

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.**

**Facultad de Psicología.**

**Trabajo Final de Grado**

**“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE  
DUELO, LUEGO DEL ACOMPAÑAMIENTO DE  
ENFERMEDAD TERMINAL: DE AMOR Y DE MUERTE”**

**María Daniela Saucedo García**

**CI: 4.446.282-8**

**Tutor: Prof. Ana Luz Protesoni**

**Montevideo, 30 de Octubre, 2014.**

# ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
La muerte, esa eterna compañera.....	4
Proceso de duelo.....	6
De amor y de muerte.....	9
El dolor en el duelo.....	10
Categorización del duelo.....	14
Duelo Anticipado.....	19
Consideraciones Finales.....	30
Bibliografía.....	32

# RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósito analizar la conveniencia de intervenir desde el punto de vista psicológico, durante el proceso de duelo. Se analiza desde diferentes enfoques el concepto de duelo normal, acción inherente al ser humano.

Desde que nacemos estamos evidenciando pérdidas que desencadenan un duelo, tales como: etapas de la vida, de vínculos amorosos, lugares físicos, ideas, etc.

Entre los diferentes duelos que se atraviesan a lo largo de la vida, este trabajo se centrará, en los duelos por pérdida de seres queridos que padecen una enfermedad terminal.

Considerando los cambios en relación a la noción de muerte, a lo largo de la historia y su incidencia en el duelo, se analiza el concepto de muerte y los cambios en relación a estos. Teniendo en cuenta que el ser humano ha tenido diferentes vínculos con la muerte, con la enfermedad y también con los ritos funerarios empleados para poder enfrentar y manejar a la muerte.

Se busca realizar una aproximación al concepto de duelo patológico, su clasificación y las variables que afectan a la persona que padece este tipo de duelo.

Profundizando en un tipo de duelo anticipado, que funciona como propiciatorio en la aceptación de la muerte de un ser querido; también muestra la importancia de la intervención psicológica durante este proceso.

**Palabras Claves:** Paciente terminal, Duelo anticipado, Intervención psicológica.

## **INTRODUCCIÓN**

El duelo es un proceso normal en la vida del ser humano, aun cuando está cargado de dolor y desesperación. La manera en que se tramite dependerá del vínculo con el objeto perdido, las características de la organización familiar y de cada persona.

Es sabido que no siempre se pueden transitar adecuadamente y es así que se instalan duelos patológicos que generan sufrimiento, conflictos, etc.

Cuando una familia atraviesa una enfermedad terminal, en uno de sus miembros, comienzan a producirse determinados desequilibrios en el grupo familiar, así como también una variedad de reacciones emocionales y cambios; como expresión del dolor frente a la situación de pérdida.

Siendo oportuno trabajar en estos cambios y crisis, proporcionando posibilidades de tramitación y elaboración del duelo.

Al trabajar con pacientes en etapa terminal se da la posibilidad tanto al enfermo como al familiar de prepararse para el irremediable final. A este proceso se le llama, duelo anticipado, desde los cuidados paliativos, se considera como el comienzo de etapas que atraviesan los familiares tras la noticia de pérdida. En este ámbito de trabajo que integra el que hacer del psicólogo, es de importancia la intervención de los mismos.

En tanto permite prevenir complicaciones posteriores de los familiares, configurándose un ámbito nuevo para el psicólogo, implicando el desafío de enfrentarse con el dolor de la muerte.

En cuanto a la elección del tema no es azarosa, fue a partir de la práctica de la Facultad de Psicología de la UdelaR: “Intervención en cuidados paliativos” en el primer nivel de atención, en convenio con ASSE-RAP (Administración de Servicios de Salud del Estado – Red de Atención Primaria) llevada a cabo en el año 2013.

El dispositivo de trabajo utilizado consistió en la conformación de sub grupos, compuesto por dos estudiantes, trabajando un estudiante con el paciente enfermo, y otro con aquel familiar que le interese el espacio, conjuntamente con el médico tratante especializado en crónicos.

En cuanto a mi intervención, se centró principalmente en una de las hijas del enfermo (hombre de 83 años diagnosticado con cáncer de pulmón), la estrategia empleada con ella tomó en cuenta por un lado, la posibilidad de la muerte del padre, y el tener que enfrentar la pérdida y el dolor que con lleva la situación. Por otro lado, se consideraron

antecedentes de duelos patológicos, la pérdida del marido y del hermano en muertes trágicas.

Los antecedentes en la historia de esta paciente mostraron la necesidad de actuar en la prevención de la emergencia de otro duelo patológico, luego de la muerte de su padre.

El hecho de acompañar y preparar para enfrentar una situación penosa de pérdida de un ser querido, a partir de constatar en esta hija la dificultad para enfrentar dicha situación, es que me surge la interrogante sobre el duelo y sus vicisitudes.

En lo personal fue una experiencia muy importante e inspiradora del presente trabajo, el cual pretende indagar si se considera conveniente intervenir durante los procesos de duelo anticipado. Con la finalidad de prevenir durante este proceso, me surgen interrogantes que giran en torno a si el intervenir durante esté ayuda en el proceso de duelo.

Las interrogantes disparadoras de la búsqueda bibliográfica son en relación a: ¿Cuándo se considera que hay que intervenir en un Duelo? , ¿El transitar un duelo anticipado, contribuye en la elaboración normal del duelo, El intervenir durante el duelo anticipado aporta a la resolución del proceso de duelo? ¿Y en los casos que no se se trata a tiempo un duelo, con indicadores de riesgo patológico, que puede suceder?

La metodología que se utiliza para la monografía parte de la búsqueda bibliográfica en base de datos, revisión bibliográfica, de los objetivos planteados y de las interrogantes.

## **DESARROLLO**

*“La especie humana es la única para la cual  
la muerte está presente durante la vida.”*

*Morin (1970)*

### ***La muerte... esa eterna compañera***

La muerte no es para el animal humano solamente el final de la vida biológica, se trata además de “(...) un concepto construido cultural y socialmente (...)” (Bacci, 2010 p. 1)

En tanto para el ser humano, la vida va acompañada de la muerte, se hacen necesarios, por un lado, mecanismos asignados que permitan dicha co- existencia, y, por otro lado ceremoniales y ritos que permitan tramitar la muerte propia, como la de los seres queridos.

Es así que autores como Ariés (2011) han realizado un rastreo histórico, sobre cómo se fue manejando la muerte en las distintas etapas de la evolución de la humanidad. En su estudio sobre los diferentes modos de relacionarse con la muerte, analiza los cambios que se han ido produciendo, tanto en la forma de enfrentar la muerte, como en los rituales funerarios y los modos de tramitar el duelo.

El autor toma diferentes etapas, comenzando por los primeros siglos D.C., en la 1ª de ellas que abarca hasta el siglo XII, denominada muerte amaestrada, donde las personas esperaban la muerte en sus casas, en su “lecho de muerte” sabiendo de ella, sin angustias, participando además el moribundo de los preparativos para su propio funeral. Los ceremoniales eran públicos, participaban tanto familiares como amigos y vecinos.

El relacionamiento con la muerte se basaba en la aceptación de una ley fundamental de la vida y no mostraba expectativas de evitarla.

En cambio iniciado el S. XII, debido a la influencia que tenía la Iglesia Católica, aparece un sentido dramático respecto a la misma, vinculada a las preocupaciones por morir y enfrentar el Juicio Final.

En la evolución posterior, al llegar a los Siglos XV y XVI se produjo un cambio influido igualmente por las concepciones religiosas, donde se pasa del temor a enfrentar el Juicio Final, a la lucha por vencer las tentaciones terrenales, la última prueba que borre los pecados.

Al llegar al S. XVIII, y bajo la influencia del romanticismo, la muerte se inviste de drama, tornándose más importante la muerte del otro, fundamentalmente la de la persona amada.

Durante el S. XVII la muerte queda impregnada de los rituales religiosos, que entre otras cosas saca al muerto de su casa, intentando evitar el contacto con la putrefacción del cadáver.

En el S. XIX comienzan a darse adelantos médicos que permiten un mayor control de las pestes que antes arrasaban a las poblaciones, con un mayor control de la medicina sobre las enfermedades, los enfermos y la muerte. “La regulación médica sobre la vida y la muerte decantará en el modelo médico hegemónico...” (Bacci, 2010, p. 1).

El drama romántico, dará paso a la emoción, los gritos y llantos en el S. XIX, los rituales se cargan de dolor, los deudos enfrentan la muerte con mayor dificultad y dolor en la llegada de la muerte.

Al llegar al S. XX eventos como la Primera Guerra Mundial promueven cambios notorios, la muerte comienza a ocultarse, pasando a ser vivida como algo vergonzoso.

Este cambio se hace más notorio en la ciudad, donde el estilo de vida se convierte cada vez más vertiginoso e individual, al lado de la muerte, la vida continúa; todo sigue su curso como si nadie hubiese muerto, perdiéndose la característica colectiva de siglos atrás.

En este sentido el relacionamiento con la muerte propia pasa de una etapa donde el moribundo sabía de su final, al silencio y la ignorancia en el S. XX, donde la inminencia de la muerte es ocultada a la personas, negándose esa información.

En los primeros siglos se consideraba terrible morir de manera inesperada, en estos últimos años en cambio la muerte repentina, sin preparación para ella se ha convertido en el ideal, el moribundo no debe percibir su estado.

La sociedad moderna no habilita las demostraciones de dolor, pena o congoja. Ya no se llora públicamente al difunto, ni se promueven las expresiones de extrañamiento del muerto.

