

La tanatología y sus campos de aplicación

Guadalupe Domínguez Mondragón*

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ENSAYO

Fecha de Recibido: 10 de Abril de 2009

Fecha de aceptación: 29 de Mayo de 2009

DIRECCIÓN PARA RECIBIR
CORRESPONDENCIA
Calle Emilio Carranza No. 122 Colonia Atasta,
C.P. 86150, Villahermosa Tabasco, México.
Teléfono: (933) 3 542781.
Dirección Electrónica:
lupina041953@yahoo.com.mx

*Médico Cirujano, Maestra en Ciencias Básicas Biomédicas y Doctora en Filosofía Gestalt. Médico adscrito a la clínica de medicina familiar Casa Blanca del I.S.S.S.T.E.

RESUMEN

La Tanatología es la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, con un método científico que la ha convertido en un arte y en una especialidad. Su objetivo principal está centrado en proporcionar calidad de vida al enfermo terminal buscando que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible, fomentando el equilibrio de y entre los familiares. Además se ocupa de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni con los enfermos moribundos.

Palabras Clave • Tanatología

SUMMARY

The Tanatología is the discipline in charge to find sense to the process of the death, with a scientific method has turned that it into an art and a specialty. Its primary target this trim in providing quality of life to the terminal patient looking for that their last days pass of the best possible form, fomenting the balance of and between the relatives. In addition one takes care of all the duels derived from significant losses that they do not have to do with the death nor with the dying patients.

Key Word • Tanatology

INTRODUCCIÓN

La Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones. Gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y mediante éste, determinar las acciones a seguir (Kubler, 1972).

En 1901, Elie Metchnikoff quien recibiera el premio Nóbel de medicina en 1908, acuñó el término Tanatología, denominándola como la ciencia encargada de la muerte. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de ella y de todo lo relativo a los cadáveres, desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de los grandes avances de la medicina, empezó un período en el que se confina a la muerte en los hospitales, ya para la década de los cincuentas esto se va generalizando cada vez más y así, el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época "escondiera" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

En la década de los sesentas, la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuida en un 25% y durante esa época, se hace creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico, convirtiéndola en un hecho ordinario a la vez que tecnificándola y programándola, se le relegó y se le consideró insignificante.

El concepto y definición de la muerte según Potter (1971) y Gutiérrez (2006) ha variado a través del tiempo de acuerdo con la cultura, la religión y el pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no, de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin.

Por la violencia tan frecuente en la vida cotidiana actual, al igual que durante las guerras, llega a verse a la muerte como algo natural, como también llega a suceder con los profesionistas del área de la salud, quienes con un pensamiento biologicista, consideran a la muerte como un evento natural, normal y cotidiano, dándole una interpretación solamente científica y técnica (Rebolledo, 1996; Tarasco, 1998).

Dans (1979) refiere, que la muerte como disolución de la unidad organizacional y funcional que compone a un individuo en realidad es un proceso, por lo que no se sabe cuando comienza hasta que el proceso ha terminado.

La muerte es parte de la vida misma (Di Caprio, 1999), es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo tanto orgánico como funcional. En otras ocasiones es el resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural llega a su fase terminal a corto, mediano o largo plazo. En algunas ocasiones, éste plazo se ha modificado por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, los que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir.

La manera como se ve e interpreta a la muerte, ya sea como un acontecimiento general o ajeno,

cambia cuando afecta a una persona en particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad de la cercanía o la inminencia de la muerte, por lo que es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias (Veatch, 1976).

En el año de 1991 la Dra. Elizabeth Kübler Ross describe los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte y define a la Tanatología como una instancia de atención a los moribundos, por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia. Es ella a través de su labor, quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad y para tal fin, crea clínicas cuyo lema es "ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas".

En la actualidad, el término Tanatología (según el diccionario Wikipedia) no se circunscribe al hecho fatídico, sino a la serie de circunstancias que rodean la muerte de un ser humano, por lo que se considera como una disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados, que ayuden al enfermo a morir con dignidad.

