



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**DUELO ANTICIPADO POR
ENFERMEDAD
TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGIA**

PRESENTA:

ROSAURA GUERRERO OLIVARES



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F. a 25 de Julio de 2014

**DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION
MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C.
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- Rosaura Guerrero Olivares
Integrante de la generación 2013 – 2014

El nombre de la Tesina es:
Duelo Anticipado por Enfermedad



**Atentamente
Director de Tesina
Víctor Hugo Bolaños Macías**

Dedicatorias

A Dios por todas sus bendiciones, amarme, protegerme y darme vida para que con mi conocimiento y dedicación pueda seguir ayudando a mis semejantes.

A mi mamá, nadie mejor que tú, que has sido mi objeto de admiración, coraje y valentía para enseñarme a enfrentar las adversidades de la vida. Por esa alegría que sólo tú sabes transmitir y expresar a los demás.

Te amo y te admiro mamá

No encontré mejor momento para expresarles mi respeto y admiración por su gran valor humano; a mis primas: Betty (donadora) y Cristy (receptora). Agradezco a Dios que sean parte de mi familia.

A mis maestros y personal que nos brindó su atención durante el Diplomado en Tanatología y especialmente a mi asesor en tesina Víctor Hugo Bolaños por su conocimiento, apoyo, dedicación y profundo amor a su trabajo.

Y quiero dedicar este trabajo a muchas personas más; amigos entrañables que han intervenido con su conocimiento y apoyo en muchos sentidos para que yo concluyera este logro más de mi vida, con atención a: Roberto García, Moisés Pérez y Angelina Nolasco.

Índice

Objetivos.	1
Justificación.	2
Introducción.	3

Capítulo I

Entendiendo que es la Tanatología.	4
Definición del duelo.	5
Factores que influyen en el curso del duelo.	5
Etapas del duelo según Elizabeth Kübler Ross.	6
Negación y aislamiento	6
Ira.	6
Pacto.	7
Depresión.	7
Aceptación.	8
Reacciones del duelo normal según William Worden.	9

Capítulo II

El proceso de morir.	10
Enfermedad terminal y definición según la OMS.	11
Derechos del paciente.	13
Cuidados paliativos según la OMS.	15
¿Qué son los cuidados paliativos?	15
Principales objetivos de los cuidados paliativos.	15
¿Qué enfermedades podrían requerir cuidados paliativos?	15
¿Cuáles son los principales síntomas a los que se enfocan los cuidados paliativos?	16
Muerte digna según la OMS.	18

Capítulo III

Duelo Anticipado por Enfermedad

Concepto según William Worden y Elizabeth Kübler Ross	19
Factores importantes ante el duelo anticipado por enfermedad.	20
La familia en el duelo anticipado por enfermedad.	21
El apoyo espiritual.	22
La ayuda psicológica.	25
Experiencia Clínica (Caso clínico).	28
Elaboración y tareas del duelo.	30
Aplicación de las tareas del duelo al caso clínico.	32
Reflexión.	33
Bibliografía.	35

Objetivos

Lograr comprender las etapas finales de la vida para no apartarse de los enfermos “sin esperanza”, sino acercarse más a ellos y así logren obtener una muerte digna, con menos dolores, angustias y temores.

Lograr el respeto y la integración de las necesidades del enfermo en agonía o en fase terminal, y así hacer valer sus derechos y determinaciones; emocionales, sociales, biológicas, culturales y espirituales. Aplicando la teoría o la preparación ante un duelo anticipado.

Comprender que el duelo anticipado por enfermedad es un proceso adaptativo que ayudará para el momento de la muerte de un ser querido, a la familia y a la sociedad misma, como recurso de preparación.

Justificación

Es de gran importancia este tema, por lo que quiero externar el proceso de funcionalidad, no solo ante la pérdida en muerte de un ser querido, sino también aplicarlo ante la pérdida de un objeto (casa, auto, juguete, etc.), pérdida de la salud (diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, etc.), pérdida de la pareja (divorcio, noviazgo), pérdida de un amigo (mascota). Justifico este tema por ser un interesante medio de sensibilización ante lo doloroso de afrontar la muerte de un ser querido y llegar a lograrlo con tranquilidad y ecuanimidad.

Me queda claro que este tema de Duelo anticipado por enfermedad será aceptado de acuerdo y según la personalidad, la cultura, las creencias y las situaciones de duelo anteriores de cada individuo, y harán la diferencia para afrontar el aviso oportuno del diagnóstico de una enfermedad, para su preparación y consuelo, a diferencia de la muerte súbita del ser querido.

Introducción

El duelo anticipado, es el duelo que vive un enfermo y su familia cuando se les comunica la existencia de una enfermedad irreversible e incurable, por lo que la muerte del ser querido es altamente probable e irreversible. Por esto mismo el deudo ya empieza la elaboración de esta pérdida que todavía no ha ocurrido. Durante este periodo el enfermo y la familia experimentan una serie de sentimientos que los prepara emocionalmente para este destino que incluye una gran preocupación por el enfermo, la preparación para el desenlace y la adaptación a los cambios que esta muerte conlleva.

El primer paso para comenzar este duelo es aceptar la realidad que nos ha sido informada, para así tomar conciencia de lo que está sucediendo, liberando las emociones que surgen frente a lo inevitable la muerte y brindando al doliente mayores recursos internos para manejar la pérdida. Por lo tanto el duelo anticipado comprende el periodo de tiempo que va desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la muerte siendo testigo del debilitamiento progresivo que sufre el enfermo.

Recordemos que la conducta del duelo esta multideterminada por lo que habrá diversos factores sociales, psicológicos y familiares que influirán en su integridad y resultados. Sin embargo si las familias y el enfermo realizan un proceso de duelo anticipado completo y sanador podrán experimentar un duelo posterior a la muerte más tranquilo aunque inevitablemente triste.

Para entender mejor este tema iniciaremos recordando los siguientes términos y definiciones.