El modelo vigente en la hipermodernidad, se configura en la “muerte excluida”, como la denomina Ariés (2011), se ha producido un fenómeno social, donde enfrentar la muerte se torna angustiante y amenazante, al punto que se tiende a negarla produciéndose una dificultad para aceptar y manejar tanto la muerte propia como la de los seres queridos.

Es por esto que el duelo se ha convertido en un proceso doloroso, difícilmente transitable, en el cual el dolor producido por la muerte debe ser rápidamente eliminado.

La forma en que se enfrenta y maneja la muerte, su proceso de duelo depende no solo de los modelos sociales y culturales sino, también de los vínculos, que se han ido estableciendo entre los individuos.

Bacci (2010, p.3) menciona como “El tiempo vincular parece jugarse en instantes de los cuales pueden quedar algo más que recortes y se es doliente en la medida en que se puede rememorar un pasado con él o lo que ya no está”.

Según Ariés (2011) ésta etapa de muerte excluida, determinada por la evolución de los tratamientos médicos, que prolongan la vida luchando contra la muerte, llevó al moribundo de su lecho de muerte a la Institución Hospitalaria. Consecuentemente, se toma distancia del proceso de enfermedad, y deterioro de la persona enferma, instalándose estrategias que dignifican la muerte a través de técnicas paliativas que alivian el dolor.

La muerte dejó de ser natural o religiosa, ya no ocurre en el hogar junto a la familia. En este sentido los distintos rituales a los que las personas fueron apelando, también han ido variando, el duelo por la persona muerta no es ajeno a estos cambios.

A lo largo de la historia se fueron dando diferentes rituales y ceremoniales fundados en distintas creencias y concepciones sobre la muerte y la vida después de la muerte.

Estos rituales y creencias, están ligados a un proceso, que si bien tiene connotaciones socio- culturales tienen su base en un proceso psicológico, que se produce, y se tramita (de diferentes maneras) a nivel psíquico.

Es este proceso, quien posibilita la aceptación de la pérdida, se lo conoce como Duelo.

### ***Proceso de Duelo***

El **duelo** según el diccionario, La Real Academia Española, proviene del latín. *dōlus*, que significa *dolor*. Es una experiencia considerada como una reacción normal frente a la pérdida o separación de un ser querido.

A lo largo de la vida, desde que se nace, el ser humano se encuentra atravesado por pérdidas importantes tales como: etapas evolutivas, pérdida de ideales, de la patria y por muertes de seres queridos.

Cada persona como enuncia Ibáñez (2007) sentirá y elaborará de diferente manera su duelo, siendo personal y único, considerándose diversas variables que harán particular cada duelo, así como las características de personalidad. Del mismo modo influirá el vínculo que se mantenía con el objeto perdido.

Remitiendo específicamente a un duelo por la muerte de un ser querido, no siempre se desencadena un duelo luego de dicha muerte, es importante que haya existido un vínculo afectivo libidinal con el fallecido. En el caso específico de la muerte de un ser querido el

autor expresa que resulta muy difícil la aceptación de dicha pérdida, pudiendo ser vivida como un “acontecimiento traumático”.

Situación traumática que como vemos no es homologable a la angustia y que se originaría en una situación donde el psiquismo de la persona, no se hallaría en condiciones de enfrentar lo inesperado del evento.

Existe así, una cierta concordancia entre estos planteos donde, la cualidad terrorífica de estas vivencias deja al deudo en un primer momento en un estado de paralización, lo que dependerá de la capacidad que tenga cada persona de sobrellevar y elaborar la pérdida, la posibilidad de elaborar el duelo.

Para comprender el duelo según Tizón (2009) es necesario estudiarlo en su totalidad ya que se ve influenciado y determinado por variables psicológicas, sociales, antropológicas y económicas. El duelo, no debe ser considerado únicamente como una experiencia individual sino colectiva, determinada por lo social y cultural de cada momento histórico.

Estas distintas concepciones nos muestran que el duelo es una experiencia personal que en la mayoría de los casos produce dolor y pena. Por otro lado esta condición de que la persona no esté emocional o psíquicamente preparada para enfrentar esa pérdida es también importante. En el caso concreto de la muerte de un ser querido, su tramitación parece estar también determinada por la concepción que se tenga de la muerte y el vínculo que se tenga con ella, como vemos el tema es complejo, e incluye una serie de variables que deberán ser tenidas en cuenta para poder comprender la dificultad del doliente, y establecer estrategias de apoyo y/o terapéuticas.

Según Alizade (1995) el duelo no solo provoca dolor, sino también incredulidad, como resultado del impacto que genera la pérdida de alguien amado y la inhabilitación de las emociones en la sociedad actual.

Es necesario analizar los cambios habidos a lo largo de la historia en relación al modo de enfrentarse ante un duelo tras la pérdida de un ser querido, el cual ha ido variando.

Los cambios, para Tizón (2009), en torno al concepto de muerte que se van dando a lo largo de la historia y los que se tienen en un tiempo determinado, influyen en el duelo, tanto en cómo se tramita, como en la forma en que se expresan.

Ariés (2011), habla de la desaparición de determinados códigos que en otras épocas ayudaban al deudo en la manifestación de sus sentimientos; por ejemplo, los duelos dramáticos y las dificultades que atraviesa la sociedad hipermoderna en cuanto a la habilitación de la expresión de los sentimientos, y la dificultad de convivir con el dolor durante meses incluso.

En este sentido Bacci (2010) plantea que en la actualidad, es cada vez más frecuente la demanda psicológica de personas en duelo, ya sea de manera explícita o a través de síntomas que reflejan una complicación del duelo.

Viel (1974) le atribuye a los avances en la tecnología médica las consecuencias del cambio en la concepción de muerte como un hecho natural pasando a ser negada y provocando terror en los seres humanos. A través de la supresión del duele se intenta ocultarla, trayendo como consecuencias la represión de las emociones luego de la perdida.

El modelo médico hegemónico de la mano de los avances tecnológicos aplicados a los diagnósticos y tratamientos, son una variable trascendental a la hora de pensar los procesos de cambio que se han venido dando.

Pasando de una mirada histórica macro social en relación a los cambios en el duelo, a una mirada centrada en lo íntimo, vemos que en lo que respecta al ámbito familiar, la manera de vincularse con la muerte también ha ido modificándose con el tiempo, y con ellas también evoluciona y cambia la forma de enfrentar los duelos por parte de los deudos más cercanos al muerto.

Tomando las nociones de Gómez (2003) centradas en dichos procesos familiares destaca que hace unos siglos atrás las personas comenzaban a tener un acercamiento con la muerte desde que se era niño, dado que los que morían lo hacían en sus hogares rodeados de sus seres queridos, siendo partícipes de su propia muerte, pudiéndose despedir de sus familiares.

El hecho de que se tomara contacto desde pequeños con la muerte, familiarizándose con ella les permitía a los niños llegar a la vida adulta manteniendo una relación natural con la finitud de la vida.

Otro punto importante que Gómez (2007) resalta, tiene que ver con que los duelos en el ámbito familiar han pasado a ser secretos, lo que no significa que la muerte no tenga repercusión en las familias sino por el contrario se genera un incremento del dolor en los deudos, quienes transitan su duelo a solas, con una tendencia al aislamiento.

Tizón (2009) sostiene que en la actualidad la forma de manifestarse públicamente, en el duelo ha ido cambiando rápidamente, lo que lo lleva a cuestionar, si el duelo en tanto proceso complejo puede elaborarse en los tiempos que la sociedad de hoy le exige. Ya que si no se elabora rápidamente, "(...) no nos queda sino el "remedio" de la disociación, la negación de la experiencia afectiva de los procesos de duelo y de la elaboración" (Tizon 2009, p. 27).

Rather (1974) destaca la importancia de los funerales, en la aceptación de la muerte y elaboración del duelo. El estar acompañado de familiares y allegados colabora con la posibilidad de expresar el dolor, permitiendo así a las personas conectarse con los diferentes aspectos que se dan al enfrentar la pérdida.

### ***De amor y de muerte***

Desde el punto de vista psicológico el sufrimiento, el agobio, y hasta el terror que se produce deben ser tramitados como condición para que se pueda superar la pérdida. He ahí la importancia de este proceso único, individual, el que además adquiere un curso particular en cada persona.

Freud (1917) plantea que el duelo es un afecto normal, afirmando así la idea de que para elaborarlo se lleva a cabo un trabajo psíquico, el cual es considerado como un proceso de elaboración y aceptación penosa de la pérdida del ser querido. Este trabajo se realiza cuando el Yo retira sus investiduras libidinales del objeto, depositándolas nuevamente en el Yo, superado el duelo, la libido puede volver a ser depositado en otro objeto.

A partir de estos planteos freudianos, y hasta la actualidad, la producción teórica psicoanalítica se ha posicionado en la idea de considerar al duelo como un trabajo que la persona debe llevar a cabo, “Prueba de realidad, “trabajo de duelo”, “objeto sustitutivo”, los términos clave de esa revisión del duelo se han convertido en evidencias y equivalen a normas” (Alloch 1996, p. 48).

