



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL DUELO
FAMILIAR FRENTE AL SUICIDIO, DESDE EL MODELO
INTEGRADO EMOCIONAL-COGNITIVO Y ESTRATEGIAS
DE RESILIENCIA.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
CYNTHIA CASTILLO RAMÍREZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. LIDIA DÍAZ SAN JUAN**

COMITÉ DE TESIS:

**DRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA
MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO
LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA
MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Noviembre, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatoria

A ti hermanito que fuiste mi motivo y la inspiración para realizar este proyecto tan importante en mi vida, en nuestras vidas. En la vida en la que ya no estás más físicamente pero siempre en nuestra mente y sobre todo en nuestro corazón. A pesar del tiempo, nunca dejarás de dolernos, nunca dejaremos de extrañarte y de añorar ese tiempo que no regresará jamás, aquel tiempo en que reímos juntos, jugamos juntos, lloramos juntos, nos abrazamos y hasta peleamos. Podría describir cómo me siento aún a siete años de tu partida y el vacío tan profundo que dejaste, pero ahora sólo acierto a escribir que TE AMO, que TU FAMILIA TE AMARÁ POR SIEMPRE y que en tu honor seguimos de pie luchando por sobrevivir ante tu ausencia. Y aunque la elaboración de este documento no fue fácil, lo hice por ti Chuchín, con todo mi amor.

A mis padres Eliseo y Naty, con amor y gran reconocimiento por ser grandes guerreros en esta vida, decididos a seguir adelante a pesar de las circunstancias adversas.

A mis hermanos Lilia y Pedrín, a quienes tanto quiero; a mis sobrinos Daniel, Dariana, Emmanuel, Emily, Osvaldo y a los que faltan por llegar, por ser la alegría y esperanza de nuestras vidas, los quiero mucho; a mis compadres Fredy y Vanessa, por su gran apoyo; por estar todos unidos en los buenos y malos momentos de nuestro existir y demostrar que ante todo, la familia es lo primordial para apoyarse, sostenerse y salir adelante.

A mi amiga Lina, a quien admiro por ser una gran luchadora en la vida aún contra corriente; a sus hijos Dayana y Jonathan.

A todas las familias que, desafortunadamente se han convertido en sobrevivientes del suicidio.

Esperando que sea de gran contribución y reflexión en sus vidas.

Con cariño, Cyntia.

Agradecimientos

A mis padres, por todo el apoyo, paciencia y comprensión a lo largo de mi vida personal y profesional, por sus consejos y su amor. Gracias por estar a mi lado, los amo.

A mis amigas Lina, Lupita, Ana, Laura y Clau quienes siempre me alentaron para la culminación de esta etapa de mi formación profesional, que me han acompañado en las buenas y en las malas y me han apoyado con grandes consejos y lecciones.

A mi tutora Lidia Díaz San Juan por el interés, paciencia y comprensión que mostró siempre en mi proyecto y; por sus aportaciones para la realización del mismo.

A mis sinodales: Dra. Fayne Esquivel, Maestra Blanca Girón, Lic. Damariz García y Maestro Salvador Chavarría; por el tiempo y retroalimentación que me brindaron, que sin duda alguna ayudaron a mejorar la calidad de este trabajo.

A la División de Educación Continua DEC, UNAM, por ser un espacio y oportunidad de crecimiento profesional y personal tan importante; así como a toda la gente que ahí colabora por su profesionalismo y amabilidad, en especial a Juan Manuel Gálvez y a Ana Lilia Hernández.

A todos aquellos que han creído en mí y me motivaron para dar este gran paso académico y profesional; a mi Tío Pedrito Encalada y a mi amiga Bere.

“Una vez que la tormenta termine, no recordarás cómo lo lograste o cómo sobreviviste, ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa sí es segura, cuando salgas de la tormenta, no serás la misma persona que entró en ella” ...

Haruki Murakami

Contenido

Resumen	1
Introducción.....	3
Capítulo 1: Suicidio	6
1.1 Concepto de suicidio.....	6
1.1.1. El suicidio desde el psicoanálisis.....	8
1.1.2. El suicidio desde el punto de vista social.....	10
1.2. Factores de riesgo para el suicidio	11
1.2.1. Factores psicológicos	12
1.2.2. Factores sociales	13
1.2.3. Factores familiares.....	14
1.3. Etapas por las que atraviesa quien desea suicidarse	15
1.3.1. El mensaje del suicida.....	15
1.3.2. Toma de decisión para el suicidio	16
1.4. Trastornos psicopatológicos asociados al suicidio	17
1.5. El suicidio desde el modelo cognitivo-conductual	17
1.6. Prevalencia del suicidio	19
1.6.1. Situación mundial	19
1.6.2. Situación en México	19
Capítulo 2: Familia y suicidio.	21
2.1. ¿Qué es la familia?	21
2.1.1. Funcionamiento familiar	22
2.1.2. Tipos de familia.....	22
2.1.3. Familias funcionales y disfuncionales	25
2.1.4. Factores familiares para la conducta suicida.....	26
2.2. Genética familiar y suicidio	27
2.2.1. Trastornos de las relaciones entre padres e hijos	27
2.3. La familia y los adolescentes suicidas.....	29
2.3.1. Crisis familiares.....	31
2.4. Sobrevivientes al suicidio	32
2.4.1. Impacto emocional y psicológico del suicidio en la familia	33
2.4.2. Impacto psicológico de la persona que encuentra al suicida	35
2.5. Suicidio por suicidio.....	37
Capítulo 3: Duelo por suicidio, desde el modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo y estrategias de resiliencia.	40
3.1. La muerte y el suicidio	40
3.2. Atención tanatológica a la familia de un suicida	40

3.2.1. Cuando un padre o madre se suicidan	41
3.2.2. Cuando la pareja se suicida	42
3.2.3. Cuando un hermano se suicida	42
3.2.4. Cuando un hijo se suicida	43
3.3. Duelo	44
3.3.1. Características del duelo por suicidio	45
3.3.2. El papel de la culpa en el suicidio	46
3.4. Duelo normal	48
3.4.1. Estrategias de afrontamiento en el duelo normal	49
3.4.2. Emociones como estrategias ante el duelo.....	49
3.4.3. Crecimiento Postraumático	50
3.5. Duelo complicado	51
3.5.1. Factores que predicen un duelo complicado	52
3.6. Fases del duelo	54
3.6.1. Modelo de tareas y necesidades en el duelo.....	54
3.7. El final del duelo	58
3.8. Resiliencia.....	59
3.8.1. Resiliencia familiar	59
Capitulo 4: Propuesta de intervención en el duelo familiar frente al suicidio, desde el modelo integrado emocional-cognitivo y estrategias de resiliencia.	62
4.1. Justificación.....	62
4.1.1. Objetivo general	64
4.1.2. Población.....	64
4.1.3. Criterios de inclusión	64
4.1.4. Escenario	65
4.1.5. Materiales	65
4.1.6. Duración.....	65
4.1.7. Procedimiento.....	65
4.2. Taller “Mi duelo, mi familia y mi renacer... nuestro renacer”	67
4.2.1. Sesión 1. Presentación del taller y bienvenida.	69
4.2.2. Sesión 2. El suicidio.....	70
4.2.3. Sesión 3. Duelo normal.....	72
4.2.4. Sesión 4. Duelo complicado.....	74
4.2.5. Sesión 5. Crecimiento postraumático	76
4.2.6. Sesión 6. Resiliencia.	78
Conclusiones: Alcances y limitaciones.	80
Referencias	87

Anexos.....	92
-------------	----

Resumen

La presente investigación se llevó a cabo para el conocimiento científico del suicidio y del duelo por suicidio. La tasa de muertes por suicidios se ha elevado en un 40% en los últimos años con gran rapidez (López, 2015), dejando graves secuelas emocionales y culturales a los sobrevivientes de un suicidio, en especial para la familia. El grado de desesperanza, la percepción de las causas de la muerte, el proceso del duelo en sí, deja un amargo sabor, un dolor profundo en cada uno de los integrantes de la familia, de los amigos, de los vecinos y personas cercanas a la persona que ha muerto (Piña, 2014).

El objetivo es profundizar en un marco teórico que justifique el panorama de este fenómeno, no sólo como conocimiento o prevención, sino como un aliado a aquellas personas que han pasado por este evento en el continuo esfuerzo de seguir adelante con sus vidas, en especial para la familia; por lo que se propone un taller de intervención en el proceso de duelo familiar a causa de la muerte de un integrante por suicidio, teniendo como referencia el modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo y estrategias de resiliencia. Con dicho taller se pretende que los sobrevivientes vivan su duelo lo más saludablemente posible, evitando el duelo complicado y esperando que en un futuro logren un crecimiento personal a partir de su experiencia.

Palabras clave: suicidio - familia – duelo.

Summary

This research was conducted for scientific knowledge of suicide and suicide mourning. The rate of deaths due to suicide has risen to 40% in the last few years rapidly (López, 2015). As a consequence, it has left serious-emotional and cultural effects on people who survived a suicide, especially the family. The degree of despair, the causes of death, the mourning itself, all of that leaves a taste of bitterness, a deep pain in every member of the family, friends, neighbors and people that know the dead person (Piña, 2014).

