



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

SUICIDIO: MANEJO DEL DUELO

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA SEGOVIA HERNÁNDEZ GARCÍA

ASESOR:

LIC. JORGE MONTOYA AVECÍAS

DICTAMINADORES

MTRO. ISAAC PÉREZ ZAMORA

MTRA. ANGELA MARÍA HERMOSILLO GARCÍA

COMO PARTE DEL 7º. SEMINARIO DE TITULACIÓN:
PSICOLOGÍA EN CRISIS, EMERGENCIAS Y DESASTRES



Tlalnepantla, Edo. de México

Febrero, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Reconocimientos y Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y muy en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por haberme dado la oportunidad de formar parte de esta honorable Institución, porque ser Universitaria es algo que llevaré siempre por el resto de mi vida.

A mis asesores Lic. Jorge Montoya Avecías, Mtro. Isaac Pérez Zamora y Mtra. Angela María Hermosillo García, quienes guiaron e hicieron posible la culminación de éste objetivo.

A ti Alejandro:

Mi amor, por tu apoyo... por ser como eres...

*A Ramsés y Abigail Neferti:
Por mostrarme la felicidad...*

*A María de la Luz y Alejandro:
Por su gran apoyo y confianza...*

*A Erika y Claudia:
Por cuidar a mis angelitos...*

*A Tatis:
Por estar siempre conmigo...*

*A Lupita, Héctor y Verónica:
Por impulsarme a realizar este sueño...*

*A mi papá Bernardo (Q.e.p.d.)
Por haberme enseñado tantas cosas,
En especial, el amor por la Psicología...*

María Segovia Hernández García

Índice

| | Pag. |
|--|------|
| Resumen | 3 |
| Introducción | 4 |
| Capítulo I. EL SUICIDIO | 10 |
| 1.1 Marco histórico y conceptual del suicidio | 10 |
| 1.2 Epidemiología y estadísticas | 18 |
| 1.3 Teorías explicativas entorno al suicidio | 23 |
| 1.4 Dinámica del proceso suicida | 35 |
| 1.5 Factores de riesgo y protección suicida | 37 |
| 1.6 Evaluación y prevención del suicidio | 49 |
| Capítulo II. EL DUELO | 58 |
| 2.1 Pérdida y muerte de un ser querido | 58 |
| 2.2 Marco histórico y conceptual del duelo | 60 |
| 2.3 Elaboración del duelo | 69 |
| 2.4 El duelo después de un suicidio | 86 |
| 2.5 Orientación psicológica durante el duelo | 90 |
| Capítulo III. PROPUESTA DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO DESPUÉS DE UN SUICIDIO | 102 |
| 3.1 Justificación | 102 |
| 3.2 Sugerencia | 106 |
| 3.3 Actividades | 111 |
| 3.4 Comentarios finales | 151 |
| Conclusiones | 152 |
| Bibliohemerografía | 158 |

Introducción

El problema de la violencia se expande cada vez más en casi todas las regiones del mundo, y dentro de éste, el suicidio tiene un incremento notable en la última década, originado por múltiples factores socioeconómicos y psicosociales que lo convierten en un importante problema de salud pública (Guibert, 2002).

El suicidio existe desde que existe el hombre, teniendo en cada época y en cada sociedad un significado muy distinto. Éste ha sido explicado por la ciencia desde distintos ángulos, en los que han predominado los enfoques psicológicos, sociológicos y psiquiátrico.

Sherr (1992) menciona que históricamente, en la mayoría de las culturas el suicidio no ha sido aceptado, sobre todo en aquellas donde el peso de la religión ha sido importante, como por ejemplo en la época de Santo Tomas de Aquino, quien consideró al suicidio como un acto que va en contra de la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación.

Del mismo modo, Aristóteles lo describe como un acto contra la sociedad, la comunidad o el estado, pues se le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que puedan rendirse,

acentuando además, que es un acto contra Dios que ha dado la vida al hombre (Clemente y González, 1996).

En la actualidad existen diversas definiciones del suicidio, una de ellas es la que propone Marchiori (1998), quien lo define como la autodestrucción voluntaria de la propia vida, siendo un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente vulnerable que no puede impedirlo.

La OMS decidió adoptar esta interpretación en 1969, definiendo al suicidio, como el acto por el que un sujeto se provoca intencionalmente daños, sea cual sea “el grado de intención letal y de conocimiento del móvil” (Clemente y González, 1996).

Para comprender sobre la etiología del suicidio, Villardón (1993) comenta que las nuevas tendencias defienden la combinación de factores ambientales con distintos aspectos del individuo que le hacen vulnerable a desarrollar este tipo de conductas. Los factores que hay que tomar en cuenta son principalmente la edad, el sexo, estado civil, ocupación, actividades y nacionalidad.

De esta manera, según datos del INEGI (2003), en los últimos veinticinco años, los intentos y los suicidios consumados han ido incrementando año con año de una manera alarmante, siendo ésta la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad.

Siendo los hombres quienes consumen más el suicidio y las mujeres quienes lo intentan más.

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad; no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar y angustia. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos (Casullo, 2000). En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que las padece.

Según Guibert (2002), la comunicación que se da con la conducta suicida puede ser directa o indirecta, a veces se trata de un periodo de auxilio, un deseo de que lo contengan o lo rescaten, otras veces es un medio para manifestar la hostilidad y el odio, un modo de humillar a otros o de hacerles sentir culpables. Para muchos es una reacción a las pérdidas, la separación y el abandono, para algunas personas puede representar la liberación de la desesperanza.

También expresa que el suicidio puede ser una reacción a un estado tóxico como los producidos por diversas drogas, o a las distorsiones cognitivas que ocurren en caso de enfermedad depresiva o esquizofrenia.

Es en estos casos, donde se requiere de una evaluación psicológica del riesgo suicida. Se necesita seguir una estrategia amplia con el fin de controlar, reducir y prevenir el suicidio en forma eficaz. La meta de la prevención, es reducir el comportamiento suicida, el objetivo es identificar las áreas y direcciones que pudieran proseguir, con el fin de ejercer una influencia positiva en los individuos potencialmente suicidas (Sherr, 1992).

Así mismo, es de suma importancia la implementación de estrategias de prevención a los actos suicidas porque éstos provocan diversos y complejos estados emocionales en el núcleo familiar, en los amigos íntimos y, a veces, en el entorno escolar, laboral y social.

Como lo señala Dumay (2000), el suicidio de alguien tiene efectos traumáticos sobre los familiares y amigos que le sobreviven. Los sentimientos de negación, culpa e ira se magnifican. Si alguien amado muere, de muerte natural o en un accidente, pueden seguir sentimientos de culpa, pero en el caso del suicidio, estos sentimientos cobran una fuerza inusitada: "Si yo hubiera comprendido o le hubiera demostrado mi amor, no estaría muerto." "¿Por qué no me di cuenta de que estaba tan deprimido?". La ira contra sí mismo o contra el suicida puede cambiarse en odio ante lo que esa persona "nos hizo". Resulta innegable que una dosis de las emociones que conducen a un ser humano al suicidio es la noción de "castigar" a quienes considera que le han fallado por no amarle lo suficiente, por no comprenderlo, por no apoyarlo, etc.

Al respecto, Hinton (1974), indica que en ocasiones el reproche dirigido hacia sí mismos se expresa con convicción tan vehemente y con tanta fuerza, que quienes han tenido que soportar una pérdida irreparable necesitan un tratamiento psicológico para que no se hagan daño a sí mismos. Los intentos de suicidio y el suicidio mismo no son raros, en las circunstancias que le siguen a la muerte de un ser querido. La culpabilidad no constituye el único motivo, algunas personas, se convencen de que la vida ya no vale la pena y llegan a una conclusión aparentemente lógica poniendo término a sus propias vidas.

Por lo general es su estado de ánimo deprimido lo que no les deja ver que la vida puede resultar gozosa de nuevo, cuando el dolor haya cesado. Al respecto, Smud (2001) expone que el duelo es el paradigma de lo doloroso, pero también es la posibilidad de llevar a delante nuevas posiciones, nuevos actos, nuevos destinos.

El duelo es una reacción, aunque terrible, natural ante la muerte de un ser querido y la mayoría de las personas pueden trabajar su dolor completo con el apoyo de los familiares y amigos. Sin embargo, cuando se trata del duelo por suicidio, es muy difícil superar sin un adecuado apoyo profesional, puesto que algunas personas se apartan de sus parientes y amigos afligidos en su pena, y es para quienes se necesita la oportunidad de hablar confidencialmente que el servicio de orientación es esencial. Una persona dispuesta a escuchar ayudará a

aligerar la aflicción de la infelicidad y a liberar las emociones reprimidas.

Referente a lo anterior, Sherr (1992), comenta que un servicio de orientación durante el duelo realiza dos funciones principales. Los orientadores brindan apoyo emocional y práctico a quienes han perdido a un pariente o amigo y los ayuda a trabajar su dolor con el fin de salir de la crisis, de elaborar por completo el proceso de duelo y capacitarlos mejor para reestablecer una vida más significativa.

Por estos motivos, es de suma importancia implementar un programa de orientación psicológica a familiares o personas significativas a un suicida, puesto que muchas veces el grado de afectación no puede ser resuelto como un proceso de duelo normal, y es necesario un apoyo profesional para poder despedirse de una manera placentera de ese ser querido que ya no está más.

Es así como se llega a objetivo principal de esta tesina, el cual es realizar una investigación de tipo documental sobre el tema del suicidio que culmine en la propuesta de orientación psicológica en la elaboración del duelo después de un suicidio.

Capítulo I

EL SUICIDIO

“El pesar oculto, como un horno cerrado, quema el corazón hasta reducirlo en cenizas”.
W. Shakespeare.

1.1 Marco histórico y conceptual del suicidio

Para adentrarnos en el estudio del suicidio, es importante comprender como ha sido tratado a lo largo de su historia, por lo que Guibert (2002), nos describe como a sido considerado por diferentes autores hasta llegar a las concepciones actuales.

El suicidio ha estado presente entre los hombres desde su surgimiento como ser social, afectando a todo tipo de personas e incluso a grupos. En un inicio, el suicidio había sido abordado principalmente por la religión y por la filosofía.

Desde la religión, en especial con la religión católica, el suicidio era considerado una mala muerte, una condición no aceptada a tal grado que al suicida se le negaba la sepultura en el campo santo, se estigmatizaba a los seres cercanos al suicida, y si no se podía ocultar por otros medios era calificado de enajenación mental o de locura y la sociedad no era partícipe de eso.

En el siglo IV, cuando San Agustín opinó sobre su oposición al suicidio, la iglesia católica empezó a considerarlo como un pecado mortal, sujeto a los castigos más severos, y esta posición influyó durante toda la Edad Media.

Contrariamente a las sociedades donde se penaba el suicidio, había otras donde se le consideraba un hecho positivo y de valor. La Grecia de la antigüedad era tolerante con el suicidio, lo aceptaba como la entrega última y voluntaria a los dioses, resultado de un razonamiento altruista que no fuera producto de desgracias personales o fanatismo, y sólo se consideraba legítimo cuando era autorizado por el Estado.

Davis Hume (1711 – 1776), trató por vez primera el suicidio como algo normal y optativo para una persona, reuniendo una serie de razonamientos de orden ético, teológico y social para dar justificación y coherencia a la conducta suicida, con intención de rebatir la idea del suicidio como un pecado u ofensa contra Dios, contra el prójimo o contra uno mismo.

Es así, hasta que en la época moderna, el estudio del suicidio dio un giro total en su análisis con la publicación de la obra *“El suicidio”*, en 1897 de Emilio Durkheim, donde analizaba las variables sociológicas del suicidio utilizando las estadísticas europeas y en el que quedó establecido el modelo para las investigaciones sociológicas de ese comportamiento. Él definió al suicidio como toda muerte que

resulta medita o inmediata de un acto positivo o negativo efectuado por la propia víctima a sabiendas de que habrá de producir ese resultado (Durkheim, 1976).

Aunque Durkheim fue el precursor en el en el estudio del suicidio, en la actualidad existen diversas definiciones, es así como La Real Academia Española (2006), menciona que etimológicamente la palabra suicidio proviene del latín *sui caedere* que significa matarse a uno mismo y es definido como el acto de quitarse la propia vida y; acción o conducta que perjudica muy gravemente a quien la realiza.

Para Edwin Stengel (1965, en Marchiori, 1998), investigador y estudioso de esta problemática, el suicidio significa el acto fatal de la muerte, y el intento suicida el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento destructivo. Aclara que el suicidio parece ser la acción más personal que un individuo pueda asumir; sin embargo, las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues posee un profundo impacto social; y aunque parece dirigido solamente a la destrucción de uno mismo, es también un acto de agresión contra los otros.

Así mismo, para Shneidman (1973, en Guibert, 2002), el suicidio es el acto humano de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado, que delimita un problema para el acto que es percibido como la mejor solución. Según él, para comprender el suicidio hay que conocer los

pensamientos y sentimientos del sujeto, el funcionamiento del yo (personalidad), los conflictos concientes de la persona, las relaciones e integración con su prójimo y su participación sociomoral en sus grupos de referencia.

Kaplan (1994, en Campos, 2004) lo define como el acto conciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas. Expresa que el suicidio no debe ser considerado como un acto realizado al azar o sin sentido, ya que al contrario, es para la persona que lo comete, la salida a un problema o una crisis que le causa intenso sufrimiento. Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación, desamparo; conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable; una disminución de las alternativas, así como una gran necesidad de escapar.

Por último, según el INEGI (2007), el suicidio es la forma de muerte violenta resultado de una decisión individual que, si bien puede parecer incomprensible, obedece a múltiples factores: biológicos, psicológicos, culturales, económicos y sociales. Del mismo modo, define al intento de suicidio como la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación del auto-homicidio, es decir, es la intención de la persona por terminar con su propia vida. El éxito o el fracaso de los intentos de suicidio tienen como factor sustancial el acceso o

selección de los medios que el individuo utiliza para atentar contra su vida.

Por otro lado, dentro del proceso suicida hay que tener claros ciertos conceptos que giran en torno al tema, por lo que a continuación se mencionan los tipos de suicidio o las diversas formas en que se manifiesta esta conducta.

Según Hernández (2006) se pueden diferenciar los siguientes tipos de suicidio: suicidio consumado; intento de suicidio; ideación suicida, suicidio indirecto, plan suicida, parasuicidio, suicidio colectivo y por último el suicidio racional, los cuales se exponen a continuación:

Suicidio consumado: Se refiere a la muerte por herida, envenenamiento o asfixia, cuando existe evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que el suicida, en efecto, pretendía quitarse la vida.

Para la OMS (1985, en Hernández, 2006) el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte.

Intento de suicidio: Se trata de una conducta de auto lesión potencial con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia explícita o implícita de que la persona pretendía, en algún grado,

matarse. Un intento suicida puede o no resultar en lesiones y respecto al deseo de morir, muchos de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar.

La OMS (1986, en Hernández, 2006) estableció una definición de intento suicida como un acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte que, sin la intervención de otros, le causará autodaño.

El intento de suicidio es, por tanto, un acto suicida sin consecuencias fatales, bien porque la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial letal bajo. La mayoría de las personas que hacen algún intento de suicidio están ambivalentes respecto al deseo de morir, de hecho, el intento puede ser una demanda de ayuda y puede fallar porque es más fuerte el impulso de vida.

Ideación suicida: Se refiere a cualquier pensamiento o pensamientos auto reportados de involucrarse en conductas suicidas; no se incluyen aquellos pensamientos que solo refieran la idea de muerte o deseo de morirse sino pensamientos específicos de matarse.

Suicidio indirecto: El comportamiento autodestructivo puede ser directo o indirecto; en el primero, se incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado. El segundo es

caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas. Ejemplos de este tipo indirecto de conducta suicida son el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el hábito fumar, comer excesivamente, descuidar la propia salud, provocarse automutilaciones, la adicción a someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, hacer huelga de hambre, llevar un comportamiento delictivo y conducir de forma imprudente.

Al respecto Quintanar (2007), alude que el ser humano a menudo lleva acabo acciones autodestructivas, como fumar, beber en exceso o practicar deportes de riesgo pero la intención habitualmente no es acabar con la propia vida, sino experimentar determinado placer. Cuando una persona tiene una intención de suicidio no busca el deleite, sino acabar con el sufrimiento porque su visión del “túnel” no permite ver otras salidas.

Plan suicida: Se debe explorar hasta dónde se ha formulado y reportado un plan claro de cómo pretenden quitarse la vida; por ejemplo, si el plan incluye cómo se logrará el suicidio, la disponibilidad del método, la letalidad del método y el tiempo y momento propuestos (incluyendo la probabilidad de ser descubierto y detenido).

Parasuicidio: Se refiere a conductas variadas que van desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con

la propia vida. Comprende actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el sujeto que las ejecuta; tales actos deben ser poco habituales. De manera que, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se incluyen en esta categoría.

Los gestos suicidas son aquellos planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas probabilidades de éxito. Normalmente, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento y prevenir la repetición de intentos.

Suicidio colectivo: Como su nombre lo dice, la conducta autodestructiva es llevada a cabo por varias personas a la vez. En este tipo de suicidios, lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.

Suicidio racional: Dentro del tema del suicidio existen otras dos categorías de conductas humanas, la eutanasia y el suicidio asistido:

La eutanasia, es la muerte provocada por la propia voluntad, por considerar que su existencia es fútil, ya sea por sufrimiento físico o por hallarse desprovista de sentido y, en la práctica, consiste en realizar acciones directamente destinadas a terminar la vida o en no aplicar ninguna medida terapéutica que pueda prolongar la vida del paciente.

Por otro lado, el suicidio asistido es cuando la acción de quitarse la vida es realizada por el propio enfermo, quien es ayudado por una persona vinculada o no al sector salud.

1.2 Epidemiología y estadísticas

Se dice que actualmente, el suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de salud pública que provoca casi la mitad de las muertes violentas y alcanza casi un millón de víctimas en un año (INEGI, 2003).

En un estudio realizado por el INEGI en el 2007, se despliegan diversos datos importantes en torno al suicidio en el mundo y en México.

De esta manera, manifiesta que la tasa de suicidios más alta se ubica en Europa del Este, y la más baja en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos.

Los suicidios son una de las tres primeras causas de muerte entre jóvenes de los países de América: 18% corresponden a personas de 15 a 24 años de edad. Los países con las tasas más elevadas son: Canadá, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela; y las más bajas las presentan Colombia y Paraguay.

En Estados Unidos, se clasifica como la octava causa general de muerte en este país, después de cardiopatías, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, neumonía, diabetes mellitus y cirrosis.

Entre los factores de riesgo que predisponen la consumación del suicidio en el mundo, cabe citar el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes de maltrato en la familia, el aislamiento social, la depresión y otros trastornos psiquiátricos; entre los métodos más comunes del suicidio destacan los pesticidas, las armas de fuego y los fármacos.

Un dato importante confirmado a nivel mundial es que el suicidio es menos frecuente entre practicantes adscritos a grupos religiosos (sobre todo católicos), que suelen estar respaldados por sus creencias y apoyados por fuertes vínculos sociales que los protegen frente a actos autodestructivos.

Por otro lado, hablando específicamente de nuestro país, la información estadística que existe sobre intentos de suicidio y suicidios emana de los testimonios extraídos de los registros administrativos de las agencias de Ministerio Público y después los datos son procesados por el INEGI.

Es así como según el INEGI (2007), en el año de 1916 se inicio la difusión de las estadísticas de intentos de suicidio y suicidios, en donde se habla de los suicidios ocurridos hasta 1926 en la ciudad de

México, observándose un promedio anual de 52 suicidios consumados y frustrados: 36 de hombres y 16 de mujeres.

El análisis de esta información ha permitido evidenciar que en la actualidad el suicidio ha incrementado. Para tener una aproximación de su comportamiento, se presenta la tasa de suicidios en México en los últimos 15 años. Este indicador muestra una tendencia ascendente de 1990 al 2004, al pasar de 1.6 a 3.2 suicidios por cada cien mil habitantes.

De esta manera, al analizar por sexo la frecuencia de estos sucesos, se aprecian más suicidios de hombres que de mujeres: por cada 100 suicidios de varones se producen 21 de mujeres, en tanto que son más frecuentes los intentos de suicidio fallidos de las mujeres que de los hombres, 112 por cada 100.

En general la estructura por edad de la población que intenta suicidarse es más joven que la de la población que se suicida. Entre los individuos de 15 a 24 años el 45.5% se intentan suicidar y el 28.9% lo consuman. En 2004, el mayor porcentaje de los intentos de suicidio se observa en el grupo de 15 a 19 años de edad (28.6%). En el caso de los suicidios, se presenta en el grupo de 20 a 24 años (16.6%).

En la estructura por edad y sexo de las personas que fallaron en su intento de suicidio se observa un peso singularmente mayor (casi la quinta parte) en el caso de mujeres entre 15 y 19 años. En cambio, en

la estructura de las personas que se suicidaron, se aprecia un notable predominio de hombres en casi todos los grupos de edad, sobre todo en los de 20 a 29 años y en el de 60 años y más.

De los intentos de suicidio con causa registrada destaca el disgusto familiar, con 28.5%, le siguen los motivos amorosos, con 13.5%, y las enfermedades mentales, que explican 6.7% del total.

Entre los suicidios con causa definida destacan por los pesos porcentuales más altos: el disgusto familiar (8.4%), las razones amorosas (6.9%) y la enfermedad grave (5.2%), proporciones que también se observan en los suicidios masculinos, en tanto que en los suicidios femeninos la causa más significativa que es el disgusto familiar alcanza un peso de 10.5%, le sigue la amorosa con 7.7%, y la enfermedad mental, la cual absorbe 6.1% de los suicidios de mujeres.

Asimismo, se ha confirmado que el éxito o fracaso de los intentos de suicidio tienen como factor sustancial el acceso o elección de los medios. Se ha observado que los métodos que usan los hombres para suicidarse difieren de los que emplean las mujeres. En el caso de las mujeres que fallaron en su intento suicida, 64.7% usaron la intoxicación por medicamentos y 15.7% un arma blanca; en cambio los hombres emplearon un arma blanca (24.1%) y la estrangulación (20.9%). Las que si consumaron el suicidio usaron la estrangulación (56.2%) y el veneno tomado (16.3%); mientras que los varones se estrangularon (71.3%) o se dispararon con un arma de

fuego (17.4%), principalmente.

Las diferencias entre los sexos masculino y femenino en cuanto a este fenómeno, sugiere la reflexión acerca del contexto social en el que se presenta el suicidio, en particular de jóvenes y adultos mayores, por los problemas que suelen estar presentes alrededor de estos grupos de población y que se ubican en el plano amoroso y familiar, más frecuentemente en el caso de los jóvenes, y en los trastornos depresivos que padecen más los adultos mayores, por el proceso de envejecimiento y los patrones socioculturales que los conducen a la soledad, el abandono y a la pérdida de autoestima.

Por otro lado, en los intentos de suicidio, el peso de las personas que no poseen hijos (29.5%) es mayor que el de las que sí tienen hijos (27.5%). En el caso de las personas que se suicidaron la relación es inversa, registrando las personas con hijos 37.7% y las personas sin hijos 31.3%. Durante el año 2004, de cada 100 intentos de suicidio registrados, 42 fueron cometidos por personas solteras y 34 por casadas.

Por último, la incidencia del fenómeno por entidad federativa cuyo nivel es de 3.2 suicidios por cada cien mil habitantes en el país, es más significativa en: Campeche, Yucatán, Tabasco, Baja California Sur, Durango y Aguascalientes.

