

# LOS ESTADOS EMOCIONALES EN LOS MOMENTOS DE DUELO Y LA FORMA DE ABORDARLOS

**Autor:** Ramírez O. Maria M.\*

Recibido: Abril 16/2007 Aceptado: Junio 25/2007

## Resumen

Los momentos de crisis ante los eventos de pérdida de la salud y de amenaza de muerte en los seres humanos ocasionan en ellos múltiples sentimientos de impotencia, rabia y desesperanza que nos debe llevar a los profesionales de la salud a conocer los procesos que se presentan y las formas de reducir la tensión y aumentar la confianza de acuerdo al resultado final de esta experiencia.

## Palabras Claves

Situaciones de pérdida, muerte, sensaciones en el ser humano, afrontamiento.

## Summary

The crisis moments before the events of lost of the health and of threat of death in the human beings cause in them multiple feelings of impotence, it rages and it discourages that it should take us to the professionals of the health to know the processes that are presented and the forms of to reduce the tension and to increase the trust according to the final result of this experience

## Key-words

Situations of lost, death, sensations in the human being, Confrontation.

## -SITUACIONES DE DUELO

En la vida existen situaciones en las que se presentan cambios desfavorables en el estado de salud, independientes de la edad y condición en que las personas se encuentren, y ocasionando en ellas el verse enfrentadas a vivir sentimientos de pérdida en el desempeño de su rol o en procesos extremos de la propia vida.

Enfermería en sus actividades de atención al individuo, familia o comunidad debe afrontar situaciones adversas para el ser humano que le generan sentimientos de desesperanza, angustia, depresión, en las que se hace necesaria una intervención oportuna que busque potenciar las fortalezas del paciente y ayudarlo a salir de la encrucijada que no le permite ver los recursos que puede utilizar para su crecimiento dentro del proceso, bajo el acompañamiento constante del personal de salud que le permita aumentar su confianza.

Los seres humanos, al ver amenazada su integridad por la pérdida de habilidades

\* Profesora asociada Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Magíster en Cuidado del Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia. UFPS. Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Enfermería Renal. E-Mail: mmm2000@hotmail.com

para llevar a cabo actividades que antes realizaban, sienten que su valor como personas puede verse afectado por el hecho de no sentirse seres productivos. Esta situación los lleva a sentir pérdida del control de su propia vida que se agudiza por el miedo a la muerte, lo que incrementa su angustia y sensación de aislamiento y a dar una mirada retrospectiva de lo que ha hecho en la vida.

El primer paso en la prevención o reducción de la tensión psíquica consiste en determinar cómo perciben el paciente y su familia la situación desencadenante. Dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la salud psicológica en ese momento, la comprensión de la situación que se está viviendo, las expectativas, la tolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar las situaciones. La percepción inicial suele afectarse profundamente por la experiencia previa de situaciones similares, sean negativas o positivas y por el grado de familiaridad con el ambiente médico hospitalario.

## **-MEDIDAS A CONSIDERAR**

A continuación cinco medidas descritas por: (García 2002)<sup>1</sup> que se pueden poner en práctica en cualquier circunstancia y sirven para reducir la tensión psíquica que la enfermedad produce en la familia.

### **A. Reconocer, aceptar y animar al paciente y a su familia a expresar sus sentimientos**

Si se anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del

porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Tanto la enfermera, como cualquier otro miembro del equipo asistencial, deben estar preparados para aceptar lo que el paciente dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado. El reconocimiento y la aceptación desapasionada de los sentimientos del paciente, le refuerza en su derecho a sentirlos.

La enfermera(o) puede comprender el estado afectivo del paciente por su aspecto, por su conducta y saber qué tipo de preocupaciones es más probable encontrar en el paciente. Una forma de lograr que el paciente exprese sus preocupaciones consiste en que la enfermera(o) enumere las probables inquietudes y permita al paciente sentir cuando reconoce una como propia

### **B. Informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas.**

El dolor, la debilidad, la ansiedad y la confusión transitoria constituyen algunos de los obstáculos que experimentan estos pacientes en su proceso de aprendizaje.