CAMPOS DE APLICACIÓN

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que se deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado. Es decir, deben de propiciar una "Muerte Adecuada" misma que se puede definir como aquella en la que hay:

- Ausencia de sufrimiento

- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo
- Intervalo permisible y aceptable para el dolor
- Alivio de los conflictos
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo
- Creencia del enfermo en la oportunidad
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y de los Instintivos del enfermo.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre
- Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente.

De esta manera se entiende que el deber de la tanatología como rama de la medicina consiste, en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte.

Según lo anterior, la Tanatología es una disciplina amplia y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que se interrelacionan. Por ejemplo: El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales, los aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada ésta, en los debates sobre el derecho a una muerte digna, misma que no buscan otra cosa más que repensar y resimbolizar lo que se ha querido llamar la muerte adecuada.

Examinar la muerte, como examinar la vida, requiere la escucha y la lectura de una pluralidad de discursos. Cada uno de ellos tiene un contexto de validez y un ámbito de aplicación. Sin embargo, es posible que no estemos en condiciones de comprender muchos de esos discursos, pero esto no quiere decir que por el sólo hecho de no comprender no existan o no sean realidades.

El lenguaje del moribundo es caótico y obliga a quienes se especializan en esa disciplina a colocar el caos dentro del orden. Pero colocar el caos dentro del orden no significa ordenar el caos sino respetarlo y acomodarlo, lo que nos remite a uno de los puntos fundamentales que tiene que ver con el misterio de la vida y de la muerte y es la humildad frente a lo desconocido.

El objetivo de la Tanatología es ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como derecho primario y fundamental: Morir con dignidad, plena aceptación de la muerte y total paz.

Centeno en el año de 1999 definió al paciente terminal por tener:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.

Con respecto al paciente terminal, la Dra. Kubler Ross en 1964 describió las diferentes fases por las que pasa este paciente creando el

denominado Modelo Escalonado de Kubler Ross, el cual consiste en lo siguiente:

- **Fase de negación.** La negación de una verdad desconcertante tiene una importante función protectora, es una defensa provisional que más tarde es sustituida por una aceptación parcial. Esta etapa, es especialmente fuerte cuando la gravedad del padecimiento se realiza de manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía. La primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del que se recuperará gradualmente. Cuando la sensación empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: no, no puedo ser yo". Es casi imposible reconocer que tenemos que afrontar la muerte.

- **Fase de ira.** El paciente llega al conocimiento de que es a él a quien le toca morir y a nadie más. Se llena de sentimientos de irritación, envidia, amargura y siempre se pregunta ¿Por qué yo?. En estas circunstancias, el médico debe hacerle entender, que efectivamente es cruel el tener que morir mientras otros continúan viviendo y que por lo tanto, su reacción es profundamente comprensible. En contraste con la fase de negación, esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal y se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

- **Fase de pacto.** Esta tercera fase es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, en ella el enfermo ya no desea vivir largos años, sino que espera vivir para cumplir ciertos objetivos temporales (volver a ver un hijo, participar de una fiesta). Para ello, muchas veces está dispuesto a una serie de contraprestaciones:

observación del tratamiento médico, rezos o asistencia a oficios religiosos, etc. Es importante que el tanatólogo identifique esta fase, para librar al enfermo de sus temores irracionales de castigo si no cumple con lo prometido.

- **Fase de depresión.** El paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad ni puede dilatar la llegada de la muerte. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Es una especie de luto anticipado, del que brota una buena disposición para asumir la propia muerte y morir sereno. Los profesionales pueden ayudarlo, brindando un marco adecuado para que el enfermo resuelva problemas personales pendientes, como son: reconciliaciones, previsiones financieras para su esposa, división de bienes o cuidado de sus hijos, etc.

- **Fase de aceptación.** No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Casi siempre está desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje”. Muchas personas se retraen lentamente del mundo que los rodea y aumenta su necesidad de descanso. A menudo muestran una singular expresión de serenidad y paz llena de dignidad humana.