The objective of this research is to go deep in a framework which justifies the scene of this phenomenon, not just as knowledge or prevention, but as an ally for those people who have been through this problem. They want them to keep forward with their lives, mainly the family. So that is why we propose a workshop that helps them in the whole process of mourning caused by the death of a loved one who committed suicide. This will be achieved having as a reference the integrated model of emotional-cognitive processing and some resilience strategies. With this framework we pretend that the survivors live their grief as healthy as possible in order to avoid a complicated mourning. Besides we want them to start all over again and maybe in a near future they will achieve a personal growth from its experience.

Key words: Suicide – family – grieve/mourning

Propuesta de intervención en el duelo familiar frente al suicidio, desde el modelo integrado emocional-cognitivo y estrategias de resiliencia.

Introducción

Cuando fallece un ser que se ama, el duelo aparece como una respuesta natural de los seres humanos. La muerte es una experiencia universal que todos estamos destinados a vivir pero muy pocos saben cómo actuar frente a ella. La mayoría de las personas que han vivido un duelo importante en sus vidas, pese al dolor tan profundo, con el tiempo y la ayuda de familiares y amigos son capaces de sobrevivir y adaptarse a la nueva situación sin el ser querido y consiguen rehacer su vida. Pero no toda la gente reacciona del mismo modo, de acuerdo a un estudio realizado por Pérez y Lorenzo (2004), existe un 82.4% de personas afectadas para quienes la experiencia es muy compleja y son incapaces de rehacer su vida a pesar del tiempo transcurrido, no logran sobreponerse al intenso dolor y pueden incluso presentar serios problemas de salud y psicológicos como depresión, ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, consumo de alcohol u otros trastornos psiquiátricos (Munera, 2013). Esta sintomatología asociada a duelos complicados, resulta la responsable de que las personas acudan con mucha más frecuencia al médico, sean canalizadas a servicios de salud mental con más frecuencia, presenten una mayor medicación, incluso hospitalizaciones o hasta bajas laborales; cuando estos síntomas de malestar psicológico acaban provocando una incapacitación para la vida y las relaciones, se dice que se está frente a un duelo complicado, por lo que las personas van a necesitar una ayuda profesional especializada (Payás, 2010).

Esta situación de duelo complicado puede darse ante una muerte por motivos naturales, accidente o enfermedad; sin embargo, ante una muerte por suicidio tanto la crisis como el impacto y sus consecuencias son tan devastadores que los sobrevivientes al suicidio deberán buscar los medios necesarios para lograr la estabilidad emocional, social y personal que se perdió (Munera, 2013).

El objetivo del presente estudio, radicó en el análisis detallado y minucioso de las emociones, pensamientos y actitudes de los sobrevivientes al suicidio, de la familia específicamente; así como el impacto y las consecuencias que acarrea en ella dicho evento. Por lo tanto, se diseñaron actividades de intervención con los familiares basadas en el modelo integrado de procesamiento cognitivo-conductual con el fin de brindar estrategias de afrontamiento asertivas y de resiliencia que les permita llevar un duelo normal y evitar en la medida de lo posible el duelo complicado; así como evitar que la conducta suicida sea imitada por los familiares o allegados sobrevivientes.

Se advierte la enorme necesidad de apoyo y planes de intervención a sobrevivientes al suicidio, ya que existe muy poca información sobre cómo guiar o asesorar a una familia en los primeros momentos del duelo. Quienes atraviesan por una crisis de esta magnitud, pueden presentar con el tiempo un duelo patológico que les impedirá la reconstrucción de sus vidas, pero no todas lo presentarán, debido a que logran vivir su duelo de manera normal o a factores de personalidad como la resiliencia. La resiliencia puede aparecer como la capacidad de afrontar los sucesos traumáticos poniendo en juego habilidades como el equilibrio, creatividad, capacidad de análisis, flexibilidad, valentía, paciencia, optimismo, inteligencia emocional; así como poseer adecuadas habilidades sociales y espirituales, entre otras (Martín, 2013). Sin embargo, no todas las personas que se enfrentan a una crisis como el duelo por suicidio lograrán actuar de forma resiliente, sobre todo por lo traumático de la pérdida, a menudo las personas no saben qué hacer y las expectativas hacia su propia persona, hacia la vida y hacia el futuro se ven seriamente truncadas. En un principio, las personas pueden sentirse aliviadas y después experimentar las sensaciones del momento en que ocurrió el suceso y llegar a deteriorarse la calidad de su vida en la mayoría o todos los ámbitos. Es por ello que se pretende colaborar con los sobrevivientes al suicidio a vivir su duelo de la manera más sana posible, brindando estrategias de afrontamiento asertivas y de resiliencia.

En el primer capítulo se realiza una revisión teórica del suicidio: definición desde diferentes corrientes psicológicas; los factores de riesgo para el suicidio; los momentos por los que atraviesan los suicidas; los trastornos psicopatológicos que se asocian a ésta conducta; así como la prevalencia a nivel internacional y nacional.

En el segundo capítulo se analiza el papel fundamental de la familia y su relación con la conducta suicida; los trastornos familiares, específicamente entre padres e hijos; se examina el incremento del suicidio en los adolescentes y sobre todo; se enfatiza en el impacto psicológico y emocional que causa el suicidio en la familia.

En el tercer capítulo se resalta la importancia de la atención tanatológica a la familia sobreviviente al suicidio; se estudia la diferencia entre duelo normal y duelo complicado mediante el modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo. Así mismo, se explican cuáles son las estrategias de afrontamiento asertivas y negativas en el manejo del duelo, así como la importancia de la resiliencia en el manejo de crisis y adversidades como el suicidio.

En el cuarto capítulo se presenta la propuesta de intervención, mediante la creación de un taller cuyo objetivo es dar a conocer a los participantes sobrevivientes a un suicidio las diferentes etapas del duelo normal y duelo complicado; así como las estrategias de afrontamiento asertivas y de resiliencia necesarias para lograr un cambio y crecimiento personal después de la pérdida que sufrieron.

Posteriormente se presentan las conclusiones, donde se explican los alcances y limitaciones a la propuesta de taller que se presenta. Finalmente, se incluyen los anexos que describen detalladamente diferentes modelos teóricos del proceso de duelo, características de emociones en el duelo normal, resúmenes del proceso de duelo de acuerdo al modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo; así como información de apoyo para llevar a cabo el taller.

Capítulo 1: Suicidio

1.1 Concepto de suicidio

Szasz (2002), dice que un sentimiento de omnipotencia antecede a la decisión de darse muerte, porque se tiene el poder de decidir en qué momento se puede terminar con la existencia y menciona que tenemos el mismo derecho y la misma responsabilidad de regular nuestra vida que nuestra muerte. Águila (2012), define al suicidio como una decisión permanente para un problema temporal.

Suicidio proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Desde el punto de vista científico existen definiciones importantes como la de Durkheim (1995) quien define al suicidio como toda muerte que resulta de un acto, positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima misma, sabiendo ésta que se produciría tal resultado. La tentativa de suicidio es el mismo acto definido, sin que dé como resultado la muerte. Así mismo, Durkheim describe el suicidio como un síntoma de enfermedad mental relacionado con las crisis de las circunstancias de la vida. Con los datos arrojados por diversos estudios clínicos (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004) tal definición fue cuestionada y se observó que la intencionalidad del comportamiento y de los “suicidas” no siempre era la de matarse, y a veces ni siquiera la de hacerse daño. De hecho, se describen otras intenciones conscientes en los actos suicidas (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004):

1. Obtener de otros lo que no se ha podido obtener por otros medios (chantaje, castigo o manipulación).
2. Extorsión emocional.
3. Demandar atención ante una situación vivida como desesperada (real o irreal, presente o futura, física o social).
4. Agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de su muerte.
5. Expresar o comunicar sentimientos de desesperación, desamparo, frustración, ira, odio o autculpa.
6. A menudo la causa no es un odio por la vida sino un gran anhelo y deseo de que las cosas sean distintas, de que la vida sea plena cuando al parecer no lo es. El

suicidio puede ser para muchos, la manifestación de un “deseo de vivir” frustrado (Levine, 1982).

Muchos autores, consideran las tentativas como comportamientos totalmente distintos de los que resultan en suicidio por no presentar intención de morir, lo que llevó la utilización de términos que los diferencian del suicidio, como son: a) parasuicidio, b) seudocidio, c) autodaño deliberado y d) inespecíficos o descriptivos como autoenvenenamiento y autolesiones. De la Garza (2008), define el suicidio disfrazado como el provocado por accidentes automovilísticos intencionales y/o conductas autodestructivas como no practicar el sexo protegido, alcoholismo crónico, búsqueda de situaciones extremas que ponen en peligro la vida. Podemos encontrar también a la eutanasia o suicidio asistido que resultan de padecer enfermedades incurables donde la persona desea vehementemente encontrar en la muerte el alivio a su sufrir (Berengueras, 2009).

Sin embargo, Bobes, et al. (2004) consideran que realizar tantas distinciones entre la naturaleza del suicidio y las tentativas, resulta poco adecuado para la prevención, tratamiento, reducción del índice del mismo y, más importante aún, para preservar la vida de las personas y mejorar su calidad de vida. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud OMS (2014), propuso los siguientes términos:

1. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
2. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.
3. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
4. Ideación suicida: cuando un sujeto frecuentemente piensa, fantasea o desea cometer suicidio.

Buendía, et al. (2004), señalan que el suicidio es un comportamiento más que un acto y con suicida se hace referencia a toda conducta que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto. El acto suicida en sí mismo no sería más que un punto de un proceso, la culminación de toda

otra serie de actos llevados a cabo en función de la ideación y plan suicida del sujeto, de su intencionalidad suicida.