A pesar de estos obstáculos, los pacientes y sus familias necesitan explicaciones repetidas y sencillas de todos los procesos y del propósito de cada intervención, así como una introducción a los planes de rehabilitación y de mantenimiento de la salud. Es posible que al principio los pacientes no comprendan o no crean aquello que se les dice, o que la ansiedad y la negación les impida recordarlo. Es

<sup>1</sup> GARCIA HERNANDEZ, A Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencias y cuidados críticos, citado por Castañeda, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.[online] citado en el 2003. Disponible en: [www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art33001.pag.2-5](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001.pag.2-5)

probable que haya que repetir y reinterpretar el diagnóstico, el pronóstico, los objetivos del tratamiento, los procedimientos y las expectativas del paciente y su familia.

El paciente y su familia podrán percibir la situación con mayor claridad y hacer planes realistas si se les mantiene informado y al día en cuanto a la evolución del paciente y las modificaciones de los planes asistenciales, además, motiva la cooperación porque los convierte en miembros del equipo sanitario.

### **C. Estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la asistencia y la toma de decisiones.**

Se hace necesario establecer objetivos a corto plazo para el paciente y su familia; las opciones posibles son limitadas. A medida que la situación se estabiliza, aunque no deje de ser crítica, se da más información al paciente y su familia y se les exige mayor responsabilidad en el establecimiento de metas comunes y en la elección de otras posibilidades de conductas. Cuando el paciente y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico del paciente, su estado actual y el pronóstico, se les puede hacer participar en muchos aspectos de la planificación asistencial y son capaces de tomar decisiones coherentes con el tratamiento.

Aún cuando el paciente esté en coma, las visitas de personas claves desde el punto de vista afectivo, que le hablen y toquen, puede tener efectos positivos, aunque difíciles de objetivar, y ayudar a disminuir la sensación de desamparo de los familiares. Los pacientes sin compromiso de su estado mental, pueden participar directamente en el establecimiento de objetivos terapéuticos y en la planificación asistencial. Una forma de aumentar la sensación de control por parte del paciente consiste en motivarlo para que planifique el

programa de actividades diarias. La certeza de que sus preferencias no importantes para el equipo sanitario y de que se le trata como un individuo capaz de tomar ciertas decisiones, mejorará la autoestima y reforzará la sensación protagónica del paciente en cuanto a su recuperación.

### **D. Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado**

Estos individuos necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua. Aunque algunos factores ambientales no se pueden modificar, hay acciones que la enfermera (o) puede llevar a cabo con el fin de crear un ambiente sensorial adecuado.

La situación de tensión emocional puede llegar a su máximo con la muerte del paciente. Las siguientes son algunas indicaciones en caso de tener a su cargo un paciente en fase terminal de la vida.

- Analizar sus propios sentimientos en relación a la muerte.
- Valorar las necesidades del paciente y la familia es preciso escuchar.
- Estar siempre disponible; estar presente tanto física como emocionalmente.
- Ayudar en los requisitos administrativos tales como llamadas telefónicas y obtención de permisos de visita.
- Tranquilizar a la familia, asegurándole que el paciente está bajo vigilancia permanente, aún sabiendo que está indicado no practicar la reanimación. Proporcionar información.
- Respetar la relación individuo-familia que existía mucho antes que la relación paciente-hospital.
- Tratar de no emitir juicios de valor acerca de la familia o asuntos relacionados con el hospital.
- Hacer participar a la familia en la

asistencia.

- Velar por la intimidad del paciente y su familia.
- Dar oportunidad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.
- Actuar con tacto en la asistencia al paciente y a la familia.

## - ENFRENTAMIENTO CON LA MUERTE

Según O'CONNOR (2005)<sup>2</sup> “entre los mecanismos de defensa más conocidos se encuentran la negación, la intelectualización, la simulación, la proyección, el desplazamiento, la fantasía, la represión, la disociación, entre otros. Cada uno de ellos se activa de acuerdo con la estructura de la personalidad que el sujeto posea, y a partir de la fase de la enfermedad en la que se encuentre: todo esto, con respecto del conocimiento que tiene de que en cualquier momento morirá.

