

Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte

(tercera y última parte)

MSP. Verónica De León R.¹, Dr. Constantino Cuetos M.²

¹Directora y tanatóloga de la Institución «Dejálos ir con amor» LAP, ²Profesor-Investigador Titular
T.C. C.U.H.C.-Facultad de Medicina U.A.S

Uno de los secretos de la salud y la felicidad consiste en saber adaptarse a las circunstancias que nos rodean y al mundo en que vivimos, que cambian constantemente, su ignorancia se paga con la enfermedad y la infelicidad.

HANS SEYLE

APEGO, PÉRDIDA Y DUELO

Cuando llegamos a este mundo, dependemos absolutamente de los demás, todos necesitamos nutrición, protección y amor, o por lo menos sentimientos afectivos, éstas necesidades instintivas (desde los primeros momentos de vida independiente) se convierten con el transcurso de la vida en estados emocionales de apego: a mi vida, a mi mismo y a mi autonomía, a mis seres queridos, a mis animales, a mis pertenencias materiales y a mis situaciones ante la vida; es decir a lo que considero en mayor o menor grado mío.

Lo anterior se ha estudiado (mediante hipnosis profunda) desde los llamados sucesos intrauterinos, siendo durante el trabajo de parto y el nacimiento que se somete al nuevo ser a su primer estrés intenso, tanto fisiológico como psíquico; ésta pérdida inicial puede provocar un estado de ansiedad emocional transitorio o que incluso llega a perdurar toda la vida, algunos psicoterapeutas consideran que todos llevamos muy dentro de nosotros el secreto deseo de volver, consciente o inconscientemente en algún momento, al vientre materno⁽¹⁾.

Se entiende por separación a una ausencia temporal pero reversible, mientras que pérdida es la desaparición total y definitiva de los seres queridos, pertenencias o situaciones altamente significativas en

nuestra vida; con frecuencia el primer concepto (separación) es utilizado por los mecanismos psicológicos de autodefensa (NO, NO SE HA IDO PARA SIEMPRE...VA A REGRESAR) para tratar de evitar la confrontación que significa una pérdida, la intensidad del sentido de apego que tenemos hacia lo que sentimos parte de nosotros, se ve reflejada directamente en la aflicción y el dolor que nos causa su pérdida.

TAREAS PARA LA SUPERACIÓN DE PÉRDIDAS

Cuando se ha sufrido una pérdida se tiene como primera reacción la sensación de incredulidad, de que no es verdad; la primera tarea es la de aceptar la realidad, es asumir que el reencuentro es imposible al menos en ésta vida; la conducta de búsqueda se relaciona con las llamadas reiterativas al ser perdido y, a veces, se le confunde con alguien o algo similar en su entrono.

Lo opuesto de aceptar la realidad de la pérdida es no creer mediante algún tipo de negación y quedarse bloqueada en esta tarea, negar la realidad de la pérdida puede variar en la forma, desde una ligera distorsión hasta un engaño total, ejemplo de esto es lo que se ha dado en llamar "momificación", es decir, guardar todas las pertenencias para cuando regrese, o conservar la habitación tal como la dejó; este pensamiento distorsionado puede amortiguar la intensidad de la pérdida pero raramente es satisfactorio y dificulta la aceptación de la realidad de la pérdida⁽²⁾.

Otra forma de protegerse de la realidad es negar el significado de la pérdida "no era tan bueno que digamos" o "realmente no estábamos tan unidos" o "no lo extraño tanto"; acabar con todos los recuerdos es lo opuesto a la "momificación" y tiende a minimizar la pérdida, es una forma de protegerse a sí mismo mediante la ausencia de objetos que les haga afrontar cara a cara la realidad de la pérdida.

Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a encaminarse hacia la aceptación, su ausencia puede necesitar otras formas externas de validar la realidad de la pérdida; parece que soñar no solamente es el deseo de que se haga realidad, sino una manera que tiene la mente de validar la realidad de la pérdida mediante el intenso contraste que se produce al despertar de dicho sueño.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional; se puede ser intelectualmente consciente de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptarla plenamente, la creencia y la incredulidad son intermitentes mientras se intenta resolver esta tarea ⁽³⁾.

La segunda tarea consiste en reconocer y superar el dolor emocional y conductual asociado con una pérdida, es necesario trabajar este dolor para evitar formas de conducta estereotipadas y disfuncionales; aquí tanto la sociedad como la familia pueden entorpecer este proceso llevando al doliente a negar la necesidad de expresar esos sentimientos al decirle "solo sientes pena por ti mismo", abandonarse al dolor está estigmatizado como algo mórbido y desmoralizador, lo que se considera "apropiado" es que se distraiga de su dolor.