Es importante tomar en cuenta estos datos estadísticos, puesto que como se ha podido observar, año con año ha ido incrementando esta conducta, por lo que es importante definir acciones preventivas para poder disminuir tal problema.

1.3 Teorías explicativas entorno al suicidio

La exposición sintetizada de las principales aproximaciones teóricas al estudio del suicidio nos dará una visión general del estado del conocimiento sobre el tema. Así, en este apartado se mencionan tres de las explicaciones teóricas más importantes en torno al tema del suicidio, como lo es la perspectiva Sociológica, la Psiquiátrica y la Psicológica. De tal manera que al analizar las diferentes teorías sobre el suicidio, se puede abordar el tema de una forma multidisciplinaria para su mejor comprensión.

1.3.1 El suicidio desde la perspectiva Sociológica

La vertiente sociológica plantea que el suicidio es un producto de, o determinado por un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim, quien aborda el suicidio desde una perspectiva etiológica, tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual.

Lo que Durkheim (1976) propone básicamente es una explicación social de la tasa de suicidios. Dicha tasa esta potenciada por una falta o un exceso de integración y/o regulación en la sociedad. Los factores individuales, no pueden dar cuenta de la inclinación de una colectividad al suicidio, sino que solamente pueden explicar la concreción de dicha tendencia suicida social en casos individuales.

Las teorías sociológicas más recientes son las de la integración del estatus, en la actualidad autores como Henry y Short (1954, en Guibert, 2002), retoman a Durkheim con el fin de cubrir lagunas de su teoría y de la relación estatus – personalidad. Así se pueden ver dos ideas principales: En la primera, sus ideas básicas eran que cuanto más integrado socialmente (o menos conflictivo) sea un conjunto de estatus (edad, raza, estado civil, etc.), tanto más frecuente será que esté ocupado por miembros de la sociedad y así estará menos asociado con el suicidio, y que cuanto más bajas sean las tasas de suicidio más conformidad tienen las personas con sus expectativas sociales y es menor el conflicto con su rol. La segunda incluye variables psicológicas y afirma que el cambio en el estatus socioeconómico es la causa sociológica fundamental del suicidio, pero algunos individuos tienen una personalidad que ante la frustración reaccionan con agresión y éstos son los más propensos al suicidio.

Por último, Quintanar (2007), hace un análisis sobre la responsabilidad que se tiene como sociedad con relación al suicidio. Expresando que la palabra suicidio tiene una connotación negativa

que suele ir orientada a las acciones de un individuo o un grupo de individuos que se suicidaron en un tiempo o lugar definido, pero él resalta que es importante pensar, qué hemos hecho (o qué tenemos) como sociedad o comunidad que ha permitido que alguien optara por esa vía. Esto no quita la responsabilidad individual de quien se suicida, sino simplemente nos permite pensar en el suicidio de otra forma.

1.3.2 El suicidio desde la perspectiva Psiquiátrica

Desde esta perspectiva, el suicidio se ha considerado principalmente desde dos orientaciones, la clásica y la epidemiológica.

En la clásica se entiende al suicidio desde el concepto de enfermedad mental; esto es, desde una perspectiva individual y patológica. La versión más radical nos dirá que el suicidio es, de hecho, una enfermedad mental, mientras que la versión más moderada tendera a ver el suicidio como una consecuencia de la enfermedad mental (Villardón, 1993).

La psicopatología de la conducta suicida se caracteriza por depresión aguda severa con sentimientos de devaluación, desamparo, desesperanza, culpabilidad, rabia, impotencia y angustia intensa, cuya evolución es acompañada de ideas suicidas y acopio de medios para autolesionarse, en un medio familiar desorganizado y caótico con ausencia de red social de apoyo. Todo esto entremezclado con

manifestaciones de cuatro trastornos subyacentes: los depresivos, los esquizofrénicos, las demencias y delirios, el alcoholismo y las adicciones (Quintanar, 2007).

Los estudios realizados en torno a la intervención de los factores biológicos en la depresión explican una complicada red de ínter influencias entre la carencia de serotonina por déficit funcional, que podría causar la aparición de enfermedades depresivas en primera instancia y después el suicidio, y por otro lado, la dopamina, quien está implicada de manera importante en la depresión y su aumento disminuye dicho síndrome.

Las principales críticas que puede hacerse a la concepción individualista y patológica del suicidio son que no aclara por qué algunos pacientes psiquiátricos se suicidan y otros no. Además, esta perspectiva no tiene en cuenta las vivencias del sujeto, los problemas y situaciones con los que se ha encontrado durante su existencia en el mundo y que pueden haberle hecho la vida más o menos fácil.

La epidemiología psiquiátrica constituye un intento por salir adelante de estas críticas y trata de aunar aspectos patológicos, individuales con variables sociales.

De esta manera, expone que la probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el

conjunto de factores de riesgo. Entre estos factores se distinguen las variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

Según Guibert (2002), los dominios son: Enfermedades psiquiátricas, principalmente trastornos afectivos en adultos y de conducta y depresión en jóvenes. Rasgos de personalidad como agresividad o impulsividad, desesperanza y ser antisocial. Factores psicosociales como falta de apoyo social, percepción negativa de acontecimientos de la vida, experiencias humillantes y pérdida de seres queridos. Factores genéticos y antecedentes de suicidio en familiares. Variables neuroquímicas, sobre todo deficiencia del neurotransmisor serotonina.

Estos factores operan durante el ciclo de vida en todos los grupos de edad, y su presencia en el individuo incrementa el riesgo suicida, al mismo tiempo que ayuda a explicar por qué solamente algunas personas que sufren trastornos psiquiátricos son las que intentan o consumen el suicidio y otras no.

1.3.3 El suicidio desde la perspectiva Psicológica

Desde el ángulo de la Psicología, los iniciadores en el estudio del suicidio fueron Freud y Menninger, que se apoyaron exclusivamente en los mecanismos relacionados con el psiquismo del individuo para explicar el fenómeno.

La posición psicoanalítica sobre el suicidio es que éste representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado (Guibert, 2002). Por ejemplo, alguien se mata para matar la imagen de un padre amado y odiado que se lleva dentro.

Villardón (1993), menciona que en un principio, Freud habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se proponía a sí mismo. Pero posteriormente, el suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte), es este sentido, todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte.

El mismo autor comenta que Menninger (1938), consideró que los impulsos hostiles podían expresarse por las vías siguientes: impulsos derivados en una modificación de la agresividad primitiva cristalizados con el deseo de ser matado, o impulsos de agresividad primaria y motivos adicionales sofisticados como el deseo de morir. Además afirmó, que de acuerdo con el concepto freudiano de instinto de muerte, existe en todos nosotros pensamientos hacia la propia destrucción, y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio, cuando combinan muchas circunstancias y factores. La actividad autodestructiva emerge cuando el funcionamiento del elemento neutralizante del amor es incompleto o ineficaz.

Otros autores han examinado el suicidio desde el punto de vista psicoanalítico aportando elementos importantes en diferentes aspectos de este problema de salud.

Para Hendin (1996, en Guibert, 2002), es esencial conocer las actitudes y fantasías de los pacientes en relación con la muerte y el acto de morir. Estas fantasías de muerte, que preceden al acto final, suelen aparecer en un periodo de crisis psicológica y conflicto emocional en aumento. Las fantasías suelen tomar forma de deseos, como: un deseo cansado de escapar, un deseo culpable de castigo, un deseo erótico de rendición masoquista apasionada, un deseo hostil de venganza y un deseo esperanzado de rescate.

Otro elemento importante son los mecanismos de defensa del *ego*. Algunas personas recurrirán a la negación, distorsión y proyección en momentos de crisis, con lo que tendrán más dificultades para diferenciar la realidad de la ficción. La fantasía puede convertirse en suicida cuando ésta cobra intensidad emocional y representa la reunión con el objeto perdido, a través de la muerte.

Sin embargo, cabe mencionar que la corriente psicoanalítica en la interpretación del suicidio adolece de la misma limitación que la sociológica; una enfatiza parcialmente en los fenómenos psicológicos, mientras que la otra lo hace con los factores sociales, aunque ambas en su evolución muestran una tendencia hacia un pensamiento integrador para explicar un complejo fenómeno como el suicidio.

Por otro lado, el estudio del suicidio a partir de *la perspectiva cognitiva* se inició en la década de los años 60 con Beck. Él empezó a evaluar de forma crítica la estructura del psicoanálisis. Observa que los pacientes deprimidos no necesitan sufrir sino que tienden a evitar toda situación o conducta que les provoque dolor (desaprobación, rechazo, etc.). Se observa principalmente que los pacientes interpretan la realidad de forma distorsionada (Montalban, 1998).

De esta manera, el modelo cognitivo de Beck (1983), presenta dos aspectos que lo destacan de las demás teorías existentes. Por un lado fue el primero en sustentar que la depresión es un desorden del pensamiento más que del afecto, es decir, tiene primacía causal cognitiva, y los síntomas afectivos, motivacionales, comportamentales y fisiológicos del síndrome depresivo son consecuencia de tal déficit. Por otro lado, fue el primero que postuló un modelo informacional en psicopatología, basado en un paradigma integrado de esquema mental, distorsiones cognitivas y pensamientos negativos.

Lo cognitivo es definido como la forma en que los individuos perciben, interpretan y explican su entorno. Este proceso activo, por el cual se seleccionan los estímulos, se les asigna significados determinados y se les responde de forma conductual y emocional, es variable, ya que está fuertemente influido por aprendizajes anteriores y por el estado mental de cada individuo. Así, pueden producirse errores en la percepción y en la interpretación, dando lugar a respuestas desadaptativas (Montalban, 1998).

Beck (1983), ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio, basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra deprimido o dentro del proceso suicida, adquiriendo una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.

Para explicar la “triada negativa”, menciona que en primer lugar, el individuo se ve a sí mismo sin habilidades, sin valía y tiende a atribuir todo lo negativo que le sucede a sus características personales. De tal manera que, desarrollará sentimientos de minusvalía e incapacidad con lo que “no podrá nunca ser feliz”.

En segundo lugar, el sujeto interpretará el mundo que lo rodea de forma negativa. El mundo se convierte en amenazante, en un mundo que tan solo le pone obstáculos y trampas que le impiden alcanzar sus metas. Su visión del mundo es absolutista “o es un ganador o es un fracasado”, aunque puedan existir soluciones o interpretaciones alternativas que resuelvan sus conflictos, no las tienen en cuenta.

Por último, la interpretación del futuro es del mismo modo negativa. Las dificultades actuales se espera que sean eternas, e incluso que empeoren. El individuo cree que no puede remediar la situación y no inicia ninguna acción, por lo que esta inactividad refuerza sus creencias de ineficacia e inutilidad, y acaba pensando que es una carga para los demás y que la única solución para sus

problemas es morir. Estos pensamientos reflejan la desesperanza; variable psicológica crucial en la conducta suicida.

El dolor psicológico, en estas circunstancias, se hace intolerable; todo lo que rodea al individuo es negativo, insatisfactorio, plegado de obstáculos, “sin solución”, su futuro no se presenta mejor y, además, él se ve a sí mismo incapaz de resolver esta situación, con lo que el suicidio se convierte en la acción más deseable para cesar el sufrimiento.

Por otro lado, Ellis (2000), que desarrollo la Terapia Racional Emotiva (TRE) señala la presencia de patrones de pensamientos irracionales o distorsionados, que se hacen evidentes en las verbalizaciones derivadas de la hipótesis que el individuo establece acerca del mundo y de lo que le sucede.

Según este autor, los suicidas tienden a utilizar un acercamiento pasivo para la solución de sus problemas, esperando que éstos se resuelvan por sí mismos o que otros los resuelvan. Presentan una orientación general de los problemas inapropiada; les resulta difícil generar soluciones a los problemas una vez que los identifican; tienden a prestar atención a las consecuencias negativas que generan; y no aplican de forma adecuada las soluciones encontradas.

Resumiendo, desde la perspectiva cognitiva los pacientes suicidas presentan patrones cognitivos distorsionados y negativos que

se hacen evidentes en creencias irracionales; en errores sistemáticos en el procesamiento de la información; en una visión negativa del mundo, del futuro y de sí mismo (triada cognitiva); con déficits en la resolución de problemas, impulsividad o control externo. Todas estas variables psicológicas conducirán a creer que el suicidio es la mejor de las soluciones.

Por otro lado, la conducta de autoaniquilación, también puede ser explicada mediante las *crisis suicidas*, las cuales son un tipo particular de crisis y se caracterizan porque pueden llevar a un abrupto e irreversible final con el impacto de una muerte trágica. Su característica principal es que se presentan en un intervalo de una duración relativamente corta, típicamente horas o días; así, si una persona que se encuentra en el cenit de la autodestructividad es ayudada se puede prevenir, pero si no, se suicida.

Otro aspecto a considerar es la *vulnerabilidad para el suicidio*, donde se dice que la personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad y vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento voluntario auto-destructivo.

Según Marchiori (1998), la vulnerabilidad significa, desde una perspectiva criminológica, no poder percibir el peligro de la agresión y de la autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar y de protegerse. Es una personalidad fragmentada, dividida, silenciada, que realiza el comportamiento intencional autodestructivo en un medio

familiar y sociocultural, que por múltiples factores y circunstancias, no puede impedirlo. Representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio.

Entre los aspectos más significativos de un estado de vulnerabilidad se observan en relación al suicidio: Proceso de duelo por la muerte, pérdida emocional, abandono; situación de crisis personal, desvalorización; conflicto nuevo e inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales; procesos de victimización, culpa – castigo vinculado a conflictos familiares; crisis económica – social como los altos índices de desempleo, colapsos económicos sociales e indiferencia sociocultural; graves procesos de victimización, víctimas de hechos delictivos o de desastres; suicidio por toxicomanías o vulnerabilidad de drogodependencia y vulnerabilidad por discapacidad física o por enfermedad mental.

Del mismo modo, afirma que los acontecimientos familiares, sus relaciones y sus comunicaciones pueden acentuar la vulnerabilidad o por el contrario reconstruir sus redes en una contención emocional que permita superar estas vivencias de muerte.

1.4 **Dinámica del proceso suicida**

Para entender por qué se suicida una persona, se debe diferenciar entre condiciones que son de riesgo y aquellas que son las detonadoras o precipitantes del suicidio.

González y colaboradores (1998), comentan que los factores precipitantes son aquellas condiciones que en un momento dado llevan al acto suicida o suicidio consumado. Refieren que los factores condicionantes son, básicamente, el conjunto de condiciones que a lo largo de la vida han precipitado en el desarrollo de la persona el distorsionar, debilitar o disminuir la fuerza de su estructura psicológica y patrones adaptativos. Se toma en cuenta las condiciones en que nació, los antecedentes familiares y de salud, los momentos históricos y sociales y las condiciones económicas presentadas.

Así mismo, el estado emocional propio de todos los suicidas se caracteriza por la angustia y la desesperación que les resultan imposibles de controlar. Este proceso psíquico comprendería: La idea del suicidio, es decir, la representación mental del acto, estas ideas de muerte van estructurando una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación social. Además, la preparación del suicidio, aquí se dan los comportamiento y actos preparatorios para la acción, por ejemplo comprar veneno, las armas, escribir cartas, preparar el funeral, despedirse de los familiares. Tales acciones son indicios o advertencias de su intento de suicidio.

Saber reconocer estos indicios es el primer paso para tomar las acciones que puedan salvarle la vida a la persona, por lo que existen ciertas “señales de alerta”, muy significativas, las cuales según FEAFES (2006) son: Hablar de suicidarse, verbalizando “quiero matarme” o “voy a suicidarme”; ofrece señales como “no seré un problema por mucho tiempo más” o “si me pasa algo quiero que sepan que...”; comunica sentimientos de soledad y asilamiento; manifiesta emociones contenidas de alejamiento y huida; expresa sentimientos de impotencia, aburrimiento, inutilidad, fracaso, pérdida de autoestima, desesperanza; no responde a los elogios; tiene dificultades para comer o dormir; muestra cambios radicales en su comportamiento; se aleja de sus amigos y/o actividades sociales; pierde el interés en sus afecciones, sus estudios, por su trabajo; regala sus posesiones más apreciadas; corre riesgos innecesarios; pierde el interés en su apariencia personal; aumenta el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas; cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse; piensa que su sufrimiento es muy grande o ha durado tanto que cree que ya no puede con él; piensa constantemente en la muerte; tiene ideas bien definidas sobre cómo quitarse la vida; tiene dificultad para concentrarse; le da vueltas y más vueltas a problemas que parecen no tener solución; aumentan las molestias físicas, frecuentemente asociadas a conflictos emocionales; escucha voces que le instruyen a hacer algo peligroso; empeora un posible estado de depresión; pérdida reciente y seria (como de una relación amorosa) o amenaza de pérdida; intento de suicidio previo; y finalmente, impulsividad, imprudencia, o intrepidez fuera de carácter.

Cabe mencionar, que las señales de alerta mencionadas se dan a menudo como parte de la vida diaria de cualquier persona, y no suponen necesariamente ninguna alarma, no obstante, estos indicios han de vigilarse detenidamente en los grupos de riesgo suicida.

1.5 Factores de riesgo y protección suicida

Los factores de riesgo pueden considerarse como aquellos que llevan al suicidio o están asociados con él; es decir, las personas que manifiestan los factores de riesgo tienen mayor potencial de tener comportamiento suicida. Los factores protectores, por otra parte, reducen la probabilidad del suicidio, éstos aumentan la fuerza de carácter y pueden servir de contrapeso a los factores de riesgo.

Los factores de riesgo, al igual que los de protección, pueden ser de naturaleza biopsicosocial, ambiental, o sociocultural. Comprender la relación interactiva entre los factores de riesgo y de protección en el comportamiento suicida, y cómo esta interacción puede modificarse, son retos para la prevención del suicidio.

1.5.1 Factores de riesgo suicida

Para evaluar el riesgo de suicidio Quintanar (2007) plantea que hay que tener en cuenta los siguientes indicadores:

María Segovia Hernández García

Factores por considerar: Edad, sexo, estado civil, empleo, salud física y mental, historia previa, desesperanza, duelo, estrés, conflictos interpersonales, evidencias biológicas, identificación y genética.

Factores de riesgo suicida: Existencia de antecedentes de conducta suicida previa y presencia de patología psiquiátrica que confiere vulnerabilidad. Dichos factores adquieren importancia si la persona es de sexo masculino, soltera, adulto o de edad avanzada, viudo o separado, desempleado, si padece alguna enfermedad médica crónica y si tiene acontecimientos vitales negativos.

Factores asociados al reintento: Ideas suicidas, trastornos de ánimo como la depresión, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, trastorno de pánico, trastorno de conducta alimentaria, trastornos de personalidad y esquizofrenia.

Indicadores psicológicos de riesgo suicida: Desesperanza y conducta suicida; factores cognitivos negativos; rasgos antisociales como la impulsividad, la hostilidad, la agresividad, el pesimismo, la baja autoestima y el consumo excesivo de drogas. Además, cuando se tienen problemas aunados a eventos negativos, como rupturas afectivas, acontecimientos adversos, dificultades familiares y de pareja o muerte de pareja. Así mismo, si existen estresantes de la vida cotidiana o que dependen de la etapa vital.

Evaluación del riesgo suicida: La suicidalidad actual, antecedentes suicidas, sintomatología relevante, antecedentes psiquiátricos, situación psicosocial, rasgos de personalidad, historia familiar, antecedentes de desarrollo y nivel de cuidado médico psiquiátrico.

En caso de padecimiento de esquizofrenia, Clemente y González (1996) recomiendan revisar si existe: antecedentes de tentativas, preveía de sintomatología psicótica negativa, gravedad de la descompensación psíquica, situaciones derivadas de la medicación y aparición de voces delirantes.

Según Hernández (2006), existen cinco factores principales: las características personales, las características familiares, ciertas circunstancias de la vida, los factores socioambientales y los factores contextuales, los cuales se explicaran a continuación:

Dentro de las *características personales*, se incluyen algunos padecimientos psiquiátricos, los intentos previos de suicidio y algunos factores biológicos.

De esta manera, aclara que la *enfermedad psiquiátrica* con más riesgo es la depresión; la segunda es la esquizofrenia y la tercera es el abuso de sustancias (alcohol y otras toxicomanías). Aunque los trastornos de la conducta también son comunes, puesto que aproximadamente un tercio de los varones suicidas han tenido un trastorno de conducta, frecuentemente asociado a trastornos del

estado de ánimo, de ansiedad, o de abuso de sustancias. A pesar del alto riesgo de suicidio entre los esquizofrénicos, tal padecimiento se asocia a muy pocos de todos los suicidios en adolescentes. La dependencia/abuso de sustancias está más fuertemente asociada con los intentos de suicidio que con la ideación suicida.

Por otro lado, se dice que una *historia de intentos previos* de suicidio es uno de los predictores más importantes de suicidio consumado, confiriéndole un riesgo particularmente alto para los varones en comparación con las mujeres.

Por último, otra característica personal hace referencia a los *factores biológicos*, explicando que los correlatos comportamentales de estados de baja serotonina manejan el supuesto de incluir irritabilidad, impulsividad y cambios en el estado de ánimo, aumentando así, el riesgo suicida.

También expone que otro factor de riesgo asociado al suicidio es una *historia familiar* de comportamiento suicida, puesto que incrementa de modo importante el riesgo de suicidio consumado y de intento de suicidio, de tal manera que se ha observado que el suicidio es cinco veces más probable en los hijos de madres y dos veces más probable en los hijos de padres que han cometido suicidio.

Otro factor de riesgo asociado al suicidio, es la existencia de ciertas *circunstancias de vida adversas*, como lo son algunos eventos

de vida estresantes y el abuso físico. La prevalencia de estresores específicos entre víctimas de suicidio varía de acuerdo a la edad: El abuso en la escuela ya sea como víctima o como perpetrador, aumenta el riesgo de ideación suicida en los niños, el conflicto padre-hijo es un precipitante más común entre los adolescentes suicidas más jóvenes, mientras que las dificultades románticas son más comunes en los adolescentes mayores, las crisis legales o económicas son más frecuentes en los adultos.

Las dificultades interpersonales como el *abuso físico* durante la niñez o la adolescencia, tales como pleitos frecuentes con adultos y compañeros, además de no tener amigos cercanos, median la asociación entre abuso infantil e intentos de suicidio posteriores. Además, los niños que han sido abusados físicamente pueden presentar dificultades en el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para relaciones interpersonales saludables, lo que a su vez conduciría al aislamiento social y/o interacciones antagonistas con otros, y por ende, situándolos en un riesgo mayor de conducta suicida.

Los *factores de riesgo socioambientales* que se deben tomar en cuenta son principalmente: La pérdida de trabajo o de situación económica; pérdida de relaciones amorosas o sociales; acceso fácil a medios mortíferos y focos de suicidio en la localidad que ejercen una influencia sobre todo en los adolescentes .

Por último, se habla sobre los *factores de riesgo contextuales*, en los que se encuentra la falta de apoyo social y sentirse aislado; estigmatización del que busca ayuda; trabas al acceso a atenciones médicas, en particular a tratamientos para la salud mental y el abuso de sustancias; ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo, creer que el suicidio es una forma noble de resolver un dilema personal); la simpatía, aún cuando fuera por medio de la prensa, con aquellos que se han suicidado y la influencia que éstos tienen sobre la persona.

1.5.2 Etapas de la vida y suicidio

Dependiendo de la etapa vital en la que se encuentre una persona, la conducta suicida va a tomar significados muy distintos tanto para la persona que comete el acto como para quienes la rodean.