Desde esta perspectiva, la etapa de desarrollo evolutivo en la que se encuentre el individuo, cumple un papel fundamental, pues sugiere, en términos existenciales, la identificación de su posición frente a la vida y a su ser en el mundo. Las actitudes individuales hacia nuestra vida y muerte cambian con los años, lo cual a su vez afecta la forma en que una persona manejará la noticia de su muerte.

- Entre los 5 y 7 años de edad los niños desarrollan el conocimiento de que la muerte es un estado irreversible, universal y que todas las funciones de la vida terminan con la muerte

- Los adolescentes tienden a concebir la muerte como algo romántico y involucrarse en su propia fábula, creyendo que pueden tomar cualquier riesgo sin correr ningún peligro.
- Los adultos jóvenes que están a punto de morir se resienten de su inhabilidad de coronar los sueños que se habían empeñado en realizar.
- Generalmente en la edad intermedia cuando muchas personas se dan cuenta perfectamente de que su muerte es inminente empiezan a pensar en cómo lograr que los años que les restan sean los mejores.
- En su vejez muchas personas aceptan el pronóstico de su muerte tranquilamente si han hecho de su vida algo importante.

Elizabeth Kübler-Ross (1969)<sup>3</sup> pionera en el estudio de la muerte y la agonía, propone que existen cinco estados que se presentan al finalizar la vida donde se perciben las siguientes emociones:

*Negación.* Lo primero que se piensa es “oh no, esto no me puede estar sucediendo a mí”. Cuando las personas que rodean al paciente también niegan la realidad, éste no tiene con quién hablar y, como resultado, se siente solo y aislado. Cuando existe alguna esperanza y se le asegura que él no estará solo no importa lo que ocurra, las personas pueden reducir el impacto y la negación inicial más bien rápidamente.

*Ira.* después de darse cuenta de que están muriendo. Las personas se ponen iracundas. Preguntan: “¿Por qué yo?” se vuelven

<sup>2</sup> O'CONNOR, Nancy. Déjalos ir con amor. Citado por: Pardo Bayron Dario. Revista electrónica de Psicología Social. Psicodinámica en la intervención del paciente Terminal {en línea}. 9 ed. Lugar de publicación desconocido. s.n. Disponible en Internet: <http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion009/poiesis9.pardo.html>. Junio 2005. ISSN 1692-0945.

<sup>3</sup> KÜBLER-ROSS. Elisabeth. On Death and Dying. Citado por: PAPALIA Diane E. y cols. Desarrollo Humano. Editorial McGRAW-HILL. Cuarta edición. 1994. pag. 595, 597

envidiosos con los que están a su alrededor que son jóvenes y sanos. Sienten ira no hacia las personas sino hacia la juventud y la salud que no tienen. Necesitan expresar su rabia para liberarse de ella.

*Negociación.* El próximo paso puede ser: “Sí, me está ocurriendo a mí, pero. El pero es una tentativa de negociar el tiempo. Las personas pueden rezarle a Dios: “Si tú sólo me permitieras vivir para ver a mi hija graduada...o a mi hijo casado....o nacer a mi nieto...seré una persona mejor... o yo no pediría más...o yo aceptaré mi suerte en la vida”. Estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita. Cuando las personas dejan escapar el pero, son capaces de decir “sí, yo”.

*Depresión.* En esta etapa, las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida. Al expresar la profundidad de su angustia, pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.

*Aceptación.* Finalmente, las personas pueden reconocer “Mi tiempo esta muy cercano ahora, y está bien”. No es necesariamente una época feliz, pero la gente que ha trabajado a través de su ansiedad y su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallece con un sentimiento de paz consigo mismo y con el mundo.

## - RECURSOS PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA

Los familiares en luto viven su duelo en el

contexto de una realidad social que tiene su propio peso en el proceso de recuperación de la pérdida. Existe una red de sostén social la cual tiene un rol propio según las situaciones y las necesidades de cada uno. Vollman (1971)<sup>4</sup> ha observado que las familias que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos tienen mayor probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican en cambio un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

La familia también está inserta en un mundo cultural, con sus comportamientos, tradiciones, valores sociales, expectativas, etc., y las distintas culturas afrontan el problema del duelo y de la muerte de maneras diferentes. Mientras existen culturas en las que se alienta y exterioriza la expresión de los sentimientos, en otras se impone una actitud de reserva y anonimato. Resulta evidente que el clima cultural con sus condicionamientos y múltiples facetas influye en la elaboración de la experiencia luctuosa.