Capítulo I

Entendiendo que es la Tanatología

La tanatología que significa estudio de la muerte, tuvo su aplicación como una rama de la medicina en los años 50s., sin embargo es hasta los últimos años cuando ha tenido mayor aplicación, ya que en principio se enfocaba particularmente a la persona que estaba al borde de la muerte preparándolo para ayudarlo al "bien morir" .

A partir de los 80s., se busca más ayuda profesional consultando médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes y algunos otros profesionistas.

La aplicación de la tanatología mediante el duelo anticipado se ha extendido también a los seres queridos, en virtud del dolor y la tristeza que manifiestan por las condiciones del doliente, ya que desconocen el cómo ayudarlo a sentirse mejor y disminuir su sufrimiento.

Derivado de esto fue aumentando el interés por buscar apoyo profesional entre las áreas afines y poder así reducir el dolor y tristeza tanto del enfermo por la pérdida de la salud, como de familiares y amigos por las condiciones y el esperado final del ser querido, buscando lograr la aceptación de ambas partes en el momento del desenlace.

La tanatología se fue especializando cada vez más en conocer la reacción que viven quienes se encuentran sumidos en estas circunstancias para así establecer un nivel de atención específico al doliente y de igual manera apoyar a sus seres queridos asumiendo las condiciones del paciente que lo llevará irremediablemente a la muerte.

La aceptación y participación que tengan los cercanos, permitirá que puedan comprender y acompañar al enfermo en sus últimos momentos de vida alcanzando el propósito del "bien morir".

Definición Duelo.

El duelo es un proceso adaptativo normal ante la pérdida de un ser querido o de algo significativo (empleo, vivienda, bienes, etc.). Este proceso es necesario para adaptarse a la nueva situación, y reencontrar el equilibrio roto a raíz de la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad (elaboración del duelo). En nuestra cultura, en general el duelo se refiere a la pérdida de un familiar y/o de un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo, consecutivo a la pérdida.

(Definición tomada de los apuntes de la clase de duelo del Psic. Ricardo Domínguez.)

Factores que influyen en el curso de duelo.

- ✓ Personalidad del sujeto: Capacidad de contención, de expresar sentimientos y emociones, de establecer vínculos afectivos.
- ✓ Circunstancias de la muerte o pérdida: La reacción no es la misma ante una muerte esperada y si es repentina o traumática (por homicidio, suicidio o accidente)
- ✓ Edad del difunto: Más intensa si es prematura; niño, adolescente, joven, adulto o anciano.
- ✓ Naturaleza del vínculo de relación: Nivel de apego al ser querido fallecido.
- ✓ Antecedentes personales del deudo: Duelos anteriores y elaboración de estas. Experiencias infantiles predisponentes o elaboración insuficiente y/o psicológica.
- ✓ Redes sociales de contención: Familia, amigos, profesionales.
- ✓ Características del deudo: Edad, sexo, estado de salud.

Etapas del duelo según Elizabeth Kübler Ross

1. Negación y Aislamiento.

La negación angustiosa ante la presentación de un diagnóstico es más típica del paciente que es informado prematura o bruscamente por alguien que no le conoce bien o que lo hace rápidamente para “acabar de una vez” sin tener en cuenta la disposición del paciente. La negación, a veces parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no solo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse a charlar con alguien de su muerte inminente. Este dialogo deberá tener lugar cuando buenamente pueda el paciente, cuando él esté dispuesto a afrontarlo. Además el dialogo se ha de terminar, cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación.

Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

2. Ira.

En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para el familiar y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrara motivos de queja. Aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla, les ayudara a aceptar mejor sus últimas horas.

3. Pacto.

El pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta” además fija a plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo, y la promesa, implícita de que el paciente no pedirá madamas si se le concede este aplazamiento. La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o con el sacerdote

4. Depresión.

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo (Fortaleza y dominio sobre uno mismo, especialmente ante las desgracias y dificultades), su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Las hospitalizaciones y tratamientos prolongados se agregan otras cargas: pérdida de empleo, financieras, incapacidad de trabajar, mandar a vivir fuera de casa a niños, cuando las madres son las que enferman y así atribuyéndose sensación de culpa y tristeza.

El dolor preparatorio es por el que habría de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. Kübler Ross menciona dos clases de depresión; la depresión reactiva y la depresión preparatoria. La primera el paciente ha perdido la capacidad para desempeñar su papel principalmente cuando se encuentran involucrados niños o personas ancianas o solas, para las que hay que buscar un sistema de vida. La segunda la depresión preparatoria generalmente es silencioso no se necesitan muchas palabras. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano.

Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no

tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrara mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no este triste.

5. Aceptación.

Cuando a un paciente se le ha ayudado a pasar por las fases a antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto, Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además, sentirá necesidad de dormitar o dormir a menudo en breves intervalos. Esto no es un sueño evasivo o un periodo de descanso para aliviar el dolor. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño.

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Esta casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del “descanso final antes del viaje”. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita mayor ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente.

Hay pacientes que luchan hasta el final, que pugnan y conservan una esperanza que hacen imposible alcanzar esta fase de aceptación. Son los que dirán: “No puedo seguir haciéndolo”, el día que dejan de luchar. Cuanto más luchen para esquivar la muerte inevitable, cuanto más traten de negarla, más difícil les será llegar a esta fase final de aceptación con paz y dignidad.

Reacciones del Duelo normal según William Worden

- Sentimientos: Tristeza, ira, culpabilidad, autoreproche, ansiedad, soledad, fatiga, desesperanza, choque, lamentos, frialdad y alivio de emancipación.
- Sensaciones físicas: Opresión gástrica, torácica y de garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de energía y de aire, debilidad muscular, boca seca.
- Percepciones: Duda sobre la muerte, confusión, dificultad para concentrarse, alucinaciones con sensación de la presencia del fallecido y temor de volverse loco, dudas existenciales.
- Cambios de comportamiento: Trastornos del sueño, apetito, retiro social, búsqueda y llamada del fallecido, suspiros, hiperactividad sin descanso, visitas frecuentes al cementerio o lugares preferidos por el fallecido.
- Espirituales: Conciencia de propia finitud, ilusión de inmortalidad pérdida, papel de Dios, búsqueda de significado, castigo divino, catastrofismo, necesidad de reconciliación, refugio en la fe y las creencias religiosas, proceso de crecimiento y madurez humana, religiosa, moral, pérdida de sentido de la propia vida, búsqueda de serenidad, dudas existenciales (donde estará? ¿Habrà servido para algo su vida? ¿Le veré algún día?)

