la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas, características de un individuo, que lo hacen único”. Tanto el temperamento (manera de reaccionar, heredado, constitucional e inmodificable) como el carácter (que se forma esencialmente por las experiencias de la infancia, modificable por las nuevas experiencias y por el conocimiento de sí mismo)

constituyen ambos la personalidad. “Aquello ante lo que se reacciona (en nuestro caso las pérdidas) depende del carácter acorde a cada temperamento”. (Giménez, 2012; Fromm, 2012)

El proceso de vivir implica para **E. Fromm** dos clases de relación con el mundo exterior: el Proceso de asimilación (adquiriendo y asimilando objetos) y el Proceso de socialización (ante otras personas y consigo mismo). Entonces define al carácter como la forma, relativamente permanente, en la que la energía humana es canalizada en estos procesos de asimilación y socialización, de tal manera que las ideas, juicios y acciones son el resultado de su carácter. El carácter de una persona dada, es generalmente una combinación de las orientaciones, con una predominante, que aquí, únicamente desde el punto de vista didáctico, se exponen por separado (Fromm, 2012):

El Proceso de Asimilación hace manifestar las:	En el Proceso de Socialización surgen la:	Que dan lugar a:
Orientaciones Improductivas:		
Receptiva (Aceptando)	Masoquista (Lealtad)	Simbiosis
Explotadora (Tomando)	Sádica (Autoridad)	
Acumulativa (Conservando)	Destruyiva (Afirmación)	Alejamiento
Mercantil (Intercambiando)	Indiferente (equidad)	
Orientación Productiva:		
Trabajadora	Amante y razonadora	

En Tanatología no se trata de enjuiciar y menos de atribuir valor bueno o malo, a las diferencias en el temperamento o del carácter, pero sí de entender empáticamente al doliente y sus maneras de reaccionar. Apoyándonos en la **teoría Psicoanalítica** “nos daremos cuenta, por ejemplo, que una persona acumulativa no permitirá que se le toque o que se le sugiera”. Y por otro lado, “sabremos que aunque el temperamento no variará, la manifestación del carácter puede ser modificable, y al enfrentarse un individuo ante la muerte o pérdidas, será capaz de re-dibujar la imagen de sí mismo”. “El hombre tiene la ventaja de adaptación utilizando la razón ante dicotomías existenciales y al enfrentarse con una contradicción como lo es vida/muerte, no puede permanecer pasivo, por el contrario entra en acción a fin de resolverla”. (Giménez, 2012)

Independientemente del enfoque en que se apoye, el curso de la intervención Tanatológica, de manera muy general: se centrará en las circunstancias por las que se transita (esfera tanatológica), en el cómo reaccionamos ante la pérdida (duelo) y de qué manera nos re-adaptamos a la vida después de la pérdida, siempre con una visión integradora bio-psico-socio-espiritual del ser humano. (García Maldonado, 2012; Pacheco de Barreiro, 2012)

Ya de manera específica, siendo un proceso, el duelo requerirá siempre de una participación activa del doliente; para lo cual el **constructivismo**, proponen una serie de Tareas posibles durante el mismo (Domínguez Camargo, abril 2013; García Maldonado, 2012; Neimeyer y Worden):

1.- Reconocer la realidad de la pérdida: Esto pudiera parecer obvio, pero existen situaciones particularmente difíciles como es el caso de muertes sin cuerpo (desastres naturales, personas que no vuelven de un secuestro), falta de reconocimiento que da la sociedad (muerte por Sida, pérdida de la pareja sexual en familias secundarias, suicidio) la diferencia en edad (niños). “Parte importante del proceso es aceptarlo, la medida de aceptación, repercutirá en la intensidad o la duración del duelo”. (García Maldonado, 2012) Para esta tarea será oportuno poner en práctica lo que los Tanatólogos de la AMTAC han insistido: “durante el trabajo tanatológico asumir una actitud de escucha atenta y empática” (Alonso y Coronado, 2013; Domínguez Camargo, abril 2013; García Maldonado, 2012) “respetando la resistencia y privacidad del paciente/cliente, integrando las tareas en las sesiones y reconociendo el valor del *ser* y del *hacer*”. (Domínguez Camargo, abril 2013)

2.- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: El acompañamiento tanatológico permitirá y estimulará el alternar entre: la posibilidad de sentir y expresar abiertamente y el darse “descansos”. Como proceso largo, intenso, requiere mucha energía, los dolientes necesitan sus espacios en donde sentirse bien.

3.- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: Con seguimiento periódico la terapia tanatológica revisará y validará el mundo de significados: La pérdida no solo se lleva a los seres queridos o se pierden las posesiones valiosas, conlleva: ruptura de creencias (que la vida era justa), presuposiciones (pérdida de hijo no antes que a los padres) y filosofía de vida (terminar una instrucción escolar o adquisición de propiedades).

4.- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo: La continuidad del manejo tanatológico a través del proceso del duelo encaminará a reconstruir la relación con lo que se había perdido. Las personas importantes no se olvidan y tampoco se dejan de amar (será de manera diferente). Cada persona construye su identidad alrededor de las personas más importantes en su vida y de los hechos más significativos de su existencia (se es madre, tía de, o alguien en donde se trabaja), si se pierde algo o alguien, nuestra identidad se fractura, pero queda el resto de lo que somos para reconstruir y dar sentido a la propia vida.

Al respecto de las emociones (2ª. Tarea) se menciona: “Las emociones reflejan procesos personales profundos que están siendo transformados por la pérdida, la que literalmente nos cambiará para siempre. El proceso de duelo, aunque no sencillo, es paulatino y se logra a través de contactar con nuestras emociones, por más amenazantes o perturbadoras que parezcan, descifrando los mensajes que nos traen. Se requiere de una inmersión por parte de la persona que está sufriendo el duelo, e incluso de ver aspectos que no se conocían de sí mismo” (García Maldonado, 2012). “No hay una manera correcta de vivir un duelo, no existe un manual de pasos a seguir, solo hay que dejarse sentir y pasar a través del dolor”. (Pérez Islas, 2011) “Las emociones sanan, son positivas, son una respuesta natural, en cambio los sentimientos son negativos y surgen de una emoción reprimida, congelada. La emoción dura minutos u horas, al racionalizarla las volvemos sentimiento que puede durar años y generar sufrimiento que desgasta”

(Domínguez Camargo, abril 2013). “Es importante permitir que fluyan las emociones” (Alvarado, 2012) así como el detectarlas y beneficiarse de ellas:

- La agresión nos da la fuerza para aceptar la muerte o la capacidad de seguir adelante, para lograr metas, para defender lo que queremos. Cuando se manifiesta se convierte en inteligencia y cuando se reprime se torna en violencia. Como es muscular se puede trabajar con acción física.
- El miedo nos vuelve ágiles, agudiza los sentidos, al reprimirlo se manifiesta como stress, angustia, falta de claridad y evasión de la realidad. Se busca mediante la narrativa oral o escrita.
- La alegría es tranquilidad, felicidad, amor, da sentido de conexión, de comunidad, bloqueada es apariencia, consumismo, adicciones. Se muestra más frecuentemente cuando hubo sufrimiento o enfermedad crónica previa al deceso. Nos permite volver a trabajar, a relacionarse e indicaría adaptación. (Domínguez Camargo, abril 2013)
- La tristeza nos permite meditar, ir lentos, ver con claridad. Su función, a través del aislamiento es llegar a comprender nuestro papel y responsabilidad en la pérdida, ayuda a resolver. Al darnos cuenta de la pena inevitable la tristeza se atenúa y desaparece. La represión de la tristeza se puede revelar como depresión, que a diferencia de la anterior invade más allá de lo afectivo el pensamiento, la concentración, la vitalidad, el impulso, la conducta o los ritmos vitales: dormir – comer-funcionamiento orgánico. Nos inmoviliza y nos hace áridos. (Domínguez Camargo, abril 2013; Zumaya y Zurita, 2012 )

“La pérdida cuestiona nuestro mundo personal de significados (3ª. Tarea), el duelo es la oportunidad de reafirmar o reconstruir este mundo de significados, lo importante, lo que valoramos. Cada sensación cumple una función y debe entenderse como un indicador de los esfuerzos que hacemos para construir y reconstruir nuestras identidades, negociando con los demás (lo propio y lo externo). Así el duelo se lleva a cabo en 3 sistemas independientes pero íntimamente relacionados: el sí mismo, la familia y la sociedad”. (Domínguez Camargo, abril 2013)