Si un paciente tuvo tiempo suficiente y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación de su muerte ya no le deprimirá ni tampoco lo enojará. No es que se abandone a ella resignadamente sino que existe como una vaciedad de sentimientos donde se alcanza la tranquilidad, es el descanso final antes del largo

viaje. En este punto se dan grandes momentos de silencio, pero es aquí dónde algunas comunicaciones están más llenas de sentido, la comunicación pasa de verbal a no verbal.

La esperanza es lo único que generalmente persiste a lo largo de todas las fases anteriores, especialmente después de la etapa de negación. La mayoría de los pacientes dejan abierta una posibilidad de curación, de descubrimiento de un fármaco, o de un éxito de última hora en un proyecto de investigación. Es esta chispa de esperanza la que los sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento.

Hay que tener presente que no se puede ayudar al paciente terminal de un modo verdaderamente importante, si no se tiene en cuenta a su familia. Ésta juega un papel importante durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán en la forma que el paciente afronte su proceso.

Otro de los objetivos de la Tanatología, es el apoyo que brinda al ser humano en la última etapa de la vida: La Vejez.

Al observar una curva poblacional humana, se da uno cuenta que es evidente que esta se dirige cuesta abajo, es decir, que la pirámide poblacional lentamente se está invirtiendo después de que han transcurrido 30 años, justo cuando la media humana ya ha logrado reproducirse y para el año 2050 el grupo etario de 70 años y más, será mayor que el resto de ellos.

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año 2015 habrá 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumarán 42 millones. Esta situación obliga a enriquecer las políticas asistenciales.

Por lo que las cifras anteriores significan para el país, el 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años en adelante, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

Los principales objetivos del INAPAM son: proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Sus esfuerzos los dirige a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

Pero paradójicamente a lo anterior, nuestra cultura generadora de ancianos rechaza la vejez y sobrevalora la belleza y la juventud. Si para el anciano la muerte alguna vez puede llegar a ser más un consuelo que una tragedia, para alguien que muere joven, o por lo menos en su edad madura, suele considerarse una desgracia.

La manera en que el adulto mayor enfrenta a la muerte, está estrechamente ligado con la forma en que le ha condicionado su cultura, formado su psicología y desarrollado su biología.

En la actualidad se consideran tres tipos de vejez (Itassen, 2000):

1.- Vejez Cronológica.

Definida por el hecho de haber cumplido sesenta y cinco años. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas y se considera que todos los sujetos nacidos en el mismo año tienen la

misma edad. La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se convierte en inconveniente al comprobarse el impacto diferente del tiempo para cada persona, según como hayan sido su forma de vivir, su salud, sus condiciones de trabajo, etc.

2.- Vejez Funcional.

Corresponde a la utilización del término "viejo" como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. La vejez humana origina reducciones de la capacidad funcional, debidas al transcurso del tiempo, como sucede con cualquier organismo vivo, pero esas limitaciones no le imposibilitan desarrollar una vida plena. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez, más que el reflejo de deficiencias reales.

3.- Vejez, Etapa Vital.

Esta concepción de la vejez resulta la más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente.

Esta etapa posee una realidad propia, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo. Posee ciertas limitaciones para el sujeto que con el paso del tiempo se van agudizando, especialmente en los últimos años de la vida, pero tiene por otra parte unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensarse si se utilizan adecuadamente.

Frecuentemente la mayoría de los seres humanos nos preguntamos ¿por qué envejecemos?, la respuesta a ésta pregunta parece estar contenida en las teorías sobre envejecimiento biológico, las cuales se dividen en dos categorías:

1.- Teorías de programación genética.

- *Teoría de senectud programada:* El envejecimiento es el resultado del encendido y apagado secuencial de ciertos genes. La senectud es la época en que las pérdidas asociadas a la edad son más evidentes.
- *Teoría Endocrina:* El reloj biológico actúa a través de las hormonas para controlar el ritmo de envejecimiento.
- *Teoría Inmunológica:* La declinación programada en las funciones del sistema inmune conduce a la vulnerabilidad creciente y a enfermedades infecciosas y en consecuencia, al envejecimiento y la muerte.