Cuestiona el planteo freudiano, aseverando que la posibilidad de superar el duelo se dificulta en la medida que el vínculo con el objeto tiene características narcisistas, implicando así una depositación de aspectos ideales del yo en el otro. El autor plantea una diferencia con respecto a las postulaciones de Freud (1917), en tanto éste último habla de sustituir al objeto perdido por otro, Allouch (1996) habla de la necesidad de retirar aspectos propios del Yo del objeto, este proceso implica un trabajo que debe incluir la historia del vínculo, tanto como las características de cada uno; “(...) se está de duelo no porque una persona cercana (término oscurantista) haya muerto, sino porque quien ha muerto se llevó con él en su muerte un pequeño trozo de sí” (Allouch 1996, p., 39).

*“El duelo es un proceso de desamor,  
y el dolor del duelo una irrupción de amor”*

*Nasio David (1999)*

### ***El dolor en el duelo***

Una de las condiciones necesarias para que ocurra un duelo es que haya habido un vínculo libidinal hacia la persona que ya no está, y en tanto el objeto perdido es un objeto de amor, la muerte de un ser querido, enfrenta al Yo a un proceso de desvinculación doloroso. Es por esto que Nasio (1999) explica que en el duelo lo que ocurre es un “*proceso de desamor*” dado que el sujeto debe ir retirando la libido que había volcado a ese objeto, hecho que le generara mucho dolor. El doliente como parte del proceso de elaboración, transita una “*irrupción de amor*”, ya que y a modo defensivo la pérdida intensifica los sentimientos que tenía por el fallecido.

En relación al dolor que se produce en el duelo, específicamente el dolor psíquico, es entendido como aquel que se genera exclusivamente luego de la separación con el objeto amado. El autor considera que el duelo es el ejemplo más representativo del dolor mental, dado que la pérdida de ese objeto con el que se había establecido un vínculo tan íntimo, también implica para el Yo la pérdida del objeto en el cual había depositado su ideal de amor narcisista.

Considera como condición excluyente amar a ese objeto para que se produzca el dolor mental, el dolor mental se hallaría según el autor ligado a la abrumadora experiencia de la pérdida del amor. Es esta una experiencia que sumerge al deudo dentro de una profunda vivencia de perplejidad, en la que toda su libido se vuelca hacia el intento de manejar la situación.

Este dolor psíquico también comprende repercusiones a *nivel físico*, se expresa y siente, no solo emocionalmente, sino que también produce dolor en el cuerpo, ya que el dolor es mixto, esto quiere decir que abarca lo psíquico y lo físico.

Este registro de lo físico y biológico ha sido estudiado por la medicina, vinculándolo a las experiencias de angustia por ejemplo y en este nivel físico como bien menciona Ibáñez (2007) pueden presentarse en estos período, “*nauseas, palpitaciones, opresión en el tórax y garganta, dolor en la nunca, dolor de cabeza, pérdida de apetito, dificultades para tragar, insomnio, fatiga, sensación de falta de aire, dolor de espalda, visión borrosa, etc.*”

Algunas de estas expresiones físicas pueden generar confusión con la sintomatología angustiosa.

Por otro lado aparecen las *Repercusiones psíquicas*, dentro de ellas: llanto, tristeza, ansiedad, falta de concentración, pesadillas, inapetencia, pasividad, pensamiento absorto, etc., que por momento se tiñe de características de angustia.

Cuando se comienza a transitar las etapas del duelo se requiere de un gran esfuerzo de energía física y emocional para elaborar la pérdida, es por esto que tanto Freud (1917) como Nasio (1999) coinciden en denominar a este proceso “trabajo de duelo”, en el que se tiene como principal tarea desinvertir paulatinamente la libido que había depositada en el objeto perdido.

Esfuerzo psíquico que tiene como finalidad lograr la aceptación de la pérdida. Como hemos visto tanto desde una perspectiva histórica como cultural, el duelar a un ser querido ha estado relacionado con la conceptualización sobre la muerte que se tenga en un período determinado. Es frecuente en la actualidad transitar la muerte de un ser querido a solas, produciéndose importantes montos de dolor, plantea Gómez (2003).

Sea el duelo público o privado, en compañía de vecinos, Iglesia, o a solas, cada deudo transita por una serie de etapas, cada una con características propias que ayudan a la elaboración final.

Worden (1997, citado por Neimeyer, 2007) considera que cuando las personas transitan la pérdida de un ser querido, pasan por determinadas fases de duelo, que implicarán según el autor la realización de cuatro grandes tareas naturales y en un orden específico. En algunos casos no se da de manera secuencial, pero es importante que se transiten, trabajen, y elaboren para lograr que culmine cada una de ellas. Al referirse a tareas, está el autor otorgándole una actitud activa al doliente en la elaboración de su duelo.

Por un lado es importante que la persona transite por estas distintas tareas, donde el dolor, y la aflicción son esperables. Por otra parte es necesario, que se tramite la pérdida de tal manera que se logre la aceptación de lo irreparable de la muerte y con ello la redistribución y depositación de la energía psíquica en otros objetos.

La primera de ellas corresponde a la “*aceptación de la realidad de la pérdida*”, no es tarea sencilla aceptar la muerte de alguien a quien se quiere, es por esto que en un principio y como una primera respuesta psíquica se presenta un estado de shock, Este estado genera una ruptura de la homeostasis del sistema psíquico, trayendo como resultado manifestaciones físicas y psicológicas. Entre ellas puede presentarse, un embotamiento mental, que dificulta la toma de conciencia de la realidad, la expresividad emocional

normal disminuye, en tanto el dolor psíquico, vinculado a la pérdida de un vínculo amoroso adquiere características abrumadoras para la persona, el descansa en la intensidad de las emociones permite comenzar a tramitar la pérdida.

En los casos en que la muerte es inesperada, o trágica (accidentes, homicidios, suicidios, etc.) el estado de shock es mayor tendiéndose en muchos casos a apelar a mecanismos de negación de la realidad, la que produce así incredulidad; el estado de confusión puede ser más elevado al igual que la angustia, referida a la pérdida.

Las manifestaciones físicas frecuentes en esta primera etapa, adquieren características del tipo de los componentes somáticos de la angustia, opresión en el pecho y garganta, falta de aire y alteraciones en el sueño, entre otros. Pasado el estado de shock que se produce en un comienzo, como respuesta al impacto de la noticia, se espera que la persona logre aceptar la muerte.

Si se logra salir del estado de shock inicial, se espera que la persona pueda a través de una ardua tarea de aceptación de la realidad, transitar el resto de las tareas que plantea el autor, es así que en un segundo momento, comienza una etapa en la que se "*trabajan las emociones y el dolor de la pérdida*". Es éste el período central en el proceso de duelo, dada la intensidad de las emociones y sentimientos que se experimentan, afloran la ira, la culpa, la ansiedad, vivencias de culpa que pueden adquirir un doble sentido en tanto son vivenciadas por el deudo. Pudiendo ser depositada en el muerto, a través de reproches frente al abandono. La tristeza es intensa, como producto del anhelo de volver a ver al ser querido y saber que no volverá. El doliente necesita que lo acompañen en el proceso, que lo habiliten a llorar y expresar su dolor.

En cuanto a la ira, hay una regresión a través de la cual emerge este sentimiento primitivo, el doliente se enfada por la irreversibilidad de la muerte, apareciendo sentimientos de impotencia por no haber podido hacer nada, sintiéndose además desamparado y sin la presencia del fallecido, aparecen así vivencias de soledad. Todas estas diferentes vivencias muestran que es esperable que el doliente dirija su enojo al fallecido.

Como consecuencia del sufrimiento ocasionado por la separación y la sensación de inseguridad, pueden surgir sentimientos de ansiedad, que en el marco de un duelo, y al igual que dicho proceso puede ser considerada normal y expresable. Bowlby (1993, p.49) sostuvo que "cuando la figura está temporalmente ausente hay una respuesta de ansiedad, cuando la ausencia es permanente, la respuesta es de dolor y duelo". La

ansiedad, es una emoción característica del psiquismo humano y por ende en los duelos también aparece.

A raíz de la ansiedad, es frecuente que se experimenten a nivel físico palpitations y en casos extremos ataques de pánico. Si la ansiedad se hace muy intensa e invasora y de difícil manejo, debe de ser pensada, como indicadora de riesgo de duelo patológico.

La tercera tarea que considera Worden (1997, citado por Neimeyer, 2007) , importante a trabajar en el duelo es *“adaptarse al medio, en ausencia del ser querido”*, la soledad se hace presente, el ser querido se ha ido dejando un espacio vacío que hay que llenar, el rol que ocupaba quedará marcado como significativo, dependerá entonces del vínculo, y de la significación de ese otro en la vida del doliente, por ejemplo si el fallecido era un cónyuge , con el cual se tenían proyectos por cumplir, la ausencia y la soledad adquieren características especiales en tanto, la intensidad de las diferentes vivencias se transforman en inmanejables para el deudo.

Pero con el tiempo siguiendo la línea de pensamiento del autor el deudo irá *“recolocando emocionalmente al fallecido, pudiendo vivir sin él.”* Al pasar el tiempo, los días, meses y años la persona gradualmente irá readaptándose a la vida sin el fallecido, alternándose con momentos difíciles como ser fechas significativas que recuerdan al fallecido tales como: cumpleaños, fecha de aniversario (en parejas), fiestas de fin de año y la fecha de fallecido. En estos momentos la persona sentirá que todo lo superado hasta el momento se derrumba y resurge el dolor del inicio.

Romero (2013, p.23) sugiere que cuando:

El sistema de apego se interrumpe, se genera sentimientos iniciales de incredulidad, pensamientos intrusivos y comportamientos disruptivos, hasta que poco a poco, se va realizando la integración y dotando sentido a la pérdida de la figura de apego. Es entonces cuando se activa el sistema de nuevo y se restaura el sentido de nuestras vidas sin esa persona.