La red de sostén social da ayuda a los supervivientes mediante un soporte. En el caso de la dimensión religiosa la iglesia aporta sus ritos y valores. El consuelo y guía, amigos y voluntarios, información y aportaciones específicas para superar momentos críticos suelen venir dados por profesionales tales como enfermeros, médicos, psicólogos, sacerdotes y terapeutas.

Un sistema de apoyo que otorga realmente ayuda a individuos en situación de duelo está representado por los llamados grupos de ayuda (support-groups) formados por personas que

<sup>4</sup> VOLLMAN .1971. citado por Castañeda, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.[online] citado en el 2003.Disponible en:[www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art3 3001.pag.6](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3%203001.pag.6)

han sufrido pérdidas y que tienen un encuentro cada cierto tiempo para intercambiar sus experiencias, para darse ánimo y crear una red de mutuo sostén tanto dentro como fuera del grupo.

Los recursos personales que permiten al individuo canalizar sus energías, diversificar el uso del tiempo y del ambiente social se convierten en el camino hacia la curación y la salud. Entre ellos cabe destacar: la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad, la apertura a la amistad, etc.

#### **- REACCIONES CUANDO SE PRESENTA LA PÉRDIDA**

Según refiere Hables Gilberto (2007),<sup>5</sup> educador cristiano y rector del Seminario Reina Valera, se ha encontrado que en las pocas horas o días que siguen al fallecimiento de un pariente cercano o de un amigo, la mayoría de los afectados se siente simplemente aturridos o confundidos ya que no se llega a creer lo que realmente ha ocurrido. Esta sensación puede tener lugar a pesar de que el fallecimiento hubiera sido esperado. Este entumecimiento o adormecimiento emocional puede ser de ayuda a la hora de afrontar los importantes cometidos que hay que llevar a cabo tras el fallecimiento, tales como el contactar con los demás parientes y la organización del funeral. Sin embargo, esta sensación de irrealidad puede llegar a ser un problema si persiste durante mucho tiempo. El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar esta fase. De forma similar, para algunas personas,

el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la realidad de lo acontecido. El ver el cuerpo del difunto o el atender al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son las únicas formas de que se dispone para decir adiós a aquellos que amamos. Estas actividades pueden parecer tan dolorosas que puede surgir la tentación de no afrontarlas, aunque con frecuencia esto conduce en el futuro a una sensación de profundo disgusto.

Pronto, no obstante, desaparece este aturdimiento que suele ser reemplazado por una intensa sensación de agitación y desasosiego con anhelo de la persona fallecida. El afectado por el duelo alberga en algún modo el deseo de encontrarse con el fallecido aunque sabe que esto es claramente imposible. Esto hace difícil el relajarse o concentrarse en cualquier actividad, así como también resulta difícil el dormir adecuadamente. Los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunas personas pueden sentir que "ven" a su persona amada en cualquier sitio al que van - la calle, el parque, alrededor de la casa- o en cualquier lugar en el que hubieran estado juntos con anterioridad. Los afectados frecuentemente se sienten muy "enfadados" en este momento del duelo, y suelen estarlo con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con sus familiares y amigos quienes no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los ha abandonado.

Otro sentimiento común en el proceso del duelo suele ser el de culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de una forma diferente y que esto hubiera podido

<sup>5</sup> ABELS, Gilberto. El Duelo. [online] Disponible en [www.seminarioabierto.com/consejería16.htm](http://www.seminarioabierto.com/consejería16.htm) [citado en 6 abril del 2007] pág.1,2

evitar la muerte de su ser querido. Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente penosa o muy dolorosa. Este sentimiento es natural, extremadamente comprensible y muy frecuente.

Este estado de agitación es generalmente más intenso a las dos semanas del fallecimiento, aunque pronto se sigue de una sensación de tristeza tranquila o depresión, aislamiento y silencio. Estos cambios repentinos de emoción pueden confundir a los amigos o parientes pero son parte del modo normal de superar las diferentes etapas del proceso de duelo.

