

# La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir

Mariano Navarro Serer

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta Gestalt. Responsable de "Sendavitae psicoterapia"  
Profesor de la Universidad Católica de Valencia  
Email: sendavitae@hotmail.com

## resumen/abstract:

Afrontar la muerte como una parte de la vida, todavía resulta una realidad difícil de aceptar para muchas personas. En consecuencia, adoptar una falsa percepción de invulnerabilidad se convierte en un puro mecanismo defensivo que nos aparta de la toma de conciencia de que también nosotros somos víctimas potenciales de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Este artículo pretende realizar un breve recorrido por algunas de las situaciones propias del proceso de morir, además de invitar a la reflexión, con el fin de generar un cambio actitudinal con respecto a la muerte, y valorar la importancia del profesional de la Relación de Ayuda para alcanzar tal fin.

*Confronting death as a part of life is still a difficult reality to accept for many people. In consequence, adopting a false perception of invulnerability results in a pure self-defense mechanism, which leaves us apart from assuming that we are also potential victims of illness, suffering and death. This article is aimed at reviewing some situations related to the process of dying, as well inviting to reflection. All of this with the objective to generate an attitudinal change with respect to death, and value the importance of professional in the aid relationship to this change achieve.*

## palabras clave/keywords:

Muerte, enfermedad, sufrimiento, duelo, relación de ayuda.

*Death, illness, suffering, grief, mourning, aid relationship.*

### La vida como proceso de constantes pérdidas

*“Señor, da a cada uno su muerte propia,  
el morir que de aquella vida brota,  
en donde él tuvo amor, sentido y pena.  
Pués, somos sólo corteza y hoja.*

*La gran muerte, que cada uno en sí lleva,  
es fruto en torno a la que todo gira.*

(Rainer María Rilke, 1968)

Una y otra vez a lo largo de nuestra existencia, la vida nos separa de aquello que hasta entonces formaba parte de nuestro círculo más cercano; en ocasiones somos nosotros mismos quienes tenemos que desprendernos de aquello que amamos, y con

gran dolor en muchos casos, tenemos que decirle adiós. Pero en otras, es la vida que haciendo gala de su lado más injusto, nos lo arrebatara sin nuestro consentimiento dejándonos hundidos y envueltos en la más absoluta soledad y en el más tremendo dolor.

El camino de la vida es un absoluto laberinto, un constante cruce de caminos y de toma de decisiones, cada una de ellas nos empuja a tomar una dirección con todas sus consecuencias, alejándonos de todo lo que podríamos encontrar en el camino no elegido. Cada una de estas decisiones implica toda una serie de pérdidas y la consecuen- te elaboración de las mismas; de esta forma

a lo largo de la vida atravesamos pequeñas experiencias de muerte que vamos acumulando a lo largo de nuestro caminar y que van configurando el ser humano que ahora somos. Algunas de estas experiencias pueden ser tan livianas que ni llegamos a tomar conciencia de ellas, por el contrario, otras se presentan con la conciencia plena de lo que perdemos o vamos a perder, arrastrándonos en un torbellino de emociones en el que incluso nos podemos perder para siempre.

La vida de un ser humano está esencialmente marcada por sus duelos básicos, en especial el primero de ellos; por el momento y la secuencia en que aparecen, y por la edad en que se sufren (Gómez Sancho, 2003) Diría que incluso antes de nacer ya empezamos a morir, desde el momento en el que somos concebidos comenzamos a experimentar al mismo tiempo que crecemos, las pérdidas de lo que dejamos de ser. Como bien dice Martin Heidegger, no aparece primero la vida para después dar paso a la muerte, ambas son interdependientes y caminan a la par desde un principio. Tomar conciencia de esta realidad se convierte en un reto para el ser humano; lamentablemente, como tantas veces se ha dicho, vivimos de espaldas a la muerte, hemos sido educados en una sociedad donde hablar de la muerte siempre ha resultado un tema tabú, y curiosamente, en la medida en que el tiempo pasa, la ciencia evoluciona y el interés hacia el tema del morir crece desde la filosofía y defensa de los cuidados paliativos, sigue una gran parte de la sociedad intentando negar la existencia de la muerte fomentando un principio de falsa percepción de invulnerabilidad y potenciando una muerte medicalizada.