2.- Teorías de índice variable.

- *Teoría de desgaste natural:* Las células y tejidos tienen partes vitales que se agotan.
- *Teoría del radical libre:* El daño acumulado por los radicales de oxígeno es la causa de que las células y eventualmente los órganos dejen de funcionar.
- *Teoría del índice de vida:* Cuanto mayor sea la tasa metabólica de un individuo, mayor es la duración de su vida.

- *Teoría autoinmune:* El sistema se confunde y ataca sus propias células corporales.

Más allá del envejecimiento “biológico”, existe también un envejecimiento “social” que se refiere al papel que impone la sociedad a la persona que envejece, donde están involucrados todos los prejuicios que la sociedad manifiesta en relación con los ancianos. El envejecimiento biológico y el envejecimiento social son responsables de los problemas que aquejan a las personas de edad avanzada.

Sin embargo, independientemente del tipo de vejez que sea, como ser biológico que somos dotados de consciencia, el ser humano se percata de forma dolorosa de que muere un poco día tras día; percibe aun sin saberlo, que cada célula de su cuerpo lleva la simiente de la autodestrucción en forma de ADN (apoptosis) y que este proceso es apreciable desde niveles moleculares, hasta el cese irreversible de todas las funciones vitales corporales.

Así, mientras que unos no investigan mas allá de lo físico y psicosocial porque no ven aquello dentro de su responsabilidad o les falta tiempo, otros piensan que viviendo como estamos en la época de la especialización y que con personas muy entrenadas en los temas espirituales como son los sacerdotes, estos serian los más indicados a intervenir en dichos asuntos.

El adulto mayor por la proximidad de la muerte, sufre (tanto los creyentes como los no creyentes) un proceso de interiorización y de reencuentro en la soledad del espíritu y es precisamente en este punto donde la labor del tanatólogo se torna invaluable ya que les brinda apoyo facilitándoles

ese proceso, e incluso los ayuda en las tareas que han de realizar, hasta que ocurra la muerte.

En el estado de vejez, es frecuente que los ancianos se pregunten: ¿Cuál es el significado de la vida? ¿Existe Dios? ¿Cuida Dios de nosotros, nos escucha y comprende? ¿Por qué sufro? ¿Existe algún motivo para el sufrimiento? ¿Qué pasa después de esta vida? ¿Ha valido la pena vivir?. Estas inquietudes no resueltas pueden dar origen a una sensación de incapacidad y pueden crear a su vez otro motivo de sufrimiento: El Espiritual.

La mayoría de los ancianos desearían poder dialogar sobre su estado, su enfermedad, sus cosas, sus esperanzas y los aspectos espirituales de la vida y muerte con su médico, pero se ha observado en los últimos dos decenios que encuentran más fácil hacerlo con un miembro del equipo tanatológico (cuando lo hay) u otro enfermo o familiares cercanos, por ser estos frecuentemente más accesibles.

El problema para los médicos es que no siempre comprenden lo que los ancianos les quieren decir, o no les permiten expresarse porque no han sido entrenados para percibir lo que está más allá de las palabras y para adentrarse en estos temas, aunque el lenguaje del espíritu es el lenguaje habitual, el común de toda la sociedad.

Si el anciano habla de perplejidad ante lo que le acontece, de soledad, tristeza, remordimiento, culpabilidad y que desea averiguar el sentido de las cosas, está hablando de temas que le son lejanos a los médicos, así pues necesita que alguien se siente a su lado y le escuche y eso es lo que consideramos que el tanatólogo debe

hacer, escucharlo y comprenderlo en forma empática.

La angustia espiritual del anciano deberá ser considerada en términos del pasado (por ejemplo: memorias dolorosas, culpabilidad), del presente (aislamiento, ira) y del futuro (temor y desesperanza) y ayudarlo a entender que una persona es normalmente responsable de su estado y se adapta mejor cuando permanece realista y esperanzada ante cualquier situación.