1.1.1. El suicidio desde el psicoanálisis

Karl Menninger (1972), con la teoría de Freud reconoce la existencia del sentido en hechos que aparentemente no lo tienen pero que mirados más de cerca obedecen a deseos de naturaleza inconsciente: deseo de matar, deseo de morir y deseo de ser asesinado. Los comportamientos, las acciones y las elecciones alcanzadas por el suicida pueden tomar por sorpresa a las personas, ser algo inesperado hasta cierto punto. El hecho es que estas prácticas no son al azar, los suicidios pueden ser explicados como consecuencia de “dilemas” de la vida cotidiana. El análisis de las causas del homicidio y del suicidio, mediante conceptos como la identificación, considera que es posible asimilarlos como una misma situación psíquica y, por ende, muchas veces reversible (se considera al suicida como un homicida en potencia y viceversa), quedando así una pregunta: ¿quién mata al asesino?

Desde la perspectiva de Freud (2004) acerca de las pulsiones de vida y muerte, los criminólogos observan que la violencia es una manera sustitutiva de la sexualidad de tal suerte que ambas, forman una unidad. De ahí que la atención se centrara en el estudio de las relaciones emocionales entre lo que llaman víctimas y victimarios, así como en la historia que los une en la violencia. Por consiguiente, homicidio y suicidio son dos caras de una misma moneda. Así Freud demuestra que los errores olvidos, accidentes o equívocos no son casuales; cada acto fallido obedece a alguna intención, lo que lleva a reconocer que todos ellos se inscriben en el juego del deseo inconsciente; entonces quien físicamente se daña a sí mismo puede tener la intención de dañar a otro. Cuando el acto suicida está dirigido hacia otras personas, puede considerarse una agresión para provocar sentimientos de culpa, por eso es que el hecho puede estudiarse como una venganza, resultado de un agravio sufrido. De acuerdo al psicoanálisis, la verdadera motivación del acto suicida está conformada por alguno de estos tres elementos: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Deseo de matar

Ese deseo de matar puede ser vuelto contra la persona del deseador y llevado a efecto como un suicidio, la exaltación, desesperación e ira se vuelcan contra “sí mismo” (introyección, que supone la incorporación del sujeto amoroso), Menninger (1972); se percibe al cuerpo como si no formara parte de nosotros mismos, y que es posible amenazar nuestro cuerpo como si incluyese el cuerpo de otra persona, en este caso el de la persona a la cual se pretende hacer daño. Estos mismos planteamientos los comparte David Abrahamsen (Payá, Gómez y Vega, 2012) al afirmar que: todo homicida es inconscientemente un suicida y que todo suicida, en cierto sentido es un homicida psicológico. Ambos actos se originan en una pérdida súbita y grave de la propia estimación de quien los ejecuta; el hombre que asesina oscila entre el suicidio y homicidio porque tiene miedo de la gente, miedo de sí mismo y miedo de morir, inconscientemente está tratando de librarse del temor a su propia madre. Es sabido que toda persona que mata quiso primeramente matarse a sí mismo, y muchas veces quien mata, posteriormente se suicida.

Buendía, et al., (2004) señalan que los intentos de suicidio están motivados por una fantasía y que ésta, está relacionada con sentimientos de agresión hacia los padres o amigos y, consideran que los suicidios son homicidios tímidos. Expedientes analizados por Payá et al. (2012), refieren que cuando el acto suicida se comete frente a la pareja o la familia, da la impresión de que el individuo es capaz de asesinar antes a alguien. Indican también, que hay sujetos que apuntan el arma primero hacia la pareja para después dirigirla en su contra; el umbral entre el yo y el otro es delgado, de ahí que en algunos casos, antes de que el individuo se mate, decide privar de la vida a otras persona, la muerte de la pareja es un claro ejemplo de la relación entre el suicidio y el homicidio.

Deseo de ser matado

Algunas personas no son capaces de darse muerte por sí mismos, es por ello que se valen de ciertos métodos en donde otros, de manera involuntaria, lo hagan por ellos (Payá et al., 2012). Esto sucede cuando alguien decide arrojar al paso de los vehículos o del tren para morir, no en todos los casos la muerte llega instantáneamente, en

ocasiones los suicidas fallecen en el hospital y, aunque los métodos y técnicas no sean del todo efectivos o efectivos inmediatamente, aunque el dolor y el sufrimiento se prolonguen, no se elimina el sentido del acto suicida que es el de atentar en contra de la propia vida.

Deseo de morir

Imbert (2004), menciona que existen casos que cuentan en su historia con varios intentos fallidos de suicidio; el intento es un recurso para comunicar lo que no se puede expresar en palabras: una deuda simbólica. Menninger (1972), también señala que no todos lo que intentan suicidarse desean morir, pero que es muy probable que entre uno y otro deseo, prevalezca la ambivalencia. Con el estudio de notas suicidas realizado por Shneidman (Ellis, 2008), se encontró que el odio dirigido a otras personas y la autculpa eran frecuentes y que las personas suicidas eran profundamente ambivalentes y, en el contexto de esta ambivalencia, el suicidio se entiende como el cambio de impulsos asesinos externos hacia uno mismo; los deseos y necesidades previamente dirigidos hacia un evento traumático o hacia alguien que había rechazado al suicida, se invertían y direccionaban hacia uno mismo, siendo así una forma de agresión patente contra sí mismo.

1.1.2. El suicidio desde el punto de vista social

Payá et al. (2012), estudiaron el suicidio dentro de un contexto social y grupal y mencionan que el potencial suicida está dentro del juego de la interacción comunicativa, el suicidio es visto como un intercambio que transmite emociones tanto individuales como sociales, como la última expresión del individuo llevada a cabo por medio del cuerpo; para ellos la conducta de quien desea morir es incomprensible fuera del contexto social, familiar e institucional.

Payá et al. (2012), realizaron investigaciones a partir del 2009 en el Servicio Médico Forense del Distrito Federal, las cuales estuvieron basadas en el análisis de los archivos de personas que se suicidaron. Examinando los hechos desde el punto de vista sociológico, el estudio trata de reproducir el tipo de interacción e intercambio simbólico

(mensajes, objetos, personas) que condujo al sujeto a quitarse la vida. El estudio de dichos expedientes incluyeron reportes policíacos que describen lo sucedido detalladamente, el lugar, espacio, objetos, vestimenta, lesiones, transcripción de recados póstumos, peritajes médico-forenses para determinar la causa biológica de la muerte, análisis toxicológicos y declaraciones de amigos, parientes o familiares (testimonios del momento); de esta manera, se accedía al grupo familiar y a los problemas que llevaron al sujeto a causarse la muerte.

Según Durkheim (1995), el acto suicida es individual, pero a su vez brinda una explicación de orden social, donde existe una realidad que supera al “suicidario”: la realidad colectiva; esto ocurre cuando el suicida expresa los motivos que hacen de éste una víctima y un victimario a la vez, buscando que su mensaje sea descifrado; su salida de la vida es también la lucha por permanecer con su grupo social. Razonablemente, se puede ver a la vida con un valor máximo y al suicidio como algo absurdo; sin embargo, con el discurso que se queda como un legado de las personas que deciden quitarse la vida se desmienten estas ideas racionales, para ellos la vida se ha transformado en algo sin sentido, los vínculos sociales se desvanecen y la vida también lo hace, se pierde su sentido, de la misma forma en que el cuerpo pierde la batalla por una enfermedad o como cuando la vejez se convierte en un enemigo extraño que se carga día a día, donde incluso se percibe que se afecta la vida de los demás (Payá et al., 2012).

Desde el punto de vista social, la investigación parte de que el suicidio puede estudiarse como una variedad del crimen, y que ambos no son ajenos a la condición humana. La muerte por voluntad propia responde al enigma del deseo y de búsqueda de la identidad; es consecuencia del hastío del mundo, del terror que nace en el sujeto cuando se mira al espejo y se observa vulnerable y desesperanzado, aún con la gente que lo rodea (Cohen, 2007).

1.2. Factores de riesgo para el suicidio

¿Cómo puede una persona pensar en quitarse la vida? Este hecho no es una conducta impulsiva, existen factores de riesgo que incrementan la posibilidad de suicidio en una persona (Buendía et al., 2004). Quintanar (2007) menciona factores o estresores que

pueden precipitar o desencadenar la conducta suicida: problemas familiares, sentimentales o de ruptura en las relaciones (amistades o pareja), académicos (presión para el éxito junto con el fracaso académico), económicos, legales (ser buscado o estar en prisión), dificultad de inserción laboral, trastornos de personalidad, conflictos sexuales, enfermedades graves o incurables, embarazos no deseados, vejez (soledad, nido vacío, maltrato, pérdida de independencia y autonomía), jubilación, la muerte de un ser querido o ser objeto de humillación pública. En los últimos años también se considera un factor de riesgo el estar viudo, separado o divorciado y ser soltero (Munera, 2013).

Así mismo, existen factores condicionantes que a lo largo de la vida han participado en el desarrollo de la persona y pueden ser de protección o de riesgo en ella, en el caso de los suicidas actúan como factores de riesgo al distorsionar, debilitar o disminuir la fuerza de la estructura psicológica y patrones adaptativos de la persona que se suicida (Quintanar, 2007). Entre estos encontramos a los factores psicológicos, familiares y sociales.