De esta manera, la mayor parte de la información disponible respecto del *suicidio infantil* ha mostrado que algunos de los factores que favorecen el suicidio en niños son, los antecedentes suicidas en los padres, los ambientes familiares caóticos, las condiciones de maltrato, la reacción de sentimientos de desintegración interna, la manipulación de los sentimientos y el deseo de reunirse con un pariente fallecido. Las condiciones que más influyen son el abuso sexual y la violencia familiar, la cual se puede presentar en forma de

regaños por los fracasos escolares, castigos de los padres o situaciones de confusión extrema.

Quintanar (2007), propone que para entender tanto la muerte como el suicidio en los niños es necesario considerar su etapa de desarrollo y su concepto de la muerte. Una forma de detectar el riesgo es identificar la naturaleza de su juego, los personajes y los desenlaces de estos, la naturaleza de sus dibujos y de sus relaciones afectivas con sus padres.

En México, el INEGI (2003), reporta que las lesiones accidentales se ubican entre las 10 primeras causas de mortalidad y de morbilidad, en 1995 ocuparon el primer lugar como causa de muerte en niños de 1 a 14 años y el sexto en la población menor de un año. Entre las lesiones de niños destacan los accidentes de tráfico, el ahogamiento, las caídas accidentales, los envenenamientos, y las quemaduras. Respecto a la mortalidad por envenenamientos accidentales en México, durante 1995 se produjeron 965 defunciones, de las cuales 29% correspondieron a menores de 15 años.

Por otro lado, hablando del *suicidio en la adolescencia*, en México se ha observado un incremento de suicidios e intento suicidas en la población adolescente en comparación con años anteriores.

Los factores que contribuyen al suicidio de adolescentes son variados y entre ellos se encuentran: la depresión, aislamiento

emocional, pérdida de autoestima, estrés emocional excesivo, problemas mentales, gusto por el peligro, abuso de drogas y alcohol, y disponibilidad de armas de fuego. En la mayoría de los casos, el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno solo aislado.

Cabe mencionar, que los suicidios de adolescentes, frecuentemente se realizan con el uso de fármacos, ahorcamiento, envenenamiento, arrojándose desde un edificio, por automutilación, principalmente cortándose las muñecas y los brazos y también por prenderse fuego.

Por otro lado, algunos autores consideran que la impulsividad del adolescente denota en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad, mayor será la posibilidad de autodestrucción.

A su vez, Campos (2004) menciona que la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida. Además, si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que está pasando.

El mismo autor comenta que en la gran mayoría de los casos de suicidio, suelen haber llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular.

Así mismo, afirma que las familias del individuo autodestructivo, suelen tener problemas para controlar sus impulsos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa. Existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior; de manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente. En relación con el manejo afectivo, las familias suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión. Además, comúnmente hay antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres; así como una depresión familiar generalizada.

Por otro lado, haciendo referencia al *suicidio en la edad adulta*, en el caso de los 20 a los 54 años, la frecuencia de suicidios es mucho mayor en hombres que en mujeres, pero aquí se presenta una condición preocupante, pues es el grupo de edad en el cual recae la mayor responsabilidad social, son los que tienen la mayor participación laboral y su muerte implica muchos años de vida productiva perdidos, y con cada una de estas muertes, la sociedad también pierde una oportunidad.

Un detalle por considerar es que el 53% de los suicidas son personas económicamente activas y 25% personas económicamente inactivas. Es evidente que la población activa supera en doble a la inactiva, y esto hace dudar de la idea de que una de las principales causas de suicidio es el desempleo, pero no niega que existan problemas económicos como causa del suicidio; finalmente, en el 17% restante de la población no se identifica su condición laboral (Quintanar, 2007).

Por último, con relación al *suicidio en la tercera edad*, Marchiori (1998), menciona que el factor más angustiante es el proceso de envejecer, puesto que al avanzar la edad hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tiende a producir sentimientos de vulnerabilidad personal y familiar. El estrés de las limitaciones físicas y mentales cada vez mayor, además de la soledad que resulta de la pérdida de parientes y amigos, y en algunos casos, el rechazo de los hijos produce a una angustia muy intensa.

En otros factores considerados, se encuentra el diagnóstico psiquiátrico de depresión y ansiedad, enfermedad orgánica, además de factores demográficos como vivir solo, estar divorciado, desempleado o jubilado, presencia de alcoholismo, muerte de algún familiar y antecedentes de suicidio en la familia.

El suicidio del anciano, al contrario del joven que es impulsivo por una acción directa, en el anciano existe un comportamiento de omisión (suicidio indirecto), es decir, no desea caminar, no toma los medicamentos, no come, no habla y se aísla de la comunicación familiar.

1.5.3 Factores protectores contra el suicidio

La identificación de factores protectores potencia el esfuerzo de la prevención ya que éstos, al interactuar con los factores de riesgo, minimizan el trastorno emocional directamente, ya sea porque disminuyen el nivel del trastorno o porque previenen la incidencia de otros factores o indicadores de riesgo.

Es importante tener en cuenta que, además de factores de riesgo, se han identificado una serie de factores que actúan como agentes protectores contra el comportamiento suicida. De esta manera, la FEAFES (2006), propone algunos factores personales, sociales y medioambientales que pueden ser protectores contra el suicidio.

Los *factores personales*, se refieren básicamente a poseer habilidades para la resolución no violenta de conflictos y la superación de problemas; tener confianza en uno mismo y en sus logros, es decir, tener una buena autoestima; contar con buenas habilidades sociales y de comunicación; tener apertura a nuevos conocimientos, experiencias y soluciones que aporten otras personas.

Los *factores sociales y medioambientales*, son principalmente el apoyo familiar, con fuertes lazos entre sus miembros y que sea estructurada; estar integrado socialmente, manteniendo buenas relaciones interpersonales, el efecto protector va aumentando si se participa en alguna red de apoyo comunitario (club social, grupo parroquial, equipo deportivo, etc.); poseer creencias religiosas, adoptar valores culturales y tradiciones; tener un acceso restringido a medios de suicidio; y tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda.

Así mismo, Campos (2004), propone los siguientes factores protectores contra el suicidio: Atenciones clínicas eficaces para los trastornos mentales, físicos y de uso de sustancias; acceso fácil a una variedad de intervenciones clínicas y apoyo a los que buscan ayuda; acceso restringido a los medios de suicidio altamente mortíferos; conexiones fuertes al apoyo de la familia y de la comunidad; apoyo por medio de constantes cuidados médicos y atenciones de salud mental; destrezas en la solución de problemas, resolución de conflictos, y manejo no violento de disputas; por último, creencias culturales y religiosas opuestas al suicidio que apoyen la auto-preservación.

1.6 Evaluación y prevención del suicidio

La valoración del riesgo suicida puede abordarse desde dos perspectivas, no excluyentes sino complementarias. Por un lado, la perspectiva biológica que es realizada principalmente por médicos psiquiatras, que afronta las distintas variables de la conducta suicida desde el supuesto de la psicopatología.

Por otro lado, desde la perspectiva psicológica o psicosocial, que aborda la conducta suicida estudiando los factores psicológicos del individuo, para ello se dispone de diversos instrumentos psicométricos, que miden desde rasgos de personalidad; patología psiquiátrica; estrategias de afrontamiento, etc., que caracteriza a las personas suicidas y que ayudan a predecir el riesgo de consumir el suicidio e intentarlo. Como siempre, es importante realizar las investigaciones en todas las áreas en las que se encuentra involucrado el ser humano, como lo es, lo biológico, lo psicológico, lo social, lo familiar, lo evolutivo, etc.

Cabe mencionar, que no siempre se consigue al ciento por ciento predecir el riesgo de que una persona se quite la vida, pero también es cierto que el especialista dibuja con más claridad el perfil del sujeto con riesgo suicida, a partir de lo cual se puede instaurar estrategias de prevención cada vez más eficaces.

1.6.1 Evaluación Psicológica

Cuando se realiza la evaluación psicológica del riesgo suicida, se puede obtener importante información a través de la entrevista, con el apoyo de algunas escalas de predicción del riesgo suicida, así como de algunos tests de personalidad.

En general, para poder llegar a detectar los factores predictores del suicidio, Montalban (1998), menciona que la entrevista se debe realizar tomando en cuenta algunos aspectos muy importantes.

Primero es importante la evaluación de la presencia de trastorno psiquiátrico. Si a partir de la información obtenida del paciente llegamos a un diagnóstico, preguntaremos especialmente sobre la existencia de ideación autolítica (tanto pasada como presente) y de tentativas anteriores. Una forma de hacerlo sería interrogarle primero sobre sus sentimientos de desesperanza hasta llegar a hablar sobre las ideas suicidas, su frecuencia, intensidad, y sobre tentativas anteriores.

Además, averiguar si las ideas de muerte son pasivas, del tipo “me gustaría no despertarme jamás” o si son ideas de muerte activa, es decir, si ha contemplado alguna vez el quitarse la vida. La ideación suicida podría conceptualizarse a lo largo de un aspecto que iría de lo más inespecífico (“la vida no vale la pena vivirla”), a lo más específico (“me gustaría morir”), la ideación con intencionalidad (“voy a

matarme”) o, a una ideación con plan (“voy a matare tomando pastillas”).

Si la persona no ha contemplado el suicidio, se debe interrogar sobre si estos pensamientos podrían convertirse en acto. Si responde que no, se pregunta sobre las razones que lo impiden o “frenos”, los más habituales son: los hijos, las creencias religiosas, el temor al dolor, la familia, etc., sin embargo, es importante señalar que estos “frenos” no protegen de forma absoluta del suicidio, ya que en un momento determinado pueden perder su significado y no servir como razón para seguir viviendo.

Una vez acotadas las características de la conducta suicida, se revisará la disponibilidad de los medios para consumir el suicidio, como armas de fuego, objetos cortantes, fármacos, vivir en pisos altos, etc., para tener un mejor control sobre su conducta, alertando a las personas que tiene más próximas para que estén al pendiente.

Campos (2004), menciona que en la evaluación de un suicidio potencial se requiere de una historia completa, un examen cuidadoso del estado mental del paciente, un estudio de los síntomas depresivos, de los pensamientos suicidas, propósitos, planes y tentativas.

La entrevista, es muy adecuada para obtener información de la persona, y también para obtenerla de las personas más próximas ésta. A partir de la entrevista a los familiares se puede acabar de completar

la historia de la persona, además de informarles sobre el riesgo suicida en general y sobre el contenido de las comunicaciones suicidas.

Además, la entrevista es el primer paso a realizar, a partir del cual se iniciara o no un tratamiento. El abordaje terapéutico del paciente será por un lado farmacológico y por otro psicoterapéutico individual y/o familiar. Sin embargo, no siempre es fácil una intervención terapéutica ya que en ocasiones el suicida presenta una ideación persistente que convierte al suicidio como la única solución para sus problemas, por lo que en estos casos es importante tener en cuenta los “frenos” para que sirvan como amortiguadores o preventivos y en caso de que no funcionen, se debe tener en cuenta la hospitalización del paciente para instaurar una terapéutica adecuada.

Después de realizar la entrevista, de llegar a un diagnóstico y de identificar las conductas atólicas, la psicometría ofrece la posibilidad de evaluar el riesgo suicida a través de diversos tests psicológicos, donde se obtienen puntuaciones que valoran las características de los pensamientos suicidas (severidad, frecuencia), de las tentativas (letalidad del método, intencionalidad, etc.), con el fin de predecir el riesgo suicida, entre las más significativas, según Montalban (1998), se encuentran:

Escala de ideación suicida: Esta escala fue diseñada por Beck y mide la intensidad de los deseos para vivir y para morir, la letalidad del

elemento considerado, la disponibilidad de sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de los “frenos”.

Escala de Tentativa de Suicidio (SIS): Esta escala también fue ideada por Beck. Se utiliza para evaluar las características de la tentativa, actitud hacia la vida y hacia la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio.

Escala de desesperanza de Beck: La cual, evalúa las expectativas negativas que tiene una persona sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito.

Inventario de depresión de Beck: Es un autoinforme y valora la presencia de sintomatología depresiva y se correlaciona con el intento de suicidio.

Sad Persons: Se utiliza para identificar la intensidad del riesgo suicida, si es bajo o elevado.

Escala de riesgo – rescate: Ideada por Weisman en 1972. El cual consiste en evaluar el riesgo y la rescatabilidad de la tentativa suicida. Ayuda a diferenciar entre tentativas de suicidio y suicidio frustrado. Además de valorar el riesgo del intento llevado a cabo; ya que si el riesgo ha sido elevado, se incrementa la probabilidad de que el intento se vuelva a repetir.

Escala de riesgo suicida de Pöldinger. Evalúa el riesgo suicida con 35 criterios como la edad, sexo, estado civil, relaciones interpersonales, problemas económicos, enfermedades, conductas suicidas personales y familiares, antecedentes psiquiátricos, trastorno de personalidad y enfermedad orgánica.

Tests de apercepción temática (TAT): Esta formado por 19 dibujos en blanco y negro, que contienen personas y objetos, y una lámina en blanco. A partir de las historias narradas por el sujeto se supone que lo que les sucede a las personas de los dibujos son un reflejo de las preocupaciones, necesidades, intereses, deseos y estados inconscientes del narrador.

Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota: Consiste de 566 enunciados afirmativos y autoinformados. Puntuaciones muy elevadas de la escala 2 (Depresión) reencuentran los perfiles de personas con ideación suicida, y a menudo se haya, simultáneamente, elevada la escala 7 (Psicatenia) que indica ansiedad, angustia y rumiación. Sin embargo, si se hayan elevadas las escalas 4 (Desviación psicopática), 8 (Esquizofrenia) y 9 (Hipomanía), que son indicadores de impulsividad y de juicio crítico escaso, se incrementará de forma significativa el riesgo de suicidio.

Test de Rorschach: Consta de diez láminas, en las cuales hay impresa una mancha de tinta simétrica. Cinco de las manchas son en gris y negro; dos contienen toques de rojo brillante y tres contienen

varias tonalidades. Se le pregunta a la persona qué podría representar cada mancha. La técnica se basa en el supuesto de que las respuestas a las diferentes láminas son indicativas de las respuestas perceptivas habituales y que los rasgos de personalidad influyen en la percepción.

1.6.2 Estrategias de prevención

Hernández (2006), ha estudiado ampliamente las estrategias de prevención para el suicidio en adolescentes, las cuales han sido implementadas principalmente dentro de las escuelas, la comunidad y los sistemas de salud, y generalmente tienen uno de los dos objetivos generales siguientes: la identificación de casos acompañado de un sistema de referencia y el tratamiento o reducción de factores de riesgo.

Dentro de las escuelas, las estrategias que se utilizan son principalmente, la sensibilización al suicidio dentro del programa escolar, el entrenamiento de habilidades, e intervención en crisis/postvención.

Cuando se implementan dentro de los programas escolares la prevención del suicidio, se busca principalmente, incrementar el nivel de alerta del comportamiento suicida para facilitar la comunicación y prepararlos en la identificación de compañeros en riesgo y emprender

una acción responsable. La lógica subyacente es que los adolescentes buscarían en mayor medida en otros adolescentes que en adultos el apoyo para lidiar con sus pensamientos suicidas.

En contraste con la sensibilización al suicidio dentro del programa escolar, los programas de entrenamiento de habilidades enfatizan el desarrollo de habilidades para resolver problemas de afrontamiento y habilidades cognoscitivas entre adolescentes suicidas, que se ha visto presentan déficit en tales área. En tales programas se espera que se produzca un efecto “inmunizador” contra los sentimientos y comportamientos suicidas. Igualmente, se busca la reducción de los factores de riesgo para el suicidio (como la depresión, la desesperanza o el abuso de sustancias).

Por último, la dinámica de las intervenciones en crisis o postvención en las escuelas tiene como objetivos principales el ayudar a los sobrevivientes en el proceso de duelo, identificar y referir aquellos individuos que se encuentren en riesgo suicida, el proveer información precisa sobre el suicidio al mismo tiempo que se pretende minimizar el suicidio colectivo, e implementar estructura para los esfuerzos preventivos existentes.

Por otro lado, la implementación de *programas comunitarios de prevención del suicidio*, se realiza principalmente mediante el apoyo de Centros de crisis y líneas telefónicas de ayuda; también con la restricción de armas de fuego y por último con una adecuada

educación de los medios para promover actitudes adecuadas acerca del mismo.

Por último, los *programas de prevención del suicidio en el sistema de salud* se realiza principalmente con el entrenamiento al personal para el diagnóstico del riesgo suicida y el tratamiento de la depresión.

Se discuten las necesidades de atención en el campo de la prevención del riesgo suicida y la educación para la salud emocional adolescente tomando en cuenta: Primero, orientar esfuerzos para desestigmatizar la conducta suicida y su detección oportuna. Después, la revisión de la función de los medios masivos de comunicación en el reporte de suicidios y el efecto que éste tiene sobre la población adolescente para desencadenar oleadas de conducta suicida por imitación. También, dirigirse hacia el entorno emocionalmente significativo, como la familia y el grupo de amigos, con el propósito de incidir en los factores psicosociales de riesgo de conducta parasuicida. Por último, en el individuo, para desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores en circunstancias de vida presente y futura.

Capítulo II

EL DUELO

*“Únicamente aquellos que evitan el amor,
pueden evitar el duelo. Lo importante es crecer
a través del duelo y seguir permaneciendo
vulnerables al amor”.*

John Brantner

2.1 Pérdida y muerte de un ser querido

Toda separación ya sea por muerte o por despedida de un ser amado es dolorosa y la pena, es una de las sensaciones más dolorosas que se conocen, la cual alcanza su punto máximo cuando sabemos que la separación del ser querido es definitiva, para siempre.

Perder a un ser querido es, indudablemente, una experiencia terrible, y sin embargo, esa aflicción también forma parte de la vida y cuanto antes nos encontremos en condiciones de asimilar esto más fácil nos resultará admitir que la muerte es una de las partes integrantes de la vida en su totalidad. Esto no va a disminuir el vacío interior ni el dolor que causa la separación de una persona que fue importante, pero pone de manifiesto que esa parte, la muerte, es algo que nos hermana a todos, es algo tan normal como el nacer o el respirar, por lo que es completamente imposible de evitar.

La vivencia de una despedida va unida a muchas emociones diferentes, por lo que cuanto más pronto se aprenda a reconocer estos sentimientos y a manifestarlos, más preparados se estará para esa separación. Sin embargo, el admitir el sentimiento de pena, vivirlo conscientemente, resulta difícil, para entender esto, hay que tener en cuenta que no existen sentimientos buenos ni malos, que no obedecen a normas, pues son las manifestaciones de nuestro yo íntimo y por lo tanto se deben admitir, tomarlos en cuenta, respetarlos y ser sinceros con uno mismo (Baum, 2003).

2.1.1 Construcción del concepto de muerte

Según Casullo (2000), el proceso de construcción de ideas referidas a la muerte tiene importantes raíces sociales, culturales, históricas y personales. La muerte es un tema abordado con muy poca sinceridad, impregnado de tabúes y contradicciones. Es necesario tomar conciencia que el morirse es parte del oficio de estar vivo y que poco es lo que se puede contribuir para lograr un abordaje salugénico del tema en la medida que, como adultos ser incapaces de reconocer nuestras propias dudas e inseguridades.

Además, sugiere que un buen punto de partida para el análisis de esta construcción es tratar de diferenciar entre el significado sobre “la muerte del otro” de la referida a “la muerte propia”.

De esta manera, la primera significación se vincula con la idea de ausencia, la cual implica la no presencia en el campo visual sin lograr diferenciar entre nociones temporales y espaciales. Así mismo, influye la noción de abandono, de ser dejado por otros, la desaparición de otra persona del campo perceptivo destruye la sensación de seguridad y compañía.

La construcción acerca de la muerte propia es más difícil de lograr pues supone acceder a la conformación de diversos conceptos relacionados con esa noción, como: soy una persona con existencia personal; pertenezco a una clase de sujetos que son mortales, así, por deducción lógica puedo concluir que mi propia muerte es una certeza; no sé en qué momento se va a producir mi muerte, tanto la forma como el momento son inciertos, pero la muerte es un suceso final, por lo tanto, la muerte es una separación última y definitiva de este mundo real y concreto.

2.2 Marco histórico y conceptual del duelo

Es posible y necesario realizar un rastreo histórico con relación a la muerte, esto nos permitirá ubicarnos en el hoy día como es considerada, puesto que al paso de los años ha cambiado muchas veces.

De esta manera, retomando a Rowe (1989) y a Martínez (2005), se destacan diversas concepciones filosóficas en torno a la muerte, como por ejemplo, la ideología de Sócrates, quien presuponía que el cuerpo sólo era la cárcel del alma, idea que le costo que lo condenaran a muerte acusándolo de negar a los Dioses; sin embargo, antes de su ejecución, rodeado de sus más fieles seguidores bebió veneno haciendo mención del último dialogo sobre la inmortalidad del alma de su discípulo Platón, creyendo que su alma continuaría en conversación con otras almas que buscaban el conocimiento.

Para Platón la muerte significaba la libertad del alma del cuerpo, porque cada vez que el alma reencarna el cuerpo es como una cárcel que lo atrapa y si se libera de él, puede retornar a formas primordiales de existencia, es decir, ya no reencarnar y así poder ser libre.

En contraste a estas ideas, Epicuro afirmaba que el temor es una fuente de infelicidad, y que la prudencia y el conocimiento nos ayudan a librarnos de los temores que producen la superstición y las falsas creencias acerca de los Dioses y de la muerte, explicando que los dioses viven muy lejos de aquí y que no se preocupan por premiar ni castigar a nadie en la otra vida, porque no la hay, puesto que cuando el hombre muere es libre y ya no esta sometido al destino.

Del mismo modo, San Agustín habló de dos tipos de muerte, una cuando el alma renuente sale del cuerpo y es recompensada con el paraíso para los fieles creyentes, y la segunda es la muerte viviente en

el infierno para los que no tienen fé, para los incrédulos y para las personas “malas”.

Ahora, adentrándonos un poco en la historia, pero ya no del lado filosófico, sino más bien, de la manera en que fue cambiando la concepción de la muerte en diferentes épocas, Según Smud (2001), este proceso histórico a cambiado mucho, sin embargo, comenta que es posible hacer una tipificación sobre la forma en que se ha concebido la muerte a lo largo de los últimos dos mil años (del siglo I al XX, y aunque es un rango muy amplio, retoma aspectos muy característicos de ciertas etapas en el desarrollo de estos siglos). De esta manera, se pueden identificar cuatro periodos, los cuales serán explicados a continuación.

En el primer periodo que dura los primeros mil años es denominado la “muerte amaestrada”, en el cual, la persona tenía un control completo sobre su muerte, ella avisaba cuándo iba a actuar, cada persona sabía, “por naturaleza” o “era avisado”, cuándo llegaba su momento de morir, así, no eran los médicos los que decían cuando una persona estaba desahuciada, sino eran los propios moribundos los que al presagiar su muerte daban aviso a sus familiares de que el momento de la despedida se acercaba, por lo que ella misma empezaba a llevar adelante un ceremonial, el cual consistía en ubicarse en su habitación, reunir a todos sus familiares, al cura, al abogado, al médico, y todas las personas allegadas a la persona en cuestión a su lecho de muerte para decir así sus últimas palabras (las

cuales eran sumamente importantes), sus últimos deseos, para dejar las cosas preparadas para después de su muerte.

Se puede considerar que en esta época existía una clara aceptación de la muerte, puesto que el muriente hacía lo que tenía que hacer con seguridad y se moría.