Hasta que no tomemos plena conciencia de que la muerte es nuestra fiel compañera, y empecemos a desdramatizar la inne-

gable realidad de su presencia constante, no podremos vivir una vida desde la plena conciencia del ser, ni generar un cambio actitudinal en la sociedad que nos ayude a vivir con mayor autenticidad. Hasta que no aceptemos que el vivir también implica sufrir y que tanto nosotros como los nuestros somos víctimas potenciales de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, no podremos salir de una visión distorsionada de la realidad como mecanismo de defensa. Nada mejor refleja esta idea que la siguiente cita: *“Aprender a vivir bien es aprender a morir bien, y aprender a morir bien es aprender a vivir bien”*.

Como consecuencia inmediata de la inaceptabilidad de la muerte, lamentablemente nos resulta absolutamente difícil acompañar a quien sufre; esta experiencia se convierte en una tarea complicada de la que preferimos huir, no enfrentarnos a ella, y cuando no podemos evitarla, la cargamos de proyecciones que el sufriente interpreta como exigencias que no le permiten ser el mismo, interfiriendo su recuperación desde el no permiso para sentir.

### **El profesional de la relación de ayuda ante el sufrimiento**

*“Quien no comprende una mirada tampoco comprenderá una larga explicación”*  
(Proverbio árabe)

El profesional de la Relación de Ayuda debe ser consciente del importante rol que desempeña desde la función que ejerce. Debe ser consciente de que su trabajo se centra en el sufrimiento del otro, debiendo tener muy claras las palabras del Dr. Marcos Gómez Sancho cuando nos dice: *“como profesionales de la salud debemos recordar que nosotros no estamos ahí para que el enfermo no sufra, sino porque sufre”*.

Acompañar a un paciente en su proceso de morir o a quien está experimentando el duelo por la pérdida de un ser querido, implica todo un proceso cargado de una gran intensidad emocional que va a “salpicar” con fuerza a cualquiera que esté cerca. Ante esta realidad el profesional tiene dos opciones, la primera consistiría en revestirse de una resistente coraza defensiva que impida que el dolor del otro incida en su persona; la segunda, en acercarse a quien sufre con el pleno convencimiento de que sólo el acercamiento auténtico y empático podrá paliar el sufrimiento de éste, y devolverle sus capacidades para enfrentarse con mayor fortaleza a sus temores.

El profesional que actúa desde la primera opción queda inmediatamente sesgado al 50%, podrá tener grandes capacidades técnicas y realizar su trabajo desde el más rígido de los protocolos, asegurándose de no cometer ni el más mínimo error; pero si no es capaz de resonar con quien sufre, si no es capaz de mirar a los ojos de quien con ellos expresa más que con palabras; estará defendiéndose de la posibilidad de encontrarse con el otro sin permitirse ser guiado por uno de los principios básicos de la Relación de Ayuda como es la “Competencia Relacional”. Este término defiende que el profesional debe actuar en base a tres formas de saber, el “saber teórico”, el “saber práctico” y fundamentalmente el “saber ser”; quien se olvida de este último nunca podrá definirse como un profesional completo.

El “saber ser” encierra en sí mismo lo que podrían ser los tres pilares básicos de la Relación de Ayuda, y que al mismo tiempo coinciden con los tres fundamentos de la teoría de Rogers: Aceptación incondicional, Empatía y Autenticidad. Como bien

dice el mismo autor, “*cuanto más puede el cliente percibir en el terapeuta, una actitud de autenticidad, comprensión empática y respeto incondicional por él, tanto más se alejará de un funcionamiento estático, rígido, insensible e impersonal, para orientarse hacia un comportamiento caracterizado por un modo fluido, cambiante y permisivo de vivenciar los sentimientos personales diferenciados*” (Rogers, 1989)