Estas etapas citadas líneas arriban, transcurren en el duelo que sigue un transcurso normal, culminando con la aceptación de la pérdida.

## ***Categorización del duelo***

Existen diversos modos de teorizar y categorizar al duelo, según la revisión bibliográfica encontramos por ejemplo que: Echeburúa y Herran (2007) clasifican los duelos en normales y patológicos. Los duelos patológicos afectan entre un 10% y 20 % de la población que atraviesa una pérdida. Una de las causas del origen de este tipo de duelo se da como resultado de fallas en los recursos de afrontamientos en el duelo, ya sea por las características de personalidad, porque no se cuenta con los recursos suficientes, o por el significado que ésta pérdida representa para la persona. Dada la particularidad de la misma, variará la manera de responder frente a ella. En los casos de duelos patológicos lo que ocurre es que la persona se ve absorbida por el sufrimiento y el dolor sin poder tramitarlo. El duelo queda estancado sin que se logre ser procesado durante años. Los motivos desencadenantes de estos duelos son variados y en cada caso deberá de ser comprendido en su totalidad. En este tipo de duelos las personas no cuentan con estrategias suficientes para su elaboración o las utilizadas fracasan. La reacción emocional es tan intensa que la vida del deudo queda paralizada, quedando “anclado” con ese dolor.

Para los autores, en el duelo patológico, hay una serie de conductas desadaptativas, que se manifiestan a través de autorreproches, la persona se culpabiliza por lo sucedido, sintiendo que no hizo todo lo debido para evitar la muerte. La presencia de sentimientos negativos y proyección del enojo hacia los demás provoca una retracción sobre sí mismo, y aislamiento social, el desgano y la falta de energía lo puede llevar al abandono de su cuidado personal. Las ideas de muerte, el anhelo de reencontrarse con el muerto se hacen presentes e insistentes, lo cual es un factor de riesgo de suicidio. Otra de las conductas desadaptativas pueden ser el consumo de sustancias tóxicas: alcohol, drogas, excesivo consumo de medicinas, consumo vinculado a una búsqueda de aliviar el dolor que se siente. Los duelos patológicos también pueden presentarse de forma enmascarada a través de problemas físicos, por ejemplo: conductas hipocondríacas, dolores fuertes y persistentes de cabeza que llevan a la persona a consultar al médico por problemas físicos, siendo estos malestares en realidad, síntomas de un duelo patológico. Para Nasio (1999) en el duelo patológico no hay una desinvestidura paulatina de la libido depositada en el objeto, sino que por el contrario, el yo permanece ligado en una “representación coagulada” (p. 37), hacia el ser querido, originándose una fusión del yo

con éste. Para el autor en el duelo patológico “hay una omnipresencia psíquica del otro muerto” (Nasio 1999, p.37).

Como se ha mencionado anteriormente, en los duelos deben de ser tenidas en cuenta la importancia del vínculo que existía con esa persona y la significación que configura esa pérdida. Para algunos la muerte de un ser querido es tan importante como puede ser la pérdida del bastón para el rengo. Al punto que el yo sé divide entre el amor que siente hacia el objeto, y la comprobación de que ya no volverá. La realidad de pérdida definitiva genera un monto de dolor tan insoportable que el yo sé “defiende” mediante conductas desadaptativas, como la negación definitiva de la pérdida. Y en el afán por recuperar al ser querido reaparece bajo la forma de una “fantasma”, la persona cree ver y escuchar a su amado, surgiendo alucinaciones visuales y auditivas.

Si se piensa en las características que hacen a este duelo son similares a las características del duelo normal, pero la diferencia como bien menciona Bowlby (1993) es que el duelo patológico es la deformación u exageración de las fases. El autor considera que hay dos variantes posibles en estos duelos, por un lado la presencia intensa de los sentimientos y emociones, en los que se vislumbran sentimientos excesivos de cólera y autoreproches, la persona no logra rehacer su vida siendo la depresión uno de los síntomas principales de esta variable. Por otro lado puede encontrarse otra reacción, opuesta a la primera, en la que hay una falta de aflicción consciente. El deudo sigue su vida como si nada hubiese pasado, manejándose con mecanismos de control maníacos. Éstos se pueden presentar a través del desplazamiento de dolencias físicas y psicológicas, hasta que de manera abrupta se origina un cuadro depresivo.

El aspecto en común en ambas variables, es que el duelo permanece sin ser resuelto e inconcluso.

Hay determinadas variables que influyen en el desenlace normal o patológico del duelo. Bowlby (1993) considera muy difícil de determinarlas a cada una de ellas, dada la complejidad del tema, por lo que realiza una clasificación, a groso modo de las variables más significativas que influyen en el duelo patológico. Determina cinco variables: la primera de ellas es *la identidad y rol de la persona perdida*, perder a un ser cercano de la familia con el que se mantenía un vínculo muy estrecho, es un factor de riesgo de duelo patológico. Se considera la muerte de un padre o madre como la principal pérdida de riesgo. El autor destaca que para que se produzcan complicaciones en el duelo tras la pérdida de uno de los padres, la relación tiene que haber sido muy estrecha. Basándose

en estudios científicos resalta que; en los hombres la predisposición al duelo patológico es mayor tras la pérdida de la madre y en las mujeres después de la muerte del padre.

En cuanto al rol que ocupaba la persona en el núcleo familiar, se vislumbra que cuanto mayor sea el grado de dependencia económica y bienes materiales, mayor probabilidad de afectación se tiene ya que el superviviente se verá enfrentado a tener que reorganizar su vida por completo, tanto en lo individual como en lo familiar. Esta reorganización incluiría, no solo el plano económico, sino también la necesidad de asumir nuevos roles: sociales, familiares y/o laborales.

La pérdida de un hijo es un indicador también muy importante, y cabe destacar que en tanto este suceso es un hecho antinatural e impensado, para el que ningún padre está preparado, implica fundamentalmente la pérdida de las pulsiones proyectadas en el niño.

*La edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida* es otra variante, se constata que cuanto más joven sea la persona que transita un duelo, mayor puede ser el riesgo de duelo patológico. Las mujeres que enviudan muy jóvenes poseen riesgos de una intensidad elevada del dolor en el duelo, pero no es una condición específica, ya que hay indicadores de duelos patológicos en personas de tercera edad, que pierden a su pareja. Se considera que la mujer es más vulnerable al pasar por este tipo de experiencia pero lo más relevante, es el tipo de vínculo y personalidad del deudo.

La tercera variable refiere a *las causas y circunstancias de la pérdida*, el modo en que se origine la muerte y como ésta se suscite, mostrará diferencias significativas en cuanto a la posibilidad de desarrollar o no un duelo patológico. En relación a la pérdida tras la muerte de un ser querido, no tendrá los mismos efectos una muerte repentina que una en la que se cuenta con un tiempo para asimilarla. Cuando la muerte se origina súbitamente, el impacto y el shock es mayor, surgiendo una mayor perturbación a nivel emocional, pudiéndose desarrollar sentimientos de ansiedad, depresión y autoreproches.

Las circunstancias de la muerte o las características de la misma también podrían determinar o no, la complicación de éste. En los casos en los que se compartió un período largo de enfermedad con el consiguiente deterioro del enfermo, siendo notorio a partir de los cuidados hacia ese familiar, genera un gran impacto en el que fue el cuidador. Para Bowlby (1993, p.194): “la situación se hace especialmente difícil cuando la enfermedad física del paciente entraña dolores intensos o mutilación u otros elementos afligentes (...) cuando el peso de los cuidados recae en un solo miembro de la familia”.

El hecho de pasar tanto tiempo dedicado a los cuidados del ser querido, puede llevar a que luego de producido el óbito, aparezcan en el cuidador vivencias de vacío y de no encontrar sentido a su vida sin función alguna en ella.

El tipo de muerte configura una variable muy significativa, por ejemplo el suicidio, es uno de los más desestabilizadores e impactantes, pudiéndose sentir impotencia por la situación, se tiende a buscar un culpable así como enojo hacia el suicida por haberlos dejado solos, repasándose en el pasado inmediato se busca en elementos que le den sentido al suicidio.

Los duelos tras las muertes por accidentes u homicidios, son considerados de riesgo para el deudo, no solo por lo imprevisto sino por lo violento de estos sucesos. *Las circunstancias psicológicas y sociales de la persona que sufrió la pérdida*, (penúltima variable) hace que sea necesario contextualizar al deudo, partiendo de lo general, el tipo de cultura al que se pertenezca, ya que histórica y culturalmente varía la forma de transitar un duelo y considerar a la muerte. El contexto socioeconómico y cultural también son relevantes, los recursos económicos con los que se cuente y educacionales. El apoyo que se tenga del grupo social, por ejemplo, de amistades, permiten disponer de mayor cantidad de recursos materiales y de profesionales que apoyen en el duelar, equipos de salud, como ser los cuidados paliativos o dentro del hospital, hacen que la oportunidad de sobreponerse ante la situación, se vea influida positivamente por estos recursos con los que se cuentan.

Por último, *la personalidad de quien sufrió la pérdida*, es la más importante de las variables, habiendo determinadas estructuras de personalidad más vulnerables que otras. Es necesario considerar los recursos psicológicos con los que el deudo cuenta, como fueron las pérdidas anteriores, las respuestas psicológicas y emocionales frente a ellas, mediante conductas adaptativas o desadaptativas, la capacidad de resolución de conflictos y su fortaleza yoica, la estructura de personalidad y los mecanismos de defensa que ponga en juego.