1.2.1. Factores psicológicos

Diversos estudios (Águila, 2012 y Bobes, et al., 2014) han examinado rasgos de personalidad asociados al suicidio y a las tentativas de suicidio, sobresalen las siguientes:

- ✓ Bajo autoconcepto y autoestima.
- ✓ Falta de autocontrol.
- ✓ Mala percepción de la calidad de vida.
- ✓ Desesperanza ante el futuro.
- ✓ Introversión.
- ✓ Neurosis, histeria e impulsividad.
- ✓ Agresión y violencia.
- ✓ Inadecuación social.
- ✓ Rasgos perfeccionistas.
- ✓ Mecanismos de afrontamiento pobres.

- ✓ Baja tolerancia a la frustración.
- ✓ Mal manejo de las pérdidas.
- ✓ Disminución de las habilidades cognitivas para evaluar la consecuencia de una acción.
- ✓ Dificultades para la resolución de problemas y déficit de habilidades adaptativas.

Se puede observar que los factores psicológicos individuales, la forma de pensar y el estilo para enfrentar los problemas sociales o las dificultades emocionales son distintos en cada individuo y se van adquiriendo a lo largo de nuestra vida. En los suicidas existen distorsiones en la forma de pensar y de actuar; así como falta de habilidad en los factores psicológicos expuestos, tal como lo afirma Quintanar (2007).

1.2.2. Factores sociales

Petrzelová et al. (2007), han examinado asociaciones entre los niveles sociales más desfavorecidos y el suicidio y las tentativas de suicidio poniendo de manifiesto un incremento del riesgo suicida entre los individuos de bajo nivel social, escaso nivel educativo, bajos ingresos, pobreza y comportamiento antisocial. Berengueras (2009), también reconoce como causa del suicidio a la migración, al encontrarse con un nuevo estilo de vida en una ciudad moderna, puede presentarse bajo nivel de interacción personal, incomunicación, aislamiento social, pérdida de identidad personal y grupal.

Las circunstancias para el suicidio son muy variadas: suicidios religiosos colectivos debido a la devoción religiosa; suicidios altruistas por amor a la patria, a los hijos, al prójimo (como los bomberos que arriesgan su vida para salvar a otros), etc. (De la Garza, 2008). Destacan también, los problemas económicos, las enfermedades y la vejez como realidades insoportables propias del vacío existencial; así como, problemas amorosos o sentimentales, existen casos donde la fecha luctuosa coincide con la fecha del encuentro amoroso o del aniversario, aquí la causa puede atribuirse al otro que no fue objeto de su deseo y la muerte es llevada a cabo en nombre del amor (Payá, et al, 2012).

Otros factores sociales vinculados al riesgo de suicidio son: la exposición a comportamientos suicidas y la influencia de los medios de comunicación (Bobes et al., 2004). Existen pruebas de que jóvenes que están expuestos a suicidios de iguales tienen un alto riesgo de comportamientos suicidas. Aún no se sabe cuál es el mecanismo por el que se repite el comportamiento, si por imitación, por relaciones muy absorbentes entre los jóvenes o por la relación cercana a quien se suicidó, por el sentimiento de soledad o desamparo e incluso un cuadro de depresión mayor por el suicidio de sus compañeros; así mismo, pueden influir en estos jóvenes las historias de suicidio presentadas en los medios de comunicación, ya sea en cine, televisión, periódicos, revistas, etc., ya que se propicia la identificación con los modelos presentados (Rivera, 2010).

1.2.3. Factores familiares

Entre los factores familiares que predisponen al riesgo suicida, se encuentran las relaciones y dinámica familiar disfuncional, los conflictos abiertos entre padres e hijos, una pobre comunicación, violencia, abusos sexuales, trastornos mentales y comportamiento suicida dentro de la familia; pueden atribuirse también las separaciones, divorcio o pérdidas parentales, así como el abuso de sustancias como el alcohol y las drogas (Bobes, et al., 2004).

De la Garza (2008), enfatiza en que las peleas familiares, el grupo de amigos, los maestros, el divorcio de los padres, la pérdida de un ser amado y el abuso de sustancias son factores precipitantes que no siempre son la causa del suicidio pero sí actúan como el último suceso que agravan el estado de ánimo del suicida; ante esto, menciona que al presentarse estos factores y si la familia se desenvuelve en un contexto de pobres relaciones, la situación del individuo suicida se agrava al no encontrar apoyo en su principal círculo social.

1.3. Etapas por las que atraviesa quien desea suicidarse

1.3.1. El mensaje del suicida

En los suicidas se advierte la desesperación, la desesperanza y un sentimiento de que ya nada se puede hacer para dar marcha atrás, mirarse al espejo es un horror, mirarse y decirse ¿este soy yo?, ¿qué hago aquí?, ¿para qué seguir con la vida? Como ya se explicó, existen sentimientos encontrados, sentimientos de ambivalencia entre vivir o morir, la persona quiere morir pero al mismo tiempo quiere conservar un lugar en la memoria de su familia, busca marcar su presencia gracias a su desaparición pero esto sólo lo encontrará después de la muerte; se observa que los suicidas no perciben señales de añoranza o sueños alentadores por parte de las personas que lo rodean; el mundo pierde su valor y la desesperanza se encuentra por encima de las ganas de vivir (Durkheim, 1995).

Marchiori (2006), opina que ni los escenarios ni los objetos con los que se ejecuta la propia muerte son casuales, el método o medio utilizado está en relación con las características del medio social y cultural, con la edad del individuo, con su profesión; el sujeto no dispone más allá de los materiales y espacios que le ofrece su propio contexto social. Así mismo, no es casual que una persona decida morir en el interior de su hogar, en las vías públicas o, terminando en la fosa común. El sujeto prepara su muerte en determinado lugar, con determinado método o instrumento, cierta vestimenta, puede decidir morir junto a fotografías, junto al acta de nacimiento o testamento; puede escribir mensajes o deseos póstumos e incluso elegir determinada fecha. Esto habla del significado social, de las emociones y del lenguaje que el suicida quiere dar a conocer; da seña de los últimos pensamientos, de las sensaciones finales de quien ha decidido afrontar este cruel abismo, del conflicto psíquico que en esos momentos vive el sujeto, los deseos que le albergan y las fantasías que quisiera se realizaran incluso después de muerto.

Con lo anterior, se observa la importancia del lenguaje en los seres humanos, todo lo que se dice y hace constituye un mensaje y el suicidio envía un mensaje que puede ser intencional o no, aunque no lo reconozcan así los receptores, lo interpretan; interpretar

el suicidio como un mensaje es la prueba que lo califica como una decisión y no como una enfermedad (Szasz, 2002).

1.3.2. Toma de decisión para el suicidio

De acuerdo a Bobes, et al., (2004), para considerar la conducta suicida como tal, surge un criterio de voluntariedad, el cual resulta imprescindible para su autenticidad; el comportamiento suicida es voluntario, si no lo fuera no se consideraría suicida, estos autores describen aspectos que anteceden a la conducta suicida: 1) pensamiento: siendo el medio por el cual aparecen las ideas suicidas, relacionadas con factores emocionales como sufrimiento y desesperanza, cuando el sujeto no encuentra otra salida más que su propia muerte; 2) deliberación: es la evaluación cognitiva de la idea suicida, completamente aceptada como propia por el yo del sujeto, se evalúan las consecuencias plenamente convencido del acto y se sabe no son llevadas por sólo impulsos; 3) decisión: es el acto por el que nuestra voluntad determina nuestro comportamiento, es la elección consciente orientada a conseguir un objetivo, en este caso lamentable, es el momento psicológico en el cual se pasa del pensamiento a la acción, se planea el lugar, hora, instrumento o método para dar lugar al suicidio y, 4) ejecución o realización: es la parte activa de la conducta voluntaria y son indispensables los sistemas neuromusculares para el movimiento, el momento final de una persona que consiguió quitarse la vida.

Águila (2012), hace hincapié en la importancia de las emociones en los procesos de toma de decisiones, menciona que las emociones parecen estar presentes en la mayoría de los procesos cognitivos y juegan un rol determinante en la eficiente ejecución de éstos, encontrarse en situaciones emocionales de mucha vulnerabilidad más los factores estresantes que desencadenan la conducta suicida (un problema académico, ruptura con la novia o pelea con los padres), muestran en el sujeto sólo una visión de túnel donde sólo se ven problemas y no permiten vislumbrar la gama total para otras soluciones diferentes al suicidio, la situación emocional predomina en esos momentos.

Berengueras (2009), menciona tres pasos en el suicidio: primero, el deseo de morir; segundo, la ideación suicida, y tercero, la planeación del suicidio; realza la importancia

de tomar en cuenta que las fantasías siempre van en grado progresivo y que son gritos de auxilio que de alguna manera expresa la persona y que son necesarios saber traducir.

1.4. Trastornos psicopatológicos asociados al suicidio

Existen determinadas patologías psiquiátricas que presentan una mayor incidencia al suicidio, varios autores, entre ellos Quintanar (2007) mencionan los siguientes: trastornos del ánimo y bipolaridad, depresión, psicosis, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, trastornos de pánico, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de la personalidad (dependiente, narcisista, antisocial, histriónico, limítrofe-borderline), esquizofrenia y trastornos de ansiedad-angustia. El trastorno dismórfico del cuerpo conocido como “el feo imaginario” también es otro factor de riesgo (De la Garza, 2008).