Capítulo II

El proceso de morir.

Para mí, la muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida y que suscita en el hombre a las más grandes reflexiones y profundas preguntas. El mundo occidental se caracteriza por tener la incertidumbre de la muerte, y con frecuencia sentimos temor de morir, aunque de antemano sabemos que es el único porvenir que tenemos como seres humanos.

Filósofos y pensadores importantes que han existido a lo largo de los tiempos, como Platón, Aristóteles o Epicuro, han tenido como objetivo dilucidar el significado de la muerte y auxiliar al ser humano en su temor frente a ella. Las religiones o creencias en torno a la vida, como las de los judíos, cristianos, hinduistas, budistas y demás, tienen variados conceptos y rituales de la muerte, pues algunos creen en la posibilidad de la reencarnación o la resurrección, o de una vida eterna en el cielo o en el infierno.

El sentido de la muerte en México prehispánico y en nuestras etnias actuales está ligado a ciertos dioses y a la vida después de la muerte, de hecho el mexicano actual ha llenado su mundo de mitos y leyendas, de poemas, canciones, dichos populares y de una mezcla de temor y humor, incluso se dice que nos burlamos de la muerte o nos reímos del miedo, pero ¿estamos preparados para morir o para perder a un ser querido? La respuesta será un rotundo no.

La muerte es un proceso natural de la vida, tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser; el problema está cuando nos toca de cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras vidas, y entonces las reacciones son intensas, ocurren cambios psicológicos,

conductuales y emocionales que marcan la vida, un antes y un después que marcan la vida por lapsos variables.

El duelo es el proceso emocional, que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenecemos.

La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y en ese tiempo alcanzar el equilibrio emocional, y de un duelo considerado “normal” a padecer un duelo “patológico”; que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando un ser amado muere. Este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata.

En México el Dr. Alfonso Reyes Zubiria refiere una visión distinta respecto del proceso de duelo, señala que al mexicano lo caracteriza la religiosidad y el apego a la familia, refiere sentir una gran tristeza a lo largo del proceso, pero la religiosidad hace que alcance en la mayoría de los casos la aceptación mediante la fe.

Enfermedad Terminal y Definición según la OMS.

Se puede decir que el duelo anticipado puede ser una preparación, para el paciente que tiene una enfermedad terminal.

Los cuidados paliativos pueden beneficiar a pacientes con enfermedades avanzadas no malignas y que la situación clínica de enfermedad terminal aparece tanto en pacientes con cáncer como en otros con enfermedades no malignas.

La medicina paliativa presenta hoy en día una visión más amplia que va desde los cuidados médicos apropiados de pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado y a pacientes con enfermedad crónica avanzada de un órgano, demencia senil avanzada, enfermedades degenerativas del SNC, ancianos frágiles y comas evolucionados de causas diversas.

Definición:

Quizás sea mejor hablar de situaciones clínicas al final de la vida, donde la enfermedad terminal se encuentra entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía. Enfermedad incurable avanzada: Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afección de la autonomía y de la calidad de vida con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionara a la muerte a medio plazo. Enfermedad terminal: Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autoestima, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Situación de agonía es la que precede a la muerte, cuando esta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación y pronóstico de vida en horas o días.

DERECHOS DEL PACIENTE

Resolución No.13437 de Noviembre 1 de 1991

Ministerio de Salud

1. Derecho de elegir libremente el médico y la institución que le presten la atención dentro de los recursos disponibles del país.

2. Derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, y al pronóstico y riesgo que conlleve, también su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojala escrita de su decisión.

3. Derecho a recibir un trato digno y respetando sus creencias, costumbres y opiniones sobre la enfermedad que sufre.

4. Derecho a que los informes sobre su historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y sean conocidos por terceros sólo con su autorización.

5. Derecho a recibir la mejor asistencia médica disponible durante el proceso de la enfermedad, respetando sus deseos, en caso de enfermedad irreversible.

6. Derecho a conocer y recibir explicaciones sobre los costos de los servicios obtenidos. En los casos de urgencias, a que se le atienda sin exigir pago.

7. Derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, cualquiera que sea el culto religioso que profese.

8. Derecho a decidir su participación o no en investigaciones, a conocer acerca de sus objetivos, métodos, beneficios, riesgos y posibles incomodidades de dicho proceso pueda ocasionar.

9. Derecho a decidir, aceptar o rehusar la donación de sus órganos, para ser transplantados a otros enfermos.

10. Derecho a morir con dignidad y a respetar su voluntad de permitir que el proceso de muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.



Cuidados Paliativos según la OMS

¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos son una rama de la medicina que se encarga de **prevenir y aliviar** el sufrimiento así como brindar una mejor **calidad de vida** posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar así como el de su familia. Los cuidados paliativos normalmente se aplican a pacientes que cursan con enfermedades muy graves que cursan con tratamientos que prolongan la vida.

Principales objetivos de los cuidados paliativos:

- Manejo de los síntomas que ponen en una situación de sufrimiento al paciente y/o a sus familiares.
- Establecer las metas de tratamiento de acuerdo a las preferencias del paciente para con su vida.
- Mantener la comunicación entre el paciente, su familia o cuidadores y todo el equipo médico involucrado en el tratamiento de su enfermedad.
- Proporcionar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y sus familiares.