En relación al sentido de la muerte el **Constructivismo** nos propone en su 4ª. Tarea: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (Neimeyer y Worden): “Tan relevante resulta la oportunidad de traer a nuestra conciencia la muerte, como transcendental durante el duelo es mantener un vínculo con lo que se pierde o murió y que ha formado parte de nuestra vida. La muerte aun cuando literalmente nos arrebatara a alguien que amamos, nos impone su verdad y el dolor que deja, nos mueve a reorganizar nuestras vidas y a descubrir nuevas dimensiones de la existencia y experiencias humanas” (García Maldonado, 2012). Y el **Psicoanálisis** nos dice: que aunque no fácil, hay que descubrirle un sentido al sufrimiento, sin negar que existió una relación, un apego, y sin perder el sentimiento de identidad, para que el amor permanezca en la persona, y pueda tanto re-dibujar la imagen de sí misma como transferir el amor a otros. (Juri y Morrone, 2012)

“Desde la psicología **constructivista** ha surgido una teoría que considera a la pérdida como una fractura en la identidad de las personas, un quiebre en la continuidad de la narrativa de nuestra propia existencia, de la secuencia lógica de eventos en los que nuestra historia tiene sentido, la pérdida la rompe pero no la elimina” (García Maldonado, 2012). “El problema con la muerte o separación de la persona que uno ama, es que ella te define y daba sentido a tu vida, cuando ocurre su pérdida parecería que la vida queda sin sentido claro. El pensamiento de la muerte es intimidante y es a la relación amorosa a la que le asignamos la tarea de permanencia y estabilidad y lo consecuente es buscar lo positivo o bueno de estas pérdidas”. (Zumaya y Zurita 2012) “Todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio” (Neimeyer, 2012) “La muerte transforma las relaciones en lugar de ponerles fin” (García Maldonado, 2012)

Para **Viktor Frankl**, creador de la escuela vienesa de Logoterapia, fundamentada en la idea de que en el individuo persiste el deseo de seguir viviendo o salir adelante, la forma como manejamos el dolor inevitable de la pérdida es lo que marca la diferencia entre una experiencia enriquecedora o destructiva. “Cuando una persona tiene una meta fuerte personal, es capaz de resistir con mayor facilidad las pérdidas”. (Frankl, 1979; García Maldonado, 2012).

El concepto de Productividad de **Fromm**, proporciona un punto de vista en el dar un sentido positivo a la muerte y a la vida. Como productividad se refiere, a un modo de reacción y de orientación hacia el mundo y hacia sí mismo durante el proceso de vivir, realizando las potencialidades del hombre que le son características. Para **Fromm**, el hombre comprende al mundo, mental y emocionalmente, a través de la razón y del amor. Y los elementos básicos considerados como característicos de todas las formas de amor productivo son: el cuidado, la responsabilidad, el respeto y el conocimiento. Siendo el objeto más importante de la productividad el hombre mismo. Amar a una persona productivamente implica cuidar y sentirse responsable de su vida; y no únicamente de su existencia física, sino del crecimiento y desarrollo de todos sus poderes humanos. Según **Fromm** el nacimiento es solamente un paso particular en una continuidad que comienza con la concepción y concluye con la muerte, todo lo que se encuentra entre estos dos polos es un proceso que consiste en dar cabida a las propias potencialidades. Por eso **Fromm** considera que un duelo será mejor resuelto si se es biofílico. (Alvarado, 2012; Fromm, 2012)

Otro enfoque para dar sentido a la muerte es la Resiliencia, que en Psicología se refiere a la tendencia adaptativa de una persona para hacer frente al stress y a la adversidad. Es un proceso y no un rasgo de un individuo. Este afrontamiento provoca que el individuo recobre el estado de funcionamiento anterior al evento adverso, o bien, hacer uso de la experiencia de exposición a la adversidad para producir un “efecto acero” y funcionar mejor. (García Montañez, 2012; Zumaya y Zurita, 2012) **George Bonanno** profesor de psicología clínica en Estados Unidos, investigador en el campo del duelo y el trauma, plasma en su libro “The Other Side of Sadness” “El Otro Lado de la Tristeza” estudios en personas que ha podido superar sus duelos de una manera satisfactoria, demostrando

que “la capacidad de Resiliencia, sigue siendo la norma para la vida adulta”, como lo afirma la revista Scientific American haciendo referencia a esta obra. (Zumaya y Zurita, 2012)

Desde la década de los 70s, la Psicología Positiva, reconoce que la Resiliencia depende, de ciertas características de personalidad (específicamente del carácter) que cualquiera de nosotros puede desarrollar. “Ante la muerte puede tomarse una Nostalgia Tóxica, que destruye la vida con sentimientos que han quedado atrapados y sin expresión, reacciones defensivas, viviendo como presente una herida del pasado, con culpabilidad, resentimiento (mal recuerdo) o rencor (odio y deseo de venganza), o bien, tomarse con una Nostalgia Tónica: con añoranza por un recuerdo pero transformándonos. (Rivas Lacayo, nov. 2012) y para ello se sugieren estrategias Resilientes en un duelo:

- Asumir la verdad (del presente, pasado y próximo).
- Dejar el pasado o No reclamarle (no se puede cambiar) e incluir el Perdón.
- Apoyarnos en el amor, en los afectos (red de vínculos).
- Abrir el corazón para ver las Coincidencias, conectarnos por la memoria y el amor, (los seres queridos se vuelven presentes y nos acompañan).
- Intentar controlar el pensamiento pesimista, que nos impide ver posibilidades.
- Evitar el pensamiento de: Lo permanente (ya que todo pasa), Lo generalizado (el duelo no lo es todo) y Lo personal (no solo nosotros sufrimos).
- Recordar lo grato. Celebrar la vida (recuerdos son fuente de alegría, de nosotros y de los que se fueron).
- Conversar o escribir gratitud (todas las cosas buenas de esa persona perdida).
- Oración/Meditación (humildad para acercarnos a Dios, comunicarse con la Misericordia, conectarse en lo interior con Dios vivo que nos habita).
- Fe (puente que nos permite transitar). (Rivas Lacayo, 2007; Rivas Lacayo, nov. 2012)

“Trabajar en Resiliencia implica auto-conocerse, saber las propias potencialidades y desarrollar el auto-cuidado” (García Montañez, 2012) Como el cuidado, la responsabilidad, el respeto y el conocimiento presentes en el amor productivo de Fromm (Fromm, 2012). “La espiritualidad ayuda a la recuperación en las pérdidas, es necesario ponerse en contacto con uno mismo, tener mayor fe en algo, en la vida, en sí mismo” (Alvarado, 2012)

En el mismo contexto se señalan factores que actúan como muro de contención en situaciones límites, y que son convenientes favorecer durante el proceso de duelo:

- Auto-concepto amplio y sólido con percepción de las propias debilidades, habilidades y competencias.
- Vínculo(s) afectivo(s) de aceptación básica e incondicional.
- Red social que proporciona sentido de pertenencia y ayuda concreta.
- Sentido del humor que suaviza las asperezas y aminora el dolor.
- Creatividad que imagina y moviliza recursos para la solución de problemas.
- Sentido de transcendencia que permite darle significado a las experiencias difíciles. (Pacheco de Barreiro, 2012)

El Manejo del Estado de Flujo es una vía más, utilizada para dar sentido a la vida durante el proceso de duelo. **Mihaly Csikszentmihayli**, profesor de psicología en la Universidad de Claremont, CA. descubrió en un grupo de pintores, momentos de alta inspiración y de motivación al estar trabajando. Este Estado de flujo se refiere al sentirse vivo, sentirse importante, haciendo actividades productivas con una motivación interna. Durante las sesiones de terapia es conveniente detectar las actividades que provocan el estado de flujo y si se está dispuesto a realizarlas. Se pueden utilizar preguntas sencillas como:

- ¿Realizas una actividad que te gusta y el tiempo pasa sin darte cuenta?
- ¿Sientes que lo que estás haciendo es algo importante?
- ¿No eres consciente de si tienes hambre, estás cansado o no, solo estás centrado en lo que haces?
- ¿Sientes que tienes el control, ideas y acción son una, potencian la creatividad y las habilidades?