En muchas ocasiones, acompañar este tipo de situaciones donde el sufrimiento, la enfermedad y la muerte están absolutamente presentes, nos confronta con nuestras propias autoexigencias profesionales, que nos ordenan tener la respuesta o la palabra exacta en todo momento. Si permitimos que esta voz interior, que juzga cada uno de nuestros movimientos como si midiera en ellos nuestra competencia, se apodere de nosotros; quedaremos absolutamente limitados y cargados de temores que incidirán en nuestro actuar profesional en detrimento del paciente. Cada profesional debe ser consciente de sus límites para entrar en contacto con sus capacidades, si esto no es así, el peso de la autoexigencia nos puede llegar a aplastar. Como bien dice Longaker (1998) al poner voz a las necesidades de los pacientes moribundos, “*no sientas que debes tener respuestas para todo y palabras sabias que mitiguen mis temores; de este modo, podrías acercarte a mi ansioso y no saber qué decir. No tienes que aparentar o mostrar una fachada de persona fuerte. Si quieres ayudarme espiritualmente de verdad, te necesito antes que nada, como un ser humano. Ten valor para compartir conmigo tu inseguridad, tu miedo, tu tristeza genuina por la incómoda pérdida que vamos a tener que afrontar...*”

La vivencia del sufrimiento puede ser algo muy devastador, si tuviéramos que definir

en qué consiste esta vivencia podríamos utilizar la definición de Chapman y Gravin (1993) que lo presentan como un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

En la intervención con el paciente, es necesario que el profesional parta de una visión holística de la enfermedad y en consecuencia del ser humano como el conjunto de cuatro dimensiones claramente interrelacionadas entre sí: la física, la psicológica, la social y la espiritual; pues cuando una de ellas enferma, las demás lo hacen también. Estamos conectados en estas cuatro dimensiones y el modo en el que cada una de ellas responde activando nuestros mecanismos de defensa o de afrontamiento, es lo que nos constituye en sujetos únicos. De esta forma y bajo la clara premisa de las diferencias individuales, debemos partir del convencimiento inicial de que en el trato con el que el sufre no existen fórmulas magistrales. Por ello, uno de los rasgos más importantes del perfil del profesional de paliativos, es el de su propia adaptabilidad a las circunstancias del dolor ajeno, desarrollando óptimas habilidades de escucha activa, y confianza en sus posibilidades de ayudar a quien sufre, acompañándole en el torbellino de su “dolor total”. Con este fin, el profesional de la Relación de Ayuda debe tener claro que por encima de cualquier rol desempeñado, no es más que un “sanador herido”; sólo así podremos acercarnos hacia una asistencia humanizada, implicándonos que no sobreimplicándo-

nos, en un acompañamiento resonante con el paciente, favoreciendo la ayuda eficaz y manteniendo en todo momento su dignidad y autonomía.

## La comunicación en el proceso de morir

*“Morir sin saberlo es dos veces morir”*

El modo de actuar que hasta ahora he defendido como el adecuado, no es más que un modo de comunicación donde la apertura, la autenticidad y el no juicio están presentes en todo momento. Acompañar a quien experimenta en sí mismo el proceso de su propia muerte o la de un ser querido, no es siempre tarea fácil. La educación que hemos recibido dentro de nuestra cultura latina tiende a desarrollar un sobreproteccionismo intrafamiliar ante la enfermedad, que toma especial relevancia cuando de un proceso crítico se trata.

Fenómenos como la “conspiración del silencio” siempre han estado y seguirán estando presentes en un alto porcentaje de familias con uno de sus miembros hospitalizados, por ejemplo por un proceso oncológico. El mensaje directo que recibe el profesional por parte de uno o todo el resto de componentes de la familia, es el de no decir nada al enfermo, bajo la firme creencia de que no va a ser capaz de soportarlo. A partir de la aparición de este mensaje surgen tremendas dificultades de conseguir una comunicación sanadora entre todos los implicados. En muchas ocasiones nos encontramos con casos en los que todos los afectados, paciente y familia, son conocedores de la gravedad de la situación, pero ninguno habla de ello con el fin de no aumentar el dolor del otro, cuando por el contrario lo que realmente está sucediendo es el permitir dejar pasar un tiempo precioso,

posteriormente añorado, para poder cerrar asuntos pendientes y vivir una despedida amorosa, facilitadora de un posterior duelo sanador. Todo esto no son más que claros ejemplos en los que se potencian actitudes defensivas que nos apartan de la toma de conciencia de una realidad ineludible.