El éxito de los cuidados paliativos se basa en la comunicación que debe existir entre el paciente, su familia y sus médicos en un ambiente de cordialidad, respeto y confianza, así como en el perfecto entendimiento de los objetivos planteados, el estado de la enfermedad y los deseos principalmente del paciente y, secundariamente, de sus familiares.

¿Qué enfermedades podrían requerir cuidados paliativos?

Por tratarse de una rama de la medicina que apoya tanto al paciente con enfermedades en etapas muy graves así como a aquellas por la evolución natural de la enfermedad, se encuentren fuera de un tratamiento médico habitual o convencional o en un estado muy avanzado con poca probabilidad de respuesta a

los tratamientos establecidos. Algunos ejemplos de las enfermedades que en algún momento requieren más frecuentemente de los cuidados paliativos son:

1. Cáncer.
2. VIH/ SIDA.
3. Enfermedades del corazón avanzadas.
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
5. Enfermedad Renal Crónica.
6. Enfermedades Neurológicas avanzadas.
7. Entre otras

¿Cuáles son los principales síntomas o molestias a los que se enfocan los cuidados paliativos?

Estos dependen del tipo de enfermedad, pero también hay molestias secundarias causadas indirectamente por la misma, el ambiente social y los aspectos psicológicos que la enfermedad en si conlleva.



- Control de Dolor.
- Tratamiento de la Depresión.
- Manejo de la ansiedad.
- Tratamiento del delirium. (un estado de confusión agudo caracterizado por falta de atención, incongruencia del pensamiento, alteración de la conciencia y un pensamiento desorganizado)
- Fatiga.
- Disnea (falta de aire).
- Insomnio.
- Nauseas.
- Constipación (estreñimiento).
- Diarrea.
- Anorexia (falta de apetito).
- Estrés (el lidiar con la enfermedad, el entendimiento de la misma, la explicación del paciente hacia su familia y el manejo de toda la situación).

La comprensión y el entendimiento de la enfermedad, su estado, el grado de severidad, su pronóstico y las opciones de tratamiento para la misma por parte tanto del paciente como de su familia, se logra mediante la comunicación constante con su médico, así como del lazo de confianza que se debe crear entre el equipo médico encargado.

Muerte digna según la OMS.

Es el concepto que permite designar el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable y que se halla en un estado de salud terminal, con el derecho de decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean quirúrgicos invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial.

Es el derecho de cualquier persona de morir dignamente sin necesidad, si así lo quisiese, de ser sometido a prácticas que invadan su cuerpo.

Entonces la muerte digna, también conocida como **ortotanasia***, le da un encuadre legal a la decisión de pacientes o familiares de ponerle final a la vida cuando el estado de salud se presenta como incurable. (En México ley de voluntad anticipada).

Se debe destacar que la muerte digna se diferencia de la **eutanasia*** en que de ninguna manera propone de modo deliberado el adelantamiento del deceso del paciente.

Entre los argumentos a favor de la muerte digna se destacan: evitar el ensañamiento terapéutico, humanizar la medicina, respetar la autonomía del paciente cuando se trata de la **calidad de vida** y evitar la judicialización de este tipo de casos.

**Ortotanasia: Proviene de los vocablos griegos ortos que significa "recto y ajustado a la razón" y thanatos que significa "muerte".*

**Eutanasia: Acción u omisión que en sí misma o en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar el sufrimiento del enfermo.*

Capítulo III

Duelo Anticipado por Enfermedad

Concepto según William Worden y Elizabeth Kübler Ross.

El duelo anticipado por enfermedad se refiere principalmente al proceso que se desarrolla con antelación al suceso final, logrando la capacidad de entender y aceptar el hecho en el momento de su llegada, sin embargo es común que solicitemos ayuda profesional cuando se trata de un ser humano ligado de alguna manera a nosotros, no obstante debemos tomar en cuenta que existen otros factores que pueden influir psicológica o emocionalmente y que en muchas ocasiones es pertinente acudir a la ayuda profesional en busca del equilibrio en la salud.

Este apoyo puede recibirse en el momento de la pérdida de un ser querido, de una mascota, del empleo, en un divorcio, la separación familiar y/o social, donación de órganos, etc. También se considera trascendental la edad, rol familiar, características personales, circunstancias de la muerte, trayectoria, además de otros factores para determinar el grado de dolor o sufrimiento de sus cercanos.

Es de suma importancia considerar la idiosincrasia, la cultura y las creencias de las personas para poder llevar a cabo una intervención adecuada respetando todos y cada uno de los factores que puedan influir para el tratamiento y la aceptación tanto de la preparación a un duelo anticipado, así como la aplicación de la tanatología propiamente dicha, ya que su evolución ha permitido aplicar técnicas específicas para disminuir el dolor y sufrimiento del doliente y sus deudos y considerar a la muerte de todo ser vivo como un proceso natural que siempre tiene un principio y un fin y que debemos aprender a aceptar por doloroso que sea, transmitiendo esta realidad a quienes nos rodean y crear una cultura diferente evitando con ello consecuencias en la salud física y mental de todo ser humano.

En nuestra cultura la religión juega un papel importante, debido a que en su mayoría y particularmente en la religión católica la creencia y la fe en "dios" ayuda a

resignarse a la muerte, considerando que quien llega a ese final pasa a mejor vida y ya está cerca del creador disfrutando de otra forma de vida, aunque esto dependerá de cómo fue el comportamiento del fallecido en la vida terrenal.

Factores importantes ante el duelo anticipado por enfermedad.

Frente a este duelo anticipado es importante que tanto el paciente como el familiar tengan en consideración los siguientes factores o consejos.