Para entrar en Estado de Flujo hace falta una serie de condiciones internas sobre todo que aquello que se esté haciendo guste, motive, interese o sea algo benéfico. La tarea debe presentar retos, incluso poner sus habilidades al límite pero no tanto como para resultar imposible. Tener objetivos claros a corto plazo. Obtener resultados inmediatos de lo que se está haciendo, como una pintura, un artículo o los avances en una carrera deportiva. Otras actividades que se ha detectado que propician concentración y bienestar son: tejido, costura, carpintería, herrería, crianza de animales, cultivo de plantas; participación en grupos artísticos, en equipos deportivos, práctica de juegos de mesa: dominó, ajedrez, damas, etc. (Pacheco de Barreiro, 2012)

Continuando en la 4ª. Tarea del constructivismo, “En el proceso renovador, al llevar a cabo el proyecto de vida cada persona habrá que considerar:

- El nivel de conocimiento de sí mismo,
- Capacidad de pensar en forma crítica,
- Habilidad para comunicarse en forma efectiva,
- Capacidad de manejar las tensiones o estrés”. (Pacheco de Barreiro, 2012)

Al elaborar, de manera concreta, este proyecto de vida a un corto, mediano y largo plazo es de utilidad plantearse las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo me gustaría verme en uno, tres, cinco, diez años más, en cada plano bio – psico – social - espiritual?
2. ¿Qué pasos debería seguir a partir de hoy para llegar a la primera meta?
3. ¿Con qué recursos personales, familiares y de la comunidad puedo contar para llegar a esa meta?
4. ¿Cuáles serían las dificultades con las que me podría encontrar?
5. ¿Cómo podría intentar superarlas?” (Pacheco de Barreiro, 2012)

Bajo diferentes orientaciones, se concibe la aplicación de otras tácticas en la práctica Tanatológica durante el duelo:

El **Dr. Robert A. Neimeyer** para auxiliar e incluso preparar al futuro doliente, plantea “10 pasos prácticos para adaptarse a las pérdidas”, aun enfatizando que el proceso de duelo tendrá sus propias características de individualidad:

1. Tomarse en serio las pequeñas pérdidas. Con la finalidad de “ensayar” nuestra adaptación a las pérdidas importantes de nuestra vida.
2. Tiempo para sentir. Buscar momentos de tranquilidad e incluso escribir en privado sobre nuestras experiencias y reflexiones en momentos de cambio.
3. Encontrar formas sanas de descargar el estrés. Como el practicar ejercicio, efectuar actividades satisfactorias, entrenamiento en relajación, oración.
4. Realizar ritos ante la pérdida de un modo que tenga sentido para nosotros, pueden ser no tradicionales pero que satisfagan nuestras necesidades.
5. Confiar en alguien. Encontrar alguna persona a la que podamos explicar lo que estamos pasando sin que nos interrumpa con su propio “orden del día”. Aceptar los gestos de apoyo, con oídos dispuestos a escuchar, sabiendo que podremos devolver el favor.
6. Dejar a un lado la necesidad de controlar a los demás. Toda persona tiene su propia manera de elaborar su pérdida.
7. No resistirse al cambio. Esforzarnos por crecer con la experiencia de la pérdida, reconociendo al mismo tiempo los aspectos en los que no ha empobrecido.
8. Dar sentido a la pérdida. A medida que se va elaborando una historia coherente de nuestra experiencia se va logrando una mayor perspectiva.
9. Cosechar el fruto de la pérdida. Cada pérdida hace que revisemos nuestras prioridades vitales y podamos buscar oportunidades para aplicar la enseñanza a proyectos y relaciones futuras. Dejar que nuestras reflexiones constructivistas encuentren una forma de expresión en acciones adecuadas, quizá ayudando a otra persona que lo necesite.
10. Centrarse en las propias convicciones religiosas. Utilizar la pérdida como oportunidad para revisar y renovar las creencias religiosas y filosóficas, buscando una espiritualidad más profunda y templada. (Neimeyer y Worden)

De la misma manera, sin olvidar que la atención Tanatológica consiste básicamente en presencia, acompañamiento, escucha y correcta comunicación (Domínguez Camargo, 2013; Martínez Arronte, 2013) el **Dr. Robert A. Neimeyer** sugiere “cosas que se deben y que no se deben hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida”: (Neimeyer y Worden)

Se debe hacer:	No se debe hacer:
Abrir las puertas a la comunicación: “He estado pensando en ti ¿cómo estas hoy?”	Impedir que exprese sentimiento perturbadores
Escuchar un 80% del tiempo y hablar un 20%	Decirle al doliente lo que tiene que hacer
Ofrecer ayuda concreta. Tomar la iniciativa de llamar, respetando su intimidad.	Ofrecer ayuda abierta: “Llámame si necesitas algo”



Esperar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses posteriores a la pérdida	Sugerir que el tiempo cura todas las heridas, sin una conducción adecuada
Manifestar autenticidad en la presencia y preocupación personal	Hacer que sean otros quienes presten la ayuda
Mencionar nuestras propias pérdidas y de cómo nos adaptamos, solo a manera de ejemplo conscientes que cada persona tiene su propio estilo de afrontamiento.	Decir “sé cómo te sientes” sustituyendo al invitar a compartir sentimientos.
Establecer un contacto físico adecuado	Utilizar frases estructuradas de consuelo
Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida, permitirle compartir sus recuerdos.	Presionar a la persona a que se dé prisa en superar su dolor.

Desde el punto de vista del psicoanálisis se propone:

- “Cuando el duelo es motivo inicial de consulta es importante que el terapeuta haga un diagnóstico de la situación e historia total del paciente con el fin de plantear un plan terapéutico (breve y focalizado vs trabajo analítico intenso y prolongado).
- Identificar el momento de la pérdida en relación al inicio de la terapia (en o antes del inicio de terapia).
- Es un principio de la práctica analítica el no indicar al paciente como conducir su vida, sí, ayudarle a prever los momentos y situaciones difíciles por las que ha de pasar”. (Alvarado, 2012)

La terapia tanatológica pondrá énfasis acorde a las diferentes Fases de Duelo en el Adulto, desde la posición psicoanalista de Bowlby:

- Punto fundamental consiste en que el paciente pueda ponerle palabras a la pena: poder expresar sus sentimientos [fase1]. Y esto se logra si se mantiene una actitud empática hacia ideas y sentimientos del paciente en duelo. Estimulando a la persona a hablar. No temer preguntar. Respetar sus sentimientos (aun cuando estén alejados de la realidad).
- El proveer al paciente de una base terapéutica segura “ser constante” y empático, le permitirá avanzar en la elaboración del duelo y crear las condiciones por las cuales una persona en duelo pueda incluir información anteriormente excluida.
- El terapeuta no debe asumir el papel de “representante de la realidad” señalando una ausencia que el paciente conoce. Lo que el paciente necesita, en las primeras etapas del duelo es recuperar lo perdido [fase 2].
- La persona en duelo necesita ser comprendida en su alejamiento de la realidad y sus comportamientos “injustos”. Puede llevar a la conciencia detalles y particularidades tanto de la pérdida en sí como de la relación previa a la misma.
- Una vez examinado y analizados los deseos de reencuentro con el ser amado perdido y con todas las emociones que lo rodean (expectativas, ansiedades, odios,

soledad), las esperanzas se irán extinguiendo [fase 3] y finalmente la realidad de la pérdida será aceptada [fase 4].