De la muerte amaestrada, ahora pasamos a la “muerte personal”, llamada así precisamente porque en esta época se empieza a ver a la muerte ya no de forma colectiva, sino como algo personal.

Para que se desarrolle este tránsito, la influencia de la Iglesia y, en particular, de los franciscanos es de suma importancia, puesto que ahora se piensa en la idea del Juicio Final, ahora además de morir, se enfrentaban al momento donde las acciones serían juzgadas con un orden de tipificaciones divinas, por la jurisprudencia absoluta, final, incuestionable, inapelable, de Dios.

Contrariamente a la época anterior, ahora nadie quería estar en el lugar del muriente, puesto que ahora la muerte estaba ligada a la angustia, a la incertidumbre, a la duda, a la súplica, con la oración, con la soledad. Ahora el que moría tenía un ojo viendo a sus familiares y el otro estaba pendiente de Cristo y de sus pecados.

Un tercer cambio, simultáneo al anterior, va desde la Edad Media hasta prácticamente finales del siglo XIX. Sigue existiendo angustia,

solo que ahora ya no es de manera personal, sino que ahora la muerte que sacude es la muerte del Otro, de la persona que uno ama, la muerte de un familiar.

Así, el amor queda muy mezclado con la muerte, por lo que esta etapa es denominada la “muerte romántica”. La muerte está relacionada con el amor y también con el deseo; la muerte del Otro arranca algo, te deja en una posición deseante del que se fue; y el que se fue es el único que calmaría el deseo pero, como está en el otro mundo, la muerte deja al sujeto un desear eterno (Smud, 2001). La muerte romántica es la que se vive como un robo, como una injusticia pues se lleva ese objeto que podría calmar el deseo del vivo.

Entrado ya en la modernidad, una suma de factores van generando un cambio dramático en la forma de morir; ahora esta cuarta etapa es denominada la “muerte excluida”, la cual se caracteriza por ser todo lo contrario a la primera, ahora el que se está muriendo no puede hacer nada, es un participante sin voz ni voto en su propia agonía, muere sin saber que iba a morir, por lo que no deja nada preparado, ahora en vez de morir rodeado de sus familiares lo hace en hospitales, sin poder presidir la ceremonia de su propia muerte.

Después de hacer este breve recorrido histórico sobre la concepción de la muerte, podemos entender cómo es concebida en la

actualidad, qué sentimientos deja en los sobrevivientes, es decir, cómo es vivido eso que llamamos duelo.

Por lo que es relevante tener claro qué significa duelo, de esta manera, se dice que etimológicamente la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor. La Real Academia Española (2006), define al duelo como: dolor, lástima, aflicción o sentimiento; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien; reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales.

Según Lacasta, et al., (2007), el duelo es el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido. Resulta especialmente relevante cuando se pierde a alguien muy importante y, pese a ser algo natural, puede suponer un gran dolor, desestructuración o desorganización. El duelo se caracteriza por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por la muerte del ser querido.

Por otro lado, Alizade (1996), define al duelo como una experiencia de pérdida que, como su nombre lo indica, provoca dolor (si la muerte del otro provoca regocijo y alivio, no hay duelo propiamente dicho), incredulidad en la medida que nuestra cultura está apartada de la naturalidad de la muerte.

Así mismo, menciona que el trabajo de duelo queda categorizado como una manera fundamental pero parcial de metabolizar psíquicamente la partida de un ser significativo. El duelo no significa desprenderse del muerto, ni siquiera olvidarlo, significa ir instalándolo intrapsíquicamente en un lugar inolvidable.

Slaikeu (1996), comenta que la muerte de un miembro de la familia, un pariente, la esposa o el hijo de alguno, de manera típica se continúa con un patrón predecible de duelo y lamentación. Así, expresa que el duelo es un periodo de enorme tensión y cambio en la vida, y puede llevar consigo la posibilidad de un decremento crónico en el funcionamiento global. Sin embargo, hay que recordar que cuando se vive una crisis puede significar lo mismo peligro que oportunidad, y si se cuenta con un adecuado apoyo se puede aumentar la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida).

Smud (2001), describe tres conceptos importantes para la comprensión del duelo, estos son: duelo, enlutado y duelista. Así, se llama duelo al tiempo posterior a la muerte de un ser querido, y todo individuo que ha perdido a un ser querido atraviesa un período de duelo; en cambio, el enlutado es un ser particular que camina tomado por cuestión de la condición de su objeto amado, desaparecido; el duelista está de pie y da término al duelo entregando un pedazo de sí que se suplementa al objeto muerto; el duelista hace pie al duelo.

El enlutado sabe que no es el mismo, comenzará a caminar por lugares que jamás había visitado, está medio perdido, algo de su condición deseante se transformó; el duelista se arriesga a perder, y pierde un pedazo de sí, pero esto le permite hacer pie a un final de duelo.

Por otro lado, Macias (2002), para definir lo que es el duelo, retoma algunas consideraciones sobre la explicación de la melancolía, las cuales son: que el efecto correspondiente a la melancolía es el duelo, es decir, la añoranza de algo perdido; y que la melancolía consistiría en el duelo por la pérdida del libido.

En el trabajo de 1915 *Duelo y Melancolía*, Freud (1976), define que el duelo es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción como la patria, la libertad, un ideal, etc., a raíz de idénticas influencias; en muchas personas se observa en lugar de duelo, melancolía. La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida.

La dinámica del duelo patológico que desemboca en la melancolía, expresa un sufrimiento que revela la discrepancia inconsciente entre quien se siente abandonado y el objeto de amor que abandona, es decir, entre él y el ser querido que pierde. Después de la pérdida, el melancólico siente que la vida ha perdido sentido y que su yo se ha vaciado.

Quien sufre el duelo acusa de traición al objeto que ha perdido y, por ese motivo, inconscientemente lo odia, aunque el odio no es sólo contra el objeto que abandona, sino contra el propio yo, que es menospreciado y atacado, pero en realidad los ataques al propio yo están dirigidos contra el objeto. Es decir, que cuando la persona pierde a su ser amado (su objeto de deseo), siente un gran coraje, el cual al no poder ser dirigido hacia la persona porque ya no está, entonces lo dirige hacia sí mismo, creándose así la melancolía u otro tipo de deformaciones del duelo.

La diferencia sustancial entre el duelo normal y el duelo patológico (melancolía) es que en éste último, el proceso de reestablecimiento, que está en la base del trabajo de duelo, no puede tener lugar porque está impedido por el odio inconsciente. En el proceso del duelo normal, en cambio, es posible, porque el amor permite reanimar y reconstruir el objeto interno, superando el resentimiento inconsciente por el abandono.

De tal manera que la superación del duelo, normal tiene lugar a través de un proceso de reparación interna, es decir, a través de la reconstitución psíquica del objeto perdido en el interior del yo. Así, la internalización del objeto de amor en el mundo psíquico compensa la pérdida real y permite la superación del dolor y del vacío depresivo (Masi, 2004). En toda esta operación hay un displacer doliente, pero una vez cumplido el trabajo de duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido.

2.3 Elaboración del duelo

Después que una persona ha muerto, los que la conocieron y amaron continúan aún sufriendo. Aunque la muerte se hubiera previsto largo tiempo antes, cuando llega por fin, se produce un sentimiento de pena. Las reacciones inmediatas de los que han sido abandonados no circunscriben tan solo a las de la tristeza inmediata; la muerte levanta en ellos un gran torbellino de emociones y da origen a amplios cambios en la conducta de las distintas personas.

2.3.1 Etapas del duelo

Aunque cada persona vive su duelo de una manera muy personal, existen ciertas características en la elaboración que son comunes, por lo que según diversos autores, después de la muerte de un ser querido, se atraviesa por diversas etapas.

Horowitz (1976, en Slaikeu, 1996), describe las reacciones a la tensión grave, como lo es la muerte inesperada de un ser querido, en cinco etapas: el desorden, la negación, la intrusión, la translaboración y la terminación.

El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso, como por ejemplo, llorar, gritar, angustiarse, lamentarse e

incluso puede haber desmayos. Este desorden puede dirigirse hacia la negación o hacia la intrusión.

La negación sirve como amortiguamiento del impacto, y se puede ver cuando la persona que acaba de perder a un ser querido sigue como si nada hubiera pasado, o cuando no se piensa en lo que paso y también puede haber cierto entorpecimiento emocional.

La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, es decir, una pérdida o una tragedia. En esta etapa la persona suele tener muchas pesadillas, repetirse muchas veces la misma imagen y pensamientos sobre la muerte y su impacto.

La translaboración hace referencia al proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia en crisis. En esta etapa algunas personas la pueden elaborar solos, sin embargo, hay quienes necesitan el apoyo de amigos, familiares o de psicoterapia.

La etapa final es *la terminación*, en la que existe una integración de la experiencia de crisis dentro de la vida cotidiana de la persona. En este momento, el suceso ya ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

Del mismo modo, Dumay (2000), propone cuatro etapas para la necesidad de cerrar el ciclo de relación con la persona amada que partió, el proceso de “la despedida”, por doloroso que sea, traerá paz y alivio. Las etapas que propone son, la negación, la culpa, la ira y finalmente la resignación.

La negación: Por esperada o sorpresiva que sea la muerte de un ser querido, existe un lapso de tiempo (generalmente corto), para que la mente pueda aceptar esa información, por lo que inmediatamente después de la pérdida existe una profunda negación para aceptar lo sucedido.

La primera emoción después de la muerte de un ser querido va desde el estado de shock, en que se sigue funcionando como si nada hubiese sucedido, al más profundo dolor del abandono, pero siempre existe en la trastienda el pensamiento de que “esto no es verdad, no puede estar sucediendo”.

La forma de sobrepasar esta etapa es haciéndose cargo de la nueva situación en que nos encontramos, asumiendo que ya no será posible esperar el apoyo de esa persona, que se tiene que seguir viviendo sin su presencia. Para esto, son muy importantes los ritos funerarios, los cuales aunque se dice que están diseñados para “honrar a los muertos” cumplen con el doble propósito de dar a los vivos la oportunidad de asimilar lo sucedido, de hacer tangible la muerte y celebrar una despedida.

En algunas ocasiones es tanto el dolor que las personas optan por tomar calmantes, sin embargo no es muy recomendable hacerlo, puesto que el duelo habrá de presentarse con todo lo que implica el dolor lacerante y desesperación y con los calmantes se puede tener una tranquilidad eventual, pero finalmente todos estos sentimientos deben ser expresados tarde o temprano.

Así, poco a poco es necesario ir incorporando las tareas de rutina, regresar al trabajo, limpiar la casa, cuidar a los hijos, etc.

La culpa: Según este autor, cuando una persona muere, al sobreviviente normalmente se le dice que está “deudo”, pero al analizar esta palabra, se dice que deudo es el que debe, el que está en deuda; así, gran parte del dolor toma la forma de la culpa, de lo que no se dijo, del perdón que no se dio o no se solicitó.

De esta manera, si la despedida no ha sido posible durante la vida de la persona, entonces se tiene que llevar a cabo una despedida de cuerpo presente, cuando aún no se han iniciado los ritos funerarios, y la persona que acaba de fallecer permanece aún en su lecho. Si incluso esto resulta difícil de realizar, existen otras formas que permiten realizar este necesario cierre de la relación más adelante, y son los mismos que se pueden utilizar en caso de que la muerte ocurra de imprevisto o en un lugar lejano.

La ira: Siempre es demasiado pronto, nunca es el momento oportuno para la partida de un ser que se ama, nunca se acepta que era su momento para irse. La ira puede tomar muy distintas direcciones, como culparse a uno mismo, a Dios o incluso a la persona que acaba de morir.

La resignación: Tarde o temprano la muerte termina por ser aceptada. La ausencia se torna palpable y cotidiana, y el afectado termina por “resignarse” a la permanente falta del ser amado. En el proceso hacia la resignación, suele existir una gran desesperanza, y hasta una negación de la vida misma, un rechazo a establecer nuevos vínculos y a involucrarse emocionalmente con otras personas por temor a volver a sufrir otra pérdida.

De esta manera, se puede decir que el termino del duelo no es un período posible de medir; no existen dos personas que experimenten el duelo en la misma forma o se recuperen en el mismo tiempo. No es aconsejable intentar apresurar este proceso, ni permitir que alguien nos empuje a pasar a la siguiente etapa sino estamos listos para ello.

Hay que recorrer varias etapas emocionales antes de alcanzar la resignación. Según Markham (1997), la pauta habitual que recorre la emotividad entre la pérdida de un ser querido es en un primer momento la pena que viene acompañada de incredulidad o negación,

después un gran resentimiento, continuando con remordimientos, para llegar a la resignación y finalmente a la serenidad.

Incredulidad o negación: Cuando una pena no se asume completamente y no se quiere vivir por entero puede resultar física y emocionalmente perjudicial, muchas veces hay personas que ocultan sus sentimientos por diversos motivos, entre ellos puede ser por querer mostrar fortaleza, ya sea ante sus amigos, familiares y principalmente ante sus hijos sobretodo si son niños, porque piensan que por ser pequeños no van a entender la situación o por querer “protegerlos” del dolor, sin embargo, es muy valioso que los niños sepan que todas esas emociones son parte de la vida y es aconsejable que las observen mientras son vividas, y que sean compartidas.

El resentimiento: En esta etapa, la persona puede sentir sorpresa de experimentar un gran resentimiento el cual puede variar incluso de un día para otro. Este resentimiento puede ser dirigido hacia la persona que murió, por haberle dejado sin él; otro día se volverá contra quienes le parece a uno que no han sufrido nunca lo que uno está pasando, por parecer que fuesen más afortunados que uno mismo; en ocasiones el rencor reviste todavía formas más ilógicas por así decirlo, por ejemplo, uno puede estar resentido porque brilla el sol, porque los pájaros cantan o porque las flores son rojas, es como “estar de malas” por todo y con todos.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que esto no es más que una parte del proceso de duelo y que cuando se comprenda, será más fácil aceptar que lo que está pasando no es nada raro, sino que es sólo otro síntoma y pronto desaparecerá

El remordimiento: Es frecuente que un fallecimiento deje una sensación de culpabilidad en el sobreviviente, la cual en la mayoría de los casos es completamente ilógica.

Este sentimiento puede ser quizá porque en el pasado existió alguna palabra o algún hecho desafortunado en el que no se pudieron solucionar los malos entendidos, daños infligidos, por no haberle dicho cualquier cosa o haber hecho otra.

En ocasiones el remordimiento surge de raíces mucho más profundas, como si se ha tenido algún tipo de responsabilidad en esa muerte, como por ejemplo, si se conducía el automóvil en el que hubo un accidente fatal, o si otra persona murió al intentar salvarnos, o cuando se tiene que tomar la decisión de desconectar a una persona con muerte cerebral.

Aunque el primer año es el más difícil para la mayoría de las personas, puesto que hay muchas fechas memorables como los cumpleaños, la navidad y sobre todo el mismo aniversario del fallecimiento, las cuales nos recuerdan cruelmente a los que están ausentes. Según esta autora, no existe un tiempo definido para llevar

a cabo el periodo de duelo, incluso comenta que en realidad el dolor nunca desaparece del todo, lo que si se consigue es que cambie y se haga bastante soportable.

La resignación: Es cuando se acepta que somos seres mortales, y que por lo tanto, cada día es preciso, que puede y debe ser bello y se procura hacer cada día algo positivo.

La serenidad: Es cuando se siente cierto alivio de que el ser querido por fin descansa de tanto sufrimiento. En este momento, el sobreviviente siente alivio y se da cuenta de que la vida sigue su curso aún sin el ser querido.

Por otro lado, según Jara (2007), en términos generales, durante el proceso de duelo se viven una diversidad de sentimientos, cogniciones y conductas más o menos típicas.

Entre los sentimientos más comunes se encuentran: tristeza, rabia, culpa y autoreproches, ansiedad, soledad, fatiga, apatía, indiferencia, impotencia, anhelo, liberación, alivio, insensibilidad, etc. Las sensaciones físicas también se ven intensificadas en este proceso, las personas describen como un vacío de estomago, opresión en el pecho o garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de irrealidad, debilidad muscular, alta de energía, etc.

Con relación a lo cognitivo la persona se vuelve más incrédula, existe confusión, sensaciones de que la persona está aquí, alucinaciones, dificultad de la memoria, falta de atención y concentración.

Las conductas más comunes que adquiere la persona son trastornos de sueño, comer demasiado o muy poco, estar continuamente distraído, se genera un aislamiento social, comienza a soñar con la persona perdida, evita los recuerdos, comienza a buscar y llamarlo en voz alta, suspira continuamente, hiperactividad, llanto, se visitan los lugares significativos y se realiza un atesoramiento de objetos relacionados con el difunto.

Tales síntomas no son otra cosa que ejemplos evidentes de los reajustes sutiles que están aconteciendo en el interior de la persona. Si los que están afligidos pueden lograr el equilibrio buscando dentro de sí mismos, o incluso asimilando algo de la persona que han perdido, pueden entonces recuperarse de su dolor y acaban con todos estos problemas instaurando al ser amado ya perdido en su propio mundo interior.

2.3.2 Enfrentamiento de la muerte según el ciclo vital

Muchos adultos piensan que es mejor no decirle nada a los niños o incluso no mostrar sus sentimientos frente a ellos porque piensan

que de esta manera los están protegiendo al evitarles una aflicción, queriendo además que lleven una infancia alegre y libre de tribulación. Sin embargo, a pesar de estos intentos de “protección”, los niños se dan cuenta de la angustia y el espanto de los adultos, más aun donde se tiene la sensación de que “de eso no se habla”, por lo que los niños pierden la oportunidad de despedirse y prepararse para la eventualidad de que fallezca un ser querido humano, su mascota o la pérdida de algún objeto muypreciado para él.

Los niños necesitan la posibilidad de aceptar sus sentimientos de tristeza y cólera, de preguntar, de dar libre curso a la experiencia, ellos tienen el derecho a decidir si quieren ocuparse de su separación, de su despedida o de la muerte y hasta dónde quieren profundizar; en este caso, la misión de los adultos consiste en plantearse los propios temores, de manera que se pueda acompañar a los pequeños en su curiosidad y en su proceso de aflicción (Baum, 2003).

Con relación a la actitud hacia la muerte, Jara (2007), comenta que los niños en general, expresan su aflicción con ira, indiferencia o rehusándose a reconocer la muerte. Se les puede ayudar en su comprensión si se les presenta el concepto desde una edad temprana, en el contexto de su propia experiencia y se les da la oportunidad de hablar acerca de los aspectos que rodean la muerte, tomando en cuenta, que se les debe explicar con un lenguaje adecuado a su edad.

Así mismo, el niño afectado puede presentar dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, miedo de quedarse solo, puede presentar comportamiento infantil, como enuresis, hablar como bebé, pedir comida a menudo, etc., durante un tiempo prolongado; así mismo, puede alejarse de sus amistades y no querer ir a la escuela. Por lo que es muy importante que el niño se sienta apoyado y protegido por un adulto.

Por otro lado, en la etapa de la adolescencia se viven muchos cambios y puede ser una etapa muy difícil, si se une el tener que hacer frente a una pérdida de un ser querido y además, hacer frente a todos los cambios, dificultades y conflictos propios de la edad, se puede llegar a tener complicaciones en el proceso de duelo.

Generalmente, las ideas y concepciones acerca del morir no se discuten de manera abierta y sistemática con ellos a pesar de que se enfrentan cotidianamente con sucesos que les confirman su presencia, como: la muerte de padres o algún miembro de la familia; el fallecimiento de algún amigo; el suicidio de otro adolescente y muertes por homicidios o accidentes (Casullo, 2000).

Según Jara (2007), aunque sufran intensas emociones como mucha rabia, miedo, impotencia y preguntarse por qué y para qué vivir, no las comparte con nadie, porque se siente, de alguna manera, presionado a comportarse como si se las arreglara mejor de lo que realmente lo hace. Este tipo de conflictos puede tener como resultado

que el adolescente renuncie a vivir su propio duelo, creándose así, un duelo aplazado o congelado.

De esta manera, los signos de proceso de duelo en un adolescente y que requieren de intervención terapéutica serían: síntomas de depresión, insomnio, inquietud psicomotriz, baja autoestima; se agrega el fracaso escolar, o indiferencia frente a las actividades extraescolares; también el deterioro de las relaciones familiares y con los amigos; conductas de riesgo como abuso de alcohol y otras drogas, peleas; y negación del dolor.

Al referirnos a la edad adulta intermedia, se puede notar que ya se tiene más conciencia de la muerte, con el fallecimiento de sus padres constituyen la generación mayor. La percepción del tiempo es diferente y es posible que generen cambios positivos en su proyecto de vida, producto de la resolución exitosa de la crisis de la mitad de la vida.

El duelo en el adulto mayor es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo, la dependencia que presenta el anciano lo lleva a desarrollar conductas no adaptativas a la pérdida, como por ejemplo, suelen presentarse con mucha frecuencia manifestaciones de tipo somático.

También necesitan un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida.

2.3.3 Variedades del duelo

Cuando se habla de los tipos de duelo que se pueden vivir, hay que tener en cuenta algunos factores que determinan el proceso de su elaboración, entre los cuales se encuentran: la personalidad del doliente, la relación con el difunto, los duelos previos, el tipo de muerte, la edad del difunto y el contexto sociocultural.

Es por eso que existe una gran variedad de tipos de duelo, los cuales son definidos por Cobo (1999), y son explicados a continuación.

Duelo anticipado: Es el que se experimenta antes de que la persona por la que se experimenta dicho duelo fallezca. Puede ser el caso de personas a las que se les ha pronosticado médicamente que la muerte es inevitable, como un cáncer muy avanzado, en tal caso también puede existir un autoduelo, que es el que se experimenta por la muerte de uno mismo.

Duelo súbito o de urgencia: Éste es el tipo de duelo más frecuente actualmente, puesto que se da especialmente en los casos de muerte súbita, como en los accidentes automovilísticos, o ante el caso de la misteriosa muerte del lactante (muerte de cuna). En este duelo, pueden acentuarse las reacciones defensivas de negación o el alargamiento o cronificación tórpida del proceso, puede darse la reacción catastrófica o estrés postraumático.

Duelo complicado: Hay especialistas que distinguen, en gradación, entre el duelo simple o normal, la depresión post-duelo y el duelo complicado el cual es visto como un duelo patológico, y consiste en una intensa fijación al ser querido muerto, que lleva a tener constantemente pensamientos, preocupaciones e indagaciones sobre él, continua añoranza y llanto por su muerte, sintiéndose atónito ante ella, y no llegándose a creer que se haya producido; es cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo, cuando su intensidad o características no cuadran con la personalidad previa del duelo, cuando impide o dificulta amar a otras personas o intereses por ellas y cuando el sujeto se ve invadido en su vida diaria, siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades, y vive retraído, sin más preocupación que la rememoración del muerto.

Duelo crónico: Es un duelo prolongado en el tiempo, que evoluciona con recaídas muy seguidas. En él encontramos muchas veces la intención más o menos confesada de mantenerlo, como cuando una persona le promete fidelidad eterna a su pareja

sentimental, o cuando se deja la habitación del difunto intacta guardando sus pertenencias personales o características de él.

Duelo negado: Es un duelo que, debiendo haberse producido, no se produjo por una lógica motivación interna del sujeto. Entre esta falta, hay que determinar si se trata simplemente de ausencia del mismo, o si es la expresión de una defensa psicológica llamada negación, que se desarrolla inconscientemente en la persona para evitar sentirse ahogada, paralizada, por intensos sentimientos de dolor que no sabría encajar, al menos por el momento, pues la descompensarían peligrosamente. Es característico que la persona diga que se siente bien, incluso que él mismo se extrañe de no sentir aflicción aunque suelen añadir que tienen un sentimiento de vacío en su interior.