- No dudar en expresar los sentimientos con total libertad.
- Buscar el espacio y el tiempo adecuado para hacerlo. (Es usual sentir angustia, miedo, rabia, tristeza, cansancio, depresión e incertidumbre económica)
- Comunicación abierta y sin limitaciones. No temer hablar si hay deseos de hacerlo ya que esto permitirá expresar lo que se siente o piensa.
- Hablar de temas que se consideren pendientes. Ya que tanto como paciente y acompañante podrán sentir que se despiden sin remordimientos.
- Fijar metas a corto y mediano plazo para afrontar la realidad.
- Escuchar atentamente no solo cuales son las preocupaciones y prioridades del enfermo, sino también tomar en cuenta las propias, para reflexionar en este camino del duelo. Aquí pueden surgir necesidades espirituales.
- Saber en algún momento controlar la ira, rabia u hostilidad.

El proceso de morir es una realidad, incambiable que genera ansiedad, dolor y rabia, pero la unión familiar es primordial. Hay que tener paciencia con nuestros propios sentimientos y los del enfermo.

El duelo anticipado es una oportunidad para transformar el dolor en paz interior enfrentando la muerte inevitable de nuestro ser querido afectado por una enfermedad irreversible. Este duelo busca que se pueda sentir dolor pero sin remordimientos y asuntos pendientes entre el enfermo y el doliente.

La familia en el Duelo Anticipado por enfermedad.

Para mí, la familia debe ser como una parte integral de la atención al paciente y es esencial tenerla en cuenta para poderle ayudar adecuadamente.

¿En qué forma contribuye la familia para la elaboración del duelo de un enfermo terminal?

Quién está muriendo, además del dolor físico, se enfrenta al dolor emocional producto de la pérdida de la salud, por lo tanto es importante hacer sentir a quien muere que estará a su lado para buscar el alivio del dolor, de otros síntomas y del sufrimiento y para acompañarle en el proceso de morir, esto es que no se encontrara sólo ante la muerte.

El paciente y la familia, por su íntima relación son considerados una unidad a tratar, porque la enfermedad produce en el grupo familiar malestar, angustia, problemas en la comunicación, tendencia a encerrarse en sí misma, cambios de los roles y estrategias para resolver problemas sanitarios y financieros. Es una realidad que las familias cambian con un enfermo en casa y pueden afectarse de modo sensible, por lo que necesitan ser ayudadas y comprendidas al mismo tiempo que el paciente. Demandan que alguien escuche también sus aflicciones, su ansiedad personal, sus sentimientos de culpa y de frustración. Necesitan participar en el cuidado de su ser querido y se les oriente sobre cómo hacerlo. Orientarle en su forma de manifestar afecto y así mejorar el duelo posterior. A veces no dan crédito a la realidad, o no se resignan ante la eventual muerte del paciente, siendo más necesarias que nunca, la amabilidad y el interés del equipo de cuidados de cuidados para ayudarles a identificar y eliminar muchas barreras emocionales que producen desconfianza, pérdida de la armonía y desequilibrio. Las familias esperan de los profesionales de la salud lo mismo que los pacientes; información, esperanza, respeto a sus decisiones y honestidad para reconocer nuestras limitaciones. Para el paciente, la muerte es el final de su sufrimiento, posiblemente la promesa de un tiempo mejor (fé). Para la familia, la muerte solo es el inicio de un capítulo de su vida tan aterrador que apenas pueda considerar el futuro.

El apoyo espiritual.

“En ninguna situación como en el duelo, el dolor producido es total; es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de los otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto duele”

Cuando ponemos en práctica la espiritualidad, pretendemos salir al paso de un vacío. Quizás tenga que ser el inicio de un mundo de los vínculos existentes entre la dimensión espiritual y la pérdida de un ser querido. Creo que necesitamos repensar el modo de hablar de la esperanza, del más allá, de la vida después de la vida, del anhelo de plenitud. Y formarnos para que el acompañamiento en la pérdida del ser querido incluya la dimensión espiritual como recurso y respete sagradamente las creencias del doliente incluso las confronte cuando estas no sean saludables o buenas. Porque creer y esperar, lo mismo que amar y seguir amando al doliente, es bueno.

Las creencias ayudan. Las creencias religiosas estimulan la superación de las pérdidas de seres queridos por medio de la fé, la plegaria, la meditación, los rituales, las creencias sobre la vida y la muerte, buscando ayudar a los que sufren, a superar su malestar y aumentar los sentimientos positivos y el bienestar psicológico, afectivo y espiritual.

Afrontamiento religioso. Según Lazarous y Folkman de 1986. Lo definieron como aquel “tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas.

En el afrontamiento religioso positivo incluyeron temas tales como; la apreciación de Dios como benevolente, la intención de colaborar con Dios, la búsqueda de una relación de mayor contacto con Dios, la búsqueda de apoyo espiritual de parte del grupo religioso y de los representantes de la misma, la

confianza por entero en Dios, el ofrecer ayuda espiritual a otras personas, la importancia religiosa por medio de plegaria, oraciones y el pedir y otorgar perdón, entre otras más.

Aunque las creencias y prácticas religiosas no están reservadas solamente para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en aquellas situaciones de la vida que son más estresantes. Muchos de los mecanismos religiosos parecen estar diseñados específicamente para ayudar a las personas en los momentos más difíciles de su vida. Tal vez no sería sorprendente descubrir que la religión es particularmente beneficiosa para momentos de gran dolor. Es saludable creer.

Los representantes de las comunidades religiosas, a partir de su diversa formación religiosa, de la dimensión ética (los valores), de la religión profesada y desde un profundo sentimiento de compasión por el dolor ajeno, suelen en general estar capacitados para brindar acompañamiento a aquellos que sufren enfermedades y han de morir, como a sus familiares que se preparan para enfrentar dicha pérdida, brindan consuelo a los que enfrentados por la muerte de sus seres queridos, deben transitar y atravesar las distintas etapas del duelo.

El consuelo y el acompañamiento de representantes religiosos (cristianos, rabinos, pastores, lamas, etc.) pueden ser vistos como promotores de alivio del malestar físico y psicológico y del aumento de sensaciones y estados de mayor paz, bienestar, armonía y calma espiritual.