Es también corriente la negación en el paciente, primera reacción defensiva que en la mayoría de los casos esconde la rebeldía de no querer aceptar un hecho real que amenaza la integridad y el equilibrio personal. En estos casos es conveniente respetar esta decisión, aún manteniéndose en permanente escucha activa, puesto que las necesidades informativas del paciente pueden ir variando por momentos, siendo nuestro deber seguir el ritmo del afectado con el único fin de poder ofrecerle una “verdad soportable”. Habrá personas que demanden saber su estado desde el principio, otros que no pregunten, y otros que en sus preguntas indiquen su preocupación por saber, sin que se les diga nada malo. En base a todo ello el profesional debe moverse, no se puede ser rígido en cuanto al modo de comunicar puesto que cada uno es diferente, y esto siempre debe ser tomado en consideración para ofrecer una atención personalizada, desde el seguimiento de las necesidades de cada cual.

El paciente siempre tiene el derecho a saber la verdad, él es el protagonista principal; no importa cuanto quieran protegerle desde su entorno, si desea saber debe saber. Y aquí es donde se abre un nuevo tema a tratar, ¿cómo comunicar un diagnóstico?, ¿cómo transmitir una mala noticia?. Una encuesta realizada en 1998 durante la celebración de la reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica, reveló que más del 90% de los 500 oncólogos encuestados, re-

conocían carecer de formación para comunicar malas noticias a sus enfermos, y controlar las reacciones emocionales que las mismas podrían ocasionar en sus pacientes o sus familiares (Bayés, 2001) Lamentablemente estos mismos resultados podrían hacerse perfectamente extensibles a nuestros profesionales sanitarios.

Son muchos factores los que se tienen que tener en cuenta y que nos sirven como elementos orientativos a la hora de dar información al paciente (Gómez Sancho, 1998) entre otros los siguientes:

- Equilibrio psicológico del enfermo.
- Gravedad de la enfermedad y estadio evolutivo.
- Edad.
- Impacto emocional sobre la parte enferma.
- Tipo de tratamiento.
- Rol social.

En primer lugar, es absolutamente conveniente tener información previa sobre el paciente con el fin de prever las reacciones emotivo afectivas de éste en el momento de la comunicación; pacientes con historial psicológico o psiquiátrico pueden, y de hecho necesitan en ocasiones, ser preservados de una realidad que quizá pudiera potenciar su sintomatología empeorando la situación. Es también conveniente conocer en la medida de lo posible, reacciones anteriores a situaciones difíciles experimentadas por el paciente, para conocer su capacidad de afrontamiento y elaboración de la adversidad.

En la medida en que la enfermedad avanza y se alcanzan nuevos estadios, el enfermo se enfrenta a nuevos momentos y su estado anímico puede ir variando a la par que su evolución diagnóstica. No es lo mismo

informar al principio de la enfermedad que cuando ésta ya ha avanzado en gravedad. También la edad del afectado es un factor, observándose en algunos estudios que los enfermos más jóvenes suelen desear más información que los mayores. Otro elemento a considerar es el hecho de tener en cuenta que dependiendo cual sea la zona afectada, el impacto puede ser mayor; hay partes del cuerpo que están cargadas de un mayor significado simbólico, por lo que la información de cual va a ser la evolución de la enfermedad y las consecuencias del tratamiento, deben ser explicadas con claridad. En ocasiones podemos encontrar situaciones en las que el paciente bien informado, puede elegir calidad de vida por encima de cantidad.

Las habilidades comunicativas en un profesional de la Relación de Ayuda deben estar muy presentes con el fin de otorgarle un óptimo manejo de la situación, orientado principalmente a cubrir las necesidades de cada uno de los afectados desde el respeto y la consideración de estas.

Uno de los momentos más intensos en la interacción con el paciente es sin duda el momento de la comunicación del diagnóstico, en este caso, aún siguiendo la directriz de flexibilidad y adaptabilidad a cada caso y circunstancia, es necesario seguir una serie de pasos como los propuestos por Buckman (1992) en su modelo de transmisión de la información. Este autor propone seis pasos que van desde una fase inicial donde definiremos desde quien comunica, donde se comunica, quien estará presente y durante cuánto tiempo; hasta fases posteriores en las que se tratará de averiguar qué sabe el paciente y qué quiere saber, para luego pasar a compartir la información demandada, responder a las emociones asociadas y or-

ganizar y planificar todo lo que el proceso requiera.

En definitiva podemos decir siguiendo la línea de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) que la comunicación es nuestra herramienta principal de trabajo, aquella que nos ayuda a abrir “puertas” del paciente con el fin de ofrecerle un acompañamiento eficaz desde una visión global de sus necesidades, y sobre todo, desde una intervención humanizadora.