1.5. El suicidio desde el modelo cognitivo-conductual

Con el uso de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de personas suicidas, se observa que los procesos del pensamiento, no sólo son vistos como parte del problema sino como parte de la solución potencial, ésta terapia está orientada a la aplicación de técnicas diseñadas a la modificación de creencias disfuncionales y de la información defectuosa en el pensamiento del suicida; la gente suicida es diferente cognitivamente, en comparación con las personas que pueden compartir las mismas situaciones o un mismo diagnóstico pero que no es suicida; las características cognitivas que son la causa de suicidio son: la desesperanza, creencias disfuncionales, memoria sobregeneral, el perfeccionismo y déficit para resolver problemas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012).

Charles Neuringer (Ellis, 2008), señala que los suicidas se caracterizan por presentar pensamiento dicotómico (todo o nada), pensamiento extremo (nunca y siempre), rigidez cognitiva, resolución de problemas deteriorada y evaluación de la muerte mucho más favorable que la vida. Por su parte, Shneidman (en Ellis, 2008), considerado el padre de la “Suicidología”, enfatiza en los procesos psicológicos más que en los biológicos o del medio ambiente, como centrales para comprender y prevenir el suicidio; él atribuye el

suicidio al dolor emocional difícil de tratar y creó el concepto “dolor de psique” como un dolor psicológico intolerable, dolor de las emociones, viendo éste como el corazón del suicidio, sin el cual no hay suicidio. Por lo anterior, se observa el papel fundamental de las emociones en los procesos psicológicos, tal como lo señala Águila (2012).

Shneidman (Ellis, 2008), observó en un paciente suicida que los eventos que describió como detonantes a la acción letal, fueron importantes no por los eventos en sí, sino por lo que él hizo con ellos, y que ninguna de las alternativas que en nuestra mente pueden verse claramente, eran visibles en la suya; de esta manera afirmó que la única razón por la que pensaba en el suicidio era la forma en que estaba construyendo su situación; así pues, el padre de la suicidiología definió 10 rasgos en común de los suicidios consumados (Tabla 1).

Otra característica cognitiva encontrada por Shneidman (en Ellis, 2008) en las personas suicidas es el pensamiento de que la muerte tiene más sentido que la vida: 1) el curso de los eventos parece tan obvio y tan claro que no vale la pena esperar para ver el resultado y, 2) todo es tan impredecible y lleno de incertidumbre que lo único que se puede hacer es abandonarlo todo. Esta característica del pensamiento coincide con la visión de que la vida ya no tiene ningún sentido mencionada por Durkheim (1995).

Tabla 1. Los 10 rasgos en común del suicidio de Shneidman (Ellis, 2008).

1.	El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
2.	El estresor son necesidades psicológicas frustradas.
3.	El propósito es buscar una solución.
4.	El objetivo común del suicidio es cesar la conciencia.
5.	La emoción es la desesperanza y la impotencia.
6.	La actitud interna es la ambivalencia.
7.	El estado cognitivo es la constricción: sólo se ve como solución la muerte, no hay cabida para otras posibles opciones.
8.	El acto interpersonal es comunicar la intención.
9.	La acción común es la fuga.
10	La consistencia común es con patrones de afrontamiento de toda la vida.

1.6. Prevalencia del suicidio

1.6.1. Situación mundial

La OMS (2014) reporta que: 1) en los últimos 45 años los índices de suicidio han aumentado en el mundo en un 60%; 2) el suicidio se encuentra actualmente entre las tres primeras causas de muerte entre la población de 15 a 44 años de edad en ambos sexos; 3) un millón de personas se suicidan al año en el mundo y veinte millones intentan hacerlo; 4) cada 40 segundos se consuma un suicidio.

A pesar de que los índices de suicidio entre la población de hombres adultos han sido tradicionalmente los más altos, los índices de la población joven han aumentado de tal forma que ahora se consideran el grupo de más alto riesgo en un tercio de todos los países. En Estados Unidos el suicidio es la octava causa de muerte y la tercera entre la población de 15 a 24 años. Los hombres tienen cuatro veces más probabilidad de morir por suicidio que las mujeres (Borges, et al., 2013). De acuerdo con las estadísticas de mortalidad, presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2012), para los países de la OECD en 2011 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 12.4 por cada 100 mil habitantes; Corea es el país con el mayor índice dentro de este grupo con una tasa de 33.33. En este contexto, los registros administrativos en México para 2011, señalaron una tasa de 4.9, lo que le coloca en el tercer país con el valor más bajo. La situación del suicidio en adolescentes es un fenómeno en aumento a nivel mundial pues cifras de la OMS indican que para 2012 se presentó como la segunda tasa más alta de muerte para este grupo de población, con 15 suicidios por cada 100 mil personas de 15 a 19 años; para la región de América esta cifra es de 6.6 por cada 100 mil adolescentes.

1.6.2. Situación en México

Sin embargo datos de la INEGI (2015), nos muestran que México no ha sido la excepción en el aumento de la tendencia de suicidios consumados, en el país en el año 2013 se registraron 5 909 suicidios, de los cuales 81.7% fueron consumados por

hombres y 18.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer.

La tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues entre el año 2000 y 2013 para la población en general la tasa se elevó al pasar de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres.

Del total de la población que cometió suicidio, quienes tenían de 15 a 29 años de edad representaron la mayor proporción de fallecimientos por este hecho (40.8%). Por otra parte, llama la atención que del total de suicidios, 10.6% corresponde a personas de 60 o más años. El suicidio en adolescentes y jóvenes es una realidad cada vez más latente en el país, pues en 2013 se registraron 2 345 suicidios en adolescentes de 15 a 29 años, lo que representa una tasa de 7.5 muertes por cada 100 mil adolescentes. Las tasas de suicidio entre jóvenes adolescentes son de 12 por cada 100 mil hombres y 3.2 por cada 100 mil mujeres. Con esto, la INEGI (2015) informa que el suicidio constituye la segunda causa de muertes entre los jóvenes porque representa el 8.5 % del total de muertes, con una tasa de 13.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. El comportamiento de los suicidios por entidad federativa muestra que en 2013, Aguascalientes, Quintana Roo y Campeche, presentan la mayor tasa de suicidios con 9.2, 8.8 y 8.5 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Por otro lado, Guerrero (2.7), Oaxaca (3.0) y Tlaxcala (3.1), presentan las tasas más bajas.

Capítulo 2: Familia y suicidio.

2.1. ¿Qué es la familia?

La familia es una institución necesaria para el desarrollo del individuo y la sociedad (García y Musitu, 2000). Es el núcleo social primario de toda persona, ésta satisface las necesidades afectivas, económicas y sociales: amor, comprensión, alimentación, vivienda, vestido, transporte, educación y salud; constituye un espacio para la formación de valores, creencias y costumbres, de actitudes y comportamientos ante la vida como la tolerancia, el respeto a sí mismo y a los demás, la capacidad de admitir y corregir errores, tolerar las frustraciones, etc.; la historia de la familia, se torna determinante para la formación de personas sanas y con actitudes asertivas, que se reflejan en la capacidad para aceptar los éxitos y los fracasos y para vivir una vida responsable (Petrzelová et al., 2007). Es en la familia, donde se fundan los principales lazos de amor, de amor propio y hacia los demás; donde se establecen las principales relaciones de ayuda, cooperación y de convivencia, tanto con los padres y con los hermanos, como con los primos, tíos y abuelos. Toda persona vive con esa necesidad básica de pertenencia, y principalmente, esta necesidad se ve cubierta primeramente con la familia, partiendo de la niñez y adolescencia, y aún en edades adultas, se vive la necesidad de volver al hogar, aun cuando ya se tiene un nuevo núcleo familiar. En este contexto social, se dan como aprendizaje las principales conductas, tanto de imitación como de afrontamiento para distintas situaciones, es la familia donde la persona se identifica, pertenece y acude en momentos de ayuda; además se socializan también las ideas de la vida y la muerte y, se sientan las bases para un proyecto de vida (Berengueras, 2009).

Así mismo, también se considera familia al grupo de personas que viven en un mismo espacio, en un tiempo determinado y que además pueden compartir o no el mismo parentesco sanguíneo, han realizado una unión como el matrimonio o la unión libre e incluso la adopción; al convivir cierto tiempo un grupo de sujetos, se forma un conjunto de personalidades que poco a poco van introyectándose y haciéndolas parte de sí mismos (Avilés, 2013).

2.1.1. Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar depende de los siguientes aspectos: nivel de estrés familiar, comunicación familiar, recursos familiares, satisfacción familiar, desapego, apego, rigidez y caos (Martínez-González, Munera y Becoña, 2013). En un estudio realizado por los autores antes mencionados, con el objetivo de analizar factores familiares que pueden tener incidencia en el comportamiento suicida en personas con trastornos de personalidad, se encontraron los siguientes resultados: la presencia de recursos familiares influye positivamente en el nivel de calidad de vida autopercebida de estos pacientes, de modo que a mayor disponibilidad de recursos mejor calidad de vida. Sin embargo; el apego familiar repercute negativamente en la calidad de vida de estas personas, lo cual demuestra que una interacción más estrecha entre los miembros de una familia, probablemente somete a la persona a una situación de constante exposición de sus deficientes habilidades para relacionarse con los demás (los autores constatan que las personas con trastornos de personalidad presentan menos capacidad empática y más dificultad para relacionarse con otras personas). De acuerdo a los resultados de este estudio, los recursos familiares y el apego seguro son fundamentales para el adecuado funcionamiento de una familia.