Este tipo de ayuda espiritual puede ser considerado como un tipo de asistencia que permita a los sujetos religiosos que atraviesan duelos por pérdidas de seres queridos, lograr una mayor comprensión del sentido de la vida, estimular en ellos una conexión más positiva consigo mismos y con los demás y con el presente en cada religión.

Grün, monje cristiano alemán, uno de los autores más leídos en estos últimos años por quienes buscan espiritualidad al alcance de todos, no duda en afirmar que “nuestro duelo debe ser diferente”. Nuestro duelo debe ser distinto del

que carece de esperanza. La esperanza es lo que nos espera en la hora suprema marca nuestra forma de abordar la propia muerte así como lo de las personas queridas. No estaría de más dar el espacio oportuno a la dimensión espiritual en quien desea entablar relaciones de ayuda con el doliente.



La Ayuda Psicológica.

La asistencia a pacientes enfrentados con una enfermedad, declarada incurable por la ciencia médica, está determinada por una serie de tensiones que dificultan la labor del equipo tratante y la tramitación psíquica de quienes están implicados en el proceso. Dilemas como el manejo de la verdad diagnóstica, la aceptación de tratamientos para hacer frente a la enfermedad son, entre otras, situaciones que generan malestar y que se suman a la dramática experiencia psíquica que trae consigo la muerte.

El encuentro clínico con enfermos al final de su vida revela que la gran mayoría de estos, padecen un intenso sufrimiento; una conjugación de síntomas físicos y de afecciones psíquicas son la prueba de que el proceso de morir es una experiencia dolorosa, lacerante y el gran temor es el sufrimiento y no a la muerte como tal.

La muerte es un acontecimiento, un hecho definitivo; una vez que acontece no se repite jamás. La muerte se ha constituido desde siempre en ese eslabón de la cadena que jamás se ha resuelto y que, que indudablemente, jamás se resuelva. Una gran incógnita es el símbolo de este acontecimiento que se convierte en una de las mayores fuentes de displacer y malestar para el ser humano.

La ayuda psicológica es imprescindible en los pacientes con problema de salud física, padecimientos irreversibles y que desencadenan en la muerte.

Es importante valorar psicológicamente al doliente con el propósito de conocer cuantitativa y cualitativamente la diversidad de funciones y comportamientos mentales en un momento específico.

Se debe obtener información para completar un diagnóstico integral para considerar la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento, es necesario conocer el comportamiento, pensamientos y estado de ánimo del enfermo, por tal motivo se debe copilar datos específicos acerca del funcionamiento cognitivo del paciente.

La observación del doliente es importante particularmente cuando se realizan estudios que arrojan resultados del tratamiento, se debe considerar la atención, la memoria y organización del pensamiento lo que permita realizar algún pronóstico en cuanto a sus emociones y desde luego se deben realizar preguntas específicas para precisar el grado de atención o disfunción de la memoria.

La atención psicológica contemplara parte del pasado y la historia actual del paciente, lo cual debe interpretarse conjuntamente con el personal médico para hacer un diagnóstico completo y más preciso en cuanto al padecimiento y el enfermo, agregando también la información que proporcionen los parientes y amigos, lo que permite confirmar o proporcionar datos omitidos.

Para valorar adecuadamente el estado emocional se debe considerar y comprender los antecedentes sociales, culturales y educacionales del enfermo, ya que lo que puede ser normal para alguna persona con mayor preparación intelectual, puede no ser normal para otra con menor preparación.

La edad es un factor importante que se toma en cuenta ya que entre más edad (adulto, vejez), el rendimiento cognitivo disminuye, aunque se toma en cuenta la instrucción educacional y el propio envejecimiento.

El estudio psicológico debe incluir la actividad motora, lenguaje, afecto, contenido del pensamiento, percepción intelecto e introspección.

En la valoración del estado de conciencia es esencial para determinar la capacidad del enfermo para relacionarse con lo que le rodea y para cooperar de manera más adecuada.

Los constantes cuestionamientos al paciente permiten medir la memoria a corto y largo plazo, así como el lenguaje y el proceso del pensamiento. El cambio emocional y conductual es a menudo una manifestación de enfermedad o deterioro mental, sobre todo en pacientes con alteraciones físicas y emocionales.

Es necesario detectar hasta donde el paciente puede tomar decisiones razonables para sí y para otras personas, así como determinar en su caso el curso de la atención médica o el abandono.

La observación constante de las funciones cognitivas es muy útil para detectar el proceso del enfermo y tener un comparativo desde el inicio del tratamiento, lo cual alertara al médico sobre aspectos y cambios que se presenten tanto en el afecto, lenguaje y comportamiento y determinar la respuesta o evolución de la enfermedad.



Experiencia Clínica

Paciente masculino de 70 años de edad con diagnóstico de cáncer de próstata desde los 62 años con tratamiento médico y nutricional hasta los 66 años. Actualmente la evolución de su enfermedad se encuentra en fase no curable por lo que sus médicos tratantes indican quimioterapia y radiaciones, por lo cual se requirieron los cuidados paliativos por aproximadamente dos semanas. Posterior a esto, el paciente manifiesta negación al tratamiento e inconformidad de la estancia hospitalaria, manifestando éste su deseo de regresar a casa. Actualmente le vive su esposa de 67 años de edad y un hijo de 39 años, quien se hace cargo económicamente de ambos, ya que el paciente es pensionado, lo cual es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas y los gastos que se relacionan con el tratamiento médico.

El paciente cuenta con preparación académica hasta segundo grado de bachillerato, la pareja tercer año de secundaria y el hijo curso un año de arquitectura, interrumpiendo sus estudios por decisión de conformar una relación de pareja con quien tiene un hijo, todos profesan la religión católica.

Tanto el paciente, como la esposa han vivido circunstancias complicadas tanto por el avance de la enfermedad, como emociones debido a que el paciente reacciona con enojo agrediendo en ocasiones a la esposa en menor medida al hijo, y con el nieto de 10 años toma una actitud diferente siendo amable y cordial en su trato.