- Un desenlace favorable implica que el anhelo de reencuentro se vaya atenuando progresivamente. La ausencia exterior resulta más tolerable y se ve incrementada la presencia interior de la figura del ser querido (figura del apego).
- Cuando el deseo de recuperación del ser querido se va suavizando también se mitiga el dolor, los recuerdos incluso le acompañan.
- El aceptar una ausencia definitiva, para orientarse de nuevo en el mundo y contar con la presencia emocional del ser perdido ahora como apego interior señalara un desenlace favorable del trabajo de duelo. (Alvarado, 2012; Juri y Morrone, 2012)

Según **Michael White** (psicoterapeuta), debe ayudarse a las personas a enriquecer sus vidas buscando integrar la relación perdida en los relatos de sí mismos. Una vez que se trabajó el “adiós” [fase 3] para no prolongar la aflicción, se trabajará con la reivindicación de la relación con el ser amado perdido [fase 4], a través de preguntas reflexivas, que permitan que la actitud de las personas respecto a sí mismas sea de mayor aceptación y se traten con mayor benevolencia. Preguntas profundas que impliquen un trabajo de reflexión en varias sesiones, las que sin ser consideradas un cartabón fijo, pudieran ser:

1. Si (fulano) estuviera aquí, ¿cuáles serían las mayores cualidades que describiría de usted?
2. ¿En qué medida podrían influir estas cualidades en los pasos que usted pudiera dar para retornar a la vida?
3. ¿Cómo le gustaría a (fulano) verlo a usted después de todo este tiempo?
4. ¿Cómo contrasta esta visión con la forma en que lo ven sus amigos y familiares en el momento actual?
5. ¿Esto que está descubriendo de usted, de qué forma podría fortalecer la relación que tiene consigo mismo?
6. ¿Qué haría usted para comunicar a los otros esta nueva imagen de sí mismo?
7. ¿Qué modificación sufrirían sus relaciones con los demás si usted llevara consigo este conocimiento en su vida diaria?
8. ¿Qué puede ver ahora en sí mismo que estuvo perdido durante tantos años para usted?
9. ¿Hasta qué punto el hecho de comunicar a otros esta nueva imagen de su persona le permitiría fortalecerse algo más? (Alvarado, 2012).

Otra Herramienta Clínica para el mismo fin, pero bajo el constructivismo, sugerida por el Dr. **Robert A. Neimeyer** es la titulada “Presentándonos al Amado Perdido” (**Lorraine Hedtke**), con preguntas como:

- ¿Podrías presentarme a \_\_\_\_?
- ¿Cómo te sientes acerca de tu ser querido \_\_\_\_?
- ¿Qué significado tiene \_\_\_\_ para ti?
- ¿Hay tiempo, lugar o maneras en particular que recuerdes de \_\_\_\_, que tenga importancia para ti?
- ¿Hay alguna historia especial acerca de \_\_\_\_ que nos quisieras contar?

- ¿Cuáles fueron sus éxitos?
- ¿Qué tipo de cosas \_\_\_\_ te enseñó de la vida, y acerca de cómo tu manejarías los retos de tu nueva etapa?
- ¿Qué consejos podría darte \_\_\_\_ para pasarlo mejor ahora?
- ¿Qué podría \_\_\_\_ decir que aprecia acerca de ti? ¿Qué fortalezas vio \_\_\_\_ en ti?
- ¿Qué te podría decir \_\_\_\_ para salir adelante?
- Si quisieras tener una relación cercana con \_\_\_\_\_ en los próximos años, ¿Cómo lo harías?
- ¿Qué querría para tu futuro?
- ¿Qué diferencia haría mantener vivas tus historias y tus memorias de \_\_\_\_?

(Neimeyer, 2012)

Los Tanatólogos de la **AMTAC** aplican además diversos recursos terapéuticos (Domínguez Camargo, abril 2013; Martínez Arronte, 2013; Pacheco de Barreiro, 2012) como son:

- Observar (lenguaje no verbal, mímica, gestos, expresiones y actitudes y el entorno), explorar, identificar las necesidades, las emociones y los roles familiares.
- Escuchar y conversar a través de una comunicación empática y bidireccional.
- Elaboración de la Historia Clínica y Dinámica del Sistema Familiar mediante plantillas, observando el orden en el sistema propuesto por **Bert Hellinger**. (Bourquin, 2011; Calderón Hinojosa, 2012)
- Y diversas pruebas proyectivas (página 29), buscando entre otras cosas:
  1. Descartar enfermedades físicas-mentales.
  2. Establecer el contrato y la alianza terapéutica con el doliente.
  3. Revivir recuerdos del fallecido.
  4. Afrontar el afecto o la ausencia de la persona fallecida.
  5. Explorar y desactivar objetos de vinculación.
  6. Interpretar la pérdida después de tiempo.
  7. Permitir al doliente la percepción de la pérdida desde diferentes ángulos
  8. Evaluar el avance en las tareas del duelo.
  9. Reconocer la finalidad de la pérdida.
  10. Ayudar a decir un adiós final. (Domínguez Camargo, abril 2013)

Siguiendo directrices en el trabajo tanatológico como:

- Fomentar una actitud colaboradora.- Siendo el terapeuta quien busque estrategias de alianza, sin perder la capacidad de observación ni la imparcialidad, sin juzgar y sin condenar.
- Respetar la resistencia de la persona.- Cada individuo requiere de su tiempo para reconocer la realidad.
- Respetar la privacidad de la persona.- Que tiene que ver con su pudor, su intimidad, o su vergüenza. El secreto es algo necesario.
- Integrar las tareas en las sesiones.- Puntualizar lo que se observa, para que el doliente las haga conscientes y se re-acomode a la persona u objeto perdido.

- Resaltar el valor del *ser* además del *hacer*. Y la importancia de “lo que soy a pesar de la muerte del otro”.
- Evitar el: “usted tiene que” porque no se trata de ver la realidad desde el punto de vista del terapeuta sino del doliente. (Domínguez Camargo, abril 2013)

Conduciéndose a través de las tareas del constructivismo que busca: poner de relieve y reconocer la pérdida, reafirmar la relación con el objeto o persona perdida, y comprender la nueva identidad tras la pérdida, en la **AMTAC** se utilizan varias estrategias durante el manejo tanatológico:

- Biografía.- recordar a la persona muerta a través de construir un relato de su historia.
- Historia de Vida.- posibilidad de descubrir elementos de la propia historia.
- Caracterización de la pérdida.- Mediante un texto sencillo y breve, el doliente se describe a sí mismo en relación al impacto que en él tiene su pérdida, como si se trata del personaje de una obra de teatro.
- Elaboración de cartas.- Mensaje enviado a la persona desaparecida, de lo que no se dijo en vida.
- Diario.- Narración de acontecimientos traumáticos que dan continuidad a los pensamientos durante el duelo.
- Epitafio.- Elaborar una inscripción para una sepultura, puede centrar y afirmar el significado de la relación.
- Poesía de la pérdida.- expresar mediante poesía lo que no se puede expresar de manera directa.
- Galería de fotografías.- Mediante la muestra y explicación de fotografías, fomenta la conexión simbólica con la persona que ha muerto y da nitidez a los recuerdos.
- Imágenes metafóricas.- Dan profundidad a una visión de la pérdida que no se es capaz de expresar con lenguaje cotidiano.
- Lectura reflexiva.- A través de ella se puede reconocer la pérdida, expresar emociones o reacomodarse a un nuevo estilo de vida.
- Libro de recuerdos.- Muestra los primeros y mejores momentos de su vida.
- Huella vital.- Observar o reelaborar nuestros gestos, ademanes o características semejantes a nuestros seres queridos.
- Objetos de vinculación.- El decidir qué hacer y cómo distribuir pertenencias de la persona desaparecida ayuda a la adaptación a la pérdida.
- Entrevista.- Serie de preguntas (con entrada, explicación y elaboración) acordes con las líneas de la reconstrucción de significados.
- Rituales.- Privados o públicos, religiosos o legos, con una acción simbólica favorece el estrechar lazos de unión entre familiares, seres queridos y el fallecido. (Domínguez Camargo, abril 2013)
- Terapia del perdón y la reconciliación. - (Pacheco de Barreiro, 2012; Rivas Lacayo, junio 2012) “En el proceso de duelo es importante la oportunidad de resolver “asuntos” con el difunto, recibir o dar perdón” (Domínguez Camargo, abril 2013). “El perdón es íntimo y personal, se basa en la aceptación del suceso, significa dejar a un lado

pensamientos negativos que causan dolor o enojo y no necesariamente reconciliación”. (García Montañez, 2012)

Para facilitar la evocación de emociones y sentimientos se puede recurrir a las tácticas:

- De la “silla vacía” de tipo Gestalt que fomenta la re-vinculación en el presente con la persona fallecida.
- “Palabras adecuadas” que es una variante de la anterior: Imaginar estar hablando con la persona fallecida manteniendo los ojos cerrados.
- El psicodrama, a través del cual la persona representa su propio rol y el de la persona fallecida.
- Que se complementan llevando a la sesión, una fotografía favorita de la persona fallecida. (Domínguez Camargo, abril 2013; Pacheco de Barreiro, 2012).