2.1.2. Tipos de familia

De acuerdo con García y Musitu (2000), la familia es considerada como la unidad básica de la sociedad, es una estructura conformada por padre, madre, hijos, tíos y abuelos, quienes forman lazos sanguíneos y sentimentales. Debido a los cambios producidos en el tiempo, las familias actuales son menos estables y han reducido su tamaño con un número de hijos menor que antes; es común que ambos padres decidan trabajar para beneficiar a la economía de la familia, dejando que otra persona se encargue del cuidado de sus hijos. La sociedad “moderna” se caracteriza por la diversidad de estructuras familiares. Muchos niños y adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de su familia; hay quienes han tenido que vivir con una madre sola, con un padre solo, con los abuelos, con los tíos o en algunos casos con padres homosexuales

Así pues, la estructura de una familia puede ser diferente y a pesar de ello, cada miembro puede o no aprender de los otros y mantener un equilibrio que permita una buena relación entre ellos; todas y cada una de las personalidades se integran formando una compleja organización interna en donde cada individuo crece física y psicológicamente; es decir, la familia como la escuela pueden actuar como factores de protección o de riesgo para el suicidio (Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007).

Navarro, Musitu y Herrero (2007), proponen la siguiente clasificación de las familias: familia nuclear, familia ampliada y familia monoparental.

Familia nuclear. Es una familia reducida en el número de sus miembros, es decir, se encuentra conformada por el padre, la madre y los hijos, en donde todos los problemas son resueltos con la aportación de cada uno de sus miembros. Este tipo de familia presenta algunas ventajas como: que los padres brindan una educación personalizada y están más pendientes de sus hijos. Actualmente, se considera que formar parte de una familia pequeña sin tantos hijos garantiza la economía, porque los padres pueden administrar mejor sus ingresos y gastos. En la actualidad se mantiene el modelo clásico de la familia que está conformado por los padres e hijos como núcleo familiar.

Familia ampliada. Como su nombre lo indica, es aquella que se ve ampliada por la integración de abuelos o tíos, debido a causas sociales que impactan en la familia como son: a) las migraciones, donde los padres migran a otro país para buscar un mejor futuro y dejan a cargo de sus abuelos a sus hijos, lo que repercute en los infantes, ya que no se estructuran adecuadamente debido a la falta de una de las dos figuras paternas y los menores tienden a buscar una persona que cumpla con esta función y, b) los embarazos no planeados en adolescentes o en personas maduras, en donde quienes se hacen cargo de los niños no son necesariamente los padres biológicos sino los abuelos o tíos.

Familias monoparentales. Son aquellas conformadas por una sola figura paterna, ya sea varón o mujer y uno o varios hijos. Puede suceder que este tipo de familia se incorpore a otra familia nuclear llegándose a formar una familia ampliada. Actualmente, esta familia aparece cuando ocurre un embarazo no planeado, ya sea por adolescentes o personas maduras que deciden criar a sus hijos por ellos mismos; por la muerte de uno de los padres, la separación de los mismos, o madres solteras que por voluntad propia

decidieron criar solas. Uno de los problemas que se presenta a menudo en la mayoría de las familias monoparentales es que suelen haber desajustes económicos debido a que solo un individuo es el que trabaja para el sustento del hogar y no es suficiente para subsistir, esto provoca que los padres no elaboren adecuadamente un vínculo afectivo con sus hijos por el hecho de no compartir mucho tiempo con ellos. En la mayoría de los casos, estas familias están estructuradas solo por la madre, lo cual puede dificultar el desarrollo del niño pues no posee un padre que sea su figura paterna; de igual manera sucede cuando este tipo de familia está estructurado sólo por el padre, él es el encargado de los hijos y debe cumplir con el rol de la madre, como brindar protección y cariño, y a su vez asumir los deberes del padre.

Familias reconstituídas. En la actualidad se considera, son las familias en donde el padre o la madre con sus hijos, por motivos de viudez, separación o divorcio, deciden formar una nueva familia con otra persona hombre o mujer, la cual puede tener o no hijos. En el caso de las parejas reconstituídas, el padrastro o madrastra son elementos nuevos en la experiencia de vivir junto con los hijos, lo que puede provocar situaciones de conflictos y de tensión. Un adulto ya tiene la relación con el hijo y el otro la tiene que establecer y no tiene historia compartida ni sentimiento de compromiso en esa relación (Valdez, Amezcua, Quintanilla y González, 2005).

Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006), mencionan cuatro tipos de familia en relación al nivel de cohesión familiar: 1) desligada (baja cohesión), 2) separada, 3) conectada (ambas de cohesión intermedia o balanceada) y 4) amalgamada (alta cohesión). Las familias desligadas o amalgamadas son consideradas familias con niveles extremos de cohesión.

Como sistema abierto, la familia, se ve afectada por las situaciones del entorno sociocultural y las relaciones entre los miembros del sistema familiar y el medio social. Así pues, observamos que existe una clara clasificación de las familias, aunque actualmente podemos encontrar familias estructuradas debido a la orientación sexual a la que pertenecen, siendo así familias homoparentales conformadas por parejas homosexuales gays o lesbianas, etc. (Eguiluz et al. 2003).

2.1.3. Familias funcionales y disfuncionales

En la investigación realizada por Avilés (2013), se describen algunas características para la familia funcional y para la familia disfuncional y se explica que la funcionalidad hace referencia al trabajo en equipo que logran las familias en la crianza de los hijos; en el caso de la disfuncionalidad, de los problemas que se presentan al no tener una adecuada comunicación entre los miembros y que afectan la dinámica familiar.

Familias funcionales

Son las familias en constante cambio con el fin de que sus miembros se puedan relacionar de mejor manera, son estructuras dinámicas donde los sentimientos de cada persona influyen dentro del grupo, por ejemplo, si un integrante manifiesta alguna crisis, como la pérdida de un familiar y se siente deprimido, todos se deprimirán debido a que se encuentran íntimamente relacionados, se brindarán apoyo, protección y seguridad en todo momento ya sea bueno o malo, de este modo todos sentirán que están dentro de una estructura estable que resiste cualquier adversidad; existen leyes y normas que cada uno de los miembros debe cumplir dentro y fuera de la misma, se distribuyen los roles que cada uno de los miembros debe realizar, lográndose un equilibrio y a la vez un complemento que permite que la familia tenga la capacidad de sobreponerse ante cualquier situación ya sea en momentos de crisis, separación, divorcios o duelo (Avilés, 2013).

El mismo autor menciona que una desventaja de este tipo de familia es que se encuentran demasiado integradas, dificultando el crecimiento personal puesto que no se ve a cada integrante como seres individuales con necesidades y crecimiento propio, sino como una estructura de cuatro o cinco personas con igual maduración.

Familias disfuncionales

Son lo opuesto a las familias funcionales, no proporcionan un ambiente adecuado a los miembros sino más bien se desarrollan dentro de un sistema hostil que dificulta el crecimiento tanto de cada miembro como de la familia en general, lo cual no es saludable para nadie, así mismo, no pueden establecerse adecuadamente los roles ni las

creencias; presentan una carencia de cariño que obstaculiza la evolución en el momento en que se presenta una crisis; pueden observarse conductas desadaptativas dentro del grupo y también hacia las personas que las rodean por ello, tienen muchas dificultades al relacionarse; la familia vive en un ambiente patológico que afecta a uno o todos los miembros, llegando incluso a desarrollar enfermedades mentales; mantienen roles contradictorios, tienen serios problemas con la autoridad puesto que no se respetan entre ellos, ni tampoco se sabe con exactitud quien es la autoridad, por lo cual no tienen límites y sus miembros hacen lo que quieren (Avilés, 2013).

2.1.4. Factores familiares para la conducta suicida

Como se mencionó anteriormente, una mala estructura familiar incrementa el riesgo de suicidio en personas jóvenes; el maltrato y en particular los abusos sexuales en la infancia, incrementan el riesgo en la edad adulta e incluso pueden explicar el alto grado de psicopatología parental que tiende a la impulsividad y a la agresión; otras causas son la escasa y/o mala comunicación entre los padres, la historia familiar previa de conducta suicida, problemas parentales con la policía, antecedentes de depresión y abuso de sustancias y, las peleas graves entre padres e hijos (Bobes, et al., 2004). Las separaciones o divorcios de los padres (70% mayor incidencia); así como la pérdida de uno de ellos o ambos actúan como un factor estresante emocional muy intenso en jóvenes, lo que puede causar conducta antisocial o llevar a la delincuencia (Berengueras, 2009).

Otros factores familiares de riesgo para el suicidio son algunas dificultades durante la niñez, De la Garza (2008), menciona las siguientes: ausencia de manifestaciones afectivas, percepción de un ambiente familiar negativo y percepción de rechazo por parte de los padres, nuevas relaciones familiares, movilidad geográfica y social, problemas con los amigos, inconsistencias de los padres, enfermedad físico-psiquiátrica dentro de la familia, la inestabilidad, la incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, la discordia, la falta de cohesión y de expresión entre miembros de la familia y, la violencia (que puede incluir padres autoritarios y sumamente rígidos, así como el abuso del poder).

Por lo anterior, una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños y adolescentes, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio (Buendía, 2004).