Esta negación será entonces una estrategia casi instintiva de equilibrio psíquico, que es normal siempre que sea temporal, oportuna y no invalide el funcionamiento general del individuo, porque si se prolonga más tiempo puede llegar a convertirse en un duelo complicado.

Duelo reprimido: El duelo reprimido es la persistencia de un duelo mantenido durante muchos años, intenso, detenido, sin elaborar, inconsciente para el sujeto, pero muy notorio para las personas que le rodea, puesto que lo ven entristecido, como viviendo en lejanía.

Duelo retenido: En este duelo el sujeto es consciente de encontrarse dominado por la pena de la pérdida, pero realiza conscientemente un esfuerzo por no demostrarlo, ya sea porque cree que mostrar su dolor es signo de debilidad o porque piensa que las personas a su alrededor no la comprenderían o incluso descalificarían su aflicción, sin embargo, cuando la persona se encuentra sola es cuando puede desahogarse pero si no lo hace, corre el riesgo de que se convierta en un duelo crónico retenido.

Duelo comportamentalizado: En este caso, el deudo busca aturdirse mediante una vida hiperactiva y en ocasiones frenética. Sucede a menudo, que la pena impedida se desvía o se deriva hacia otras vías de expresión, como el trabajar durante muchas horas sin descansar, que suele ser el comportamiento irracional o una acción compulsiva.

Duelo retardado: El duelo retardado es el que se produce tiempo después –incluso años– de que haya sucedido la pérdida. Con frecuencia se trata de la manifestación de un duelo largamente negado, el cual al revelarse ya lo hace fuera de contexto, lo que provoca que las personas de su entorno se extrañen de su comportamiento.

Duelo sobredeterminado: Es aquel sobre el que recaen condiciones que lo sobrecargan y lo agravan. Por ejemplo, sería el duelo que experimenta una madre por la muerte de un hijo joven, el

cual se suicido, y además, en circunstancias poco claras, que no llegan a determinarse.

Duelo imposible: El duelo imposible es aquel que lleva tal carga de representación dolorosa, destructiva y sobretodo, que se ha producido en circunstancias tales, que es imposible poder elaborar, al menos que se cuente con un adecuado apoyo profesional. Se trata de ciertos casos de duelo por suicidio y por muerte criminal o violenta (por guerras, masacres, terrorismo, etc.). En este caso, se puede decir que no existe un proceso de duelo, porque “el muerto permanece eternamente vivo” –sin enterrar- para el doliente, reclamando venganza, a su vez imposible.

Equivalentes de duelo: Son aquellas situaciones en las que sin que exista una muerte, se tiene la vivencia de separación y pérdidas tan intensas que cumple muchas de las características del duelo por muerte.

Duelo bien/mal elaborado: El duelo elaborado es aquél donde hay constancia de trabajo de duelo, es decir, cuando la persona en cuestión vive críticamente algunas (al menos) de las vivencias o etapas del duelo. Se aprecia que el duelo esta bien/mal elaborado según si el individuo accede o no de nuevo a una vida externa y/o internamente satisfactoria o, en todo caso, al mismo nivel de integración que se tenía antes del duelo.

2.4 El duelo después de un suicidio

La muerte inesperada debido al suicidio es motivo de un enorme sufrimiento para quienes han de lamentar la pérdida. Además de su carácter trágico y sobrecogedor, deja a los demás con un sabor más amargo de fracaso que el de la muerte natural. El suicidio lleva consigo una acusación implícita de que no se ha prestado suficiente atención a quien optó por poner fin a su vida, en ocasiones, incluso, los comentarios o las observaciones acerca del suicida formulan una acusación explícita y causan aún mayor angustia.

Shneidman (1972, en Worden, 1997), considera que cuando una persona se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo, todo esto puede ser una carga muy pesada, de esta manera, se podría decir que el duelo por suicidio es una crisis muy difícil que ha de afrontar y resolver una familia.

Por otro lado, la vida que llevó la persona tiene mucho que ver con la forma en que sus seres queridos van a llevar el duelo, es decir, ante una alta calidad de vida, ante un ser que transmitió energía vital es más fácil llevar a cabo un duelo tranquilo, pero cuando no es así, suele suscitarse lo contrario. Con relación a esto, Alizade (1996), propone dos tipos de muertes: las *eróticas* y las *tanáticas*, y dentro de éstas

últimas se encuentra el *descenso al Hades*, el cuál está íntimamente relacionado con las reacciones que se tienen después de un suicidio.

En las muertes eróticas, prevalece el erotismo no sólo de la muerte sino también de la persona que murió, ese ser erótico ayuda a los sobrevivientes a duelarlo, señala a sus seres queridos la responsabilidad de ser dichosos sin él y de recordarlo sin melancolía en la alegría de vivir que les ha enseñado y procurado.

El ser tanático, en cambio, deja una impronta mórbida, enfermiza, culpas, reproches y una orden de persistir en la amargura y el dominio de la vida mortífera. La herencia es traumática y el duelo se hace difícil, no puede llevarse a cabo y el sujeto queda, en forma más o menos encubierta, atado a un objeto que no puede ni revivir ni morir del todo.

El descenso al Hades es una experiencia que se da después de la muerte trágica como un suicidio u homicidio de un ser amado.

En el descenso al Hades, el cuerpo se envuelve en sufrimiento (depresión, angustia, etc.). Esta envoltura provisional es como un manto necesario que el sujeto echa encima en su trabajo de duelar, la envoltura podrá tener desgarros, restauraciones, pero lo importante es que se establezca para que puedan desplegarse movimientos psíquicos e identificatorios que constituyen la base del trabajo importante de bien duelar (Alizade, 1996).

El bien duelar quiere decir suavizar los efectos de la pérdida del ser amado, recuperarse de la defunción de la pulsión de muerte, y, triunfantes de la muerte por un rato más, retomar el hilo de la vida enraizada a proyectos, ilusiones y espacios creativos.

Otro autor que habla sobre el duelo por el suicidio de un ser querido es Giacchi (2000), quien expresa que cuando una persona elabora el duelo por el suicidio de un ser querido, no se quedan sólo con la sensación de la pérdida, sino que surgen además ciertos sentimientos muy característicos.

Así, menciona que al principio es frecuente el hacerse muchas *preguntas*: ¿Por qué lo hizo? ¿Podíamos haberlo evitado? ... Pero, por más que se intente, no se consigue entender las razones que le llevaron a quitarse la vida. Por lo que es importante procurar no atormentarse demasiado buscando el por qué, así con el tiempo algunas respuestas irán saliendo a la luz.

Es frecuente también un sentimiento de *vergüenza*, que lleva a no querer hablar de las circunstancias de la muerte. Algunas personas necesitan mucho tiempo solamente para pronunciar la palabra suicidio.

Otro sentimiento común es el de *culpabilidad*, en el que la persona puede sentirse mal por algo que dijo o hizo, se reprocha el no haberse dado cuenta de lo mal que estaba su ser querido... y suele

quedar una fuerte sensación de no haber sabido cuidarle. Sin embargo, la sensación de culpa es algo perfectamente normal después de una muerte de estas características, por lo que es importante pensar que con el tiempo, se pasará simplemente a lamentar algunas cosas del pasado, y que llegará el día, en que sólo quede un sentimiento de impotencia ante la muerte.

Así mismo, puede ser natural sentir mucha *rabia y enfado* hacia la persona que se suicido (*¡Cómo has podido hacerme esto!*), hacia Dios *que no hizo nada* por impedirlo, y hacia todos los que han podido contribuir directa o indirectamente en la realización de esta acción desesperada. La rabia es un sentimiento pasajero, y como tal, irá disminuyendo. Mientras tanto, es reconfortable busca formas positivas de canalizar el cólera, sin autocastigarse y sin herir inútilmente a otras personas.

El sobreviviente debe tener en cuenta que él no pudo elegir por el suicidio de su ser querido y que la decisión fue enteramente suya. Aceptar también que a pesar de lo que haya podido decirle, sus palabras no han tenido nada que ver con su decisión.

Algo que es muy importante tener en cuenta, es que muchas veces, después del suicidio de un ser querido es muy frecuente que el sobreviviente tenga deseos de quitarse la vida, por lo que en estos casos se aconseja a la persona que no espere y antes de que pueda hacer algo irreversible, acuda a un profesional que lo ayude a buscar

alternativas y a utilizar todos sus recursos personales para salir adelante.

A medida que la tormenta de emociones vaya calmándose, surgirá poco a poco *la aceptación*. Sin embargo, es necesario que la persona se de tiempo para llegar allí, puesto que un duelo por suicidio necesita más tiempo para sanar, pero al ser paciente llegará el día en que se logre aceptar la elección que tomo el ser querido.

El sufrimiento puede enseñar a dar un nuevo sentido a la vida, a cambiar los valores y las prioridades. Aunque quizás al principio pueda parecer imposible, poco a poco se puede ir encontrando mejoría, ser capaz de perdonar, hasta que llegue un día en que se pueda decir que la vida continua y que se siente feliz por estar vivo.

2.5 Orientación psicológica durante el duelo

El trabajo de duelo se relaciona con la expresión, más pronto o más tarde, de los sentimientos existentes frente a la pérdida, así como el enfrentamiento y finalmente la adaptación a esta nueva realidad. Sin embargo, si existe una exageración o deformación del proceso normal de duelo, entonces se puede decir que ya es patológico. Esto estaría dado según Jara (1997), por la utilización rígida de mecanismos defensivos que dificultan su correcta elaboración y, en términos temporales, por una excesiva duración.

Según Dumay (2000), para que el duelo se vuelva patológico no es cuestión de tiempo, sino de estancamiento, de estar detenido en una etapa. Para no poder pasar a otra etapa influyen algunos factores, como el tipo de relación que se tenía con el difunto, con la cercanía, es decir, mientras más estrecha sea la relación, más intenso será el duelo, así, por ejemplo, si un viudo o una viuda rompen en llanto cada vez que realizan una actividad cotidiana que realizaban con su pareja antes de que falleciera puede resultar una expresión lógica porque el hecho representa una confrontación con la pérdida, pero si después de un año sigue persistiendo la conducta, ya no se puede decir que es una reacción lógica, por lo que se requerirá de atención especializada.

Muchas familias dejan pasar largo tiempo antes de reacomodar el espacio que ha dejado vacío la persona fallecida; encontrarán su propio tiempo. Pero si alguien se empeña en dejar intactos varios espacios o cosas personales como el cepillo de dientes o su tasa favorita como si el difunto fuera a llegar en cualquier momento a ocuparlos, entonces se está retardando el proceso de duelo.

2.5.1 Enfrentamiento del Duelo

Existen diversos mecanismos integrados para afrontar la pérdida, al respecto, Martínez (2005), comenta que estos pueden ser: el llorar, lo cual puede ayudar a aliviar la tensión emocional y además, al llorar con otra persona se obtiene cierto consuelo emocional debido

a las reacciones de empatía; las manifestaciones verbales también son de gran ayuda para el alivio emocional.

También es importante hacer un análisis de la situación, puesto que al buscar el verdadero significado personal y la importancia de la situación, la persona puede intentar asimilarla en su estructura cognoscitiva y reducir así la angustia. El buscar apoyo en amigos, familiares o incluso profesionales competentes, son necesarios para su sostén psicológico y ayuda emocional, para disminuir y acortar el período de angustia y ansiedad hasta que se pueda recobrar el equilibrio emocional. También es importante cumplir con las necesidades básicas, como el dormir y comer bien, aunque no se tengan deseos de hacerlo; así mismo, las llamadas terapias ocupacionales suelen ser muy convenientes en estos momentos, puesto que el hacer cosas sencillas y agradables diluye la ansiedad al ocupar la mente en fuentes gratificantes; si se tiene la posibilidad de viajar, o de salir a algún lugar para distracción siempre puede ser muy gratificante.

Después de la muerte de un ser querido pueden surgir muchos sentimientos, sin embargo, según Armendáriz (1996), lo importante ahora es ver cómo podemos trabajar con esos sentimientos y verlos como retos dentro de nuestra existencia, es decir, entender que las situaciones no deseables constituyen una oportunidad para que se fortalezca en nuestro interior una nueva y más amplia comprensión de lo que es la vida.

Pero qué pasa si se está del otro lado, es decir, del de los amigos o familiares que necesitan proporcionar apoyo, Dumay (2000), propone algunas palabras y acciones que se pueden llevar a cabo para quienes desean ayudar a quien ha sufrido una pérdida.

La regla de oro en estos casos es olvidar todo protagonismo. Sólo podemos acompañar, no estamos obligados a ser el “consuelo”, ni a decir “las palabras precisas”; es más, sobre todo en los primeros momentos, es mejor que la persona cuente con un abrazo, un apretón de manos o únicamente con nuestra presencia que está diciendo: “te quiero, me importas, estoy aquí para compartir tu pena, estoy disponible”.

Si hacemos sentir a la persona verdaderamente estamos disponibles para ella, que puede encontrar un gran alivio para su pena, es necesario saber escuchar con atención, aceptar palabras y emociones expresadas, no emitir juicios ni tratar de interpretar lo que la persona siente o debería sentir. Es importante no minimizar la pérdida utilizando frases como: “está en un lugar mejor que éste”.

Siempre es valioso prestar ayuda práctica y silenciosa, como alentar a la persona a que se bañe, prepararle comida o animarla que vuelva a seguir con su vida como lo hacía antes.

Aunque la mayoría de las personas pueden superar su dolor hasta que cese de modo natural, hay para quienes la perturbación que

acompaña a la pérdida es de tal intensidad que se requiere de un apoyo de tipo profesional.

En el tratamiento psiquiátrico generalmente se hace uso de diferentes drogas que pueden calmar la ansiedad, aligerar la depresión, aliviar sus insomnios, etc. En ciertos casos es importante la hospitalización, sobre todo en los que existe un riesgo de suicidio, o cuando la perturbación es tan grande que no son capaces de cuidarse a sí mismos.

La psicoterapia tiene el propósito de ayudar a las personas a alcanzar una mayor consciencia de la índole y de la raíz misma de sus sentimientos, puesto que el conocimiento de uno mismo frecuentemente proporciona alivio. Quienes se encuentran desconsolados se ven favorecidos con frecuencia por esta afectuosa comprensión de su temor y de su culpabilidad, así se sienten fortalecidos al darse cuenta de que no son los únicos en experimentar sentimientos de esta índole.

La psicoterapia implica, que se conozca el proceso mediante el cual las fuerzas instintivas han producido el estado de ánimo que resulta doloroso (Hinton, 1974). Proporcionar asimismo, cierta explicación de los procesos o etapas por las que normalmente pasa cualquier persona después de la muerte de un ser querido.

Martínez (2005), propone que la meta esencial de la terapia es conjugar el proceso de duelo con una sensación de alivio; restaurar, al menos en gran parte, el equilibrio roto y equipararse de recursos para encarar el futuro, en la búsqueda de la mejor calidad de vida familiar y personal.

El proceso de intervención pretende, ante todo, facilitar el proceso de duelo. En un sentido muy práctico, se propone que la intervención inicial después de una muerte repentina debería encaminarse a transformar de modo cognoscitivo las más complicadas de las muertes de ese tipo en otras de especie más aceptable. De modo más específico la labor principal es transformar las muertes desastrosas en muertes repentinas, éstas en muertes prematuras y éstas últimas en muertes adecuadas (Slaikeu, 1996).

Mientras que la orientación psicológica durante el duelo puede ser, finalmente muy recompensable, también puede ser frustrante y dolorosa. Por lo que Sherr (1992), propone que el orientador debe animarlos a que hablen acerca de su pérdida, que permanezca con ellos durante los meses de desesperación y depresión, que los tranquilice cuando teman la intensidad de sus emociones y aprendan a controlar y comprender los orígenes de su ira. Es importante, por tanto, que los orientadores tengan sensibilidad, calor, tolerancia, valor, perseverancia y habilidad para mantener la confidencialidad. Deben ser capaces de asimilar lo que se está diciendo con absoluta atención e interpretar sin imponer sus propias experiencias.

Los orientadores deben tener la capacidad para comprender el proceso del dolor y las múltiples reacciones emocionales del doliente. El sentido común y la personalidad pueden ser elementos de mayor ventaja que la capacidad intelectual o la asistencia a cursos de capacitación formal.

Estos programas de capacitación deberán incluir sesiones de autoconocimiento, expectativas, conocimiento de pérdida personal y teorías de vínculo y pérdida, conocer el proceso del dolor y reconocer el dolor anormal. Una capacitación más amplia deberá incluir técnicas para establecer empatía, cómo reaccionar cuando una persona llora, comunicación verbal y no verbal, cómo manejar la ira y la culpa y cómo reconocer y reaccionar ante la depresión.

Por último es importante resaltar que en cualquier tipo de relación social, ya sea de amistad, familiar o incluso en psicoterapia, tiene como medio ideal la capacidad de saber acompañar. Armendáriz (1996), declara que cuando de acompañar se trata, no basta la buena voluntad ni las buenas intenciones: es menester también conocer y reconocer qué clase de proceso está experimentando el otro. No se debe olvidar que se trata de un ser sensible, el cual al igual que nosotros, cuenta con fortalezas, sabiduría y experiencias provechosas, pero al mismo tiempo soporta momentos de flaqueza, miedos, tristezas, ignorancias, dolores y debilidades, difíciles en ocasiones de superar debido a sus orígenes recónditos .

Así, propone el sentido básico de la acción de acompañar como toda una forma de vida que requiere de un conjunto de habilidades esenciales, como serían: saber comunicar, saber escuchar, saber cómo y cuándo confrontar, saber respetar el proceso de la vida en que me encuentro y reconocer y respetar a los demás, ponerme en el lugar del otro para comprenderlo (empatía) y, flexibilizar mis intereses a fin de acompañar.

De esta manera, concluye que saber acompañar implica *reconocer y entender la realidad del otro y entrar en ella*, en lugar de exigir que el otro individuo entre a nuestra forma de ver las cosas. Decir a las personas lo que tienen que hacer, sin antes acompañarlas, simplemente no funciona. Para que otra persona tome en cuenta nuestra opinión es primordial que primero ella se sienta acompañada, esto es, comprendida, escuchada, aceptada y respetada por nosotros.

2.5.2 Asuntos pendientes

Son de muchas clases los “asuntos” que pueden haber quedado pendientes entre el difunto y sus deudos, o los que se sienten de alguna manera afectados por su fallecimiento.

Entre los asuntos que han quedado pendientes por causa de fuerza mayor se encuentran: las cosas que se hicieron, las que se omitieron, las que se dijeron y las que se callaron. Estas “cosas”

pueden ser positivas o negativas, como el arrepentirse de una palabra dicha con demasiada precipitación en un momento de enfado, o que lamentamos no haber tenido una palabra amable cuando era necesario; o se hecha uno en cara el haber mentido o engañado a la persona en cuestión; o se reprocha el no haber ayudado o tendido una mano cuando quizás le hacía falta. Pocos son los que pueden mirar hacia atrás sin tener nada que reprocharse, nada que no quede en el “si yo hubiera”.

A menudo, esa acción o esa omisión son ahora mucho menos importantes de lo que la persona se imagina, lo que realmente sucede es que la persona sobreviviente necesita algo a que agarrarse para justificar sus sensaciones de remordimiento, las cuales, son parte del proceso de duelo.

Para resolver estos asuntos pendientes, Markham (1997), propone algunos cuestionamientos que se puede hacer la persona para facilitar el proceso. Sugiere que primero es importante contemplar la realidad de la situación, analizar qué tan racionales son sus reproches o su culpa. Para esto, es recomendable enfrentarse a la realidad, tratar de recordar con todo detalle posible lo que sucedió, porque muchas veces por la aflicción que se siente, se olvidan ciertas situaciones a manera de defensa y la persona cree que todo lo malo lo hizo ella, pero si se enfrenta con sus recuerdos puede darse cuenta de que no son “tan malos” como cree en sus momentos de culpa, porque el que una persona esté muerta no la hace necesariamente buena.

Muchas veces, al recordar al ser amado, en la etapa de culpa, la persona suele recordar más los momentos desagradables, por lo que es recomendable hacer lo contrario, es decir, hacer hincapié en los buenos momentos que pasaron juntos.

Así mismo, es bueno reflexionar sobre ¿de qué nos va a servir ahora estos remordimientos?, recordar que esos sentimientos no le hacen ningún bien si le crean infelicidad o malestar y le impiden continuar con su vida.

2.5.3 Encontrar sentido de vida

Se sabe que las pérdidas son inevitables, pero ahora se sabe además, que recuperarse de ellas es posible. Incluso se puede hacer de esa pérdida un testimonio de amor a la persona fallecida, un paso en el crecimiento, un momento positivo y decisivo en la vida.

Bravo (2007), refiere que mientras caminamos por esas dolorosas experiencias de la vida, no debemos olvidar nunca que tenemos una increíble capacidad de adaptación y supervivencia. Se necesita valor para creer que sobreviviremos, que creceremos. También hace falta valor para vivir ahora y no posponer la vida para un vago mañana.

La misma autora cita a Longaker (1997), quien menciona que si se quiere encontrar sentido a la vida así como a la muerte, se deben asumir los siguientes tres compromisos:

a) *Ser conscientes de uno mismo y aceptarse.* Esto significa estar plenamente conscientes de las experiencias presentes y aceptarlas. Cuando no se encuentra una salida al sufrimiento, con frecuencia la persona se esconde detrás de una concha de aislamiento, intentando filtrar de la consciencia cualquier sentimiento desagradable o que le dé miedo. Limita además su capacidad para experimentar todo lo que puede darle valor a la vida: el sentimiento de estar vivo y de alegría, de paz interior, de compasión auténtica, de juego y curiosidad, de apertura y confianza para dar y recibir amor.

Para sentir que la vida tiene sentido es necesario romper con esas viejas “protecciones”, estar abiertos a experimentar los auténticos sentimientos, sean los que sean y aceptarse con comprensión. La aceptación es el comienzo del crecimiento.

b) *Proponerse un diálogo auténtico con los demás.* Se debe asumir el riesgo de abrirse y mostrarse como uno es, aunque sólo sea ante una persona, estableciendo una comunicación auténtica y sincera. Lo que hace sentirse desvalido no es lo difícil de la situación; es quedarse aislado en el sufrimiento, el temor o la pena, y no poder conectar con los demás. Tarde o temprano, se tendrá que soltar el orgullo, los temores y decir la verdad. Se debe empezar por salir y

pedir la ayuda que se necesita. Si en los periodos más oscuros de la vida, se conecta auténtica y sinceramente con al menos una persona, eso proporcionará un rayo de esperanza.

c) *Decidir adoptar una dirección positiva de crecimiento.* Si falta dirección o propósito a la vida, no se vivirá realmente, sólo se existirá. Y así, cuando una persona tenga que afrontar las inevitables pérdidas de la vida, parecerá que la existencia no es más que un sufrimiento sin sentido y no quedará otra cosa que el desvalimiento y la desesperación. Se debe comprometer con una meta en la vida que vaya más allá de la satisfacción de los deseos personales mundanos, y encontrar un modo de dar algo a la vida. Las circunstancias dolorosas y el sufrimiento no deben convertir a la persona en víctima de la tragedia, si las ve como parte del camino de la vida, como oportunidades para la transformación y el crecimiento.

Capítulo III

PROPUESTA DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO DESPUÉS DE UN SUICIDIO

*“Eres más consciente que antes de lo que
es importante y lo que es trivial.
Tu ser querido vivió, pero tú todavía estas vivo.
¡Vale la pena esperar al futuro!”
H. David Thoreau*

3.1 Justificación

Cuando una persona se enfrenta al suicidio de un ser querido, se genera una crisis de tipo circunstancial, es por eso que es importante una intervención en estos casos.