Según la agitación disminuye, los períodos de depresión se hacen más frecuentes y alcanzan su máxima intensidad a las 4 o 6 semanas del fallecimiento. Los momentos de gran aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerdan a la persona fallecida. A algunas personas les resultan difíciles de comprender o embarazosos los momentos en los que la persona en duelo explota en lágrimas sin razón aparente. En esta etapa puede ser deseable el mantenerse apartado de aquellos que no comprenden totalmente o que no comparten el duelo. Sin embargo, el evitar a los demás puede acumular los problemas para el futuro y generalmente es mejor el intentar reintegrarse a las actividades habituales de cada persona tras aproximadamente un par de semanas. Durante este tiempo, a los demás puede parecerles que la persona en duelo desperdicia gran cantidad de tiempo sentada sin hacer nada. Lo cierto es que la persona en duelo generalmente piensa en esos momentos en el fallecido, recordando una y otra vez tanto los buenos como los malos momentos pasados juntos. Esta es una parte

tranquila aunque esencial del afrontamiento.

Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse. La depresión disminuye y empieza a ser posible pensar en otras cosas e incluso el mirar hacia el futuro. Sin embargo, la sensación de haber perdido parte de uno mismo nunca desaparece del todo. Para los cónyuges en duelo por el fallecimiento de su pareja existen continuos recordatorios de su nueva situación de soledad al ver a otras parejas juntas y a causa del bombardeo continuo de imágenes de familias felices en los medios de comunicación. Tras cierto tiempo, se hace posible el sentirse de nuevo completo, aun cuando haya desaparecido una parte de nosotros. Aún así, años más tarde podemos encontrarnos hablando como si él o ella todavía estuviera aquí.

Las etapas del duelo anteriormente descritas con frecuencia se superponen y se muestran de diferentes formas en diferentes personas. La mayoría de las personas en duelo suele recuperarse en el primer o segundo año tras el fallecimiento. La fase final del proceso de duelo es la desvinculación de la persona fallecida y el comienzo de un nuevo tipo de vida. La depresión desaparece por completo, el sueño mejora y el nivel de energía retorna a la normalidad. El deseo sexual, que puede haber desaparecido por algún tiempo, ahora regresará esto es bastante normal y en absoluto hay que avergonzarse de ello.

La persona en situación de duelo tendrá reacciones diferentes en función de los factores circunstanciales, relacionales, culturales y personales los cuales condicionan sus respuestas ante el hecho luctuoso.

El duelo es calificado no tanto por lo que ha sucedido al difunto sino por lo que le acontece al superviviente. Por ello los profesionales han

de ser conscientes en todo momento de que la familia y amigos no sólo necesitarán apoyo durante el proceso previo a la muerte, si lo hubiese habido, en el que la enfermedad pudo haber sido larga y en ocasiones insoportable. Habiéndose producido probablemente un cambio en la estructura familiar: emocional o económico y que las relaciones y/o problemas que se daban antes del proceso pueden no sólo continuar sino haberse acentuado. La compañía y comprensión suelen ser los mejores aliados para ayudar a la familia y amigos durante el proceso de duelo.

### - AFRONTANDO EL DUELO

Castañeda Chang Ana María (2003)<sup>6</sup>. La persona en duelo debe ser capaz de conseguir recordar el objeto o la persona perdida sin un dolor intenso y ser capaz de dirigir la energía emocional dentro de la propia vida y recuperar la capacidad de amar.

Evidentemente para ello la persona necesita:

- Sentirse libre de vínculos emocionales con el difunto.
- Ser capaz de ajustarse al cambio del ambiente.
- Ser capaz de desarrollar nuevas relaciones y renovar las antiguas.
- Sentirse cómodo tanto con los recuerdos positivos como negativos del difunto.