### **El duelo: un camino de dolor y crecimiento**

*“No te castigues,  
encaprichada y resentidamente,  
prohibiéndote gozar de la vida  
porque perdiste a un ser querido.*

*Tu tristeza te destruye a ti,  
sin beneficiar a tus muertos.*

*Y cuando ellos partieron,  
no se llevaron consigo tu derecho  
a gozar de la alegría de la vida.*

*(Trossero, 1992)*

Podemos definir duelo como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o también como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe. Incluye tanto componentes físicos como psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Gómez Sancho, 2004)

En definitiva el duelo es el proceso que atravesamos tras sufrir una experiencia de pérdida, algo que te afecta a todos los niveles y te hace tambalear desde lo más profundo de tu interior, enfrentándote a un camino de dolor que inevitablemente tarde o temprano se ha de recorrer. Un ser humano elabora a

lo largo de su existencia una gran variedad de duelos por el conjunto de pérdidas evolutivas que va experimentando en la vida; alguno de estos duelos puede elaborarse de forma tan rápida y liviana, que incluso no llegamos a tomar plena conciencia de ellos; sin embargo, otras pérdidas pueden dejarnos tan heridos que derivemos en un complejo proceso psicopatológico.

Toda una serie de determinantes pueden influir en la elaboración de un duelo, algunos de ellos vendrían representados en los siguientes puntos (Gómez Sancho, 2004)

- Tipo de relación afectiva con el fallecido.
- Duración de la enfermedad mortal y de la agonía.
- Grado de parentesco.
- Carácter de la muerte.
- Aspecto del cadáver.
- Grado de dependencia.
- Sexo del superviviente.
- Soporte social.
- Fe religiosa.
- Presencia o no de otras experiencias de duelo.

Por estas razones, entre otras, y fundamentalmente por el tipo de vínculo y apego que el deudo tenía con el fallecido, podemos decir que existen tantos duelos como personas hay en el mundo. En consecuencia el trabajo psicoterapéutico con la persona en duelo debe estar marcado por un profundo respeto y lejos de cualquier intervención protocolarizada, pues la presencia más o menos intensa de los determinantes anteriores, nos presenta la necesidad de una clara intervención personalizada en el paciente.

Antes de continuar hablando de las consecuencias de la pérdida de un ser querido, quisiera seguir ahondando en las pérdidas y duelos que progresivamente tiene que experimentar un paciente en su proceso de morir, y en consecuencia también su propia familia. En el transcurso de la enfermedad terminal el paciente tiene que decir adiós a muchas partes de sí mismo que hasta hacia poco eran totalmente normales, así como despedirse de toda una serie de roles que ya no es capaz de desempeñar. Desde la pérdida de sus capacidades físicas y cognitivas, el paciente va experimentando la pérdida de control y todas las amenazas y miedos asociadas a tal vivencia; por esta razón el cuidado y la atención psicológica orientada a mantener la dignidad y la autonomía del paciente hasta el fin de sus días, contribuirá al logro de una mayor aceptación de tales pérdidas.

La familia se convierte en la principal fuente de apoyo del enfermo, pero también se ve envuelta en una espiral de angustias y temores ante la innegable cercanía de la muerte de su ser querido. Alizade (1996) acuña en este caso el término “preduelo” al hacer referencia a la vivencia del familiar que se conduce por no poder reencontrar “al ser querido de antes”, es decir se trataría del duelo no por quien ya no vive, sino por alguien que ya no es más como hacía poco era. La familia va experimentando el deterioro progresivo de su ser querido debido al avance de la enfermedad, y esto le confronta a la dura toma de conciencia de su pérdida. En la medida en que esta situación se elabora o vivencia de una u otra manera, es decir en la medida en que se puede elaborar un correcto duelo anticipatorio, esta posibilidad se convierte en un factor decisivo para el camino a recorrer tras la muerte

del paciente, precipitando a los deudos a la vivencia de un duelo más o menos normalizado.