Antes cabe mencionar, que una crisis es definida por Slaikeu (1996), como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recuerdos personales del individuo (fuerza del yo, experiencias con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de “otros significantes”).

Existen dos tipos principales de crisis, las de desarrollo, que se dan en el cambio de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Por otro lado, las crisis circunstanciales, las cuales son accidentales o inesperadas y sus rasgos más sobresalientes son: aparición repentina, imprevisión, calidad de urgencia, impacto potencial sobre comunidades enteras y sobre todo que muestran lo mismo peligro que oportunidad (de crecimiento), éstas pueden precipitarse por problemas de salud, de muerte inesperada como es el caso del suicidio, víctimas de algún crimen, desastres naturales o provocados y por guerras o hechos relacionados.

De esta manera, se puede deducir que el suicidio puede provocar en los seres queridos sobrevivientes una crisis de tipo circunstancial, afectándole en diversas áreas vitales, como lo es la conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva (CASIC).

Cabe mencionar, que tanto como la muerte se anticipe (en la vejez, por ejemplo), la aflicción implica experimentar y translaborar una pérdida, aunque no necesariamente con una grave desorganización e incapacidad para el enfrentamiento como cuando no se esperaba. Así, al comparar las diferentes penas asociadas con un suicidio, muerte natural y accidental, Sheskin y Wallace (1976, en Slaikeu, 1996), encontraron que la acongoja era más grande cuando la muerte no se anticipaba o cuando era inesperada, mostrándose que el suicidio, por

ejemplo, deja al sobreviviente con la duda de qué papel pudo haber desempeñado en la provocación de la muerte.

Sarro (1991), plantea que por lo general, para el entorno familiar, el suicidio se vive como una tragedia, el impacto emocional y social que provoca lleva a situaciones de intensa vulnerabilidad psíquica y social a los que sobreviven. La tristeza, la culpabilidad y la agresividad se añaden al dolor provocado por la pérdida de un ser próximo, y pueden producir un duelo patológico que altera profundamente la dinámica familiar.

Del mismo modo, Markham (1997), expresa que si una persona a quien se apreciaba se quita la vida, no se debe extrañar si se pasa por un período de remordimiento o si se experimentan sensaciones de culpabilidad de algún tipo, puesto que esto es parte del proceso normal de duelo y que con el tiempo se acabará por desechar esas ideas asumiendo que fue una decisión de esa persona en un momento de desequilibrio.

Al respecto, Sherr (1992), propone que la orientación durante el duelo tiende a ser necesaria si los miembros de la familia están incapacitados para comunicarse unos con otros y no existe ningún otro apoyo disponible para uno o más miembros; cuando un individuo está atorado con un sentimiento y no puede funcionar; o si un individuo siente la necesidad de explorar lo que sucede; y cuando alguien se siente desesperadamente atrapado por las emociones.

Por lo que, según el mismo autor, el proceso de intervención en el duelo pretende, ante todo, permitir la variación individual y el ajuste a los usos y expectativas psicosociales, de esta manera, la meta esencial es complementar el proceso de duelo con una sensación de alivio, equilibrio restaurado y una apertura para encarar el futuro.

Para esto, cabe mencionar, que la intervención en crisis tiene un enfoque preventivo en tres formas, la primera se encamina a reducir la incidencia de trastornos, la segunda busca reducir los efectos dañinos de los sucesos recién ocurridos, y la tercera se encamina a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original. Para los fines de este trabajo, es de mayor prioridad la intervención de segunda instancia, la cual es más efectiva cuando coincide con el periodo de desorganización (de una semana a seis meses) de la crisis en sí misma, en la cual se busca principalmente reducir los efectos debilitantes, facilitando el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.

Según Slaikeu (1996), la intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir a un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimizan y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximizan.

Así, la propuesta de orientación psicológica dirigida al manejo del duelo después de un suicidio, se basa en los fundamentos de la intervención en crisis, la cual busca principalmente ayudar a la persona primero a sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis, después a identificar y expresar los sentimientos que acompañen la crisis para obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis y así finalmente poder realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.

De esta manera, el objetivo global de la orientación psicológica en el manejo del duelo después de un suicidio está encaminado principalmente a ayudar al sobreviviente a completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y ser capaz de decir un adiós final.

3.2 Sugerencias

Antes de exponer la propuesta de la tesina, es importante resaltar algunas sugerencias a tomar en cuenta, como:

¿Quién hace la Orientación?: Parkers (1980, en Worden, 1997) destaca tres tipos básicos de asesoramiento, que puede ser a nivel individual o grupal. El primero implica los servicios profesionales que realizan los psicólogos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, los cuales proporcionan apoyo a una persona que a sufrido una pérdida. En el segundo tipo, el apoyo se da por medio de voluntarios apoyados por profesionales. Y el tercer tipo incluye todos los grupos

María Segovia Hernández García

de ayuda mutua, en los que personas en duelo ofrecen apoyo a otras que se encuentran en su misma situación.

La orientación que se propone aquí, se dirige a profesionales de la salud que deseen apoyar a personas que se encuentran en duelo después de un suicidio.

¿Cuándo hacer la Orientación?: En la mayoría de los casos se sugiere que sea una semana después del funeral, puesto que antes en las primeras 24 horas aproximadamente, la persona se encuentra en una etapa de shock y no está preparada para enfrentarse con su confusión.

¿Dónde se debería hacer la Orientación?: La orientación no necesariamente debe ser en una oficina profesional, aunque es lo más propicio. También se puede realizar en alguna sala del hospital, incluso en el jardín o algunos otros contextos informales.

¿Quién recibe la Orientación?: La orientación en el proceso de duelo se puede dar generalmente en tres situaciones: En la primera se sugiere que sea a todas las personas que han tenido una pérdida sin importar el tipo de muerte, pero realmente, no todo el mundo la necesita, sin embargo, al hablar de una muerte por suicidio si suele ser muy necesaria, sobre todo para prevenir que se convierta en un duelo complicado o que exista el riesgo de otro suicidio. En la segunda, es cuando la persona en duelo se da cuenta que necesita

ayuda, al sentir que algo no se encuentra bien y que ella misma no lo puede solucionar ni con el apoyo de su familia o amigos, entonces toma la decisión de solicitar apoyo profesional. Por último, cuando la orientación se da para prevenir un duelo no resuelto, es decir, en los casos donde se prediga que puede existir dificultades en la elaboración “normal” del duelo, como lo es la muerte inesperada y en éste caso particular, la elaboración del duelo después de un suicidio.

Identificar a personas en duelo con riesgo: Worden (1997) propone que hay que tomar en cuenta algunas variables que pueden ser predictores significativos de que la persona no va a llevar adecuadamente un proceso de duelo, por ejemplo, cuando existe un nivel alto o moderado de falta de apoyo percibido en la respuesta de la red social a la crisis. Además, cuando existió una relación previa muy ambivalente con el fallecido, las circunstancias traumáticas de la muerte y las necesidades no cubiertas. Así mismo, cuando se presenta una crisis vital al mismo tiempo de la pérdida.

Con lo dicho anteriormente, se puede deducir que en el caso de la muerte por suicidio si presenta un duelo con riesgo, puesto que es una experiencia traumática y suelen quedar muchas necesidades incubiertas.

Asesoramiento en grupos: La orientación en el proceso de duelo se puede realizar en el contexto de un grupo. Esto no es solo muy eficaz sino que además, puede ser una manera efectiva de ofrecer el

apoyo emocional que la persona está buscando. De esta manera, existen algunas indicaciones que se deben tener en cuenta para crear un grupo y para hacer que funcione de manera eficaz, las cuales son comentadas a continuación.

Es importante elegir el formato de grupo, es decir, tomar en cuenta el propósito, la estructura y la logística.

Los grupos de duelo normalmente tienen uno o más de los siguientes propósitos: apoyo emocional, educación o fines sociales, y así en un grupo se crea un apoyo emocional mutuo.

También es importante considerar la estructura del grupo, es decir si es abierta o cerrada, en la primera pueden integrarse las personas en cualquier momento, sin embargo en el segundo son las mismas personas desde que empieza la orientación hasta que concluye. Cabe resaltar que en la propuesta de este trabajo se recomienda que sea de tipo cerrada, puesto que las actividades están relacionadas unas con otras, es decir, llevan un proceso.

Por otro lado, también es necesario tomar en cuenta la logística, es decir, el número encuentros, su duración el tamaño del grupo, su localización, así como el costo de los encuentros.

Para la logística que se proponen en este trabajo, se sugiere que en cada sesión se realice un actividad, a excepción de aquellas en las

que se requiere realizar una respiración profunda con anticipación, si es así, entonces serán dos actividades por sesión. De tal manera que se tiene un total de 14 sesiones, con duración aproximada de 90 minutos cada una, dándose una vez a la semana con un grupo pequeño de seis u ocho personas aproximadamente. Así mismo, se recomienda que los miembros del grupo contribuyan económicamente porque se cree que esto les animará a asistir y les motivará a sacar más provecho del grupo.

Por otro lado, también es importante preseleccionar a los participantes, por lo que se deben tener en cuenta algunas sugerencias, es decir, que las personas del grupo tengan pérdidas similares, que el tiempo de la pérdida también sea similar, si son pérdidas múltiples o si es una sola, si la persona tiene otro tipo de problemas emocionales o conductuales es más recomendable el asesoramiento o la terapia individual. Otro aspecto importante es cuando el duelo es por una pérdida que resulta difícil hablar, como es el caso del suicidio o del homicidio. Es por esto que la propuesta está dirigida a personas que acaban de sufrir la pérdida de un ser querido por un suicidio.

Finalmente, el definir las expectativas, es de gran utilidad para evitar que las personas abandonen el grupo, por lo que se debe tener muy claro desde el inicio cuál es el proceso a seguir y cuáles son las metas a realizar. Todo esto se propone básicamente en la primera actividad, aunque se puede definir desde antes al hacer entrevistas de

selección, donde se ven las expectativas de cada persona y se le aclara cuáles son las del grupo.

3.3 Actividades

Para poder adentrarnos a las actividades, primero es importante entender cuáles son las etapas por las que pasa una persona después del suicidio de un ser querido, puesto que en eso están basadas las actividades, de esta manera, a continuación se muestran las etapas que se proponen en este trabajo de tesina en base a lo expuesto por diversos autores, y en qué consiste cada una.

1. *Shock y Negación*: Al momento de enterarse de la pérdida de un ser querido, el sobreviviente siente tal impresión que no sabe como reaccionar y se queda “sin palabras” como bloqueado, en shock. Minutos o hasta horas después entra en un estado de negación, donde no puede creer la realidad de que la persona que tanto quiere ya no va a estar con él, que ya no le va a volver a ver más. En el caso del suicidio, el sobreviviente no puede creer cómo el suicida fue capaz de darse muerte a sí mismo. Muchas veces se niega ante los demás el suicidio por vergüenza, puesto que por cuestiones de religión o convencionalismos sociales no es bien visto.

2. *Coraje con una profunda tristeza*: Este sentimiento esta muy relacionado con el siguiente, incluso puede presentarse primero la culpa y después el coraje o los dos al mismo tiempo. El sentimiento de

María Segovia Hernández García

enfado es resultado del dolor tan grande que se experimenta en esos momentos el cual no es canalizado de la mejor manera. El coraje en el caso del suicidio esta dirigido principalmente al ser querido, ya no se pregunta cómo fue capaz de matarse, sino ahora por qué le hizo eso, por qué le dejó tanto dolor, o por qué fue tan “cobarde” para hacer eso. La furia también puede ser dirigida a familiares o amigos por creer que no lo ayudaron cuando más los necesitaba.

3. *Culpa con una profunda tristeza*: Cuando el coraje no es expresado muchas veces puede volcarse hacia uno mismo y crear sentimientos de culpa, una profunda tristeza o incluso depresión. La culpa es dirigida hacia uno mismo por no “haber hecho lo suficiente para ayudar, apoyar o entender al ser querido” o “por no haberse dado cuenta antes” o “por haber tenido al alcance del suicida lo que utilizó para matarse”, en fin, asumen la responsabilidad de la acción del suicida y sienten profundamente que había algo que ellos pudieron haber hecho para evitar la muerte y no lo hicieron. Los mismos sentimientos pueden ser dirigidos a familiares o amigos del suicida.

4. *Asimilación*: El sobreviviente empieza a analizar y expresar todos sus sentimientos y pensamientos, por lo que empieza a cambiar su conducta y sus relaciones interpersonales. Ahora ya acepta la realidad de la muerte, que su ser querido ya no va a estar con él físicamente solo en sus recuerdos. Ya no siente coraje, se siente más tranquilo y aunque tal vez no entienda por qué se suicidó ahora puede respetar su decisión sin coraje. Mucho menos se siente culpable, ni

culpa a otros porque sabe que fue una decisión de esa persona y que nada podían haber hecho para evitarlo y en caso de que si, saben que hicieron todo lo que estaba en sus manos.

5. *Adaptación y Transformación*: En esta última etapa, el sobreviviente siente más tranquilidad, ahora está más sereno y puede volver a sus actividades cotidianas sin sentirse mal por lo sucedido. Sabemos que no se puede olvidar y que no existe ningún borrador mágico que elimine de la memoria a ese ser que se perdió, pero ahora se puede volver a vivir sin él, ya se puede recordarlo sin que duela como antes, puede existir cierta nostalgia pero ya no hay dolor, por lo que existe un gran cambio a nivel conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo (CASIC).

Después de examinar las etapas por las que normalmente atraviesa una persona, ahora el siguiente cuadro muestra las etapas del duelo después de un suicidio que se proponen, así como las cuatro tareas de asesoramiento en el proceso de duelo propuestas por Worden (1997), con el fin de proponer una serie de actividades para la elaboración del duelo después de un suicidio y finalmente, muestra qué área CASIC trabaja principalmente la persona en cada actividad.

| Etapa | Worden (1997) | Actividades (técnicas) | CASIC |
|-------------------------------------|---|--|---|
| 1. Shock y Negación | Aceptar la realidad de la pérdida. | 1. Educación del duelo. | Cognitiva |
| | | 2. Hablar sobre la muerte del ser querido | Cognitiva, Afectiva e Interpersonal. |
| | | 3. Respiración profunda. | Afectiva y Somática. |
| | | 4. Realizar un "colage". | Cognitiva, Afectiva e Interpersonal. |
| | | 5. Ritual con fuego. Cognitiva. | Cognitiva, Afectiva y Conductual. |
| 2. Coraje con una profunda tristeza | Trabajar (identificar y expresar) las emociones y el dolor de la pérdida. | 1. Respiración profunda. | Afectiva, Somática e Interpersonal. |
| | | 2. Silla vacía. | Cognitiva, Afectiva y Conductual. |
| | | 3. hablar sobre la actividad anterior. | Cognitiva, Afectiva Interpersonal. |
| | | 4. Tarea: Carta a mi ser querido que ya no esta más conmigo. | Cognitiva, Afectiva e Interpersonal. |
| 3. Culpa con una profunda tristeza | Trabajar (identificar y expresar) las emociones y el dolor de la pérdida. | 1. Juego de roles. | Cognitiva, Afectiva, Interpersonal y Conductual. |
| | | 2. Relajación: "Pedir perdón... decir adiós". | Cognitiva, Afectiva Somática e Interpersonal. |
| | | 3. Cuando estoy triste me consuela... | Cognitiva y Afectiva. |
| 4. Asimilación | Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. | 1. Incubar la salud mente-cuerpo. | Cognitiva, Afectiva y Somática. |
| | | 2. Visualización. | Cognitiva, Afectiva, y Somática |
| 5. Adaptación y Transformación | Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. | 1. Reestructuración cognitiva "Qué estrategias usaba para funcionar antes de la muerte". | Cognitiva, Afectiva, Interpersonal y Conductual. |
| | | 2. Expectativas a futuro. | Cognitiva, Afectiva, Interpersonal y Conductual. |
| | | 3. Evaluación final y despedida. | Cognitiva, Afectiva Somática, Interpersonal y Conductual. |

Cuadro 1. "Etapas del duelo después de un suicidio y Actividades". Propuesto por Hernández, M. (2007) y Montoya, (2007).

3.3.1 Actividades para la etapa de Negación

Lo que se pretende con la serie de actividades es, que la persona que acaba de sufrir la pérdida de un ser querido por medio del suicidio pase de la etapa de negación a la siguiente de una manera satisfactoria, esto es, ayudándolo a hacer real la pérdida.

3.3.1.1 Educación del duelo

Justificación: Lacasta, et al. (2006), mencionan que un aspecto importante para facilitar la recuperación es buscar información acerca de lo que es y lo que se siente durante el duelo, cuánto dura, qué factores modifican o alteran el proceso de recuperación, cómo puede ayudarse uno mismo, de qué forma otros pueden ayudar, en definitiva, una adecuada educación del duelo, esto puede evitar muchos tipos de interpretaciones erróneas y angustias innecesarias.

Objetivo: Que el sobreviviente tenga información acerca del proceso del duelo, esto con el fin de que tenga un conocimiento más claro del proceso que va a llevar.

Material: Material para exponer (presentaciones en PowerPoint, esquemas, dibujos, etc.)

Desarrollo:

- Primero el orientador le comenta al grupo el objetivo general de la orientación en el duelo después de un suicidio.
- Después se le pide al grupo que se presenten contestando a la pregunta ¿Quién soy?.
- Finalmente, el orientador expone al grupo de manera clara y específica qué es el duelo, las etapas por las que se pasa normalmente, y cuáles son las reacciones comunes después de un suicidio, resaltando el comentario de que no forzosamente todos van a sentir exactamente lo mismo, pero que si pueden existir ciertas semejanzas en cuanto a cómo se van a comportar, qué van a sentir de manera emocional y físicamente, cómo se van a relacionar con las demás personas y cuáles son los pensamientos que pueden tener.

Evaluación: Una vez que el orientador termina de exponer al grupo en qué consiste el duelo, le propone hacer una evaluación contestando por escrito las siguientes preguntas: ¿Qué es el duelo?, ¿Cuáles son las etapas por las que cursa normalmente una persona después de la muerte de un ser querido?, ¿En qué etapa del duelo te encuentras? y por último, ¿Qué es lo que esperas lograr al asistir a la orientación?.

3.3.1.2 Hablar sobre la muerte del ser querido

Justificación: Cuando alguien pierde a un ser importante, siempre hay una cierta sensación de irrealidad, de que no ocurrió realmente. Según Worden (1997), la primera tarea del duelo es llegar a tener una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad: la persona está muerta y no volverá. Los supervivientes deben aceptar la realidad para poder afrontar el impacto emocional de la pérdida, por lo que al recordar y hablar sobre la muerte o notificación de la misma, la realidad se hace más clara y más detalles acuden a la conciencia. Cada repetición, aunque sea muy dolorosa, permite una mayor descarga de angustia y dolor, el hablar de lo sucedido, de los sentimientos, de lo que pasa, de los pensamientos a futuro, de los demás y de cualquier otro tema que en ese momento se requiera, también puede permitir una apertura hacia la resolución de asuntos pendientes con el ser querido fallecido (si es que quedó alguno o algunos). El hablar, permite reconocer la realidad de lo sucedido, descargar dolor, establecer los primeros pasos para un cambio en la relación y extender la red social de apoyo.

Objetivo: Contar con un espacio abierto al diálogo, donde se puedan expresar libremente las emociones, los sentimientos y los afectos del deudo frente a las circunstancias que rodearon la muerte para concientizar la realidad de la pérdida.

Desarrollo:

- Primero se le pide al grupo que se sienten formando un círculo, de manera que todos se puedan ver.
- Después el orientador comenta en qué va a consistir la sesión.
- A continuación, el orientador pregunta quién quiere compartir primero su experiencia con el grupo. Al final, cada integrante del grupo debe hablar sobre lo sucedido.
- El orientador puede fomentar la expresión oral con preguntas tales como: ¿Dónde se produjo la muerte?, ¿Cómo ocurrió?, ¿Quién te lo dijo?, ¿Dónde estabas cuando te enteraste?, ¿Cómo fue el funeral?, y ¿Qué paso después?.

Evaluación: Se le pide al grupo que conteste por escrito las siguientes preguntas: ¿Qué piensas y sientes de la muerte de tu ser querido?; ¿Cómo te sientes después de haber compartido tu experiencia con el grupo?; por último, ¿Existe algo de lo que no puedas hablar y prefieras escribir ahora?.

3.3.1.3 Respiración profunda

Justificación: Ramírez (1995), propone que al lograr por medio de ejercicios adecuados una mejor respiración, la percepción se hace más amplia y más precisa, el pensamiento se hace más claro, además, si los ejercicios se hacen en grupo, la energía de todos al

respirar ayuda a cada uno a lograr una mejor respiración, el grupo se integra más rápidamente y hace la terapia más fácil y profunda por la mayor apertura de los participantes. De esta manera, si se realiza un ejercicio de respiración antes de la siguiente actividad, las personas tendrán más apertura y les será más fácil expresar sus sentimientos para poder aceptar poco a poco la realidad de su pérdida.

Objetivo: Que la persona respire adecuadamente para que su cuerpo pueda tener más contacto con sus sentimientos con respecto a la muerte y recuerdos de su ser querido.

Desarrollo:

- El orientador expone la importancia que tiene el respirar adecuadamente y le da las siguientes indicaciones al grupo:

a. Primero, la persona se coloca cómodamente en una posición de decúbito supino. Pone una de sus manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen superior. Flexiona ligeramente sus rodillas y las apoya en un pequeño cojín. Que procure relajarse.

b. Después se le pide que respire normalmente. A continuación se le pide que cierre la boca e inspire profundamente con la nariz. Mientras tanto, se le dice que centre su atención en cómo se eleva el abdomen, sin expandir el tórax. Se le aclara que si nota que la mano situada sobre el abdomen se eleva cuando toma el aire, quiere decir

que está respirando correctamente. Cuando se haya aprendido la técnica deberá realizarla sin apoyar la mano sobre el abdomen.

c. A continuación, se le pide que aguante la respiración y que cuente lentamente hasta cinco.

d. Acto seguido, se le pide que frunza los labios como si fuera a silbar y que expulse todo el aire por la boca, sin hinchar las mejillas. Debe utilizar los músculos abdominales para expeler el aire mientras las costillas se desplazan hacia abajo y hacia dentro. Recuérdele que la expiración debe durar como mínimo el doble que la inspiración.

e. Ahora, se le dice que descanse algunos segundos y que repita el ejercicio 5 veces. Se le anima a que vaya aumentando el número de respiraciones profundas hasta diez.

f. Cuando aprenda la técnica, se le dice que la puede realizar sentado o de pie.

Evaluación: Después de concluir con la actividad, se cuestiona al grupo sobre lo siguiente: ¿Encuentran diferencias en su respiración antes y después del ejercicio?; ¿Cómo sienten su cuerpo después de realizar una respiración profunda?; y ¿Cómo se sienten anímicamente después del ejercicio?

3.3.1.4 Realizar un “colage”

Justificación: Cuando un ser querido muere, surgen los más variados sentimientos, los cuales muchas veces son muy difíciles de expresar con palabras, por lo que Baum (2003), propone diversas actividades plásticas para fomentar la expresión de sentimientos y de esta manera ir aceptando la realidad de la pérdida.

Objetivos:

- Que la persona por medio de la expresión plástica represente cómo era su ser querido para tener más contacto con sus sentimientos y pensamientos sobre el difunto.