Las reglas que nunca fallan son las de escuchar atentamente en un clima que lo favorezca, en silencio, no forzando con preguntas sino que sirvan en todo caso para clarificar no sólo lo

vivido, sino también los sentimientos que expresa de manera que al reformulárselos a la persona haciendo un resumen de la situación, lo cual la hará sentirse comprendida y servirá para clarificar la situación y las metas a conseguir. Dan no muy buenos resultados actitudes “consoladoras”, de consejo y evaluadoras. Evidentemente el profesional valora qué es lo adecuado para el paciente y qué tipo de comunicación puede ser más eficaz con idea de intentar conseguir que la persona:

- Exprese sentimientos de tristeza, enojo o rabia.
- Comparta pensamientos y sentimientos con sus allegados y/o grupo de referencia. Utilice recursos adecuados.
- Vuelva a asumir actividades habituales, cotidianas, en cuestión no sólo de trabajo sino también de recreo.
- Mantenga relaciones personales constructivas y establezca nuevas relaciones.
- Exprese el sentido de progreso hacia la resolución del duelo.
- Identifique planes alternativos para alcanzar los objetivos que eran importantes antes de la pérdida. (García 2002)<sup>7</sup>

### CONCLUSIONES

Las situaciones de pérdida y duelo ocasionan vulnerabilidad llevando al ser humano a responder a este tipo de eventos de diferentes formas de acuerdo a su edad, personalidad, a las circunstancias que esté viviendo y su condición sociocultural.

Para lograr una respuesta positiva se necesita que exista por parte de los profesionales de la

<sup>6</sup> Castañeda, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.[online]citado en el 2003. Disponible en: [www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art33001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001). Pág.9

<sup>7</sup> GARCIAHERNANDEZ, Op. Cit., p.9 - 10



salud y su red de apoyo un acompañamiento continuo, comprensión de su actuar y sentir.

Es importante mantener informadas a las personas involucradas en el proceso para poder alcanzar un buen desarrollo terapéutico que les permita disminuir su tensión y ansiedad.

Se busca sensibilizar al profesional de salud en la búsqueda de estrategias de acercamiento y expresión de sentimientos que le permitan el establecimiento de relaciones interpersonales asertivas con una gran dosis de calidez humana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELS, Gilberto. El Duelo. [online] Disponible en [www.seminarioabierto.com/consejeria16.htm](http://www.seminarioabierto.com/consejeria16.htm) [citado en 6 abril del 2007] pág.1,2

BINGER, Charles M. y MALINAK, D. (1991) "Muerte y duelo". En: Goldman, Harold. Psiquiatría general. Editorial el Manual moderno, México.

CASTAÑEDA, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. [online] citado en el 2003. Disponible en: [www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art33001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001). p.11

CAYADO BUSTOS. Martha Ligia. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte [en línea] [Colombia] disponible en: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0034-74502007000200012...abril/junio2007.rev.colomb.psiquiatria.vol.36no.2](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-74502007000200012...abril/junio2007.rev.colomb.psiquiatria.vol.36no.2) Bogotá. ISSN0034-7450

CHAJUD Silvia, ESTREMEROS Judith. Duelo. [en línea] [Buenos Aires]. rev. Marzo 2003

disponible en: [www.foroaps.org/files/Duelo%20material.pdf](http://www.foroaps.org/files/Duelo%20material.pdf)

DELANEY LL. Valoración en enfermería: Obtención de datos en la familia. En: Griffith J, Christensen P. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1986. p. 65.

JAMES V ML. Calidad del cuidado de enfermería: Necesidades sentidas por las familias de los pacientes expresadas en el post-operatorio tardío de cirugía cardiovascular. Clínica Shaio, Bogotá 1997-1999. En: Memorias, VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2000 Oct 9-12; Bogotá: ACOFAEN; 2001 p. 13.

PAPALIA Diane E. y cols Desarrollo Humano. Editorial McGRAW-HILL. Cuarta edición. 1994. p.683

PARDO Bayron Dario. Revista electrónica de Psicología Social. Psicodinámica en la intervención del paciente Terminal {en línea}. 9 ed. Lugar de publicación desconocido. s.n. Disponible en Internet: <http://www.funlam.edu.co/poesis/Edicion009/poesis9.pardo.html>. Junio 2005. ISSN1692-0945. p.4

VALERO. S. (1998) El manejo psicológico del duelo en situaciones de emergencias y desastres. Guía para el psicólogo emergencista. Lima, Perú.