El duelo no es una enfermedad. Partiendo de esta base nos podemos encontrar con toda una amplia gama de clasificaciones aportadas por diferentes autores a lo largo de los últimos años, que nos presentan una variada tipología del duelo fundamentalmente centrado en el denominado duelo complicado (Tizón, 2004) así nos podemos encontrar con duelos crónicos, congelados, reprimidos, exagerados, enmascarados, actuados, reactivos, paranoides, psicóticos, somatomorfos, y un largo etc. que no haría más que aumentar la lista cada vez más. Si bien es cierto que el duelo no es una enfermedad, si puede llegar a enfermarnos pasando entonces a complicar su evolución. En un principio debemos entender que cualquier reacción puede considerarse normal, la pérdida de un ser querido nos envuelve en infinitos miedos y en gran cantidad de sentimientos y emociones como son la rabia, la culpa, la tristeza y la desesperanza, entre muchas otras; provocándonos una sensación de derrota y abatimiento tal, que lo único que queremos y clamamos a gritos es morir también. Considerar que esto es anormal es un gran error, no permitir la manifestación de cualquiera de estas emociones también lo es. Lamentablemente, en ocasiones potenciamos el denominado "duelo medicalizado", administrando fármacos para controlar el dolor emocional sin darnos cuenta de que al hacerlo, estamos bloqueando la sana expresión del dolor, empujando al afectado hacia un duelo crónico y/o patológico.

Desde la base de que en un principio cualquier reacción puede considerarse normal, la diferencia básica entre un duelo normal

y uno complicado vendría dada no en la presencia o ausencia de sus diferentes manifestaciones, sino en la intensidad y duración de estas. Un duelo puede complicarse cuando quedamos anclados a cualquiera de las reacciones que se presentan como obstáculos para su sana elaboración. Podemos quedar enganchados a la culpa, a la rabia, a la tristeza profunda que nos impide volver a la vida, al sufrimiento permanente, incluso a una necesidad de lealtad hacia el fallecido que no nos permite siquiera volver a reír, al reforzar la falsa creencia de que con ello estamos traicionando la memoria de quien ya no está a nuestro lado.

Elaborar un duelo correctamente implica atravesar un duro camino de dolor, implica dejar involucrase de todo aquello que duele, implica no huir de ello. Ponerse una venda en los ojos para negar la realidad, puede entenderse como una reacción normal en el inicio del duelo, pero cuando ésta queda fijada como medio de negación permanente, puede llevar sin duda a comportamientos desadaptativos que incidirán negativamente en la salud del deudo.

Sin caer en la defensa de que un duelo debe superar una serie de etapas preestablecidas para su resolución, si se considera que el camino está delimitado en tres tramos: los primeros momentos, el tramo central y el de restablecimiento final. La primera parte es la más corta y suele acabar al finalizar las honras fúnebres, el deudo se encuentra en un estado de embotamiento general como si sus emociones estuvieran anestesiadas o fluctuaran intensamente de un estado a otro. El shock producido por estos primeros momentos desde la comunicación del fallecimiento, puede generar reacciones lógicas de negación y sentimientos encontrados. La etapa central se identifica con el



periodo depresivo, suele ser la más larga y también la más costosa de atravesar, implica la tarea de aprender a vivir sin el fallecido y reestructurar toda una vida, a veces derrumbada hasta los cimientos. Tras ello, el restablecimiento final de nuevo nos empuja a seguir avanzando desde la enseñanza del dolor atravesado y vencido. Evidentemente la vida ya no volverá a ser la misma, la pérdida deja un vacío irremplazable, el ser querido no vuelve, pero el modo en el que el deudo es capaz de elaborar todo este proceso, puede incluso aportarle una experiencia de profundo crecimiento personal.

Por esta razón, la sana elaboración de un duelo debe conllevar la resolución de cuatro tareas fundamentales, tal y como indica Worden (1997) en primer lugar es fundamental aceptar la realidad de la pérdida, es decir la toma de conciencia de que lo perdido no va a volver; posteriormente, expresar emocionalmente lo que se siente, siendo este el modo más sanador para evitar el bloqueo, liberar el dolor, y contribuir con tales manifestaciones a la resolución de la primera tarea. Tras ello comenzaría la tarea de adaptarse al ambiente en el que el difunto ya no está, para posteriormente terminar pudiendo invertir la energía emotiva en nuevas relaciones.