La negación de esta segunda tarea de trabajar el dolor emocional y conductual, es no sentirlo, es bloquear sus sentimientos evitando pensamientos dolorosos en donde se utilizan procedimientos de detención mental para evitar sentir la disforia asociada con la pérdida y sólo se estimulan pensamientos agradables idealizando la pérdida y huyendo de recuerdos que evoquen culpabilidad (real o imaginaria) es no permitirse a uno mismo dar rienda suelta al dolor: sentirlo y saber que un día pasará.

Antes o después, quienes evitan enfrentarse a este dolor, sufren un colapso dejando como secuela el tener que arrastrarlo a lo largo de su vida, en estos casos la terapia es más complicada ya que hay que

retroceder y trabajar con el dolor desde que se ha estado evitando; ésta experiencia terapéutica tiene mayor grado de dificultad puesto que generalmente tanto la sociedad como la familia ayudan menos que en el momento posterior inmediato a la pérdida ⁽⁴⁾.

La tercer tarea consiste en adaptarse a un medio diferente, lo que tiene significados distintos para cada uno dependiendo de cómo era la relación con el ser, pertenencia o situación que ya no existe; en el caso, por ejemplo de la pérdida del esposo, en un principio no está claro lo que se ha perdido, dependiendo de los roles que desempeñaba puede significar o no la pérdida de la pareja sexual, del compañero, del proveedor, del jardinero, del niño etc. y hasta algún tiempo después de la pérdida se resiente por tener que desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que no desempeñaba antes; esta etapa suele suponer una regresión intensa en la que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, inadecuadas, en quiebra o incluso hasta infantiles; en esos momentos se trastoca el propio sentido del mundo, se ponen en duda los valores fundamentales de la vida de cada uno y sus creencias filosóficas-religiosas, creencias influidas por nuestras familias, la educación y las experiencias vividas; no es extraño sentir que se ha perdido la dirección en la vida. La persona busca significado y su vida cambia para darle sentido a esa pérdida y para recuperar cierto control ⁽⁵⁾.

Contener ésta tarea es no adaptarse a la pérdida, se lucha contra uno mismo fomentando su propia impotencia e impidiendo el desarrollo de las habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio; en los procesos normales, con el tiempo estas imágenes negativas dan paso a las positivas y se desarrollan habilidades que nunca había tenido y se sigue adelante con un nuevo sentido del mundo.

La reubicación emocional de una pérdida y continuar viviendo es la cuarta tarea a resolver. Se dice que nunca se olvida del todo una pérdida altamente significativa en la vida, ni se rechaza totalmente su recuerdo excepto mediante actos psíquicos que destruyen nuestra propia identidad.

La disponibilidad para empezar nuevas relaciones depende NO DE RENUNCIAR a la pérdida, sino de encontrarle un lugar apropiado en nuestra vida emocional, un lugar que es importante, pero que deja lugar para los demás y para continuar viviendo.

Esta tarea se entorpece cuando se mantiene el apego al pasado y se niega a uno mismo la posibilidad de poder ser feliz en el futuro, algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismos de no volver a amar nunca más; estas expresiones se observan cuando se está luchando con el sentimiento de abandono emocional y la pesada losa de tener que empezar de nuevo. La resolución de ésta tarea se puede ejemplificar con un caso real: "Sé que continuaré con la pérdida de mi hijo durante el resto de mi vida y que mantendré su amado recuerdo vivo para siempre, pero la vida continúa y existen otras personas a las que tengo que amar".

Los procesos psíquicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad grave, invalidante o progresiva, las situaciones de abandono: divorcio, rechazo de los padres o de los hijos, serios problemas familiares y/o económicos, pérdida de empleo o fracaso escolar) se imbrican con los procesos de duelo⁽⁶⁾.

DUELO

El duelo se refiere habitualmente al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, aunque no se considera un trastorno mental, el DSM-IV y la CIE 10 lo clasifican dentro de los trastornos adaptativos o adicionales que pueden requerir atención clínica cuando las reacciones de duelo se consideran patológicas por sus manifestaciones o contenidos⁽⁷⁻⁸⁾.