El Dr. Robert A. **Neimeyer**, proporciona indicaciones para que el doliente elabore la herramienta Terapéutica de la Narrativa:

1. Busque un lugar privado donde no sea interrumpido.
2. Concéntrese en una de las experiencias más traumáticas de su vida.
3. Escriba sobre aquellos aspectos que son más difíciles de reconocer.
4. Pase de un acontecimiento externo a sus más profundos pensamientos y sentimientos.
5. Abandone toda preocupación sobre la gramática y sintaxis: Escriba solo para usted.
6. Escriba 20 minutos al día por lo menos 4 días.
7. Planifique una actividad de transición para volver a su vida normal.
8. Tenga una persona de apoyo o un profesional disponible en caso de ser necesario.

Y menciona variaciones de la misma, algunas coinciden con estrategias previamente descritas:

- Diario de sueños
- Diálogos con uno mismo
- Diálogos con el fallecido.
- Cartas a un “amigo” con una pérdida similar.
- Diario (espiritual) dirigido a mejorar el sentido de decisiones y la búsqueda de beneficio.

Recomendando que “si se utiliza como un complemento del tratamiento, intégrele a la sesión, a través de la lectura en voz alta de pasajes seleccionados y no como material para que el terapeuta lo lea para sí entre sesiones” (Neimeyer, 2012)

Otro auxiliar terapéutico son las Redes o Grupos de Apoyo:

“Los rituales en relación a la muerte tienen la finalidad de consolar a los dolientes y darles apoyo social”. (Pérez Islas, 2011) También existen grupos de apoyo formales como lo es el “Taller de Pérdidas, Recuperación y Vida”. La situación grupal permite que cada uno de los sujetos sea a la vez paciente y agente terapéutico, el grupo invita a un tipo de acción en el que es posible que se generen identificaciones positivas. (Pacheco de

Barreiro, 2012) “Si se tiene apoyo social se estará más inclinado hacia la felicidad y será más positivo” Se ha identificado la presencia de sustancias químicas producidas por el cerebro que ayudan a crear y mantener lazos de amistad. Frente al estrés cuando se libera oxitocina, los amigos sienten la necesidad de agruparse, la dopamina estimula el amor y la ternura, y la fenilalanina genera entusiasmo. También se ha observado que con la amistad y confianza en un ser amado se superan mejor las pérdidas. (García Montañez, 2012)

Entre las Pruebas Proyectivas a utilizar están:

- Dibujos libres.- Es una de las herramientas que se utilizan en el psico-diagnóstico en todas las edades, aporta información a las entrevistas sobre la personalidad del paciente. También permite profundizar e hipotetizar las capacidades y funciones cognitivas e intelectuales de la persona a través de las características del dibujo. El Test de la Figura Humana suele complementarse con el Test Casa – Árbol - Persona (H.T.P) y el Test de la Familia.
- Fotografías.- Escoger una sola fotografía entre varias y escribir porque gustó más, puede ser utilizado como medio diagnóstico y terapéutico a la vez.
- Círculos y orden en el Sistema Familiar, enfoque terapéutico sistémico de **Bert Hellinger**.- Mediante la utilización de círculos y cuadros según género, tamaño según la importancia y cercanía según su vínculo, se busca conocer y comprender la dinámica familiar. Puede ser terapéutico en el proceso de transformación y asimilación de una nueva dinámica familiar. Puede ayudar a detectar cambios en conductas y forma de pensar, facilita los desbloques y libera las energías para potenciar el bienestar. (Pacheco de Barreiro, 2012)

Ya en forma más especializada, se pueden utilizar otras técnicas como:

- La relacionada con el pensamiento y las emociones: (TREC) Terapia Racional Emotivo - Conductual formulada por **Albert Ellis** (1975). Esta técnica se basa en las creencias de cada persona, o sea, la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. A través de esta técnica se determinará el contenido liberador o culpígeno de las creencias. La eficacia de la terapia cognitiva permite tratar un amplio abanico de trastornos, incluyendo la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias, trastornos de personalidad. Cada persona es la única responsable y los cambios dependerán de su trabajo y esfuerzo. De acuerdo con la TREC, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional que la persona hace en tres ámbitos: sobre sí mismo (área 1), sobre los demás (área 2) y sobre el mundo que le rodea (área 3) Con la terapia de traerá a la mente escenas agradables que modifiquen el tono emocional de la persona, y por consiguiente, su conducta. (Pacheco de Barreiro, 2012)
- Las Constelaciones Familiares. En este enfoque sistémico, estudiado a inicio de los 80s por **Bert Hellinger**, se mira de qué manera se relacionan los miembros de una familia a través de las generaciones, si cada uno ocupa el lugar que le corresponde y si entre ellos respetan las leyes que rigen un sistema familiar (1ª. Ley: todos y cada miembro pertenece a la familiar, 2ª. Ley: existe un orden en las

relaciones familiares y 3ª. Ley: compensación adecuada). Normalmente se lleva al cabo dentro del marco de talleres, en un trabajo terapéutico de grupo, aunque también existe una aplicación en la terapia individual. Para hacer una constelación el cliente ya tendrá identificado una necesidad seria que quiera resolver y que quepa dentro de las posibilidades y los límites de las Constelaciones Familiares. Guiado por el terapeuta el cliente elige, entre los participantes, a las personas que actuarán como representantes de los miembros de la familia que están involucrado en el problema planteado, para exteriorizar la imagen interna que el cliente tiene de su familia y de este modo hacer visibles las relaciones dentro de la misma y la dinámica del problema. (Bourquin, 2011; Calderón Hinojosa, 2012)

Una variante del acompañamiento tanatológico es el que se realiza durante el proceso de Duelo Anticipado por Pérdida de la Salud (Domínguez Camargo, Sep.-Oct. 2012; Fuentes Aguirre, 2009; García Montañez, 2012; Martínez Arronte, 2013), el cual posee algunas modalidades trascendentales a reflexionar:

- El Tanatólogo debe hacer sentir una presencia verdadera ante el desequilibrio bio-psico-social-cultural-espiritual que sufre el enfermo.
- Se pondrán en práctica las mismas actitudes éticas, pero previendo que los tiempos serán más cortos en el manejo tanatológico del enfermo terminal, en relación al curso de duelo por otros motivos.
- El paciente tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar, ser capaces de transmitir confianza para estimular a hablar, y ser especialmente empáticos.
- Es importante entender el significado de pérdida de la independencia que sufren los enfermos, transmitir compasión, comprensión, paciencia.
- Se hace obligatoria una comunicación clara, precisa y veraz para anunciar el diagnóstico, gravedad y tratamiento, que aunque se espera idealmente sea otorgada por el médico tratante, el Tanatólogo podrá fungir como intermediario entre ambos, y estar preparado para aclarar las dudas específicas del enfermo y sus familiares en relación a los síntomas y su manejo.
- Ser cuidadosos al usar las palabras que definen a los enfermos. “hay nombres que dañan más que la propia enfermedad, no es lo mismo pérdida de la salud que discapacidad”. (García Montañez, 2012)
- Estar atentos e investigar el grado y manifestaciones del estrés que sufre el enfermo y quienes le rodean (fases de alarma, resistencia y agotamiento). Ante situaciones de estrés agudo (alarma) se reacciona, en cambio ya en situaciones racionales y objetivas se responde. “En el caso de pérdida de la salud el Tanatólogo tendrá que ayudar al doliente a responder para prevenir las fases de resistencia (distracción, evasión, escape, adicciones) y agotamiento, que complicarían la enfermedad”. (Domínguez Camargo, Sep.-Oct. 2012)
- Ser respetuosos ante los deseos o prácticas religiosas del enfermo y su familia. “Inducir a la calma y paz”. (Córdova y Garcés, 2013) Permitir la presencia de expertos para orientarles en sus inquietudes espirituales. (Fuentes Aguirre, 2009)