Según Ericsson (1997), los ancianos que resuelven la crisis final de integridad frente a la desesperanza, logran aceptar tanto lo que han hecho con sus vidas como la muerte inminente. Una manera de cumplir esta resolución es a través de la revisión de la vida. Las personas que sienten que sus vidas han sido significativas y que se han adaptado a sus pérdidas pueden ser capaces de enfrentar mejor la muerte. Las pérdidas que pueden ser especialmente difíciles durante la edad adulta son: la muerte del cónyuge, de un padre y de un hijo, por las habilidades de adaptación.

Cónyuge sobreviviente: La viudez es uno de los mayores retos emocionales que puede enfrentar el ser humano. Existe una gran probabilidad de que la persona viuda pronto siga al cónyuge a la tumba. Las dificultades económicas pueden ser un grave problema. La vida social también cambia. La familia y los amigos permanecen al lado del doliente inmediatamente después de la muerte, pero luego regresan a la rutina de sus propias vidas. La soledad, la tristeza y la depresión dan paso a la capacidad de valerse por sí mismos. Las personas que se adaptan mejor son aquellas que se mantienen ocupadas.

Pérdida de uno de los padres: La muerte de uno de los padres puede ser una experiencia que ayude a crecer. Puede ayudar a que los adultos resuelvan aspectos importantes del desarrollo: lograr un fuerte sentido de sí mismos y una conciencia más realista de su propia mortalidad, junto con un mayor sentido de responsabilidad, compromiso y apego a los demás.

Pérdida de un hijo: En muy pocas ocasiones los padres están preparados para soportar la muerte de un hijo. La muerte sin importar a qué edad ocurre, representa un golpe cruel no natural y un evento inoportuno, que en el curso normal de las cosas, no debería haber sucedido. Es posible que los padres se sientan fracasados sin importar cuánto han amado y cuidado al hijo y encuentran muy difícil la pérdida.

Se debe tener presente que los ancianos son más susceptibles para las reacciones de duelo complicado, no solo por su edad, su vulnerabilidad física, el número de pérdidas que ellos experimentan, sino por el poco apoyo social que tienen.

Durante el proceso de apoyo tanatológico, se debe recordar que el anciano que pasa por un duelo complicado puede exhibir con frecuencia comportamientos manipulativos, coercitivos y de búsqueda de soporte; por el contrario, otros pueden refugiarse en el aislamiento, el mutismo y la depresión, lo que pueden conducirlos a su abandono y muerte posterior, por lo que hay que tenerlo presente durante el apoyo integral que se les otorga.

II.2.2 DUELO POR PÉRDIDA DE LA RELACIÓN DE PAREJA.

En el duelo por la pérdida de la relación de pareja, Word en (1997) nos señala que intervienen muchos factores pero principalmente los *aspectos de tipo relacional*, es decir, circunscritos a la manera como se llevaban entre sí ambas personas; los *aspectos circunstanciales*, relativos a la manera como se produjo el rompimiento de los lazos; los *factores de personalidad* que tienen que ver con la manera de afrontar el malestar emocional y finalmente los *factores sociales*, que se relacionan al tipo de redes de apoyo (si contaron o no con ellas). Además reconoce que algunas personas pueden presentar ausencia de sentimientos lo que ocurriría en razón del impacto.

Estudios como los presentados por Bowlby (1983) señalan, que los humanos sufren en algún grado el duelo tras una pérdida, pero dependiendo de la forma en que lo elabore, éste puede ser un duelo normal o evolucionar hacia duelo complicado y patológico, por lo que la intervención terapéutica es importante.

En el proceso tanatológico, se ha observado que en el duelo por pérdida de la relación de pareja hay dependencia emocional, aunque este término aún no tiene reconocimiento en la literatura científica. Sin embargo, Castelló (trabajo en prensa) ha intentado definirlo y caracterizarlo, catalogándolo como una necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja, señalando que uno de los rasgos característicos de estas personas es la incapacidad de soportar la soledad.