- Compartir y analizar experiencias individuales en un clima de comunicación, confianza y respeto para concientizar más la realidad de la pérdida.

Material: Cartulinas, hojas de colores, revistas, colores, lápices, acuarelas, pinceles, pegamento y tijeras.

Desarrollo:

- Antes de realizar la actividad, se recomienda efectuar primero el ejercicio de la respiración profunda.

- A continuación se coloca todo el material en el suelo o en una mesa grande y se recomienda escuchar música suave.
- Ahora el orientador le pide al grupo que realice un “colage” al pegar recortes, hacer dibujos y escribir frases en una cartulina, el cual represente cómo era la persona que falleció, qué cosas les gustaban y cuales no, cuáles eran sus actividades favoritas y cuales no, qué cosas le gustaban más de él o ella y cuáles les disgustaban.

Evaluación: Para evaluar que la persona ha tenido más contacto con sus pensamientos y sentimientos sobre el difunto, se le pide al grupo que se sienten en círculo, y se invita a las personas que deseen a ponerse de pie para compartir con el resto del grupo su trabajo, comentando los recuerdos del fallecido, tanto actuales como pasados. Además, se lo deben llevar a su casa para agregarle más cosas y/o para mostrárselo a sus familiares más cercanos y amigos.

3.3.1.5 Ritual con fuego

Justificación: Al quemar el “colage” que representa a la persona que falleció, se pretende que la persona tenga una conciencia más clara de que la pérdida ha ocurrido de verdad, que la persona está muerta y no volverá, esto con el fin según Baum (2003), que la persona afronte el impacto emocional de la pérdida.

Objetivo: Que la persona afronte el impacto emocional de la pérdida para comprender y asumir la realidad de la pérdida.

Material: El “colage” que se hizo anteriormente, leña, cerillos, inciensos y listones de colores.

Desarrollo:

- Para realizar la actividad se recomienda que sea en la noche y en un espacio al aire libre.
- Primero se prende una fogata y algunas varitas de incienso para perfumar el ambiente, todos se sientan alrededor de la fogata, después se le pide a la persona que doble o enrolle el papel del “colage” y que lo amarre con un listón negro o del color que más les agrade.
- A continuación se le dice a la persona que arroje el “colage” a la fogata y que así como el fuego deshace el colage y el aire se lleva el olor, que se lleve también las penas que deja su ser querido.
- Una variedad de la actividad puede ser que en vez de quemar el “colage” se entierre en una maceta, bajo un árbol o en algún lugar especial para la persona.

Evaluación: Para evaluar si se logro que la persona hizo real la pérdida de su ser querido al pasar de la etapa de negación a la siguiente, se le pide a cada integrante del grupo que mencione su parentesco con el difunto, el nombre del mismo y cómo fue la muerte

(por suicidio). Si la persona logra decirlo, entonces se habrá logrado el objetivo.

3.3.2 Actividades para la etapa de Coraje con una profunda tristeza

Lo que se pretende con las siguientes actividades es lograr que la persona en duelo que se encuentra en la segunda etapa de coraje, logre identificar y expresar todos los sentimientos que en ese momento está experimentando, como su gran dolor y su coraje.

Es necesario reconocer y trabajar con el gran dolor que se experimenta después de la pérdida de un ser querido para evitar que se manifieste mediante algunos síntomas u otras conductas disfuncionales. Siendo el coraje una forma de expresión de la gran tristeza que se siente, muchas veces no es manifestado como debiera, por lo que las siguientes actividades están encaminadas a que se exprese de manera más consciente su coraje y orientarlo para que equilibre sus sentimientos tanto positivos como negativos y así poder dirigir su enfado de manera apropiada y eficaz.

3.3.2.1 Respiración profunda

Justificación: Ramírez (1995), manifiesta que las emociones afectan la respiración, pero también la respiración afecta a las emociones. Una respiración profunda en momentos de alteración emocional nos ayuda a tener una mejor percepción de la situación, que los pensamientos y sentimientos sean más claros y así poder recuperar más rápidamente el equilibrio emocional. Además la respiración profunda es necesaria para realizar la siguiente actividad de la “Silla vacía”.

Objetivo: Que por medio de la respiración profunda la persona pueda lograr una percepción más amplia y precisa de los sentimientos de coraje y tristeza, así como de los pensamientos que se presentan ante la muerte de un ser querido.

Desarrollo:

- Primero se le expone al grupo la importancia de realizar el siguiente ejercicio.
- A continuación se le da al grupo las siguientes indicaciones:
 - a. Sentados en la silla, pero sin recargarse en ella respiren como suelen hacerlo para tomar consciencia de cómo es su respiración: superficial o profunda, torácico o abdominal, y de

qué partes del tórax se mueven al inhalar y exhalar. No la cambien ni la modifiquen; sólo tomen conciencia de cómo es.

- b. Después de unos minutos. Ahora respiren lo más profundamente que puedan y acompañen la respiración con el movimiento de los dedos de las manos. Al inhalar van extendiendo los dedos lo más posible y al exhalar los doblan hasta cerrar el puño al terminar la exhalación. Hagan este ejercicio por 5 o 10 minutos.
- c. Ahora movilizan los brazos y las manos al respirar. Al inhalar levantan poco a poco los brazos con los dedos de las manos bien extendidas hasta tener las manos arriba de la cabeza; al exhalar aprietan los dedos de las manos sobre los muslos. Inhalen y exhalen de esta manera por 5 o 10 minutos.
- d. Ahora de pie, frente a un compañero, a cierta distancia para no estorbarse. Inhalen y exhalen como se ha dicho anteriormente sincronizando la inhalación, la exhalación, la pausa y el movimiento de los brazos. Hagan este ejercicio por 5 minutos; cambien de compañero y hagan lo mismo por cinco minutos.

Evaluación: Al terminar el ejercicio conviene reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Cómo sienten su respiración?, ¿Qué diferencia notan de cómo era su respiración antes del ejercicio?, ¿Se aumentó la respiración cuando la hicieron delante de un compañero o se

restringió?, ¿Cómo explican esto?, ¿En su vida diaria recuerdan delante de cuáles persona se ampliaba la respiración y delante de cuáles se restringía?.

3.3.2.2 Silla vacía

Justificación: De acuerdo a Dumay (2000), una forma de despedirse del ser querido es mediante la técnica de “la silla vacía”, la cual ayuda al deudo a expresar el sentimiento de enojo o ira al verbalizar sus emociones.

Se pide al sujeto que se siente en una silla y frente a él está otra vacía, que representa a la persona significativa. Se trata de establecer un diálogo entre ambas partes con el fin de generar y expresar nuevos significados que puedan resolver un conflicto o elaborar asuntos irresueltos y no terminados del pasado, es decir, ayuda a afrontar significados y experiencias contrapuestas en las personas de manera vivencial y directa. El terapeuta puede ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce.

Objetivo: Facilitar el canal expresivo verbalizando las emociones para cerrar asuntos pendientes que pudieron quedar, las situaciones traumáticas inhibidas, los sentimientos de dolor y coraje que se tienen con respecto al fallecido y a su relación.

Desarrollo:

- Para poder realizar la actividad es necesario tener una relajación previa para que la persona se encuentre tranquila, puede utilizarse el ejercicio de respiración profunda mencionado anteriormente.
- Posteriormente se le pide a la persona que se siente frente a una silla vacía e imagine que el que falleció está sentado en ella.
- Ahora se le invita a que hable directamente con la persona en presente sobre qué le diría en este momento, ¿qué es lo que hecha de menos de él? y ¿qué es lo que no hecha menos de él? de manera que se expresen todos los pensamientos y sentimientos que tiene respecto a la muerte, a su relación y todos los asuntos pendientes que pudieron quedar.
- El orientador puede ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no interviene en los sentimientos y significados que el sujeto produce.

Evaluación: Después de realizar la actividad de la silla vacía, se recomienda cuestionar a la persona sobre lo siguiente para evaluar si logro a través del dialogo con su ser querido expresar sus emociones de coraje y dolor o los asuntos pendientes que pudieron quedar. ¿Lograste decirle a tu ser querido todo lo que sientes?; después de la actividad ¿Sientes que te desahogaste al decirle todo lo que sentías?, ¿Por qué?; ahora, ¿Te sientes menos molesto?, ¿Por qué?; por último, ¿Cómo te sientes ahora?.

3.3.2.3 Hablar sobre la actividad anterior

Justificación: Al compartir con el resto del grupo cómo se vivió la experiencia anterior de “la silla vacía” y al escuchar como se sintieron otras personas al respecto, se crea según Worden (1997), un apoyo emocional mutuo y ayuda además a que la persona tome consciencia de sus sentimientos y pensamientos acerca del fallecido.

Objetivos:

- Compartir con otras personas y reconocer en ellas las emociones de dolor, el sentimiento de coraje y la forma de relacionarse con otras personas, para que se den cuenta que son similares a las que ellos mismos están viviendo.

- Comprender y asumir el sentimiento de coraje como una etapa normal del duelo para que la persona reconozca su proceso.

Desarrollo:

- Primero el grupo se sienta en forma de círculo de manera que todos se puedan ver.
- A continuación, se les invita a compartir con el resto del grupo cómo se sienten después de la experiencia anterior, qué cambios notaron en su forma de pensar y sentir antes y después de haber hablado

directamente con su ser querido y de haberle dicho todos los asuntos pendientes que pudieron quedar.

- El orientador debe hacer intervenciones que confronten los pensamientos erróneos por lo que es en realidad.

Evaluación: Después de hablar en grupo sobre sus pensamientos y sentimientos de la actividad anterior, ahora se les pide que contesten por escrito las siguientes preguntas: ¿Piensas que el compartir tu experiencia con el grupo te ayudo en algo?, ¿Por qué?; ¿Qué diferencias o similitudes encontraste en tu experiencia con la de tus compañeros?; finalmente, ¿Qué piensas ahora del coraje y el dolor que sientes o sentías?.

3.3.2.4 Tarea: carta a mi ser querido que ya no esta más conmigo

Justificación: Markham (1997), refiere que la forma más común de crear un símbolo de la relación con el muerto consiste en escribir una carta. La tarea es muy apropiada para las personas con un duelo complicado, quienes así tienen una oportunidad para expresar e integrar sus sentimientos ambivalentes con respecto al muerto. De esta forma, la persona puede darse cuenta de la existencia de ciertos sentimientos, como la pena o el enojo. Particularmente en el caso del duelo complicado, es importante que la persona escriba todo aquello que todavía tiene que decir a la persona de quien se está despidiendo;

expresará no sólo los sentimientos positivos o negativos, sino el "mensaje completo".

Objetivo: Facilitar la expresión de las emociones de coraje y dolor por medio de la expresión escrita para cerrar asuntos pendientes con el difunto.

Material: hojas de papel, bolígrafo y colores.

Desarrollo:

- Al inicio el orientador expone al grupo la importancia de realizar una carta a su ser querido que ya no se encuentra con ellos.
- A continuación les pide que la escriban de tarea y que hagan en un lugar y momento que no interfiera con otras actividades, así mismo, aclara que no importa que tan corta o larga sea, pueden escribir si así lo desean poesía, hacer dibujos, decir "malas palabras", en fin, que son libres de escribir lo que deseen recordando que al escribir esa carta nadie la va a recibir o leer.

Evaluación: Después de escribir la carta se le pregunta al grupo lo siguiente: ¿Cómo te sentías al momento de escribir la carta?; ¿Lograste decirle todo lo que piensas y sientes con respecto a su muerte?; ¿Qué piensas hacer con la carta?. Por último, se les comenta que si no logro escribir algo, que sería conveniente que lo vuelvan a intentar en otra ocasión. Además, que si en otro momento

tienen el deseo de volver a escribir porque se les olvidó algo, lo pueden hacer las veces que lo crea necesario.

3.3.3 Actividades para la etapa de Culpa con una profunda tristeza

Al igual que en la etapa anterior, lo que se pretende con esta serie de actividades es que la persona trabaje con sus emociones y el dolor que provocó la muerte de su ser querido, solo que ahora están más dirigidas al sentimiento de culpa, con el fin de lograr un equilibrio emocional y concluir que si su ser querido decidió suicidarse no fue culpa de nadie, puesto que cada persona es libre de elegir sus propias decisiones.

3.3.3.1 Juego de roles

Justificación: Psicodramatizar o representar escenas relevantes y a menudo conflictivas respecto a la relación con el difunto por medio del procedimiento de “juego de roles”, según Worden (1997), se puede experimentar cogniciones y emociones relevantes que han sido evitadas, como lo es el sentimiento de culpa.

Objetivos:

- Por medio de la dramatización en un juego de roles, experimentar emociones y cogniciones relevantes que han sido evitadas, como lo es el sentimiento de culpa.

- Reconocer y aceptar el sentimiento de culpa como una etapa normal en el proceso del duelo.

Desarrollo:

- Primero el orientador expone en qué consiste la actividad a realizar.
- Ahora se le pide que a la persona que tome el papel o el rol de su ser querido que falleció y el orientador toma el rol de la persona en duelo.
- Después dramatizan o representan escenas relevantes o conflictivas, respecto a su relación con el difunto.
- Cabe resaltar que el orientador puede participar en el juego de roles ya sea como facilitador o para modelar posibles conductas nuevas en la persona.

Evaluación: Después de concluir con la actividad se le pide al grupo que conteste por escrito las siguientes preguntas: ¿Crees que existe algún culpable del suicidio de tu ser querido?, ¿Por qué?. ¿Recuerdas que en la primera sesión se mencionó que la culpa es una etapa normal en el proceso del duelo?, entonces ¿Crees que es

posible que en algún momento logres desprenderte de ese sentimiento?, ¿Te gustaría lograrlo?, ¿Por qué?. Ahora que adoptaste el rol de tu ser querido en la actividad anterior ¿Cambió en algo tu percepción de la situación?, ¿Por qué?.

3.3.3.2 Relajación: “Pedir perdón... decir adiós”

Justificación: Por medio de la relajación, según Markham (1997), se puede mantener un estado emocional más adecuado para poder quitarse el sentimiento de culpa, pidiendo perdón (si lo desean) y así poder despedirse internamente de su ser querido.

Objetivo: Por medio de la relajación tener más contacto con los sentimientos de culpa y dolor, así como cerrar asuntos pendientes como pedir perdón (si lo desean), para eliminar poco a poco el sentimiento de culpa y despedirse internamente de su ser querido.

Desarrollo:

- Primero se expone al grupo en qué consiste la actividad.
- Ahora hay que tomar en cuenta algunos requerimientos básicos o condiciones necesarias para la evocación de la respuesta de relajación: Un ambiente tranquilo, tan libre como sea posible de distracciones. Una postura confortable, de preferencia sentado y sin tensión muscular. Una actitud pasiva, es decir, que la persona no

se debe preocupar acerca de qué tan bien lo esta haciendo, además, que cuando aparezcan pensamientos distractores se puede repetir calmadamente un sonido para romper el tren de pensamientos y darse a sí mismo un foco de atención interna.

- Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda que el orientador de las siguiente indicaciones:
 - a. Siéntate tranquilamente en una posición cómoda. Idealmente tus pies deben estar sobre el piso y la palma de tus manos sobre tus muslos.
 - b. Cierra tus ojos. Toma dos o tres aspiraciones profundas, exhalando lentamente.
 - c. Relaja tus músculos tan profundamente como te sea posible. La respiración profunda te ayudará a lograr esto.
 - d. Respira a través de tu nariz y repite la palabra *uno* en silencio, para ti mismo. Respira fácil y naturalmente.
 - e. Si notas que estás cayendo en un ensueño, detente y vuelve a repetir calmadamente la palabra *uno*. Ocasionalmente pueden ocurrir pensamientos perturbadores. Esto es común en el ejercicio, cuando tengas conciencia de ellos, simplemente enfócate a repetir la palabra *uno*. No te preocupes si estás

haciendo correctamente el ejercicio. Mantén una actitud permisiva.

- f. En este momento vas a visualizar a tu ser querido como si estuvieras viendo una fotografía (pausa). Piensa: ¿Qué sientes hacia él? (pausa), ¿Qué le quieres decir? (pausa), ¿Hay algo por lo que necesites pedirle perdón? (pausa). Ahora es un buen momento de hacerlo, pídele perdón (pausa). Siente lo que te está respondiendo (pausa). Ahora dile adiós y déjalo ir (pausa). En estos momentos te sientes más tranquilo, te sientes mucho mejor (pausa).

- g. Cuando termines, permanece sentado tranquilamente por un par de minutos, primero con tus ojos cerrados y posteriormente ábrelos poco a poco. No te pongas de pie inmediatamente. Ahora ya estas aquí.

Evaluación: Se reflexiona con el grupo sobre las siguientes cuestiones: ¿Lograste visualizar a tu ser querido?, ¿Cómo lo viste?; ¿Le expresaste lo que piensas y sientes sobre su muerte?, ¿Sentiste alguna respuesta de él?. Ahora, ¿Continuas con el sentimiento de culpa? o ¿Te sientes más tranquilo?, ¿Por qué?.

3.3.3.3 Cuando estoy triste me consuela...

Justificación: Cuando una persona está en duelo, siente una tristeza tan grande que piensa que nada ni nadie le puede hacer sentir mejor, por lo que según Baum (2003), es importante que identifique o recuerde qué es lo que le sirve de consuelo cuando está triste.

Objetivo: Identificar y/o recordar las actividades, los pensamientos y las compañías que le hacen sentirse bien cuando se encuentra triste para que la persona se sienta mejor.

Materiales: Cartulinas, hojas de colores, revistas, colores, acuarelas, pinceles, pegamento, tijeras y un reproductor de discos (para escuchar música suave).

Desarrollo:

- Primero hay que poner a disposición del grupo diversos materiales y música suave de fondo.
- Después se les pide que recuerden una situación en la que se sintieron tristes, y qué fue lo que les ayudó a salir de ella, es decir, cómo se consolaron (o, en su caso, desearían haber sido consolados).
- A continuación pintarán la situación que los consoló, aclarando que no importa si saben o no pintar bien, lo importante es que ellos

mismos puedan reconocerse emocionalmente a través de las sensaciones y de la escena que los representa.

Evaluación: Cuando todos terminen se reúnen a contemplar juntos sus obras y se le pide que cada uno comparta con el grupo lo que representa emocionalmente su pintura.

3.3.4 Actividades para la etapa de Asimilación

En la cuarta etapa del duelo, lo que se pretende con las actividades propuestas es, que la persona afronte de una manera más deseable la pérdida de su ser querido, que en su interior, la persona lo tenga en un lugar especial pero que ya no existan pensamientos ni sentimientos indeseables, como lo es el coraje, la culpa y ese gran dolor o tristeza.

3.3.4.1 Incubar la salud mente-cuerpo

Justificación: De acuerdo con Armendáriz (1996), el sistema de creencias juega un papel central en nuestras vidas y es en los momentos de crisis cuando más deberíamos abocarnos a la tarea de revisar, cuestionar y actualizar aquellas que, quizá de modo sutil, nos sabotean e impiden un mejor desempeño y el consecuente logro de objetivos. Por estos motivos se recomienda la siguiente actividad, en

la que el orientador hace que la persona reflexione sobre tres aspectos principales: revisión del problema presente, incubar la salud actual y futura, así como ratificar la salud mente-cuerpo.

Objetivo: Que la persona revise sus problemas presentes, es decir, sus pensamientos y sentimientos de coraje, culpa y dolor para que explore qué posibilidades tiene para solucionar sus problemas y logre mantener el bienestar en mente y cuerpo.

Desarrollo:

- Primero el orientador expone el tema de la sesión y la importancia de incubar la salud en mente y cuerpo.
- Después les pide que se coloquen en una posición cómoda para realizar la actividad.
- Finalmente, el orientador da al grupo las siguientes indicaciones:

Una vez sentados en una posición cómoda, con los ojos cerrados, vamos a comenzar. Primero quiero que tomes conciencia de cualquier ruido fuera de la habitación (10 segundos). Toma conciencia de cómo sientes tu cuerpo en la silla... de los puntos de contacto entre tu cuerpo y la silla, los puntos de contacto de la cabeza, la espalda, los brazos y las piernas (10 segundos). Ahora quiero que te concentres en tu respiración; a medida que inspiras tu abdomen se eleva, y cuando espiras, el abdomen baja suavemente... de forma que la espiración es un poco más larga que la inspiración (10 segundos). Ahora,

concéntrate en tu mano y brazo derechos y comienza a decirte mentalmente: Siento mi mano derecha pesada (se repite tres veces), mi mano derecha es pesada y cálida (tres veces), siento mi mano y brazo derechos pesados (tres veces), siento una oleada cálida invadiendo mi mano y brazo derechos (tres veces). Visualiza tu mano y brazo derechos en un sitio cálido, dándoles el sol, mira como los rayos del sol descienden y tocan tu mano y brazo derechos... como los calientan suavemente. Imagínate que estás tumbado sobre arena caliente, siente el contacto de tu mano y brazo derechos sobre la arena... o introducidos en agua caliente. Dite: mi mano y brazo derecho se vuelven muy cálidos y pesados. Respira profunda y lentamente, a cada espiración lenta y larga, déjate llevar un poco más, mandando un mensaje de calor y relajación hacia la mano y brazo derecho (10 segundos).

De esta forma el orientador repite el mismo tipo de instrucciones para mano y brazo izquierdo, pie y pierna derecha e izquierda, volviendo después sobre todas las extremidades y pasando al abdomen. Después continúa mencionando lo siguiente:

Ahora cuando tu mente interna esté lista para revisar todos los aspectos de ese problema que tú has estado experimentando últimamente (pausa). Notarás una mayor comodidad... (pausa). Revisa especialmente todas las partes de eso que tú no has sabido cómo negociar aún (pausa). Ahora explora las posibilidades de salud futura (pausa). ¿Cómo te ves a ti mismo? (pausa), ¿Cómo te sientes?

(pausa), ¿Qué estas haciendo ahora que el problema está completamente aliviado?... (Pausa). Ahora permite a tu mente interna revisar cómo consigues ir del problema presente... (pausa) ...al futuro... Cuando tú estás aliviado... (pausa) ¿Cuáles son algunos de los pasos que tomarás para facilitar tu salud?... (pausa). Cuando tu mente interna sepa que puede continuar este proceso de salud interna completamente por sí misma... Y cuando tu mente consciente sepa que puede cooperar con esta salud... (pausa) ... Dite: mi mente está tranquila y en paz (tres veces). Cualquier preocupación acerca de mi pasado o futuro se disipa cada vez que espiro (tres veces). Puedo mandarme mensajes positivos acerca de mi propio valor (tres veces). Gradualmente puedo empezar a volver a la habitación manteniendo mis ojos cerrados. Soy consciente de nuevo de los sonidos dentro y fuera de la habitación. Voy sintiendo mi cuerpo sobre la silla. Cuando estés preparado, puedes empezar a mover tus dedos, te encontrarás a ti mismo moviéndote... Abriendo tus ojos y sintiéndote refrescado... Con forme regresas te sientes muy bien.

Evaluación: Se le pide a la persona que elabore una lista de sus problemas presentes, qué debe hacer para resolverlos y finalmente que exprese cómo se ve a futuro.

3.3.4.2 Visualización

Justificación: Según Markham (1997), al utilizar la técnica de visualización se logra que la persona pueda cerrar los asuntos que pudieron quedar pendientes (sus reproches, culpas o preguntas) con su ser querido y que pueda despedirse de él y a su vez de todos los sentimientos negativos que tiene con respecto a su pérdida.

Objetivo: Que la persona concluya con cualquier asunto que pudiera quedar pendiente en la relación de su ser querido para que asimile que no es culpable o responsable del suicidio de su ser querido.