Ha ido perdiendo la movilidad de las extremidades inferiores, ha aumentado el dolor, el insomnio y se ha empezado a manifestar falta de apetito lo que ocasiona más irritabilidad, gritando que será mejor morirse, que ya no importa nada, sin embargo por momentos cae en llanto y manifiesta su preocupación por dejar a su esposa sola, pero que tampoco quiere ser una carga para ella y su hijo y menos aún causar dolor a su nieto y distraer a su nuera de las obligaciones de pareja, debido a las circunstancias y a la progresión de la enfermedad, se ha considerado llevar a cabo a un nivel de atención psicológica, implicando la tanatología tanto en el doliente

como en la familia, Con el propósito de dar una terapia que le ayude a la elaboración del duelo por pérdida de la salud, es decir la aceptación de la enfermedad y del cambio de vida que implicará para los deudos.

Actualmente el proceso de aceptación de término de la vida ha tenido mayor importancia debido a que tanto el paciente en etapa terminal, como familiares y amigos, buscan siempre el confort en la realidad de la muerte a través del reconocimiento de que todo ser vivo llegará a este punto. Es por ello que va en aumento el número de personas que bajo estas condiciones buscan apoyarse en sus creencias religiosas, amigos, familiares, asistencia profesional, entre otros.

Por lo tanto la terapia tanatologica que se le ofrecerá en primer lugar será por medio de una entrevista a cada una de las partes para conocer la alteración emocional, la fase en que se encuentra cada uno y poder aplicar el proceso terapéutico en forma dirigida para equilibrar inicialmente el estado emocional y posteriormente aplicar la secuencia concreta a cada caso, aplicando las técnicas y procedimientos que sean el paliativo para encaminar a la comprensión y aceptación del suceso y su irreversible consecuencia.

El tratamiento y apoyo terapéutico se maneja en coordinación con el personal médico, respetando posición y decisiones tanto del enfermo como de la familia enfocándose particularmente a lograr la reflexión del paciente sobre sus circunstancias de salud y la integración con su familia con el fin de lograr mayor cordialidad y amor entre ellos, lo que permitirá disminuir el dolor, sentirse acompañado y apoyado por sus cercanos para un final tranquilo.

Por su parte a la familia se le pretende encausar a la reflexión del estado de salud de su enfermo y de las condiciones inapropiadas en que podría vivir, con dolores físicos derivados del padecimiento y del dolor emocional al saber que tendrá un final irremediable, abandonando también a sus seres queridos, pero al ver tranquilidad en ellos, puede asimilar las circunstancias y llegar a una muerte tranquila.

Elaboración y tareas del duelo.

Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo; y por tanto la importancia de resolver fases o tareas que dan cierta sensación de fuerza, con la ayuda de un asesor (tanatólogo), ofrece la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final; un antídoto poderoso para los sentimientos que experimentan muchas personas en duelo.

Las cuatro tareas del duelo. William Worden dice:

Tarea 1 Aceptar la realidad de la pérdida

Sensación de que no es verdad. Afrontar la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y que no volverá.

Aceptar la realidad asumiendo que el reencuentro es imposible. La negación (no creer), negar la realidad de la pérdida. Negar el significado de la pérdida (menos significativa de lo que era) minimizar la pérdida acabando con todos los recuerdos del fallecido

Tarea 2 Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

No todo el mundo experimenta dolor con la misma intensidad ni de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor.

La negación en esta tarea, es “no sentir” y es bloqueando sus sentimientos y negando el dolor que está presente. Evitan pensamientos dolorosos y estimulan solo pensamientos agradables del fallecido. Idealizan al muerto. Intentan encontrar una cura usando alcohol, drogas o viajando, buscando cierto alivio a sus emociones. Todo esto es lo opuesto a permitirse a sí mismos dar rienda suelta al dolor; sentirlo y saber que un día pasará.

Aquellos que evitan todo duelo consiente, sufren un colapso, con alguna forma de depresión. Y el propósito de esta segunda tarea es ayudar a facilitar el proceso de duelo y no arrastrar el dolor a lo largo de la vida.

Tarea 3 Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los diferentes roles que desempeñaba, hasta algún tiempo después de la pérdida, y los sobrevivientes se resisten por tener que desarrollar nuevas habilidades.

El duelo significa no sólo la pérdida de otra persona, sino también la sensación de pérdida de sí mismo. El duelo puede poner en regresión intensa en la forma en que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, inadecuadas, incapaces, infantiles, o personalmente en quiebra. Con el tiempo estas imágenes negativas dan paso a otras más positivas y los sobrevivientes son capaces de continuar con sus tareas y aprender nuevas formas de enfrentarse al mundo.

La resolución de esta tarea va en torno al progreso hacia el reconocimiento de cambio de circunstancias, seguir adelante con un nuevo sentido del mundo.

Tarea 4 Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

“Retirar la energía emocional del fallecido y reinventarla en otra relación” tal vez la tarea más difícil ante la pérdida de un ser querido ya que nunca se pierden los recuerdos de una relación significativa.

La negación a la resolución de esta tarea sería “no amar” lo cual no tiene validez. Ayudar a resolver esta tarea a las personas en duelo; no es renunciando al ser querido fallecido, sino en ayudarlo en encontrar un lugar adecuado al sobreviviente en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

Adaptación a la pérdida

Es un proceso que implica las cuatro tareas básicas explicadas a grandes rasgos anteriormente y que no necesariamente llevan un orden. Ejemplo: "No se puede controlar el impacto emocional de la pérdida hasta que no se asume el hecho de que la pérdida se ha producido.

Aplicación de las tareas del duelo al caso clínico

Tarea 1 Aceptar la realidad de la pérdida.