En definitiva podemos decir que la pérdida nos habla de conceder mucho más de lo que estoy dispuesto a dar, en palabras de Bucay (2003) el dolor del duelo consiste en la renuncia forzada a algo que hubiera preferido seguir teniendo. Si es duro desprenderme voluntariamente de algo que quiero, es mucho más duro sentir que es la vida quien te lo arrebatara sin tu consentimiento. A pesar de ello, una vez más quisiera repetir que el duelo no es una enfermedad, por lo que no todo el mundo que sufre una pérdida tie-

ne porque necesitar ayuda profesional; sin embargo, cuando a pesar de las ayudas recibidas por la propia red de apoyo social, el deudo presenta una alteración que no remite y que afecta diferentes aspectos de su personalidad, la intervención psicoterapéutica a modo de acompañamiento confrontador por parte de un profesional conocedor del proceso de duelo, puede resultar la mejor alternativa para quien lo sufre.

### Consideraciones finales

Para finalizar, tan solo quisiera invitar a reflexionar sobre lo escrito, a preguntarnos de qué modo la conciencia de muerte afecta nuestra existencia, en qué medida somos prisioneros de nuestros temores, y de qué forma estos actúan en detrimento de nuestra libertad. Alcanzar la conciencia de finitud y aprender a vivir con ella de forma auténtica y normalizada, implica con frecuencia un trabajo previo al acompañamiento de quien va a morir. Será muy difícil resonar empáticamente con quien está atravesando la vivencia de sus últimos días, o con quien tiene que enfrentarse al duro camino de aprender a vivir tras la pérdida de un ser querido, si uno mismo como profesional, voluntario, acompañante, o simplemente ser humano, no ha resuelto previamente un ejercicio introspectivo para conectarse con sus propios límites y temores en aras de su elaboración.

Vivimos anclados a la vida, aferrados a lo material, tememos perder lo que tenemos y más si lo queremos, manteniendo la falsa creencia de que cuanto más lo "apretemos" contra nosotros, más lo disfrutaremos y menos posibilidades habrá de perderlo. Pero esto no es así; no está en nuestras manos el control total de nuestra existencia, no somos dueños de nuestro destino; debemos aprender a flexibilizar ciertas creencias, de-

bemos aprender a desapegarnos de lo que nos rodea, pues sólo en este ejercicio de tomar y soltar podremos disfrutar de aquello que está a nuestro alrededor.

La enfermedad, el sufrimiento, la muerte... forma parte de nuestra existencia, aprender a convivir con todo ello puede transformar nuestra vida orientándola hacia un mayor sentido y significación, pero sobre todo, podrá sin duda contribuir, a que el acompañamiento de quien sufre hoy esta realidad, se convierta en un acto de asistencia humana y amorosa, desde la intervención de un profesional completo.

*“Lo más importante es nuestra propia actitud y nuestra capacidad para afrontar la enfermedad mortal y la muerte. Si este es un grave problema en nuestra vida, y vemos la muerte como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a afrontarla con tranquilidad (...). Si no podemos afrontar la muerte con ecuanimidad, ¿cómo podremos ser útiles a nuestros pacientes?...”*

*(Elizabeth Kübler-Ross, 1975)*

## bibliografía

- Alizade, A.M. (1996) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bayés, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bucay, J. (2003) *El camino de las lágrimas*. Barcelona: Grijalbo.
- Buckman, R. (1992) *How to break bad news/ Com donar les males notícies*. Vic; Barcelona: Eumo (1998)
- Chapman, C.R. y Gravin, J. (1993) *Suffering and its relationship to pain*. *Journal of Palliative Care*, 9 (2), 5-13.
- Gómez Sancho, M. (1998) *Cómo dar malas noticias*. Madrid: Arán ediciones.
- Gómez Sancho, M. (2003) El duelo como fenómeno antropológico. El luto. El duelo normal. Las fases del duelo. En Gómez Sancho, M. *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: Gafos, tomo III: 451.
- Gómez Sancho, M. (2004) *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán ediciones.
- Kübler-Ross, E. (1975) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Longaker, C. (1998) *Afrontar la muerte y encontrar la esperanza*. México: Grijalbo.
- Rilke, R.M. (1968) *Antología poética*. Madrid: Espasa Calpe. 55-56.
- Rogers, C. (1989) *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J.L. (2004) *Pérdida, pena y duelo*. Barcelona: Paidós.
- Trossero, R. (1992) *No te mueras con tus muertos*. Buenos Aires: Bonum.
- Worden, W. (1997) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Fecha de recepción: 15/06/2006  
Fecha de aceptación: 30/10/2006