- Tanto en la enfermedad terminal como en el estado de agonía es tan trascendente manejar paliativamente los síntomas como explicar a la familia lo que representan. (Martínez Arronte, 2013)

Durante la labor tanatológica en un Duelo Anticipado, el Cuidador Informal será tan importante como el mismo enfermo. “Los tanatólogos representan la consciencia de la familia para con los cuidadores primarios principalmente los informales”. (Domínguez Camargo, Sep.-Oct. 2012) “El mejor cuidador será aquel que se organiza mejor” (Martínez Arronte, 2013). Para prevenir el Síndrome de Cansancio del Cuidador Informal, es necesario que el equipo tanatológico tome en cuenta sus necesidades: de información, de formación (habilidades de comunicación, en afrontamiento del estrés, en cuidados específicos), fortalecimiento emocional y espiritual (tiempo para sí mismo, privacidad, libertad, descanso, recreación), y económicas. (Domínguez Camargo, Sep.-Oct. 2012; Martínez Arronte, 2013). Tanto el equipo tanatológico como los cuidadores deberán tener presente que “quienes cuidamos también necesitamos ser cuidados, que se requiere de un continuo enriquecimiento personal, adquirir conciencia de mortalidad personal, de aprender del valor del vivir cotidiano y del cuidado hacia los demás, de la responsabilidad de la atención de la propia salud y de establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal”. (Martínez Arronte, 2013)

En el proceso de Duelo Anticipado, el equipo de salud otorga a los enfermos Cuidados Paliativos que tienen características específicas:

- Son cuidados activos que se brindan a una persona que es portadora de una enfermedad, que no es susceptible al tratamiento curativo y que en un breve plazo lo va a llevar a la muerte.
- Procuran no solo aliviar síntomas del paciente sino proporcionar un acompañamiento al paciente y la familia en forma integral que incluye un soporte tanatológico, por cuanto afirman la vida y consideran a la muerte como un proceso natural que no se va ni a adelantar ni atrasar.
- Requieren de un equipo multidisciplinario (medico, enfermera, trabajador social, psicólogo, tanatólogo), con alta tecnología pero también con valores, que se expresan como colaboración, pertenencia, competencia compartida, sensibilidad, madurez, flexibilidad, espiritualidad. (Martínez Arronte, 2013)

“Entre menos recursos curativo se tienen, más son los cuidados paliativos a brindar”. La intervención tanatológica en estos casos atiende: las necesidades físicas (dolor), psicológico, emocional (relaciones significativas), espirituales (la esperanza, el perdón, la libertad) atención a las últimas voluntades y a los aspectos legales. (García Maldonado, 2012)

Dentro de los cuidados paliativos se procuraran las prácticas de la Ortotanasia “actitud que honra la dignidad humana y preserva la vida, sin abreviaciones innecesarias y sin sufrimientos adicionales, esto es, muerte digna, muerte en su tiempo cierto”. (García Montañez, 2012)



En una minoría de casos, la atención paliativa no puede aliviar el sufrimiento físico o emocional de los pacientes, cuando esto sucede, es cuando algunos desean que se les ayude a adelantar su muerte. En relación a esto, vale la pena puntualizar términos como: Eutanasia activa que es el procedimiento que aplica un médico para adelantar la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste, para terminar con su sufrimiento. Suicidio médicamente asistido (SMA) que es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado y en respuesta a su solicitud, los medios para que el paciente realice la acción que pone fin a su vida. Eutanasia pasiva término que en la literatura bioética se tiende a sustituir por el de “limitación del esfuerzo terapéutico”, cuando hay un acuerdo general de que no se justifica seguir interviniendo en un cuerpo cuando no se puede curar y sólo se prolonga un sufrimiento inútilmente. En México estas tres situaciones no están legalizadas. (Álvarez del Río, 2008) Pero en países donde están legalmente permitidos, la incertidumbre ante la toma de decisiones es una situación que conllevará a un Duelo Anticipado, por parte del paciente como de la familia y del médico que participa, aun cuando éste sea apoyado por un comité de bioética, requiriendo todos de un soporte Tanatológico.

A diferencia de la muerte cerebral, que no tiene discusión en la continuación del tratamiento, el dilema primordial se plantea en el Estado Vegetativo Persistente (EVP) en el que los pacientes tienen respiración y funcionamiento cardiocirculatorio autónomos, pero están totalmente inconscientes, durante más de 1 mes no muestran ningún signo de mejoría, y neurológicamente las posibilidades de recuperación se consideran cercanas a cero. (Tapia, 2008) Para mantener con vida al paciente en estas condiciones, desde el punto de vista ético-legal es de fundamental importancia la existencia de la decisión previa del paciente a este respecto, la cual preventivamente coadyuvaría a disminuir los factores condicionantes a un Duelo Complicado que puede coexistir en estos casos. En México en el Distrito Federal existe la Ley de Voluntad Anticipada, publicada en la Gaceta Oficial del D.F. el 7 de enero de 2008 y su reglamento en abril del 2008 (Brena Sesma, 2008), bajo un “documento en el que una persona apta expresa su voluntad acerca de las atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible y que, encontrándose en la etapa terminal, le haya conducido a un estado en el que le sea imposible expresarse por sí mismo” (García Montañez, 2012). El documento adolece de imprecisiones: “Sin embargo, se ha perdido la oportunidad para permitir a las personas que puedan decidir sobre cuáles sí aceptan”. (Brena Sesma, 2008). De cualquier forma el Tanatólogo se ve comprometido a informarse e informar a sus clientes de las implicaciones éticas sobre este rubro.

Volviendo a la aplicación de técnicas durante el manejo tanatológico, un recurso terapéutico específicamente utilizado en el Duelo Anticipado por Pérdida de la Salud es la Risoterapia. Se ha considerado que “la risa es una fuerza que transforma nuestra actitud, desbloquea tensiones y miedos y equilibra emocionalmente”. Al reír como mínimo movemos cuatro músculos inervados por el nervio facial, pero en una carcajada pueden intervenir más de cien músculos. La Risoterapia, cuya función es causar un “estado

convulsivo” de todo el organismo: activa el sistema límbico, libera hormonas entre ellas las endorfinas que al contactarse con células inmunocompetentes, estimulan defensas: liberación de linfocitos T y células NK y C, incremento de IgA e Interferón gama, y en su efecto analgésico (6 minutos de risa continua) y sedante, las endorfinas producen una sensación de bienestar y relajación generalizada. La zona de la risa se encuentra localizada en el córtex prefrontal del cerebro, al igual que la creatividad, la capacidad para pensar en el futuro y la moral. El efecto de la risa se puede visualizar intensificando los colores que componen el aura de las personas. Como terapia grupal la Risoterapia busca provocar la risa de manera natural a través del juego, danza, masajes y otras técnicas. Hay controversia acerca del origen del sentido del humor, por un lado considerado innato por otro como instrumento que puede ser aprendido. El Tanatólogo desde luego debe ser prudente, claro y respetuoso al plantear esta terapia, buscando que el paciente se ría hasta de sí mismo con una actitud biofílica. (García Montañez, 2012)

Existe otro recurso terapéutico en la práctica tanatológica, que si bien es aplicable a los dolientes, pudiera aportar mayores beneficios al terapeuta, contribuyéndole a proyectar paz, seguridad, empatía, es la práctica de **Mindfulness**, que en una traducción literal significaría “mente o atención plena”. Basada en técnicas de meditación budista y apoyada en prácticas de posturas de yoga, consiste en fijar la atención y las sensaciones en el momento presente, a través de un entrenamiento cotidiano y progresivo. Para la práctica de Mindfulness existen programas específicos como el de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP o MBSR siglas en inglés). El REBAP y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBAP) son básicamente lo mismo, ambos programas se ofrecen en formato de grupo y aportan un entrenamiento riguroso en meditación formal diaria y en cómo integrar su práctica en la vida cotidiana. Se mencionan 7 factores soportes de esta práctica:

- No juzgar, la atención plena se cultiva asumiendo la postura de testigos imparciales de nuestra propia experiencia. Evitar la costumbre de juzgar y categorizar que limita a reaccionar mecánicamente y nos dificulta encontrar la paz interior.
- Paciencia, hacia nuestra mente y nuestro cuerpo, constantemente cambiantes. Estar totalmente abierto al momento presente, aceptándole en su plenitud.
- Mente de principiante, mente dispuesta a verlo todo como si fuera la primera vez, esto libera de expectativas basadas en experiencias previas.
- Confianza, en uno mismo y en nuestra sabiduría, responsabilidad de ser nosotros mismos, de aprender a escuchar nuestro propio ser.
- No esforzarse, la meditación consiste en “no hacer”, dejar fluir las ideas para ver el momento presente.
- Aceptación, al ser receptivo, abierto y al adaptarnos a las cosas cual son, las aceptamos porque están aquí y ahora.
- Ceder, falta de apego a cosas y personas, dejar que las cosas sean como son. (Córdova y Garcés, 2013)

Como ya se ha mencionado en el caso de un Duelo Complicado, se requiera de una evaluación más completa y desde luego de una terapia especializada en el campo de la Psiquiatría, reduciéndose la labor Tanatológica únicamente a la detección y canalización del doliente (Varela Fregoso, 2012), pero como los síntomas en su inicio son difíciles de detectar, aun por el paciente mismo, el Dr. **Robert A. Neimeyer** propone hacer las preguntas más específicas necesarias para dar claridad al diagnóstico y evidenciar si se está evolucionando a un duelo complicado:

- Usar preguntas abiertas da idea si se necesita de un simple soporte o escucha: “¿Cómo va con su duelo? ¿Qué puede decirme acerca de lo que la pérdida significa para usted? ¿Cómo puede describir sus sentimientos en un día cotidiano?”
- Demostrar si hay cambio o estancamiento con la comparación concreta de hace pocos meses: “¿Qué diferencia observa entre hoy y hace 3 meses? ¿Desde la pérdida a hoy, Cómo ve estos cambios?”
- Reflexionar sobre la resistencia al cambio: “¿Qué ha pasado? ¿Qué dirían los que le conocen de lo que está pasando?”
- Para determinar factores de riesgo: “¿Qué me puede decir de su duelo?”
- Mostrar interés en las partes más fuertes de esta historia “¿Para usted cuáles son los momentos más dolorosos de la historia? ¿Cuál es de lo que casi nunca habla?”
- En caso de pena prolongada u otras formas de angustia: “¿Tiene problema para sentirse bien?”
- Considerar el impacto de esta pérdida en relación a la visión de supervivencia en el mundo: “¿Le ha hecho esta pérdida cambiar el punto de vista del mundo / de la vida / de usted mismo / del futuro?”
- Evaluar el impacto que la pérdida le ha dejado para la vida social: “¿Cómo afectó sus relaciones con otras personas? ¿Qué les preocupa a los otros de usted?”

Además de observar si existen signos de incongruencia entre los canales de comunicación verbal y no verbal, así como del tiempo verbal o de los silencios que se usan, que sugieran un bloqueo emocional o afrontamiento evitativo. (Neimeyer, 2012)

Al igual que cualquier Duelo Complicado, el derivado por el Suicidio tendrá un tratamiento especializado. El manejo tanatológico debe enfocarse con mayor énfasis en los sobrevivientes cercanos. En ellos conviene explorar ideas suicidas (porque entre más elaborado sea este plan se incrementa el riesgo de suicidio) más aún los hermanos, niños o adolescentes, quienes cuentan con mayores factores de riesgo para un suicidio. Aun cuando el duelo tiene variantes en quienes lo sufren, si se tratara del suicidio de un hermano, con una infancia común y experiencias más o menos similares, una de las tareas a enfrentar es: evitar la identificación con el hermano suicida. Si el suicidio lo ha consumado uno de los padres, la familia debe decir la verdad a los hijos y prestar soporte emocional de parte de una figura sustitutiva. En caso de hijos adolescentes el explicar la muerte por suicidio como un síntoma de una enfermedad mental grave, al ser rechazada, puede disminuir el riesgo de la imitación. (Eguiluz, 2010)

Tomando en cuenta la severidad del suicidio y sus consecuencias, incluyendo al probable duelo complicado, se ha considerado la posibilidad de aplicar medidas preventivas en conjunto tanatólogos, familiares y personas cercanas, consistentes en:

- I. Eliminar los mitos en relación al suicidio.
- II. Detectar los grupos de personas en riesgo de suicidio.
- III. Conocer las situaciones que conllevan riesgo de suicidio.
- IV. Hacer uso oportuno de recursos de salud mental.
- V. Explorar la presencia de ideas suicidas.
- VI. Realizar acciones en crisis suicidas.

(Domínguez Camargo, Enero 2013; Eguiluz, 2010)

Otro proceso que necesita especial atención es el manejo del Duelo en los Niños, como en el caso de los adultos requerirá: una comunicación empática y siempre con la verdad, esclarecer dudas y términos, verbalizar emociones, reconocer sentimientos, propiciar despedida del difunto, manejar la culpa, (García Maldonado, 2012) planteándose algunas acciones para llevar a cabo por los adultos que acompañan a los niños en este proceso:

1.- Esclarecer dudas y otorgarles libertad de expresión. Como toda comunicación familiar, vale la pena explicar con palabras claras, sencillas los términos para no dejar volar su fantasía y crear falsas concepciones. Las explicaciones pueden evitar en ellos sentimiento de culpa (egocentrismo propio de la infancia) acerca de la confusión y tristeza que ven a su alrededor. Para educar en el tema de la muerte, es necesario también que como familiares adultos se revisen ideas, creencias y mitos.

2.- No mentir: No decirles “que está dormido, que ya no va a despertar jamás”. La unificación de éstos términos puede causar en los niños terror a irse a dormir o que sus demás seres queridos duerman.

3.- Los expertos recomiendan notificar a los niños del deceso lo antes posible. Sin forzarles, preguntar hasta donde desean participar en las ceremonias fúnebres. Que se sientan incluidos en las actividades de la familia.

4.- Cuando no han tenido oportunidad de despedirse, ver el cuerpo del ser querido en un ataúd, siempre y cuando los niños lo deseen, sin forzarles, puede tener doble función: mete de lleno en la realidad, ahorrando tiempo de incredulidad ante lo ocurrido y en el caso de haber visto sufrir al ser querido una larga enfermedad, ahora con una expresión de paz, puede darle tranquilidad.

5.- Por otro lado es conveniente que los niños solo asistan a los funerales de sus familiares o amigos más cercanos, para no exponerlos innecesariamente a escenas de desgarre o dolor descontrolado.

6.- Asistir a los rituales o reuniones posteriores como es tradición mexicana, puede ayudar a los pequeños a sentirse acompañados, a recibir el cariño y las muestras de afecto de los familiares y amigos, limitándolo cuando los niños se sientan confundidos y se muestren tímidos. Balancear conductas: no obligarles a asistir, pero también evitar que permanezcan solos o se sientan excluidos. Respetar sus decisiones.

7.- La muerte de algún familiar puede ser una oportunidad para acercarse y abrir las vías de interacción, enseñarles a agradecer y pedir perdón, a perdonar, instruirlos a cerrar círculos y capacitarles para seguir adelante.

8.- Preguntar con frecuencia cómo se siente y expresar con veracidad lo propio. Algo fundamental para aprender es la expresión de las emociones. Acelerar o negarlas solo retrasa un duelo. Presenciar el dolor que la ausencia de un ser querido ocasiona en los demás es enfrentarlos a la realidad de la vida. El deber del adulto es guiarlos, canalizar a actividades productivas, deportivas o artísticas.

9.- Como todo proceso de duelo necesita tiempo, asimismo se requieren muchos cuidados, ternura y atenciones a nivel físico y emocional. Realizar seguimiento de reacciones.

10.- La aparición de trastornos en los hábitos del sueño, son una de las manifestaciones más comunes de duelo no resuelto en los niños.

11.- La forma de procesar un duelo prepara para los subsiguientes, la pérdida de una persona o mascota no se sustituirá con otra.

(Pérez Islas, 2011)

## CONCLUSIÓN:

Ante la pena o la muerte sobreviene el Duelo que nos conduce en su proceso a:

- Autoconocimiento.
- Identificación de potencialidades: fortalezas y debilidades.
- Expresión de emociones.
- Práctica del autocuidado responsable y respetuoso.
- Reafirmación y construcción de significados.
- Fortalecimiento de la espiritualidad.