Con base en la anterior definición se infieren dos elementos distintivos de la dependencia emocional: 1) La necesidad de sentirse parte de una relación, con lo cual no se ve restringida a una

persona. 2) Necesidad emocional de tipo afectivo que no alcanza a catalogarse como trastorno de personalidad, aunque cuando la persona dependiente muestra alteraciones como sensación de inutilidad y abandono personal, no hay que descartar un diagnóstico diferencial.

II.2.3 OTROS OBJETIVOS

Otros objetivos que incluyen la terapéutica tanatológica son los siguientes: Ayudar a los pacientes que enfrentan pérdidas muy severas como son las amputaciones, los trasplantes, intentos de suicidio, viudez, cambio de rol, nido vacío, infidelidad, infertilidad, portadores del VIH-SIDA, la pérdida de la autoestima, la anorexia, la bulimia, pérdida del trabajo, o de alguna persona cercana afrontando un proceso de duelo.

Otro grupo de trabajo son los parientes de estas personas, porque también ellos sufren dolor, angustia y estrés, pues muchas veces se preguntan ¿por qué a pesar de una excelente atención médica, finalmente muere mi familiar? Otra de las áreas de la tanatología es la denominada "intervención en crisis", lo que significa que "en el momento de una muerte no esperada, el equipo interviene inmediatamente para ayudar a los deudos a comprender y superar el duelo" (Longaker, 1998).

Se complementa con las visiones culturales abordadas desde la antropología y su relación con el arte, los cementerios, las tumbas, las diferentes edades del individuo, la relación de ayuda y el *counselling*. La eutanasia y la sociología: funerales, historia, hospicios, ritos, dolor, suicidio y otros aspectos.

Implica las dimensiones económicas, psicológicas, sociales, morales, espirituales, biológicas y

cuantos aspectos directa o indirectamente se relacionan con el final de la vida ya que la confrontación personal con la muerte es una de las pruebas más duras para un individuo y para una cultura.

O'Connor (1996) refiere que las muchas variantes de este tema presentan un aspecto en común: el encuentro con la muerte es visto como un período trascendental de la vida, con el que hay que encontrarse dignamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bowlby-West L. (1983). *The impact of death on the family system*. Journal of Family Therapy, 5:279-294.

Centeno, C. (1999). Principios de Medicina Paliativa. En: Manual de Oncología. Editado por López L. F. González C, Santos J.A. Valladolid. Universidad de Valladolid. Pág. 181-191.

Dans EP, Kerr RM. (1979). *Gerontology and Geriatrics in medical education*. New Engl. Journal Med. 300:228.

Di Caprio L, Di Palma A. (1999). *La medicina y la muerte*. Medicina y Ética. 10:283

Gutiérrez Samperio César. (2006). *La bioética ante la muerte*. En <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>

Itassen, K. y Thompson, R.A. (2000). Psicología del desarrollo. Adulthood y Vejez. Editorial Médica Panamericana, Madrid España.

Kubler Ross Elizabeth. (1972). *On Death and Dying*. Collier Books, Macmillan Publishing. Nueva York.

Kübler Ross E. (1994). *Questions and answers on death and dying*. McMillan Publishing. Co, New York . 53:153.

Longaker, Christine. (1998). "*Afrontar la muerte y encontrar esperanza*". Editorial Grijalvo. México. D. F.

O'Connor, Nancy. (1996). *Déjalos ir con amor*. Editorial Trillas. México D.F.

Potter, V. R.. (1971). *Bioethics: bridge to future, Prentice-Hall*. Editorial Englewood. Cliffs New York

Rebolledo, Mota F. (1996). *Aprender a morir*. Fundamentos de tanatología médica. Edición Reg. 97217, México. 21:191.

Tarasco MM. (1998). *La cultura de la muerte*. Medicina y ética. No. 9: 457.

Veatch MR. (1976). *Death, dying and the biological revolution*. Yale University Press, New Haven. Vida y muerte de Sócrates. En <http://www.monografias.com/trabajos13/socrats/socrats.shtml>)

Worden, J. William. (1997). *El Tratamiento del Duelo*. Asesoramiento Psicológico y Terapia. Buenos Aires. Editorial Paidós. Pag. 46.