Es importante la relación médico - paciente para que por medio del conocimiento de la enfermedad se pueda hacer notar al paciente y a sus familiares, que el deterioro por la misma puede manifestarse a corto o a mediano plazo, y en esta situación elaborar el duelo anticipado como ayuda en el proceso de aceptación de la enfermedad y entonces poder hacer manifiestos los derechos y deseos del paciente terminal, así como la expresión de las emociones de familiares a paciente y de paciente a familiares, y logren enfrentar la realidad de la inevitable pérdida. Es aquí entonces el momento clave para ayudar a paciente, familiares y amigos a encaminarlos a completar la aceptación.

Las siguientes tres tareas del duelo que son: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Y re colocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. En este caso clínico; se elaborarán una vez que la pérdida por muerte del enfermo ocurra y, entonces los familiares lograrán en un menor tiempo superar el duelo y así controlar el impacto de la pérdida y asumir con mayor tranquilidad el hecho de que ésta ya ocurrió y entonces volver a invertir sus emociones en la vida y con los vivos.

Reflexión

El duelo anticipado por enfermedad como se menciona en la mayoría de los casos comienza con la comunicación de un diagnóstico irreversible y se asocia a las malas noticias recibidas a lo largo de la vida y a la historia de pérdidas de cada uno de los miembros de la familia y al modo como las afrontaron y superaron. Estas pérdidas que todos vamos teniendo desde la infancia pueden ser; separaciones, amistades o figuras de apego importantes para uno, la misma infancia con la inexperiencia que da paso a la juventud, situaciones de pérdida de oportunidades, de libertad para elegir, amores rotos, empleos perdidos, enfermedades, pérdida de algún sentido, amputaciones, reducción de la energía anterior en la madurez, nos van enseñando a navegar por las aguas a veces turbulentas de la propia existencia. La vivencia de todas estas experiencias y el grado de cohesión de los miembros de la familia así como las estrategias empleadas anteriormente por el grupo en situaciones parecidas con eficacia, fortalecen los sentimientos de valía y posibilitan la puesta en marcha de los recursos existentes.

La estructura familiar puede tener unos límites flexibles que le permiten expresar su dolor y recibir consuelo o puede ser rígido y evitar mostrar los sentimientos aislándose del entorno. Los valores compartidos que la hacen única y diferente de todas las demás y que puede entrar en colisión con personas ajenas a las mismas o que no los comparten, ofrecen la oportunidad de ejercer nuestro bagaje moral respetando la diversidad y no oponiéndola al acompañamiento solidario.

La familia que se enfrenta a la muerte de uno de sus miembros sigue un proceso de transición que la transforma y lleva a una nueva identidad. Cada miembro va superando las etapas por las que transita a su propio ritmo y eso mismo influye en el grado de adaptación de todos. Se dan dos procesos independientes pero simultáneos a nivel individual y grupal durante los cuales todos habrán de asumir la realidad de la pérdida, expresar y compartir las emociones que produce el fallecimiento del ser querido, reorganizarse y adaptarse a una nueva forma de vida sin la persona ausente, aceptar finalmente que el fallecido no va a volver y

establecer nuevos objetivos vitales para poderlos llevar a la práctica en la relación con otras personas.

Si la persona fallecida es anciana, parece que habrá una mejor adaptación a las leyes naturales, pero si el que muere es un niño éstas se perciben como vulneradas y la dificultad de reorganización de la familia para adaptarse es mayor. Cuando la muerte se presenta tras una enfermedad larga, aunque nunca se está preparado del todo, es más llevadera que si la causa de la misma es un accidente, una muerte súbita o el suicidio. Nos cuesta mucho más aceptar lo que consideramos “muertes injustas o prematuras” que están fuera de la lógica, que aquellas que se producen tras una vida ya “vivida”

En cualquier caso las fortalezas familiares descansan en todo y cada uno de sus miembros y son los que van a permitir superar el duelo. Del mismo modo podemos decir que por muy debilitada que esté la familia, siempre tenderá a aceptar la compañía desinteresada y compasiva de quien se acerque a ella con el corazón dispuesto a ayudar.

Bibliografía

- Elisabeth Kübler-Ross. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- J. William Worden. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Alba Payás Puigarnau. (2010). *Las tareas del duelo*. Madrid: Paidós.
- James Agee. (1970). *Una muerte en la familia*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Nancy O'Connor. (2007 - 2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Elizabeth Kübler-Ross. (1983). *Una luz que se apaga*. Nueva York: Pax México.
- Jaime García Terrés. (1986). *Los infiernos del pensamiento*. México: SEP Cultura.
- Elizabeth Kübler-Ross. (2006). *La rueda de la vida*. Barcelona: S. A. Ediciones B.
- Miriam Muñoz Polit. (2009). *Emociones, sentimientos y necesidades*. México: instituto humanista de psicoterapia gestalt A C
- . James L. Jacobson & Alan M. Jacobson. (2003). *Secretos de la psiquiatría*. México: Interamericana.
- Jean Piaget. (1985). *Seis estudios de psicología*. España: Artemisa.
- José Carlos Bermejo Higuera. (2014). *Duelo y espiritualidad*. 1 julio 2014, de Universidad Ramón Llull de Barcelona Sitio web: <http://josecarlosbermejo.es/articulos/duelo-y-espiritualidad>
- Felipe Martínez Arronte. (2014). *Presentación de tema: Cuidados Paliativos*. Abril 2014, de Asociación mexicana de tanatología.
- Denis Rodríguez, PB. & Silíceo Benítez J. & Moreno A. (Mayo - Agosto 2009). *Tanatología: el proceso de morir*. Julio 2014, de Universidad Veracruzana

Sitio

web:

<http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/tanatologia/>

Igor A. Caruso. (1969). *La separación de los amantes*. México: Siglo veintiuno.

Daniel F. Hayes. (2006). *MKSAP13 Oncología*. México: Intermedica.

Elisabeth Kübler-Ross. (1994). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga.

Leila Nomen Martin. (2007, 2009). *El duelo y la muerte*. Madrid: Pirámide.

Jorge Bucay. (2001). *El camino de las lágrimas*. Barcelona: DEBOLSILLO.

Melody Beattie. (1996). *El lenguaje del adiós*. México: Promexa.