Los factores psicógenos propios y las influencias sociales negativas originan reacciones desadaptativas con manifestaciones depresivas y emocionales como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción (de leve a severa) en el ámbito social y laboral; en un sentido más amplio se entiende al duelo y sus procesos como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva.

El sentimiento de pérdida, el luto y el duelo son términos que se refieren a las reacciones psicoafectivas de los sobrevivientes, así el sentimiento de pérdida es el estado de sentirse privado de alguien a consecuencia de su muerte; el luto suele utilizarse

como sinónimo de duelo, aunque en sentido estricto, el luto se considera como el proceso mediante el cual se resuelve el duelo y que incluye los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos de duelo, el término de duelo y sus procesos son los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales de la muerte en sí.

Es importante tener en cuenta la relación entre procesos de duelo y psicopatología, ya que los duelos no elaborados ni resueltos pueden dar origen a la aparición de estados psico-patológicos; así como un trastorno mental previamente establecido puede dificultar seriamente la elaboración y resolución positiva de un trabajo de duelo⁽⁹⁾.

Por elaboración de duelo o trabajo de duelo se entiende la serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad en la que hay que deshacer los vínculos establecidos y aceptar la pérdida.

PSICOSOCIOBIOLOGÍA DEL DUELO⁽¹⁰⁾

Perspectiva psicológica. No es posible evitar los duelos, pero las formas de reaccionar ante ellos varía, se sabe que no elaborar un duelo importante dificulta la resolución de otros duelos posteriores, y el conjunto de duelos no resueltos a través de la vida se convierte en un estado emocional crónico que más tarde desembocará en alguna psicopatología, así mismo la no elaboración de los duelos hace recaer a un individuo con patologías mentales previas.

Perspectiva psicosocial. La forma de elaborar los duelos en las diferentes transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno; si bien lo que provoca el duelo en una persona es idiosincrásico de la misma, existen situaciones sociales en las que prácticamente en la mayoría de los seres humanos desencadenan duelos de mayor o menor trascendencia y están relacionadas con las llamadas transiciones o crisis psicosociales, que generalmente tienen relación con la edad: infancia, adolescencia, vida adulta joven, madurez y ancianidad.

Perspectiva etológico-antropológica. La resolución del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interior, es la situación social que el luto ritualiza con la obligada permanencia de la persona en duelo en casa, período en el que están "socialmente prohibidos" las diversiones, los vestidos vistosos y

atrevidos, etc así podrá concentrarse en el "trabajo interno" del duelo.

Las manifestaciones gregarias del duelo tienen varias funciones: permite su expresión en el ámbito de la sociedad; la tendencia social de ayuda en el proceso psicológico del duelo (de aquí la importancia de los ritos funerarios) y proporcionar a los deudos la ocasión de consagrarse con los muertos y allegados, preparándolos para nuevas relaciones a través de los actos sociales.

Perspectiva biológica. El duelo es una respuesta fisiológica a la vez que emocional; durante la fase aguda del duelo, al igual que ocurre con otros acontecimientos intensamente estresantes se producen modificaciones de los ritmos biológicos, hay alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenales-gónadas, el sistema inmune disminuye la proliferación de leucocitos y los linfocitos NK se anergizan temporalmente, entre otras disfunciones orgánicas; esto se ha relacionado, en conjunto con otros factores, con el aumento en el índice de mortalidad en los períodos cercanos al fallecimiento de seres queridos.

DUELO ANTICIPADO

Es el que se empieza a expresar por adelantado cuando se percibe una pérdida inminente e inevitable; termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipado puede aumentar o disminuir cuando ocurre el deceso; en algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipado llega a extinguirse y la persona expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando acontece el fallecimiento, porque gran parte del duelo ya se ha realizado previamente.

DUELO NORMAL O NO COMPLICADO

Es una respuesta con carácter predecible en cuanto a su sintomatología y evolución, aunque las personas manifiestan su duelo de manera muy individual, sobre todo en sus fases agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera inesperada, en donde la incredulidad y el estado de aturdimiento o "shock" pueden durar mucho tiempo o si la pérdida fue presentada, en cuyo caso,

como en el duelo anticipado, inconscientemente se empieza a elaborar lo que algunos tanatólogos han dado en llamar pre-duelo.

En un duelo no complicado se pueden describir 4 fases⁽¹¹⁾

Fase 1 de aturdimiento o "shock". Es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por embotamiento de los sentidos, negación incredulidad y cólera; en esta fase la persona doliente puede recaer varias veces a lo largo del proceso de luto.