Si bien venimos mencionando aspectos generales que hacen al duelo patológico, hay diferentes clasificaciones del mismo, que varían en función del autor. En lo referente a Bowlby (1993) clasifica los duelos patológicos en deformados, crónicos y eufóricos.

Las clasificaciones son variadas y dependen de los autores. La psicóloga Garrido (s/f) por su parte clasifica los duelos patológicos en: Duelo Crónico, Duelo Congelado, Duelo Exagerado y Duelo Retrasado.

En cuanto al *duelo crónico* lo que sucede en este tipo de duelo es que se da una extensión del dolor en el tiempo, la autora remite las bases de este, a un conflicto en la separación con el fallecido. La fase según la autora de búsqueda y anhelo del ser amado queda sin ser resuelta, por lo que al permanecer fijados en esta fase, no se logra concretar las siguientes etapas; permaneciendo en la búsqueda y añoranza del objeto que no aparecerá, viéndose incapacitado para aceptar la pérdida y rehacer la vida.

En este sentido, el planteo que hace Garrido (s/f) se asemeja al planteado por Nasio (1999), en cuanto a la imposibilidad de des invertir al objeto, el que se mantiene “vivo” para el deudo.

El *duelo congelado* se caracteriza por una continuación en el tiempo de la fase de embotamiento afectivo, que como su nombre lo indica, muestra una imposibilidad en la persona para la expresión de las emociones, él deudo no es consciente de la problemática, estableciendo una diferencia con el duelo crónico en el que en algunos casos se busca la ayuda profesional.

Dada la negación e inconsciencia del grado de la afectación, es común, que aparezca una falta de aflicción, el psiquismo halla vías de descarga de emociones a través de somatizaciones, ansiedad que se depositan en el cuerpo enfermándolo.

En el *duelo exagerado* a diferencia del congelado, hay una exacerbación de las emociones que pueden conllevar depresión, ataques de pánico, alcoholismo, entre otras expresiones emocionales, que denuncian lo patológico del duelo.

Por último el *duelo retrasado*, no comienza luego de la pérdida, sino que puede originarse tras otra pérdida menos significativa y respondiéndose de forma desmedida frente a la pérdida en sí, dado que se producirían procesos de condensación de estos montos de angustia de una situación a la otra.

## ***Duelo anticipado***

El tipo de muerte que se produzca es un factor importante que también debe ser tenido en cuenta.

Los procesos que lleven adelante los dolientes, y la persona misma dependerán de si la muerte es repentina, inesperada, o si por el contrario este suceso es esperado. Así se dan situaciones donde se recibe un diagnóstico de enfermedad terminal que pone en marcha mecanismos para afrontar la situación.

Estos mecanismos los accionan tanto el enfermo como los deudos, poniendo en marcha un proceso de duelo anticipado. Loitegui (2008) en su Tesina: "Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje", menciona a Rando (2000 citado por Fulton 2003), él cual define al duelo anticipado como un fenómeno conformado por siete operaciones generales: pena y duelo, mecanismo de afrontamiento, interacción, reorganización psicosocial, planificación, búsqueda de equilibrio frente a las nuevas y dificultosas demandas y facilitaciones de una muerte apropiada en respuestas al reconocimiento de la enfermedad terminal propia o de alguien significativo y el reconocimiento de pérdidas pasadas, presentes y futuras.

Por otro lado Klüber- Ross (2014) estudiando el mismo tema le llama duelo preparatorio, y plantea que todo aquel paciente en estado terminal debe pasar por dicho duelo, con la finalidad de lograr prepararse adaptativamente al final anunciado. Relacionando una concepción con otra, vemos que la de la autora es una definición que se centra en el proceso que debe enfrentar el enfermo.

En cambio Rando (2000 citado por Fulton) en Loitegui (2008) incluye una serie de procesos complejos que deberían enfrentar tanto el enfermo como los familiares.

En estos casos el duelo no acontece luego de un proceso de muerte, sino que empieza un tiempo antes, luego de dada la noticia de incurabilidad.

Se considerada un paciente terminal, según Astudillo, Mendinueta, Orbegozo (2007, p.20) como:

Un paciente en el final de su vida es toda persona que está diagnosticada con certeza de un padecimiento incurable y progresivo (cáncer, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, cirrosis hepática, demencia, SIDA, insuficiencia cardíaca pulmonar y renal crónica) con una expectativa de vida limitada a menos de 6 meses.

En ese tiempo de vida que se estima para el paciente, comienzan a darse diversos cambios en la dinámica familiar, como producto del desequilibrio que causa la inminencia de la muerte.

El paciente K de 83 años, diagnosticado con cáncer de pulmón, es jubilado de Industria, y su nivel educativo es escaso, siendo fumador desde los doce años de edad, con antecedentes de alcoholismo. K es cuidado por su hija X de 39 años, quien se configura como el cuidador principal, quien es además la que establece los primeros contactos con el Servicio de la Facultad. La demanda de la paciente es en relación a miedos frente a la muerte del padre, esboza no saber cómo reaccionará:“(...) *yo no sé cómo mi persona va a reaccionar como va a asumir, capaz bien (...)*”.

Para autores como Klüber- Ross (2014) la noticia debe ser enfrentada, por la familia como por el enfermo, y todos deberán pasar por una serie de etapas que permiten prepararse para la muerte. La autora dedicó gran tiempo a trabajar con pacientes que se encontraban atravesando una enfermedad terminal, y con sus familiares pudiendo así observar las etapas características del duelo anticipado.

La hija del enfermo, X ha sido muy apegada a su padre, manteniendo un vínculo muy estrecho e idealizado, “(...) *soy muy apegada a él, desde chica, él nunca nos pegó, ni nos levantó la mano (...)*”.

A lo largo de las entrevistas nos relata no ser hija biológica de K, hecho del que toma conocimiento a los 13 años, de manera accidental, debido a una discusión de pareja parental. Este hecho se constituye en movilizador y generador de enojo para con su madre y agradecimiento hacia K por haberla criado.

A posteriori del shock que produce la noticia, menciona la autora, se ponen en juego mecanismos defensivos, que permiten enfrentar el dolor de la situación, específicamente en el familiar, éste tiende a *negar* el diagnóstico. El psiquismo se defiende, a raíz del dolor que le produce lo inesperado, por lo que se necesita de un tiempo para poder asimilarlo, se trata de un mecanismo que genera la persona, al no poder aceptar la noticia, tomándose de un tiempo para asumirla.

La hija X, reacciona ante la noticia con desesperación, dado que se trata de enfrentar la muerte de esa figura parental por la que siente agradecimiento, ternura, etc. La negación aparece en este caso, de la mano de la idealización, hacia ese padre quien es además, la persona que permite que ella mantenga vínculos de filiación con su madre y hermanos.

Estas características de las que refiere la autora para el duelo anticipado tienen elementos en común con las que se encuentran en el duelo patológico, donde las causas

de la pérdida en sí misma, cobran menor importancia que la intensidad con que se vive el suceso.

Si bien aparece la necesidad de negar la realidad, también es importante remarcar, las diferencias que aparecen en cada grupo familiar, en la medida que éste está conformado por individuos cada uno con sus propias características. Se pueden encontrar entonces, diferentes formas de reaccionar y manejar el dolor producido por la noticia de muerte. El uso de este mecanismo de defensa será distinto y la necesidad de apelar a él, variará en función de las características de cada individuo.

En X el vínculo amoroso e idealizado que siente por su padre es la que la une a su familia, estos mecanismos defensivos adquieren en ella características particulares, necesitando mantener idealizado a su padre, para poder comenzar a tramitar el duelo anticipado.

En este tiempo de negación, se intentará buscar opiniones de otros médicos que confirmen la equivocación del diagnóstico. Frente a la desesperación producida por la situación se puede recurrir a mecanismos mágicos, apelando a consultar a curanderas, medicinas alternativas, o a rituales místicos.

Esta hija apela no tanto a estos procedimientos alternativos, sino de apoyo psicológico, proceso que asume de todos modos características especiales. Las primeras entrevistas se centran más en ella y su dolor, su historia y sus pérdidas: madre esquizofrénica, el relacionamiento con la figura materna, es conflictivo, la misma se presenta ambivalente caracterizándose por elementos discordantes, fundamentalmente por el desapego.

La madre, le exigía a la hija, según sus relatos desde muy pequeña, a cumplir con las actividades del hogar y la crianza de sus hermanos.

La madre, la golpeaba desde muy chica, en palabras de ella: *"(...) tuve una niñez fea, era muy golpeadora. Tomaba mucho, se iba de casa y no sabíamos dónde estaba (...)".* Desde los 6 años se hacía responsable de las actividades de la casa: *"(...) Tenía que bañar a mis hermanos, hacer la comida, limpiar, era como la madre (...)".*

La paciente tiene tres hermanos, dos varones y una mujer, uno de ellos muerto, hace diez años, estaba enfermo de VIH. En función de ese rol que cumplía como madre sustituta de los hermanos y teniendo en cuenta la buena relación que tenía con éste hermano en particular, le es muy difícil sobrellevar la muerte del mismo. Aparecen en su repertorio conductual una serie de episodios desadaptativos vividos con mucha angustia; como la presencia de alucinaciones : *"(...) después que murió mi hermano , yo lo veía en*

*la calle, solo yo lo veía y era desesperante, comenzaba a gritar(...)*, *(...)estaba durmiendo y me despertaba y lo veía en la cama riéndose(...)*”.