2.2. Genética familiar y suicidio

En relación a la genética familiar, De la Garza (2008), refiere que actualmente, aún no se conoce qué genes están implicados en el comportamiento suicida, sin embargo, se considera que tal conducta posiblemente sea el resultado de múltiples genes de efecto menor y de interacciones genéticas. Sin embargo, como lo señalan Bobes, et al. (2004), la incidencia hacia el comportamiento suicida puede ser transmitida como un rasgo familiar debido a la “contaminación psicológica” y al mecanismo de imitación, y la magnitud de tal transmisión puede incluir desde las tentativas hasta el suicidio consumado. Los mismos autores refieren que el comportamiento parental mal adaptado es probablemente uno de los aspectos del ambiente que se vive en la infancia, que más influye en el incremento del riesgo de padecer trastornos psiquiátricos; en este caso, las psicopatologías parentales que incrementan el riesgo suicida en las personas jóvenes son la depresión, el abuso de sustancias y el comportamiento antisocial.

2.2.1. Trastornos de las relaciones entre padres e hijos

Se ha reflexionado sobre la importancia que toma la relación entre padres e hijos y el riesgo suicida y se observa que la deteriorada relación entre éstos, la comunicación familiar inadecuada y las altas o extremas expectativas parentales se asocian a un incremento del riesgo suicida y de las tentativas del suicidio.

Neuringer (Ellis, 2008), señala que la formación parental temprana está fuertemente vinculado con la conducta suicida: si el súper ego es muy fuerte, si los padres son muy duros, exigen perfección en sus hijos, si enfatizan en el honor y hay regaños constantes, ese tipo de formación temprana lleva a algunos niños a ver el mundo con ideales imposiblemente altos; es una visión aprendida en la infancia temprana, algo aprendido que puede modificarse pero que, al ser reafirmado constantemente se vuelve difícil de

extinguir, esa persona en un ambiente sin estrés puede vivir bien si todo marcha bien, pero siendo educado de esa forma por los padres, por la sociedad o ambos, se es vulnerable al lidiar con el estrés de forma letal

Bobes, et al. (2004), indican que hay estudios que amplían el análisis de esta relación y marca una clara diferencia entre la madre y el padre, resaltando la importancia de la figura materna en dicha relación. Algunas características de la mala adaptación del comportamiento parental, se indican en la tabla 2. Los autores concluyen que el comportamiento suicida de los adolescentes, se asocia de manera independiente con la presencia de problemas familiares y la depresión, y que las características de falta de calidez en la familia, altercados en el hogar y problemas en la relación entre padres e hijos contribuyen de manera independiente a la conducta suicida.

Tabla 2. Comportamiento parental mal adaptado (Bobes, et al., 2004).

Comportamiento maternal mal adaptado	Comportamiento paternal mal adaptado
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Castigos rigurosos al niño. ➤ Aplicación incoherente de las reglas. ➤ Pasar poco tiempo con el niño. ➤ Bajas aspiraciones educacionales hacia el niño. ➤ Poca expresión afectiva y abusos verbales directos hacia el niño. ➤ Excesiva sobreprotección. ➤ Utilizar mecanismos de culpa. ➤ Numerosas peleas con el padre del niño. ➤ Bajo poder de control de la ira hacia el niño. ➤ Pobreza de comunicación hacia el niño. ➤ Poca supervisión personal. ➤ Pobreza en la manutención en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasar poco tiempo con el niño. ➤ Bajo nivel de asistencia hacia la madre del niño. ➤ Poca expresión afectiva hacia el niño. ➤ Numerosas peleas con la madre del niño. ➤ No cumplimiento del rol paterno en la familia. ➤ Pobreza de comunicación con el niño. ➤ Baja supervisión de las necesidades del niño. ➤ Pobreza en la manutención del hogar.

Por otro lado, gran importancia adquieren el papel del abuso sexual y/o abandono en la infancia, ya que las víctimas viven con constantes sentimientos de culpa, vergüenza, soledad y aislamiento que muy fácilmente los conduce a una depresión profunda y a la ideación suicida, ésta acumulación de culpas puede llevar a una necesidad de expiación y con ello a la necesidad del autocastigo, son personas que no pueden aceptarse ni perdonarse (Piña, 2014).

2.3. La familia y los adolescentes suicidas

En relación a la prevalencia del suicidio en adolescentes, el aumento en México y en el mundo ha sido significativo, lo cual es alarmante porque representa la segunda tasa más alta de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (Arenas, 2015). Por lo anterior, resulta de gran importancia revisar los factores familiares de riesgo para el suicidio en los adolescentes.

En la adolescencia se generan cambios psicosociales que incluyen la adaptación y la integración de una nueva estructura corporal, el desarrollo del pensamiento y juicio crítico y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida; se vuelve de gran importancia la adquisición de la autonomía, principalmente la separación o distanciamiento gradual de la relación con sus padres; en este periodo, la carga de presiones y responsabilidades individuales se incrementa y esto resulta contraproducente con el adolescente por la inexperiencia y la falta de madurez, generando tropiezos y sentimientos de angustia, soledad y frustración (Berengueras, 2009).

Monge et al., (2007) señalan que la adolescencia es una etapa que afecta al sistema familiar, es un proceso en el que participan todos y que transforma el conjunto de interacciones del grupo, se origina un nuevo sistema de relaciones, lo que demanda negociación y reajustes en las reglas de convivencia; es una transición que debe afrontar toda la familia, llegando a generarse estrés cuando aparece un desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles.

Debido a las reglas familiares, demandas y responsabilidades, aparece cierto grado de conflicto entre el adolescente y sus padres, si el adolescente no encuentra un camino satisfactorio hacia la autonomía, es probable que su impulso a la independencia encuentre una salida explosiva o se deteriore progresivamente; es por ello que las relaciones familiares y los estresores cotidianos forman un área crítica para el desarrollo de la personalidad del adolescente y para la relación entre éste y su entorno, lo cual puede rebasar sus recursos psicosociales, éste puede percibir los problemas como muy violentos o difíciles de sobrellevar, aumentando la vulnerabilidad, y en algunos casos el suicidio puede parecer una solución (Petrzelová et al., 2007).

Anteriormente, se explicaron los diferentes tipos de familias que existen actualmente y, de acuerdo al estudio realizado por Valdez et al. (2005), se observa que el 23% de los adolescentes reportan que sus padres no viven juntos, siendo la causa principal la separación o el divorcio (10.20%); esta situación trae como resultado que estos adolescentes convivan en familias extensas e incompletas, ensambladas (con personas distintas al padres o madre), o con su pareja, lo que puede dificultar su interacción y, de alguna manera incidir en la conducta suicida. En el estudio, también se encontró que los jóvenes que viven en entornos socioeconómicos bajos, tienen 2.4 veces más posibilidades de intento suicida, debido a la situación de tensión y estrés al obligar al adolescente a desempeñar actividades remuneradas.

Las dificultades económicas repercuten en los padres que tienden a deprimirse, lo que puede ocasionar conflicto en el matrimonio, alterar la capacidad de cada progenitor para ser un padre apoyador y comprometido, generando estilos de crianza distantes y coercitivos (Muñoz et al., 2006). Hay que recordar, que el adolescente en estados depresivos, percibe esta situación familiar en forma exagerada y sumado con las idealizaciones que puede tener acerca de su rol socioeconómico, hace que perciba la situación mucho más difícil; como consecuencia se tiene la molestia y demanda económica constante del adolescente y, la frustración, molestia y desesperación de los padres, generando inconformidad, mala comunicación, conflictos y desintegración familiar (Petrzelová et al., 2007). El bajo status económico y educativo y, el desempleo en la familia incrementa la susceptibilidad de los jóvenes a las conductas suicidas, al considerar que quitándose la vida responden ante un sacrificio por el bien de los que

sobreviven, piensan que al morir se liberan ciertos bienes y recursos (Monge et al., 2007).

Sin embargo, los resultados en el estudio de Valdez et al. (2005), concluyen que estos factores que generan estrés y que se relacionan con el intento suicida en los adolescentes, por sí mismos, no son decisivos para que esta conducta, pero pueden contribuir a la confusión y a la depresión.

2.3.1. Crisis familiares

En otro estudio realizado por Muñoz et al. (2006), para determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos o muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años, se encontró que el tener una familia con cohesión muy baja (desligada) representó un factor de riesgo en adolescentes, pero no en adultos jóvenes; lo cual deja entrever el papel que cumple la familia en la ideación suicida de los adolescentes, quienes afirman que sus padres muestran una actitud fría, no comunicativa, incapaces de tolerar o aceptar cambios o crisis y la tendencia de ellos mismos de no hablar de sus problemas con sus padres, situación que probablemente se da más en una familia desligada que en una amalgamada.

Cuando un adolescente percibe cierto rechazo familiar o la situación familiar le provoca sentimientos de frustración y enojo, tiende a expresarlos por diversos medios, muchas veces agresivos; al carecer de estrategias de afrontamiento adecuadas, se corre el riesgo de buscar soluciones equivocadas; entonces, el comportamiento autodestructivo se convierte en un medio de comunicación de sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe o no puede expresar de otra manera (Navarro et al., 2007).