Fase 2 de anhelo y búsqueda. Es un período de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes en los que es común el auto reproche, en donde suelen centrarse actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer con el difunto, para aliviar su sentimiento de culpabilidad real o imaginaria, en la que en ocasiones se tienen pensamientos como "soy YO el que debería haber muerto".

Fase 3 de desorganización y desesperanza. En la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación dominante es la de sentirse rebasada por los acontecimientos y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, anorexia y pensar que la vida ha perdido sentido; revive continuamente los recuerdos del difunto y la aceptación de que, los recuerdos son sólo eso, recuerdos provoca una sensación de profundo desconsuelo.

Fase 4 de reorganización. Es una etapa en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el doliente empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se interioriza la imagen de la persona perdida.

DUELO PATOLÓGICO O COMPLICADO (12-16)

La intensidad del duelo al grado de que la persona sea desbordada y recurra a conductas antisociales o permanezca de forma estacionaria e interminable o a interrupciones y retrocesos en alguna fase del duelo normal, se conoce como duelo patológico, complicado o no resuelto, la identificación de este tipo de duelo suele descubrirse

cuando el doliente no puede hablar socialmente de su pérdida.

Hay varias formas de hacer un perfil de duelo complicado, uno de los paradigmas más útiles lo describe en 4 apartados:

Duelo crónico. Es aquel que tiene duración sin fin y no llega a la resolución o conclusión satisfactoria, la persona que lo sufre está consciente de que no consigue acabar y que no logra resolverlo por sí misma y con frecuencia dicen "No vuelvo a la vida" o "Esto no se acaba" o "Necesito ayuda para ser yo otra vez" generalmente anhelan haber tenido una relación que nunca fue pero que podría haber sido.

Duelo retrasado. También conocido como inhibido o pospuesto, en este caso se pudo haber tenido una reacción emocional en el momento de la muerte, pero no fue suficiente en relación con la pérdida y reaparece posteriormente, pero la intensidad del duelo no concluido parece exagerada en función del tiempo ya transcurrido; éstas reacciones retrasadas se potencian con la aparición de una nueva pérdida, o con la vivencia de una muerte similar sufrida por otra persona, entonces el duelo no resuelto de su propia pérdida se volverá a sentir de nuevo.

Duelo exagerado. Tiene que ver con las respuestas desbordadas y en las que se recurre a conductas desadaptativas o antisociales; la persona con duelo exagerado está consciente de que los síntomas y las conductas que presenta están relacionadas con la pérdida y busca terapia porque ésta experiencia es excesiva e incapacitante; éste tipo de duelos incluyen trastornos psiquiátricos mayores como la depresión clínica, en donde los sentimientos de desesperanza se transforman en desesperación irracional, la ansiedad en forma de ataques de pánico o de conductas fóbicas; así mismo, el abuso del alcohol y/o drogas, los signos y síntomas del síndrome por estrés postraumático y algunas manías, se han presentado en personas con historia de trastornos afectivos serios, que surgen después de una pérdida significativa.

Duelo enmascarado. Se presentan en los pacientes que experimentan síntomas y conductas que les causan trastornos y dificultades, pero que no se dan cuenta ni reconocen que todo esto está relacionado con la pérdida, o sea que la persona no manifiesta su duelo con expresión de sentimientos afectivos de forma abierta, sino que el duelo enmascarado lo manifiesta de una de las dos maneras:

como síntoma físico (expresiones clínicas similares a las del fallecido), o a través de alguna conducta aberrante; la hipótesis es que hay ausencia de duelo porque su ego no está preparado para soportar el esfuerzo y usa mecanismos de autoprotección narcisista para evitar el proceso.

PÉRDIDAS ESPECIALES

Hay ciertas maneras de morir y circunstancias que requieren de comprensión e intervenciones especiales; las pérdidas por suicidio, muerte súbita, abortos naturales y provocados entre otros, crean diferentes problemas a los deudos.

Suicidio. "La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón de los que le sobreviven, los sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, al momento de haber ejecutado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo" el suicidio es la crisis de duelo más difícil de afrontar y resolver para cualquier familia; los sentimientos específicos tanto en la esfera social como en la íntima que sufren los deudos de un suicida son la vergüenza: por la presión social del estigma asociada al suicidio, que además trastoca seriamente la unidad familiar; la culpa por la responsabilidad que asume cada miembro de la familia; la ansiedad y el miedo primario de los propios impulsos autodestructivos que pueden generar sensaciones de "predestinación". Es importante recordar que las víctimas del suicidio muchas veces provienen de familias muy conflictivas en cuyo contexto no existieron verdaderos sentimientos afectivos (solamente simulación).