En lo que refiere a las relaciones de pareja, X tuvo un primer matrimonio en el cual su esposo era alcohólico, viviendo una relación de violencia con él, vínculo complejo, que parecería mostrar un circuito de esquemas de violencia domésticos internalizados, según el modelo que se daba con su madre. El marido muere ahogado, muerte significativa dada las características de la misma.

Con el paso del tiempo la negación no se puede sostener, pasándose a una fase de *ira*, aparecen llanto y rabia, no se puede creer la situación. La paciente trae frases como: *“porque a mí”*, *“porque justo a mi padre”*, estas expresiones reflejan incredulidad y enojo con la situación.

El familiar puede proyectar el enojo hacia el equipo de salud, es a los médicos a los que se los culpabiliza, reprocha, necesidad de mayor cantidad de información, por ejemplo, dan cuenta, de la necesidad mágica de que el ser querido se recupere.

Si bien en este caso no se ataca al equipo de salud, X apela a mecanismos omnipotentes, *“voy hacer todo lo posible, mientras esté vivo”*.

En este período es esperable que se produzcan sentimientos de *culpa*, por parte del familiar, culpa y reproches por no haber actuado a tiempo. En esta familia, particularmente, se proyecta la culpa de la enfermedad en uno de los miembros; el nieto del enfermo, joven adicto, responsabilizado por ser el causante de la enfermedad.

Luego de atravesar las etapas anteriormente nombradas advendrá el *dolor*, que contribuirá en la preparación del desenlace final, en la familia.

A medida que el tiempo pasa y la lucha cede en intensidad, se llega a la etapa de aceptación de la muerte.

El trabajo con la hija del enfermo terminó antes del fallecimiento de éste, por lo que estas fases de aceptación, no pudieron ser visualizadas. La intervención, si pudo lograr en ella, una mayor aceptación, a la idea de muerte del padre.

Worden (1984 citado por La psicóloga Gerlein s/f) destaca que no significa, que el dolor en el duelo en estos casos, sea distinto o menor, ya que la pérdida en sí presenta sentimientos particulares, y recién a partir de la ausencia, se podrá ir disminuyendo la carga afectiva hacia el ser querido.

Gerlein (s/f) expresa que, al transitar por un duelo anticipado se disminuyen los riesgos de duelo patológico, ya que al acompañar al enfermo y a la familia en este tiempo, permite

detectar si hay indicadores del mismo, pudiéndose plantear, estrategias de prevención e intervención durante y luego del fallecimiento.

A lo largo de las distintas entrevistas, se vislumbran, en la historia de pérdidas de X, indicadores de duelos patológicos, que fueron mostrando, las dificultades de la paciente para enfrentar pérdidas.

En el caso de la muerte de su primer marido ,quien muere ahogado, en palabras de ella: “(...)Después que falleció, me vi sola con los niños y antes de hacer una locura, fui al psiquiatra(...)”, “(...) *Dos veces agarre la cuchilla, pero miraba la cabecita de todos (hijos) y no podía dejarlos solos(...)*” ,(...) *Nunca me dio por tomar alcohol ni drogas, pase hambre, me sentía muy sola(...)*”, “(...) *Me sentía culpable(...)*” ,“(...) *Por que como nos estábamos separando, capaz que si no, estuviera vivo(...)*”. Muestra en su discurso el cuestionamiento por no haber hecho lo suficiente para evitar la muerte de su esposo, culpa y autoreproches que según su intensidad, puedan señalar la dificultad para afrontar esta segunda muerte importante en su vida.

Se puede pensar tras la muerte de su hermano, en un duelo con complicaciones y dificultades en su elaboración, con la presencia de alucinaciones.

Durante el último embarazo sufre diversos trastornos, tales como: hipertensión arterial y uterorragias. Luego del nacimiento, el bebé sufre complicaciones, que incluyen procesos de reanimación, situación ésta generadora de estrés para la paciente por los riesgos de muerte de su hijo. “(...) *Como consecuencia del parto estuve en manos de psicólogos, porque me hicieron forceps, me dio mucho miedo (...)*”.

La paciente menciona no tener fuerza para agarrarlo durante tres meses aproximadamente, ni poder estar con él, sintiéndose extraña frente a su hijo, vivencias que permitirían pensar en la posibilidad de que X haya experimentado una psicosis puerperal. Esta experiencia movilizante configura también un antecedente de las dificultades psíquicas y emocionales con las que ésta hija llega a enfrentar la noticia de la enfermedad terminal de su padre.

En lo que respecta al duelo anticipado, se considera positivo la oportunidad de resolver conflictos previos existentes. El resolver situaciones pendientes, ayuda a ambas partes (familia y enfermo), dándose un tiempo para poder escucharse, Kublerr-Ross (2014, p. 218) menciona que:

Si son capaces de compartir sus preocupaciones comunes, pueden ocuparse de los asuntos importantes pronto, y sin la presión del tiempo y las emociones. Si tratan de mantener el secreto los unos para los otros, levantarán entre ellos una barrera artificial

que hará difícil el dolor preparatorio para el paciente o la familia. El resultado final será mucho más dramático que para aquellos que pueden llorar juntos a veces.

En el caso de producirse el secreto entre los miembros de la familia y el enfermo, sabiendo ambas partes lo que sucede, sin hablar del tema, se entra en una trama vincular donde se hace de cuenta, como si no pasara nada. Este pacto de silencio, puede darse porque el enfermo no lo habilita, o la familia tiene la falsa idea que al hablar de la enfermedad, se le producirá al paciente un mayor dolor. Como resultado de esto, la situación puede agravarse, originándose vivencias de aislamiento entre las partes, trayendo consecuencias negativas, quedando cada uno con su dolor sin poder compartirlo.

La familia de la paciente K, se caracteriza por la dificultad en poner en palabras los conflictos existentes. Enfrentar las situaciones que se fueron dando a lo largo de la historia familiar: psicosis de la madre, nieto adicto, muerte del hijo, carencias económicas, todas estas se configuran en situaciones no resueltas.

Se puede pensar en una conspiración de silencio, donde el paciente K, no habla de su enfermedad, ni expresa su dolor inhabilitando así también la de sus allegados.

Para Espina (2007), acompañar a un enfermo terminal hasta sus últimos días no resulta una tarea sencilla, según sea la complejidad de la enfermedad, lo será también para el familiar el enfrentar sus consecuencias. Los síntomas que provoca, la pérdida de las funciones vitales que hacen a la pérdida de independencia y de dificultad en la posibilidad de autocuidados, en algunos casos, así como también el deterioro visible, producen un gran impacto a nivel emocional en la familia.

Hacia el último tiempo de la intervención se visualizan en el enfermo un deterioro mayor de salud, cada vez más dependiente de su hija para ser cuidado. Este hecho va produciendo un impacto emocional en ella, quien comienza a quejarse, manifiesta sentirse cansada, agobiada y sobrecargada, dado que tiene que ocuparse de las tareas domésticas, de sus hijos, sumado al trabajo. Se percibe un cansancio en su labor como cuidadora principal.

El modo de sobreponerse a la situación se verá influenciada por determinadas características de la familia, por ejemplo: el tipo de estructura que posea, si tiene límites flexibles o rígidos, que permitirán o no adaptarse a la situación y el cambio que implica.

Si hay una buena o mala comunicación entre los integrantes, así como el rol que el enfermo ocupaba en ella, ya que si era el encargado de mantener la economía del hogar, producirá un mayor desequilibrio dada la dependencia preexistente.

Si bien el duelo anticipado es un proceso natural, preparador para el duelo posterior, los cambios producidos a partir de la enfermedad, tanto en el enfermo como en su familiar, hacen necesaria la intervención de los llamados Cuidados Paliativos.

Cuidados que hoy en día, están cobrando muchísima importancia en el trabajo con pacientes en enfermedad terminal y en el acompañamiento de la familia.

Los objetivos de estos según la O.M.S (2014), giran en torno a mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes diagnosticados como enfermos terminales, como de sus familiares; a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Proporcionando alivio del dolor e integrando los aspectos psicológicos y espirituales, así como también brindando apoyo a los familiares durante el duelo.

En los cuidados paliativos no se pretende alargar la vida ni acortarla, si no que se considera la muerte como un proceso natural.

Se busca prevenir la sensación de abandono que sienten algunos enfermos, así como también en los familiares, los que presentan una importante demanda de atención y soporte.

Para Gómez (2003, p. 23):

Es importante la intervención de los cuidados paliativos en los duelos anticipados en el familiar o cuidador principal o aquel que lo necesite. Los cuidados paliativos consideran necesaria la intervención en los duelos anticipados, para contener, apoyar a la familia y de este modo prevenir un duelo patológico. Dada las características y efectos que produce en el seno familiar la irrupción de enfermedad en uno de sus miembros.

Es de suma importancia en los cuidados paliativos el cuidador principal, quien se encarga de los cuidados del enfermo, dada las responsabilidades y sobrecarga que puede llegar a experimentar.