## REFLEXIÓN:

Dado lo inevitable del contacto con la muerte y de las pérdidas sufridas en el transcurso de la vida, la instrucción acerca del duelo se vuelve obligatoria para toda persona.

Como tan diferentes somos los individuos y las circunstancias de las pérdidas, son también los duelos a procesar.

Así, no existe una receta única en el manejo tanatológico sino diversas tácticas, enfoques y corrientes ideológicas a profundizar y aplicar.

Y la coincidencia de muchos autores en que para iniciar un acompañamiento efectivo, la escucha atenta y empática que lleve a una comunicación veraz y reflexiva es fundamental.

## RECOMENDACIONES:

Por ello te invito a continuar en el camino del aprendizaje y práctica de la Tanatología, a la superación personal, a la práctica de valores y a asirse a la espiritualidad, ya que seguramente nos serán indispensables en el momento que tengamos que procesar un duelo en el devenir de nuestra vida.

## Bibliografía:

Alonso y Coronado, Ma. Del Carmen Psic. Tan. AMTAC. (Febrero 2013). Trauma, pérdidas y crisis en situaciones de violencia. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Alvarado, María Esther. Dra. IMPAC. (Agosto 2012). Respuesta Humana ante la pérdida. Angustia, depresión, duelo. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Álvarez del Río, Asunción (julio 2008) Eutanasia hacia una muerte digna. Cap. 3 Colegio de Bioética, A. C. y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A. C. (Ed.) Elementos para un debate bioético de la eutanasia. 1ª. Edición en pdf. México.

Bourquin, Peter. (2011) Las Constelaciones Familiares. En resonancia con la vida. Colección Serendipity Crecimiento Personal. 8ª Edición. España: Editorial Desclée de Brouwer. S. A. ISBN: 978-84-330-2181-6.

Brena Sesma, Ingrid (julio 2008) Manifestaciones anticipadas de voluntad. Cap. 6. Colegio de Bioética, A. C. y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A. C. (Ed.) Eutanasia hacia una muerte digna. 1ª. Edición en pdf. México.

Calderón Hinojosa, Carmen. Mtra. AMTAC. (14 – 17 Noviembre 2012). El sentido de ¿Por qué? Constelaciones familiares. Conferencia y Memorias en pdf México D.F.: IX Congreso Nacional de Tanatología. AMTAC.

Caruso, Igor. La Separación de los Amantes. Material didáctico en pdf. Modulo Respuesta humana ante la pérdida. Diplomado Virtual de Tanatología UNAM-UV; agosto 2012.

Córdova, Alejandro L. Dr. y Garcés, Ma. Cecilia Mtra. REBAP (Mayo 2013). Mindfulness y su aportación en la Tanatología. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Domínguez Camargo, Ricardo. Psic. AMTAC. (Enero 2013). Suicidio. Conferencia Virtual. Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Domínguez Camargo, Ricardo. Psic. AMTAC. (Abril 2013) Técnicas y estrategias para el abordaje tanatológico. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Domínguez Camargo, Ricardo. Psic. AMTAC. (Septiembre - Octubre 2012). El papel de la familia como cuidador. El manejo de sus duelos. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Eguiluz, Luz de Lourdes. (2010). (Comp.) ¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio? Pérez-Barrero, Sergio A. Cap. 7 Los sobrevivientes o supervivientes. México: Editorial Pax, S. A. ISBN: 978-607-7723-36-3.

Frankl, Viktor. El hombre en busca de Sentido. (1979). 4ª. Impresión. España: Herder Editorial S. L. ISBN: 978-84-254-2331-4.

Fromm, Erich. Ética y psicoanálisis. (2012). Ft. Ed. 26ª Reimpresión. México: Editorial Fondo de Cultura Económica. ISBN: 978-968-16-0325-0.

Fuentes Aguirre, Jorge. Dr. (2009) Estoy en ti. Acompañamiento integral al enfermo. 2ª. Edición. México: Obra Nacional de la Buena Prensa, A.C. ISBN: 978-970-693-383-6.

García Maldonado, Verónica. Dra. AMTAC. (Junio 2012). Antecedentes, Fundamentos y Campos de la Tanatología. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

García Montañez, Maritza. Dra. IMPAC. (Octubre - Noviembre 2012). La pérdida de la salud. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Giménez, Gila Dra. IMPAC. (2 Agosto 2012) .La situación Humana y personalidad. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV;

IMPAC Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C. (agosto 2012) Duelo. Material didáctico en pdf. Modulo Respuesta humana ante la pérdida. Diplomado Virtual de Tanatología UNAM-UV.

I.M.T. Instituto Mexicano de Tanatología A. C. (Ed.) (2011) ¿Cómo enfrentar la Muerte? Tanatología. 3ª. Edición. México D.F.: Editorial Trillas S.A. de C.V. ISBN: 978-607-17-0635-5.

Juri, Luis y Morrone, Mario. (agosto 2012). La Teoría del apego y el duelo. Capítulo 13. Material didáctico en pdf. Modulo Respuesta humana ante la pérdida. Diplomado Virtual de Tanatología UNAM-UV.

Martínez Arronte, Felipe Dr. AMTAC. (Marzo 2013) Cuidados Paliativos, mitos y realidades. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología UNAM-UV.

Montoya Carrasquilla, Jorge. (2012) Pérdida, Aflicción y Luto. Manual para la Recuperación. México: Editorial Trillas. ISBN: 978-607-17-1174-8.

Neimeyer, Robert A, PhD. (14 – 17 Noviembre 2012). Duelo Adaptativo y Complicado. Conferencia y Memorias en pdf. México D.F.: IX Congreso Nacional de Tanatología. AMTAC.

Neimeyer Robert y Mahoney Michael. Constructivism in Psychotherapy. (1999) Reseña del libro en Revista Internacional de Psicoanálisis: Aperturas Psicoanalíticas nº012 [en línea]. [fecha de acceso julio 2012] URL: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000222&a=El-constructivismo-en-psicoterapia>.



Neimeyer, Robert. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. y Worden, J. William El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia [fecha de acceso julio 2012]. URL: <http://gemma.atipic.net/pdf/332AD10607C.pdf>

O'Connor, Nancy. (2006) Déjalos ir con Amor. La aceptación del duelo. Reimpresión. México: Editorial Trillas. ISBN: 968-24-4152-8.

Pacheco de Barreiro, Angelina Psic. Tan. AMTAC. (14 – 17 Noviembre 2012) Recursos terapéuticos en el proceso de Duelo. Taller. México D.F.: IX Congreso Nacional de Tanatología. AMTAC.

Pérez Islas, Gaby (2011). Cómo curar un corazón roto. Ideas para sanar la aflicción y la pérdida. México: Editorial Planeta Mexicana S.A. de C.V. bajo sello de Diana. ISBN: 978-607-07-0965-4.

Rivas Lacayo, Rosa Argentina. (2007). Saber crecer. Resiliencia y espiritualidad. México: Ediciones Urano, S. A. ISBN: 978-84-7953-643-5

Rivas Lacayo, Rosa Argentina. (junio 2012) Saber perdonar. Paz y libertad. España: Ediciones Urano, S. A. ISBN: 978-84-7953-823-1

Rivas Lacayo, Rosa Argentina. (14 – 17 Noviembre 2012). La resiliencia en el duelo. Conferencia Magistral. México D.F.: IX Congreso Nacional de Tanatología. AMTAC.

Tapia, Ricardo (julio 2008) El dilema de la eutanasia en estados de inconciencia. Cap. 4. Colegio de Bioética, A. C. y Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A. C. (Ed.) Eutanasia hacia una muerte digna. 1ª. Edición en pdf. México.

Varela Fregoso, Pablo Javier Dr. IMPAC. (Noviembre – Diciembre 2012). Reacciones Psicopatológicas ante el duelo. Conferencia Virtual Diplomado de Tanatología: UNAM-UV.

Zumaya Mario, Zurita Sergio. (2012) Irse o dejar ir. La pérdida amorosa. Colección vivir mejor. 1ª. Edición. México: Ediciones B / Vergara. ISBN: 978-607-480-359-4.