Muerte súbita. Son aquellas que se producen sin aviso previo, entre las que figuran los accidentes, las enfermedades fulminantes y los homicidios; este tipo de muerte deja al deudo con la sensación inicial de que la pérdida no es real, se crea una sensación de incredulidad e insensibilidad, también es frecuente tener imágenes intrusivas de querer haber estado presentes en el momento de la muerte, para evitarla.

Así mismo, se desarrollan sentimientos de culpa "si no la hubiera dejado ir" o "si hubiera estado con él"; y lo contrario, la necesidad de culpar a alguien, sobre todo en accidentes y homicidios; sensaciones de impotencia por no poder haber evitado, de alguna manera, su muerte; la preocupación especial de los asuntos no resueltos y el remordimiento de

lo que no se dijeron ni de las cosas que nunca tuvieron tiempo de hacer con el fallecido.

Abortos. Los padres que han sufrido abortos espontáneos generalmente reciben mucho apoyo de la familia y la sociedad, pero hay sentimientos que pueden hacer este duelo difícil; la preocupación de todos es la salud de la mujer y si podrá seguir teniendo hijos; la primera pregunta que se hace la mujer (si el embarazo era deseado) es: ¿yo tuve la culpa? En éstas circunstancias el marido se siente impotente y en su necesidad de parecer fuerte, pretende tener una actitud "realista" y puede que no sea lo que la mujer quiere oír en esos momentos; al igual que en otras pérdidas, hay necesidad de hablar de ésta, sobre todo para evitar animadversiones en futuros embarazos.

En la actualidad muchas mujeres tienen una actitud despreocupada ante un aborto provocado, considerado como una de esas pérdidas de las que no se debe hablar y que se desea olvidar lo más pronto posible, sin embargo, la mujer que no elabora conscientemente la pérdida por ella provocada, corre el riesgo, al igual que con cualquier otro duelo no resuelto, de convertirlo en duelo retrasado o enmascarado ante cualquier pérdida posterior.

SISTEMA FAMILIAR Y DUELO⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Las reacciones de duelo personal tienen implicaciones importantes en el contexto de una unidad familiar y suele ser necesario considerar el impacto de la elaboración y la forma de resolver cada duelo individual en la estructura de la familia; la mayoría de las familias tienen algún tipo de equilibrio "homeostático" y la pérdida de una persona significativa en este grupo rompa con ésta "homeostasia" y busque ayuda, obviamente es necesario el conocimiento a profundidad de la configuración de dicha familia (reto con frecuencia muy difícil de vencer, por los intereses personales de los miembros) antes de intentar cualquier tipo de intervención terapéutica familiar.

El concepto de terapia familiar se basa en la creencia de que la familia es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influyen entre sí;

Las características individuales de sus miembros determinan el carácter del sistema familiar, el cual es más que la suma numérica de las individualidades; por lo que las reacciones de duelo familiares, tienen

una evaluación diferente, entre otros factores, debido a los mitos familiares.

Cuando se evalúan los duelos familiares, se han de considerar al menos 2 esferas: La posición funcional o el papel que desempeñaba el fallecido en la familia, cada miembro de la familia desempeña diferentes roles, como el enfermizo, el chivo expiatorio, el proveedor, la cabeza del clan etc. dependiendo de la posición que guardaba en la jerarquía familiar, será el impacto y el significado para la familia como sistema. La segunda esfera se refiere a la evaluación de la integridad emocional de la familia, en una familia emocionalmente bien integrada, la autoayuda entre ellos es mayor y fluye con más facilidad y requieren de poca ayuda externa.

Las familias desintegradas emocionalmente, pueden mostrar reacciones de duelo mínimas en el momento de la muerte, pero los miembros pueden responder más adelante con diversos síntomas físicos y/o emocionales que conlleven conductas antisociales tanto al interior como al exterior de la familia

Los duelos familiares no resueltos, pueden servir no sólo como factor clave en la patología familiar, sino que pueden contribuir a relaciones patológicas a través de generaciones, o que incluso amenacen con la destrucción familiar.