De acuerdo a una investigación realizada por Blanco, Librada, Rocafort, Cabo, Galea y Alonso (2007), los objetivos de la intervención de los cuidados paliativos en relación al familiar, deben estar centrados fundamentalmente en relación a detectar los riesgos que tienen los cuidadores en padecer un duelo patológico. Es de suma importancia detectar quien de los miembros de la familia es el cuidador principal, ya que se encarga de los cuidados físicos y emocionales del enfermo, esta tarea puede generar una sobrecarga y autoexigencia. Al sentir la necesidad de tener que delegarle a otro integrante de la familia actividades en relación a cuidados del enfermo le puede provocar sentimientos de culpa. Es por esto que según los autores, los cuidados paliativos deben brindarle, al cuidador

principal, ayuda con respecto al enfermo. Definiendo tareas concretas entre el equipo y éste, proporcionándole de esta manera el apoyo que necesita.

Para los autores, de acuerdo a diversos estudios realizados por las ciencias sociales, se constata que en estos casos las repercusiones a nivel físico y emocional son un factor clave para la desestabilización y desenlace de una crisis en el sistema familiar.

Después de la muerte del ser querido, es importante tener en cuenta al familiar, ya que se puede convertir según los autores en el “enfermo secundario” con preveleccías de padecimiento de duelo patológico.

Se hace necesario, considerando este riesgo detectar que el curso del duelo se esté desarrollando naturalmente, en caso de visualizarse conductas desadaptativas o que la intensidad con la que se esté transitando el mismo sea muy elevada, siendo oportuna “la intervención preventiva o especializada”. El poder detectar y evaluar los riesgos de duelo patológico brinda las posibilidades de prevenir más eficazmente. Para esto es importante tener en cuenta los indicadores de riesgo del familiar, los factores que condicionarán el duelo y la utilización de herramientas, como: protocolos que permiten evaluar las características de personalidad, escala de Zarit, que consiente en medir el cansancio emocional del cuidador, entre otras.

Según Astudillo., et. al (2007), el objetivo de los cuidados paliativos durante el duelo anticipado, con la familia desde el punto de vista psicológico, se centra en ayudar a considerar la muerte como un proceso natural y comprender la misma, así como también utilizar estrategias de ayuda para los deudos durante el transcurso de la enfermedad y luego de la muerte.

Mediante el acompañamiento, se ayuda al deudo a expresar su dolor, detectándose a tiempo riesgos de complicaciones en el duelo.

La paciente X, fue mostrando antecedentes de duelos patológicos y dificultades para la elaboración de pérdidas, así como también del dolor. Se consideró importante apoyarla fundamentalmente en la expresión del dolor y las emociones propias de la situación. Próximamente a culminar con la intervención para comenzar con el cierre, se utiliza como estrategia la carta de despedida, indicándole a la paciente que escriba una carta en la que exprese lo que le gustaría poder decirle a su padre.

Según De Dios (2011, p. 1):

En esta técnica de intervención, el asunto de mayor importancia es cómo se hace el final de la carta. Es necesario que al final de la carta, el doliente se despida con un

“adiós” o un “adiós para siempre”. Buscamos que la persona definitivamente renuncie a esa relación, renuncie a recuperar a la persona, y acepte que se ha marchado y que no va a volver. Esto es lo que le permitirá dejar marchar al fallecido y aceptar su pérdida (...).

En X la dificultad se mantiene, imposibilitando en ella el cumplimiento de la consigna. La estrategia habilitó la expresión del dolor a través del llanto.

Hay factores que se consideran determinantes en un duelo, como ser: la relación que se tenía con el fallecido, como fue la muerte, no es lo mismo una enfermedad larga de mucho sufrimiento en la que el familiar puede estar más agota, pudiéndose generar sentimientos de culpa y complicar el duelo, los factores sociales deben de considerarse, si cuentan con un adecuado soporte social, el nivel socioeconómico, el nivel de educación.

Los autores Gil-Julia, Bellver y Ballester (2008) consideran importantes a tener en cuenta, en momentos de prevención en duelo, la identificación de temores en la familia, es frecuente a priori a la muerte, que el familiar tenga preocupación y miedo en el modo en que sobrevendrá, por ejemplo que sea una muerte con mucho dolor y sufrimiento. Es necesario detectar los temores, trabajando en ellos, procurando aliviarlos o suprimirlos.

Evaluar los recursos emocionales con los que la familia cuenta, ayudando en el manejo de las emociones, incentivando el diálogo y la expresión de las emociones. Otro punto importante es, “intentar reducir sensaciones de impotencia, muy frecuentes en estos, y en caso de identificarse factores de riesgo, prevenir en la medida de lo posible ofreciendo alternativas, proporcionando información, ayudando en la aceptación del futuro venidero” (Gil-julia et al. 2008, p.112).

Para Garrido (s/f) se deben de considerar durante el duelo anticipado las “experiencias de pérdidas anteriores y como se han elaborado”, “las cogniciones, creencias que se tienen con respecto a la muerte y las expectativas que el grupo familiar desarrolle”, “la naturaleza del apego”.

Hay factores que predicen complicaciones en el duelo que se deben de considerar: aspectos personales, relacionales, circunstanciales, características de la enfermedad terminal, si el paciente no logra asumir la inmanencia de la muerte y sociales.

Como fue el rito funerario, si se participa de él o no, puede suceder que se intente negar la situación, por lo que se debería de intervenir de un modo preventivo, haciéndoles ver a los familiares la importancia de presenciar el velatorio, como mecanismo de contacto con la realidad de la pérdida y no quedarse con la imagen del ser querido vivo, lo que complicaría el proceso del duelo.

La personalidad del doliente, la salud mental, el rol que ocupaba en la familia el enfermo, como fue la relación, si quedaron asuntos pendientes por resolver, qué significado tiene para el deudo la desaparición del ser querido.

Todos estos factores se consideran como indicadores para la intervención en el duelo anticipado y en el duelo luego de la muerte. Se hacen necesarios e imprescindibles tomar todos éstos factores que determinan y condicionan el duelo, para detectar a tiempo la aparición de duelo patológico.

Para lograr una adecuada elaboración del duelo posterior se deberá de trabajar con la persona según Gil-julia et al. (2008), ayudando a incentivar la expresión de las emociones entre los integrantes del núcleo familiar, incentivar la colaboración entre ellos en los cuidados del enfermo y control de síntomas, sin que nadie resulte sobrecargado en las tareas, que el rol no sea únicamente el de cuidar, incentivando otros roles, ayudar en la disolución de la negación, característica de los primeros comienzos del duelo. Detectar indicadores de conspiración de silencio, indagar miedos y culpas posteriores e intentar aclarar la importancia de los rituales funerarios que permiten despedirse del ser querido.

El poder intervenir en duelo anticipado permite detectar a tiempo indicadores productores de duelo patológico que definen la oportunidad o no de intervenir luego del fallecimiento. De todos modos luego de fallecido el enfermo, la unidad de cuidados paliativos utiliza como estrategia la elaboración de una carta de duelo dirigida a los familiares. Se pretende a través de la carta hacerles llegar las condolencias de la unidad de cuidados paliativos, pero principalmente reforzar los aspectos positivos de los familiares en los cuidados realizados. Hacerles sentir que el equipo los seguirá apoyando, quedando a disposición para lo que necesiten. La carta se caracteriza por contener un lenguaje amable y cariñoso que refleje confianza si se logró establecer, el objetivo es que se sientan acompañados y comprendidos.

En cuanto al contenido, se destacan las reacciones del grupo familiar frente a la muerte, la manera de afrontarla, como fueron los momentos finales de vida del ser querido. Se pueden mencionar actitudes concretas y las tareas que se realizaron por parte de los familiares. Si bien la carta va dirigida hacia el grupo en general, se destaca la actitud del cuidador principal.

Para Ibañez (2007) basándose en estudios realizados sobre intervención en duelo, sostiene que se resuelve mejor si se brinda apoyo emocional y social en el mismo, a través del acompañamiento, "(...) el doliente encuentra en el acompañante la fuerza afectiva de la que carece" (2007, p.25).

Él plantea así que el deudo se halla en una situación de indefensión y falta de energía psíquica y por ello debe ser acompañado.

Sin embargo hay autores como Gil-julia., et al (2008) que no consideran oportuna la intervención en duelo, argumentando que las terapias de duelo se deben de llevar a cabo exclusivamente en los casos en que el duelo es complicado, cuando se enmascara a través de síntomas físicos o conductuales, o si se presenta de modo exagerado. Consideran que en los casos que el duelo lleva un curso normal, no es necesaria la intervención, infiriendo que no todas las personas necesitarán de la ayuda en duelo, y en las situaciones que se requiera de ayuda variará en cada persona.

Los autores Echeburua, De Corral y Amor (s/f) en coincidencia con los postulados mencionados anteriormente, aluden a que el tratamiento solo es necesario concretamente en los duelos diagnosticados como patológicos.

En relación a la intervención psicológica en el proceso de duelo como se vislumbra en líneas arriba hay diferentes posturas, los primeros autores teorizan que el acompañamiento en duelo es importante y necesario, en cambio para los segundos no es necesario la intervención psicológica en un duelo que sigue un curso normal, afirmando que las personas son capaces de llevar a cabo el duelo por si solos, argumentando que la ayuda profesional puede interferir negativamente en el proceso normal de duelo.

En el caso del señor K y su hija X se fueron detectando elementos que confirman la necesidad de una intervención, en tanto el vínculo entre ambos adquiere características idealizadas, por lo que la aceptación de la muerte se torna más difícil en ser aceptada.