Desarrollo:

- Primero hay que practicar una relajación (se puede aplicar alguna de las que ya se explicaron anteriormente), para esto es conveniente estar en un lugar tranquilo, sin que nadie lo interrumpa, puede estar escuchando música relajante, respirar profundamente y poco a poco ir relajando todo el cuerpo.
- Cuando ya se está relajado, se debe representar la imagen de la persona fallecida con el mayor detalle posible, como si se contemplara una fotografía en un momento especial de su vida, después se inicia mentalmente un diálogo con esa persona, es muy importante que se diga lo que realmente se necesita decir, como expresar cariño, pena, arrepentimiento, comprensión o cualquier

otra emoción, ahora es el momento de hacerlo, si quedo alguna pregunta pendiente, es momento de hacerla.

- Después de hacer esto, se guarda silencio y se espera a que la persona visualizada responda a sus preguntas o diga lo que corresponda, tal vez no se escuche la voz, pero en su interior sabrá lo que le ha contestado. A continuación se despide de la persona, y con eso se sentirá más tranquilo, en paz.
- Finalmente se concluye la actividad al pedirle a la persona que tome consciencia del lugar y que abra poco a poco los ojos.

Evaluación: Se le pide a la persona que conteste por escrito las siguientes preguntas: ¿Qué emociones o sentimientos lograste expresarle a tu ser querido?, ¿Cómo te sientes al respecto? y ¿Qué piensas hacer ahora para vivir más satisfactoriamente?.

3.3.5 Actividades para la etapa de Adaptación y Transformación

En la última etapa, las actividades que se sugieren están encaminadas a que la persona se adapte a un medio en el que su ser querido está ausente, que busque nuevos significados a su vida y cambie para darle sentido a esa pérdida, recuperando cierto control al tener un reconocimiento de que su vida ha cambiado, debe hacer una redefinición de sus metas en la vida, aprender nuevas formas de

enfrentarse al mundo y seguir creciendo personalmente en un medio en el que su ser amado ya no está.

3.3.5.1 Reestructuración cognitiva: qué estrategias usaba para funcionar antes de la muerte

Justificación: De acuerdo con Landa y García (2004), la reestructuración cognitiva en el duelo es muy útil, ayudando al doliente a identificar los inevitables pensamientos automáticos disparadores de sentimientos negativos asociados a la pérdida, del tipo “no podré conseguirlo, me pondré a llorar y arruinaré todo, ya no sirvo para nada, qué hago yo en este mundo, nada tiene sentido”, y enseñándoles a pararlos mediante detención de pensamientos e inocular ideas positivas, como: “seguro que puedo, me contendré, ahora puedo ayudar a mis seres queridos, ellos me necesitan, puedo hacerlo, puedo vivir”, haciendo que se sientan francamente mejor y desde luego más capaces.

Aquí el supuesto subyacente es que nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todo los pensamientos encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente. Al ayudar a la persona a identificar estos pensamientos distorsionados y contrastarlos con la realidad conduce a la persona a detectar los errores que comete en el procesamiento de la

información. Se produce entonces un aprendizaje que permite modificar algunos pensamientos muy arraigados, por otros nuevos basados en la función que cumplen y en su ajuste a la realidad.

Objetivo: Que la persona identifique y modifique las conductas y los pensamientos erróneos sobre sus capacidades, para que de esta manera enfrente el mundo con nuevos pensamientos basados en la realidad.

Material: Hojas de papel y bolígrafo.

Desarrollo:

- Primero se le pide al grupo que se sienten formando un círculo.
- A continuación se les pide que elaboren una lista de las actividades que realizaba antes de su pérdida y de las que le gustaría realizar en adelante, incluyendo las que piensa no podría realizar.
- Después se leen en voz alta y el orientador intervendrá en todos los pensamientos erróneos que la persona tenga cambiándolos por otros que sean positivos y reales.
- Ahora, el orientador justifica de una manera breve y clara cómo influye en nuestro comportamiento nuestros pensamientos y la importancia de la reestructuración cognitiva.
- Al final, les manifiesta que una forma de reestructurar sus pensamientos negativos o erróneos por otros reales, lo pueden lograr si al darse cuenta que están pensando o hablando

negativamente, se detienen y los cambian por otros positivos y reales, como por ejemplo, cuando se den cuenta que están pensando que no va a poder hacer algo porque no sirven para nada o que son un fracaso, deben detener su pensamiento y decirse, “si lo puedo hacer, solamente debo dedicarme más... vale la pena hacerlo porque así me voy a sentir mucho mejor”.

Evaluación: Se le pide al grupo que platiquen con sus familiares o amigos sobre la muerte de su ser querido y cómo han trabajado en el proceso de su duelo. Después deben contestar las siguientes preguntas por escrito: ¿Qué mencionaron mis amigos y familiares con relación a los cambios que han observado en mí?, ¿Considero que los cambios son positivos o negativos?, ¿Por qué?.

3.3.5.2 Expectativas a futuro

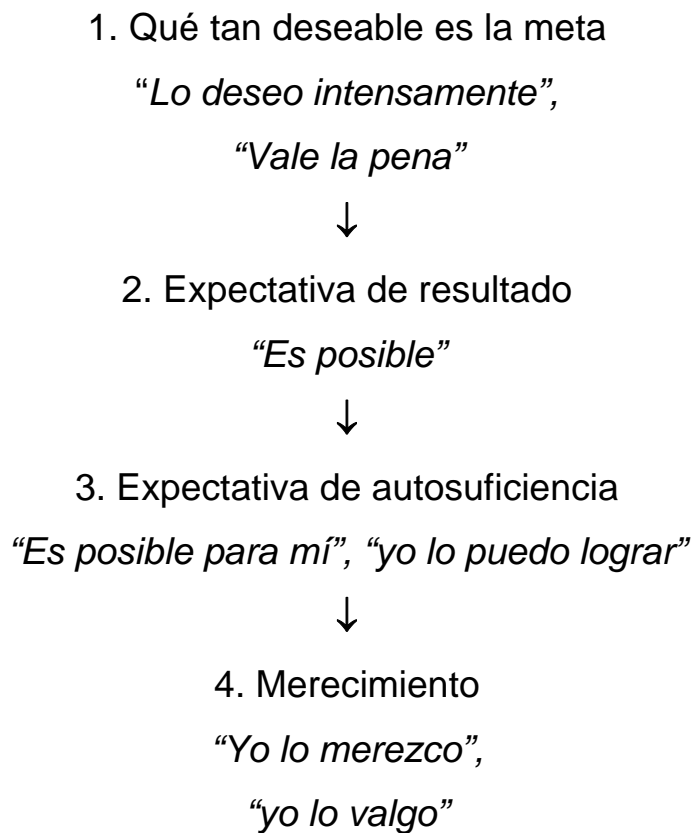
Justificación: De acuerdo con Armendáriz (1996), una de las situaciones que más afecta a cualquier persona es el no contar con ninguna expectativa futura, lo cual conduce a un estado de desesperanza. Cuando una persona cree que no puede hacer algo por sentirse mejor, impedirá que se produzca el cambio, pero si contrariamente a esto, la persona cree que si puede hacer algo para sentirse bien, entonces se sentirá más motivada y preparada para desempeñarse de una manera especial en su vida.

Objetivo: Que la persona analice sus expectativas a futuro y cómo piensa lograrlas para que se sienta más motivado a realizarlas.

Material: El esquema, hojas de papel y bolígrafo.

Desarrollo:

- Primero el orientador expone al grupo el siguiente esquema o ruta crítica de creencias que entran en juego cuando de lograr metas se trata, el cual es propuesto por Dilts (1996, en Armendáriz, 1996).



- Después se les pide que lo copien y que escriban en el número uno todos sus objetivos que tienen a futuro; en el número dos, cómo piensan lograrlo; en el número tres, deben escribir por qué es importante realizar cada uno de sus objetivos, finalmente, en el número cuatro deben escribir por qué lo merecen y por qué son tan valiosos cada uno de sus objetivos.

Evaluación: Se le pide al grupo que se sienten formando parejas y que platiquen sobre las metas de cada uno, es decir, sobre lo que deben hacer para lograr sus metas, si piensan que pueden lograrlas y por qué, sobre la importancia de planear bien sus metas y finalmente cuándo piensan empezar a trabajar en su cumplimiento.

3.3.5.3 Evaluación final y despedida

Justificación: De acuerdo a Worden (1997), un punto de referencia para decir que el duelo ha concluido satisfactoriamente es cuando la persona es capaz de pensar y hablar del fallecido sin dolor, además, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida de los vivos, es decir, cuando es capaz de volver a vivir de una manera placentera.

Objetivos:

- Evaluar cómo fue el desempeño de la persona en la orientación, es decir, de qué manera han cambiado sus cogniciones, afectos, su salud, sus interacciones y su comportamiento hasta ahora.
- Finalizar la orientación en un ambiente de calidez, confianza y compañerismo.

Material: El cuestionario y bolígrafo.

Desarrollo:

- El orientador expresa el objetivo del siguiente cuestionario y les pide que lo contesten siendo muy honestos.
- Finalmente, el orientador agradece al grupo por su participación y menciona que si hay algo que se quiera expresar sobre su proceso de duelo o sobre la relación con sus compañeros, que ahora es el momento de hacerlo.

Evaluación: Para evaluar finalmente cómo ha sido el proceso de duelo de cada uno y si ha modificado sus pensamientos, sus sentimientos, sus malestares o dolencias físicas, su forma de relacionarse y su comportamiento (CASIC), con relación al suicidio de su ser querido, se le pide a cada uno que conteste por escrito las siguientes preguntas:

- ¿Qué pensabas del suicidio de tu ser querido cuando ocurrió?
- ¿Qué piensas ahora del suicidio de tu ser querido?
- ¿Qué sentías por el suicidio de tu ser querido cuando ocurrió?
- ¿Qué sientes ahora en relación al suicidio de tu ser querido?
- ¿Qué malestares o dolores físicos (en tu cuerpo) tenías cuando te enteraste del suicidio de tu ser querido?
- ¿Qué malestares o dolores físicos (en tu cuerpo) tienes ahora?
- ¿Cómo te relacionabas con tus amigos y familiares cuando ocurrió el suicidio de tu ser querido?
- ¿Cómo te relacionas ahora con tus familiares y amigos?
- ¿En qué cambiaron tus actividades cotidianas cuando ocurrió el suicidio de tu ser querido?
- ¿Cuáles son ahora tus actividades cotidianas?
- ¿Por qué se murió tu ser querido?
- ¿Te encuentras molesto con alguien por el suicidio de tu ser querido?
- ¿Piensas que existe una persona que sea responsable por el suicidio de tu ser querido?, ¿Por qué?
- ¿Por qué crees que se suicidó tu ser querido?
- ¿Cómo ha cambiado tu vida desde el suicidio de tu ser querido?
- ¿En qué te ayudó el compartir tu experiencia con el grupo?
- ¿Cuáles son tus principales motivos para seguir viviendo?

3.4 Comentarios finales

La única oportunidad que tenemos después de la muerte de un ser querido es elegir lo que hacemos con nuestros muertos: morir cuando ellos mueren o vivir como lisiados, o forjar, a partir de los recuerdos, nuevas maneras de vida. A través del duelo dejamos que los muertos se marchen y los incorporamos a nosotros. Llegamos a aceptar los difíciles cambios que las pérdidas deben traer consigo, y es en ese momento cuando empezamos a vislumbrar el final del duelo.

Aprender la lección que la muerte de un ser querido nos plantea no es tarea sencilla, porque generalmente no estamos preparados y predispuestos para ello, mucho menos cuando se trata del duelo por el suicidio de un ser querido. De modo que debemos, muchas veces, apoyarnos en una ayuda necesaria para transitar este dolor, siendo la orientación psicológica una muy buena opción, al tratarse de una ayuda válida que se basa en no suprimir, en no adormecer, sino en hacernos despertar y crecer a partir de la pérdida.

Conclusión

Como se ha podido ver a lo largo de la presente investigación documental, el suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y constituye un problema importante de salud pública, dejando en los sobrevivientes un duelo que no puede llevar su curso normal sin el adecuado apoyo psicológico, por lo que en este trabajo de tesina se plantea una propuesta de orientación psicológica en la elaboración del duelo después de un suicidio.

El suicidio se ha dado a lo largo de la historia de la humanidad de distintas maneras, siendo un fenómeno complejo que surge, de manera muy individualista, de la acción recíproca entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales.

El comportamiento que dejan ver las estadísticas de suicidios en nuestro país, pone en alerta a la sociedad mexicana sobre un problema que impone la necesidad de definir acciones preventivas que disminuyan esta causa de muerte evitable, problema que a escala mundial dada su magnitud ha adquirido tal importancia que de continuar con el comportamiento hasta ahora observado se estima que las víctimas ascenderían a 1.5 millones para el año 2020. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (2002, en INEGI, 2003) ha elaborado una serie de directrices para tener un papel esencial en la prevención del suicidio y ha organizado el Día Mundial para la

Prevención del Suicidio, que se celebra el 10 de septiembre desde el año 2003, con el propósito de llamar la atención sobre el problema y pregonar la adopción de medidas a nivel mundial de un hecho que es importante, y ante todo que se reconozca que se puede evitar, y cuya prevención es una tarea de toda la sociedad en su conjunto.

Dentro de esta óptica son tres los momentos o etapas en los que se puede incidir sobre tal problema: La prevención, que se realiza antes de que se efectúe el acto suicida; la intervención, que es empleada una vez que se han identificado factores de riesgo; y la postvención, la cual es necesaria después de la crisis por un deceso, empleando alternativas para a los sobrevivientes de un suicidio.

Un ejemplo de la prevención e intervención, es el trabajo que realiza Hernández (2006), de la Facultad de Psicología de la UNAM, quien trabaja principalmente con adolescentes (por ser el grupo de mayor riesgo). En la etapa de prevención, primeramente se realizan estrategias de detección de riesgo y caracterización psicológica, para después en una segunda etapa llevar a cabo la intervención en grupo, la cual se realiza en el mismo escenario escolar con aquellos adolescentes identificados en riesgo suicida.

Este programa de prevención e intervención se caracteriza porque parte de un modelo clínico donde se indagan diferentes áreas de exposición a eventos estresantes de vida ya sean personales, sociales, en la escuela, de salud, etc., y su asociación a cuatro

diferentes indicadores de riesgo suicida: ideación e intencionalidad suicidas, depresión y desesperanza, circunstancias de apoyo, y malestar asociado.

En cuanto a la postvención, es precisamente lo que se plantea en este trabajo de tesis, en el cual, como ya se ha mencionado tiene gran importancia para prevenir que el sobreviviente al suicidio de un ser querido pueda cometer el mismo acto, además de lo valioso que es el poder tener una mejor calidad de vida, ya que en situaciones de sufrimiento intenso se hace más palpable la necesidad de las actitudes, conocimientos y habilidades que se contemplan al trabajar de una manera más efectiva con el duelo.

Si es bien aludido que la muerte de un ser querido deja en el sobreviviente un dolor muy intenso, se ha analizado a lo largo de este trabajo, que cuando la muerte fue por suicidio, el dolor que deja en el sobreviviente es inusitado, en estos casos, las personas vinculadas estrechamente con la víctima suelen tener diversas reacciones, tales como sentimientos de pérdida, tristeza, rabia, culpa, vergüenza o confusión, responsabilidad por la muerte, fracaso, asombro, duda, repulsión, etc. Básicamente, como ya se ha señalado, se puede decir que después de la pérdida de un ser querido, se atraviesa por cinco etapas: shock y negación, coraje con una profunda tristeza, culpa con una profunda tristeza, asimilación y finalmente se llega a una adaptación y transformación.

Generalmente, las personas que se encuentran en un proceso de duelo complicado muchas veces no quieren o no pueden aceptar que necesitan ayuda, se encuentran tan “sumergidos” en su dolor, en la negación, en su coraje o culpa, que es muy difícil ver que existen otras posibilidades, otras razones para seguir viviendo, tales sentimientos generalmente no se pueden sobrellevar sin el adecuado apoyo psicológico, de esta manera, las personas que presentan trastornos relacionados con la pérdida son las que más se benefician y obtienen resultados más positivos de la intervención, especialmente si es el doliente el que inicia el contacto (probablemente porque refleja mayor motivación, confianza en el terapeuta y sufrimiento personal), para así poder llegar a una adaptación de la pérdida y finalmente a una asimilación de su nueva situación.

Cabe señalar que, aunque la mayoría de las personas que presentan duelo complicado se benefician del asesoramiento, muchas veces, después de un suicidio, los miembros de la familia a veces están poco dispuestos a realizar un asesoramiento con todo el grupo. Pero, incluso cuando se encuentre con resistencia, es importante que el asesor intente incluir a toda la familia en las sesiones, puesto que la familia interactúa como unidad y cada individuo influye en los otros. Cuando el asesor puede evaluar los sentimientos de todos los miembros de la familia, hay una probabilidad mayor de que el asesoramiento sea eficaz y se restaure la unidad familiar.

Finalmente, esta propuesta está sustentada a través de los estudios y trabajos de diferentes autores, especialistas en el tema de la muerte, quienes han realizado la orientación del duelo complicado, y así se logro crear una propuesta de orientación psicológica en el manejo del duelo después de un suicidio.

Cada actividad que se propone está relacionada con las etapas por las que pasa una persona en la elaboración del duelo, para así poder apoyarla a que pueda sobrellevar todo su proceso de duelo sin complicaciones, hasta llegar poco a poco a la asimilación y a la adaptación de su pérdida.

Lo que se pretende es que el sobreviviente se sienta más tranquilo, sereno y que pueda volver a vivir sin sentirse triste, enojado o culpable por lo sucedido; dejar de sentir todo el dolor lacerante hasta poder recordar a su ser amado de una manera más positiva, repercutiendo así, efectivamente a nivel conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo (CASIC).

Es en otras palabras, lograr que la persona haga uso de se capacidad de resiliencia, es decir, que a partir de la crisis por la pérdida de su ser querido crezca y se fortalezca.

La resiliencia de acuerdo a Montoya (2005), es un concepto originado en la física, significa la capacidad de un cuerpo para resistir una tensión sin romperse. En ese sentido, aplicado a las ciencias

sociales, y en particular a la psicología, es la capacidad que tienen las personas para enfrentar las adversidades y crecer de manera optimista y creativamente a partir de ellas. Ésta es considerada como una forma de vida, puesto que ayuda a comprenderse a uno mismo y a fortalecer las emociones, los pensamientos, las actitudes y el comportamiento, lo que permite a la persona descubrir lo valiosa que es.

Es conseguir que a través de las actividades propuestas la persona haga uso de su capacidad de resiliencia para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores como lo es la pérdida de su ser querido por suicidio, que consiga encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso en un nivel superior, con más fortaleza.

Bibliohemerografía

Alizade, A. (1995). Clínica con la muerte. Buenos Aires: Amorrortu.

Armendáriz, R. (1996). Aprendiendo a acompañar. Guía práctica de relaciones humanas para atender a familiares y pacientes que necesitan cuidados especiales. México: Editorial Pax México.

Baum, H. (2003). En la tristeza pervive el amor. Barcelona; México: Paidós Ibérica.

Beck, A. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclee de Brouwer

Bravo, M. (2007). Cómo afrontar la pérdida de un ser querido. Revista Digital Universitaria. Volumen 8. Número 1. ISSN: 1067-6079. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.8/num1/art06/int06.htm>. Recuperado el 18 de junio de 2007.

Campos, C. (2004). Prevención de suicidio y conductas Autodestructivas en jóvenes. Costa Rica. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserrri1.pdf>. Recuperado el 11 de enero de 2007.

Casullo, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia, morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar.

Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Cobo, M. (1999). *El valor de vivir: elogio y razón del duelo. De cómo un ser humano se defiende del dolor por la muerte de un ser querido*. Madrid: Libertarias.

Dumay, M. (2000). *El principio del camino. Guía terapéutica para el tránsito a otra vida*. México: Plaza and Janes.

Durkheim, E. (1976). *El suicidio*. Madrid: Akal.

Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz: Terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión*. España: Paidós.

FEAFES, (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Madrid. Disponible en: http://www.feafes.com/DocDocumentos/319384382_2_Afrontando%20la%20realidad%20del%20suicidio.pdf. Recuperado el 3 de febrero de 2007.

Freud, S. (1976). *Duelo y Melancolía en Obras completas Sigmund Freud 1856-1939*. Buenos Aires: Amorrortu.

Giacchi, U. (2000). El suicidio de un ser querido. Madrid. Disponible en: <http://www.vivirlaperdida.com/suicidio.htm>. Recuperado el 27 de mayo de 2007.

González, F. y colaboradores. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40: pp. 430-437.

Guibert, R. (2002). El suicidio. Un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico – Técnica.

Hernández, C. (2006). El Suicidio en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.quetzalcoatlhernandez.com>. Recuperado el 11 de enero de 2007.

Hinton, J. (1974). Experiencias sobre el morir. Barcelona: Ariel.

INEGI, (2003). Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. México. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/lib/buscador/busqueda.asp/=inegi>. Recuperado el 3 de noviembre de 2006.

INEGI, (2007). Mujeres y Hombres en México. México. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2007/myh_2007_1.pdf. Recuperado el 8 de febrero de 2007.

Jara, T. (2007). El proceso de duelo: Descripción y estrategias de manejo. Universidad de Chile. Disponible en: http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/el_proceso_de_duelo.pdf. Recuperado el 23 de Marzo de 2007.

Lacasta, R., et al. (2006). Guía para familiares en duelo. Recomendado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Disponible en: www.mgomezsancho.com/otrosdocumentos/guiadeldol.pdf. Recuperado el 11 de abril de 2007.

Landa, P. y García, G. (2004). Guías Clínicas del Duelo. Disponible: <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>. Recuperado el 20 de Abril de 2007.

Macías, L. (2002). Un estudio psicoanalítico sobre el duelo. El caso de la emperatriz Carlota. México: Universidad Nacional Autónoma de Querétaro.

Marchiori, H. (1998). El suicidio, enfoque criminológico. México: Porrúa.

Markham, U. (1997). Cómo afrontar la muerte de un ser querido. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Martínez, F. (2005). Cuando un hijo se va...Reflexiones en torno a la muerte. Buenos Aires: Lumen.

Masi, F. (2004). El límite de la existencia. Una contribución psicoanalítica al problema de la transitoriedad de la vida. Buenos Aires; México: Grupo Editorial Lumen.

Montalban, S. (1998). La conducta suicida. Madrid: Aran.

Montoya, J. (2007). Guía de Proyecto de Titulación. México: autor.

Montoya, J. (2005). Invitación Congreso Resiliencia. Disponible en: <http://tlali.iztacala.unam.mx/pipermail/academia/2005/August/003818.html>. Recuperado el 16 de diciembre de 2007.

Quintanar, F. (2007). Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. México: Editorial Pax México.

Ramírez, A. (1995). Psique y Soma. Terapia bioenergética. México: textos vía iteso.

Real Academia Española (2006). Diccionario esencial de la lengua española. Madrid: Espasa Calpe.

Rowe, D. (1989). La construcción de la vida y de la muerte: Dos interpretaciones. México: Fondo de la Cultura Económica.

Sarró, B. (1991). Los suicidios. Barcelona: Martínez roca.

Sherr, L. (1992). *Agonía, Muerte y duelo*. México: Manual Moderno.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno.

Smud, M. (2001). *Sobre duelos, enlutados y duelistas. Un ensayo psicoanalista*. Buenos Aires; México: Lumen.

Villardón, G. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto de ciencias de la educación.

Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. España: Paidós.