RESOLUCIÓN O CIERRE

Preguntar cuánto tiempo "debe" durar o cuándo termina definitivamente un duelo es un poco como preguntar ¿qué tan alto es arriba? En la literatura existe todo tipo de intentos de establecer fechas: 6 meses, 1, 2, 3, 5 años, nunca; pero es fundamental tener la certeza de que todo duelo tiene un límite temporal.

Cuando se pierde una relación íntima o altamente significativa el tiempo lo fija el propio doliente al permitirse a sí mismo "Dejarlos ir con Amor", cuando acepto (de verdad en mi interior) mi pérdida, una vez que he sentido, expresado y hecho todo lo que necesité sentir, expresar y hacer para reubicar a mi ser querido en lo más profundo de mi ser, sin olvidarlo jamás, pero consciente de que debo seguir viviendo mi vida sin su compañía.

En el momento en el que recobro mi propia identidad sin lo que perdí y con lo que gané de esta experiencia; en el momento en el que me doy permiso de volver a ser feliz y estar en paz conmigo mismo y con el mundo.

No hay que olvidar que cuando se trata de seres humanos, no debemos hablar de recetas infalibles y aplicables por igual para todos.

A manera de recomendación para los Médicos jóvenes

Acompañar el duelo de los pacientes que pidan ayuda.

Atender las desviaciones patológicas del duelo e intentar prevenir las si es previsible o reencauzarlas si es posible.

Estar alerta ante las situaciones que puedan evolucionar patológicamente y que necesiten de asistencia psiquiátrica.

EPÍLOGO

Una de las cualidades más valiosas del terapeuta debe ser la de conocer sus propias limitaciones y saber cuando parar y derivar al paciente con un profesional más experimentado.

El/la tanatopsicoterapeuta debe dejar expresar sus sentimientos y emociones al doliente a su modo, conocerlo para guiarlo, NO para regañarlo ni influenciarlo, sino para propiciar que sea el propio paciente quien se permita a sí mismo reencontrarse, teniendo siempre como premisas fundamentales su dignidad humana y autonomía.

El uso de los poderes invisibles para lograr lo que biológicamente no se consigue, es una de las más sagradas y la más sublime de las artes del Ser Humano

BIBLIOGRAFÍA

1. Moody, A R. y Arcángel, D. Vida después de la pérdida, Ed. EDAF, Madrid, 2002
2. Gardiner, A. And Pritchard, M. 1977 Mourning mummification and living with death. British J. Of Psychiatry, 130, 23-8
3. Krupp, G. Genovese, F. And Krupp, T. 1986 to have and have not: multiple identification in pathological bereavement, J. Of the Am. Acad. Of psychoanalysis. 14, 337-48.
4. Worden, W. J. Grief counseling and therapy, Springer Pub. Co. USA, 1997
5. Shuchter, S. R. and Zisook, S. 1986 treatment of spousal bereavement: a multidimensional approach, Psychiatric Ann. 16, 295-305.
6. Bowlby, J. 1961, Process of mourning Int. J. Psychoanal. 42, 317-28
7. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; Ed. Masson, Barcelona, 2002
8. CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades; Ed. Menitor, Madrid, 1992
9. Kaplan, H. Sadock B. 1999; Duelo, luto y el sentimiento de pérdida, 8ª ed. Ed. Médica Panamericana, Madrid.
10. Tizón García, J. El duelo y las experiencias de pérdida, 1998; Ed. Grupo Aula Médica, S.A. Madrid.
11. Olmeda, M S 1998, Evolución del duelo. En: Olmeda, M S El duelo y el pensamiento mágico. Ed. Master Line, SL Madrid.
12. G. Thomas R and Miller J. 1998, When a man faces grief. Fort Wayne, Indiana: Willowgreen, USA.
13. Hafen, Breft Q.; 1983; Faces of death: Grief, Dying, Euthanasia, Suicide. Denver: Morton, USA
14. Rando, Therese A. 2000; Clinical dimensions of anticipatory mourning. Champaign, Illinois USA, Research Press
15. Neimeyer, R. 2001 Lessons of Loss: a guide to coping. Philadelphia Brunner Routledge, USA
16. Parkes, C. M. 1987; Bereavement: studies of grief in adult life. Madison, Connecticut USA; Internat. Univ. Press
17. Davies, B. 1987; Family responses to the death: the meaning of memories; J. Of Palliative Care; 3, 9-15
18. Engel, G.L. 1961; Is grief a disease? A challenge for medical research; Psychosomatic Medicine; 23, 18-22
19. Greyson, B. 2000; Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence; Am. Psych. Assoc. Washington D.C. **BMI**