En cuanto a la paciente, su dificultad para hablar de la enfermedad a si como para expresar su dolor se configura en un elemento importante para trabajar con ella. Propiciando el transcurso adecuado del duelo anticipado, siguiendo los criterios de los cuidados paliativos, en el caso puntual de X, como cuidadora principal y fundamentalmente por sus antecedentes de duelos, con angustia desbordante y patológica se configuran estos factores de riesgo, de que curse luego de la pérdida de su padre un duelo complicado.

Luego de culminado nuestro trabajo, el cual fue valorado por la paciente, se encauzó a una derivación de psicoterapia a una policlínica barrial de la zona.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

En relación a lo expresado anteriormente, se puede concluir que la conveniencia de intervenir durante el duelo, varía según los autores, no habiendo un acuerdo entre éstos. Ibañez (2007), considera que siempre que se intervenga en el duelo éste podrá ser resuelto mejor. Es necesario destacar que lo que puede influir en el proceso de duelo, es la manera en que se intervenga, siendo tal vez la interrogante, ¿cómo intervenir?

El autor alude a la intervención a través del acompañamiento, desde una mirada preventiva, considerándose al duelo, como un momento en la vida de la persona, que lo atraviesa, muchas veces tomándolo por “sorpresa”, siendo impredecible el desenlace. Por lo que la intervención podría ser de asesoramiento, escucha y acompañamiento, desde un rol pasivo, respetando los tiempos de cada persona, dado que cada ser humano es único, así como también considerando las etapas del duelo propiamente dicho. También podría estar orientada a cómo resolver determinadas situaciones, ayudando a pensar, en un momento en que tal vez sea más difícil para hacerlo.

Por otro lado autores como Gil-Julia, Bellver y Ballester (2008), Echeburrua, De corral Y Amor (s/f), no consideran oportuna la intervención terapéutica en duelo siendo la condición necesaria para intervenir en los casos en que el duelo presenta indicadores de duelo complicado o su desenlace es patológico.

En relación a la intervención durante el duelo anticipado, en los que el duelo, no acontece luego de la muerte, sí existen acuerdos entre autores en considerar oportuna la intervención durante este complejo proceso. Teniendo en cuenta, que este tipo de duelo se caracteriza por un conjunto de factores, que pueden obrar de riesgos para un desenlace de duelo patológico, posterior a la pérdida. Autores como Blanco, Librada, Rocafort, Cabo, Galea y Alonso (2007), constatan que las repercusiones físicas y emocionales en este duelo, son intensas, siendo factores desestabilizante para el familiar. Por lo que sostienen la importancia de considerar al familiar en estos momentos, pudiéndose identificar factores negativos, si hay en el duelo.

La intervención durante el duelo anticipado, puede ser positiva en la resolución posterior del duelo; así como el transitar por éste, dada la posibilidad que el deudo tiene de prepararse para el desenlace final. Este proceso contribuye en la resolución de conflictos previos con el enfermo, así como poder ir haciéndose la idea de que en un futuro, no muy

lejano, el ser querido no estará. Esto no significa, según el autor Worden (1984) que el dolor sea distinto en el duelo posterior.

La intervención de los cuidados paliativos se considera necesaria, según Gomez (2003), en el duelo anticipado, con el fin de: intervenir, apoyar a la familia y prevenir un duelo patológico. Es necesario tener en cuenta, que el hecho de intervenir en duelo anticipado no asegura el desenlace del duelo posterior, dado que hasta no ocurrido el óbito, no se sabrá ciertamente la reacción del deudo.

En función al material trabajado, se infiere que hay un momento, en el que se considera necesario intervenir, cuando el duelo presenta riesgos de convertirse en patológico. Lo que sucede en estos casos, es que la persona puede quedar sin proyectos de vida, llegando a desconectarse de la realidad, o cayendo en una depresión, con un detrimento de la calidad de vida, incluso alcanzando riesgos de suicidio. Se configuran en factores de riesgo, la imposibilidad de realizar las etapas esperables del duelo normal, ya sea porque la persona se encuentra “estancada” en una de éstas, con fallas en los mecanismos de defensas utilizados con un dolor intenso y angustia desbordante. La estructura de personalidad vulnerable es otro indicador de riesgo.

Si estos indicadores no son identificados y no se interviene, la persona podría quedar por años en duelo, desencadenando un duelo patológico; corriendo riesgos la integridad de la persona. Esto nos confirmaría la importancia de tratar a tiempo un duelo, con indicadores de riesgo patológico.

En suma, un duelo es una crisis en la vida de las personas, que implicaría un momento de debilidad, siendo el dolor, necesario a veces como fortalecedor. Es importante que la persona pueda sacar algo positivo, de esta situación, intentando así, modificaciones de esa realidad.

En estos casos en particular, en cuanto a la intervención del psicólogo y rol, se podría pensar, que es el deudo quien va marcando cuando intervenir o no durante el duelo. Tal vez la tarea del técnico, sea de escucha activa, observando clínicamente, utilizando la teoría de acuerdo a cada persona, como una herramienta que variará en cada ser humano en particular.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alizade, A. (1995). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Alloch, J (1996). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Capital Federal. Ed. Silvio Mattoni. Editorial Edelp S.A.
- Alonso, M., Blanco, L., Cabo, R., Galea, T., Librada, S. & Rocafort, J. (2007). *Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico*. Medicina Paliativa, Volumen 14, N°3. Madrid. Recuperado de: <http://www.orcpex.es/documentos/publicaciones/2007/1.pdf>
- Amor, J., De Corral .P. & Echeburúa. E. (SF). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Recuperado de: <http://paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/18-LA-RESISTENCIA-HUMANA-EN-EL-PROCESO-DEL-DUELO-Echeburua.pdf>
- Ariès, P. (2011). *El hombre ante la muerte*. Buenos Aires. Editorial. Taurus. Ed. Mauro Armiño.
- Astudillo, W., Pérez T., Ispizua, G. y Orbeago A. (2007). *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*. 1º Edición. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián. Recuperado de: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/libroDuelo.pdf>
- Bacci, P. (2010). La muerte y el duelo en la hipermodernidad. *Querencia revista de Psicoanálisis*, V. 13. Instituto de psicología Clínica. Montevideo .Uruguay. [http://www.querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro13/pilar\\_bacci.htm](http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro13/pilar_bacci.htm)
- Ballester, R., Bellver, A. & Gil-Julia, B. (2008). Duelo: *Evaluación, Diagnostico y Tratamiento*. *Psicooncología*. Vol 5, Núm 1. pp:(103-116). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130103A/15522>
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida: Tristeza y Depresión*. Barcelona: Paidós.

- De Dios del Valle, J. (2011). *Estrategias terapéuticas en procesos de duelo 2*. Recuperado de:  
[http://www.bonding.es/jbonding/index.php?option=com\\_zoo&task=item&item\\_id=968&Itemid=54](http://www.bonding.es/jbonding/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=968&Itemid=54)
- Echeburua .E, Herran. A. (2007). *¿Cundo el duelo es patológico y como hay que tratarlo?*. Análisis y Modificación de conducta, V .33, N° 147. Facultad de psicología. Recuperado de:  
<http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1205/1698>
- Espina, E. (s/f). *El enfermo terminal Asistencia a la Familia y el proceso de duelo*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. San Sebastián. Recuperado de:  
[http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf\\_art/26Enfermo%20terminal,%20asistencia%20familia.pdf](http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/26Enfermo%20terminal,%20asistencia%20familia.pdf)
- Freud. S. (1917). *Duelo y Melancolía* .Obras Completas. Ed. 1986. Amorroutur. Ed. Buenos Aires.
- Garrido, L. (s/f). *Prevención y tratamiento del duelo patológico*. Sociedad Vasca de Estudios Paliativos. San Sebastián. Recuperado de:  
<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/familia-en-la-terminalidad/17-PREVENCION-Y-MANEJO-DEL-DUELO-PATOLOGICO-%20LATIEGI.pdf>
- Gerlein. C. (s/f). *La familia del paciente que muere: duelo anticipado*. (SD).
- Gomez, M. (2003) .*Avances en cuidados paliativos*. Ed. Gabinete de asesoramiento y formación Sociosanitaria. Gafos. Las palmas de Gran Canaria.
- Gomez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido*. El duelo y el luto. Ed. 2ª. Ed. ARAN – Madrid.

- Loitegui, A. (2008). *Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje*. Departamento de Investigaciones. Universidad de Belgrano, Tesina. Recuperado de : [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250\\_loitegui.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf)
- Nasio, D. (1999). *El libro del dolor y del amor*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Neimeyer, R (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona.  
Recuperado de: [http://www.ignaciodarnaude.com/masalla\\_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender%20de%20la%20Pérdida,el%20duelo.pdf](http://www.ignaciodarnaude.com/masalla_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender%20de%20la%20Pérdida,el%20duelo.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Cuidados paliativos*. Obtenida de: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Real Academia Española. (2014). *Definición de Duelo*. Diccionario. Recuperado de: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=duelos>
- Tizon, J. (2009). *Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, Investigación y Asistencia*. Ed. 3ª impresión. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Kubler-Ross, R. Fulton,R. Kastenbaum, R., Folta,E., Deck,M., Krant ,J., Hugues,E., Cassem, R., Partoes,H., Rather,E., Grollman, E., Jackson, D., Levinton, M., Peck, R., Litman ,R. Menahem. (1974) .*Sociología de la muerte*. “Grupo de trabajo”. Ed. Madrid: Sala.
- Kubler-Ross, E. (2014). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento Psicológico* .Ed. Clave. Buenos Aires.