Ahora bien, es necesario comprender que en todas las familias se enfrentan problemas y es poco probable lograr cercanía sin crisis ni conflictos y Muñoz et al. (2006), explican dos puntos cruciales: 1) la ambivalencia es una característica inevitable del ser humano, a partir de la cual es imposible experimentar sólo sentimientos positivos hacia otra persona, por lo que en las familias pueden encontrarse temporalmente sentimientos

negativos e insatisfactorios de un miembro respecto al otro y; 2) la familia está compuesta de varios individuos diferentes, por lo que resulta imposible que cada uno satisfaga por completo y constantemente las necesidades de los otros. Estos autores encontraron asociación entre el intento suicida y las alteraciones de la dinámica de la pareja, pues al presentarse conflictos, el niño o adolescente puede verse obligado a tomar partido por alguno de los padres, sufriendo con ambivalencia la culpa subsecuente.

Aun así, Dolto (2007), señala que la falta de estructuras en la adolescencia es común e incluso sano, y enfatiza en que el adolescente debe afrontar los retos de la vida con las herramientas que aprendió a lo largo de su existir.

2.4. Sobrevivientes al suicidio

Una familia puede encontrarse estructurada de una forma u otra, puede ser funcional o disfuncional o puede presentar determinadas características de su funcionamiento pero, ¿qué sucede cuando la familia sufre la pérdida de un integrante por la muerte de éste? O ¿qué sucede cuando esa pérdida es debida a una decisión como el suicidio? En este sentido, ¿cómo puede impactar esta pérdida en todos y cada uno de los integrantes de la familia?, ¿qué ocurre cuando es la pareja quien se suicida?, ¿o cuando el padre o la madre lo hacen?, o ¿qué pasa cuando es un hijo el que decide poner fin a su propia vida?, ¿cómo impacta el suicidio entre hermanos?

La palabra sobrevivir proviene del latín, *súper*, que significa sobre, y *vivire*, que significa vivir (O'Connor, 2007); si alguien a quien se ama y con quien se convive se suicida, siempre deja atrás a alguien para que sobreviva. La familia, los amigos y allegados de la persona que ha muerto se convierten en sobrevivientes del suicidio.

Se ha mencionado ya el creciente número de víctimas por causa del suicidio; sin embargo al ocurrir éste, aunque el sufrimiento de la persona que ha dejado de vivir termina ahí, quedan a su alrededor sentimientos diversos en familiares, amigos, vecinos y personas que tuvieron contacto con el suicida. Lo cual quiere decir que miles de personas tiene que elaborar una pérdida muy difícil por lo impactante de la muerte. Se estima que por cada suicidio, alrededor de 6 personas vinculadas quedan realmente

afectadas, incluyendo familiares, amigos, compañeros, etc. Esto significa que si en México, en el año 2013 ocurrieron 5 909 suicidios (INEGI, 2015), aproximadamente 35 454 personas quedaron afectadas en ese año. Se puede observar entonces la gran cantidad de personas dañadas en el país por el suicidio, directa e indirectamente constituyen una numerosa población en riesgo, ya que existe una alta probabilidad de que los familiares adopten un comportamiento similar, entre otros mecanismos, principalmente a través de la imitación. Por ello la importancia de brindar apoyo y tratamiento a las personas allegadas de una persona que se ha suicidado, con fines preventivos (Silvera, 2014).

2.4.1. Impacto emocional y psicológico del suicidio en la familia

El suicidio es tan difícil de aceptar porque deja en amigos, familiares y allegados marcas de vergüenza, culpa, enojo, rechazo, incomprensión y condena social. Lo que se sufre después de un suicidio es lo que se vive después de cualquier muerte, aunque a este acto debe sumarse el agravante del estrés postraumático; no es lo mismo la muerte por suicidio que por una enfermedad en donde se pudo acompañar al fallecido. Además, si poco antes del evento mortal se suscitó algún tipo de disgusto familiar, el suicidio aparece como una respuesta repentina a la situación, lo que provoca caos entre los integrantes y mucha culpa (Payá et al., 2012).

Además de la culpa y la vergüenza, también son más intensos de lo común los sentimientos de enfado e ira, miedo y las distorsiones cognitivas, por lo que la autoestima se ve dañada en los sobrevivientes. Tizón (2004), explica que con frecuencia, el sobreviviente siente el suicidio como un rechazo por parte de quien murió, preguntándose una y otra vez acerca del porqué. ¿Por qué, por qué, por qué?, ¿Por qué me ha hecho esto?, ¿Por qué a mí?, ¿Por qué ahora?; la intensidad de la ira puede hacerle sentir mucho más culpable y este aspecto hace difícil la elaboración de los procesos de duelo por suicidio. Tizón (2004) dice que el miedo también es un sentimiento que surge tras el suicidio, estos temores tienen que ver con que si alguien se suicida da rienda suelta a sus impulsos autodestructivos, entonces es natural que, por identificación con el suicida, los deudos lleguen a ver la autodestrucción como alternativa.

Otra reacción típica ante el suicidio de un familiar o persona allegada son las distorsiones cognitivas, que representan una manera de malinterpretar tanto la información como la experiencia que se ha vivido, por ejemplo: la personalización (soy culpable de todo), sobre generalización (no sirvo para nada), disociación (esto no ha pasado), racionalización (es la realidad de la vida, esto tenía que pasar y no va a cambiar, hay que aceptarlo), minimización (peores cosas podrían haber pasado), entre otras (Yapko, 2006). Payás (2010), las llama rumiaciones o estilo rumiativo que es una respuesta cognitiva de afrontamiento donde el doliente focaliza la atención en los aspectos difíciles o negativos de una manera repetitiva y pasiva.

García- Viniegras y Pérez (2013), señalan que aunque se sepa cómo murió el difunto, al mismo tiempo se contribuirá en la invención de explicaciones que generalmente son complicadas e increíbles sobre la muerte del suicida, llegando a formar “mitos familiares” con respecto al tema, en un inicio pueden ser válidos para enfrentar la difícil elaboración, pero realmente impiden afrontar la realidad de la pérdida.

En este sentido, algunas familias pueden atribuir el evento mortal a un “accidente” o a un “trastorno mental” para justificarse porque no aceptan que uno de sus integrantes haya decidido matarse y cuando mueren, por ejemplo, por la ingestión de líquidos corrosivos o venenosos, afirman que el deceso se debió a una confusión y que bebieron del envase equivocado; atribuyen las caídas y precipitaciones al desequilibrio provocado por el viento, etc.; sin embargo, todo fue “accidentalmente a propósito” y los sobrevivientes suelen negarlo y no aceptarlo frente a otros debido a la culpa de la que intentan liberarse, a la vergüenza o el temor a la condena social, lo que a su vez, complica el proceso de sanación (Payá et al., 2012).

Otro factor importante y de gran impacto en la familia es el lugar de los hechos, recordemos que ni el lugar, ni el método, se deben al azar y si la persona que se suicida lo hace en el interior de su casa, el acto se vuelve mucho más traumático. De acuerdo a Petrzalová et al. (2007), después de ocurrir el evento del suicidio dentro del hogar, suele presentarse la tendencia generalizada de abandonar esa vivienda, debido a lo impresionante del evento sobre los familiares sobrevivientes, pues expresan el deseo de

huir del escenario donde tuvo lugar la muerte y debido al estigma que existe, quizá para facilitar el duelo.

Otros síntomas frecuentes en los sobrevivientes al suicidio son los estados de ansiedad, hiperemotividad, angustia, cuadros depresivos, abuso de sustancias psicoactivas y el abuso de psicofármacos (Silvera, 2014).

2.4.2. Impacto psicológico de la persona que encuentra al suicida

El suicidio es tan impactante que se inicia con el acto suicida y continúa mucho tiempo después, es difícil superar la impresión que causa hallar el cuerpo y ese es el primero de muchos sucesos traumáticos que deben vivir los sobrevivientes (Payá et al., 2012). El hecho se vuelve más complicado aún si es el padre o la madre quien encuentra el cuerpo, o los hermanos, o si son los hijos quienes encuentran a sus padres, las imágenes del hallazgo del cuerpo frecuentemente acudirán a su mente de manera intrusiva y la solución no será intentar disociarlas o eliminarlas desde el principio, ni mediante ayudas psicológicas, ni mediante psicofármacos a dosis altas, se necesitará mucho más que eso (Silvera, 2014).

Cohen (2007), señala que el suicidio al no ser una muerte natural, puede ser percibido como horrorizante. El sobreviviente puede ser el mismo que descubrió el cadáver del ser querido; la angustia, el tormento, las escenas retrospectivas y las visualizaciones de las acciones que conforman el método elegido por el suicida para quitarse la vida, permanecerán en quien sufrirá durante un largo tiempo la muerte y pérdida de esa persona.

Ante el hecho de haber presenciado el acto de suicidio o haber encontrado el cuerpo, las personas están predispuestas a sufrir de estrés postraumático (Berengueras, 2009). El DSM-IV-TR (2004), indica los siguientes síntomas:

1. Recuerdos desagradables, recurrentes o enlazados con resentimientos.
2. Sueños desagradables o recurrentes.

3. Conductas o sentimientos que aparecen repentinos como si el agente traumático operara de nuevo, malestar psicológico intenso al exponer sentimientos que simbolizan el aspecto de algún acontecimiento traumático.
4. Esfuerzos para evitar las actividades, situaciones o asociaciones con el trauma ó, con el recuerdo del trauma.
5. Incapacidad para recordar algunos de los aspectos importantes del trauma.
6. Reducción remarcada del interés en las actividades significativas.
7. Sensación de desapego o enajenación respecto a los demás.
8. Afecto restringido.
9. Sensación de un futuro desolador.
10. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
11. Irritabilidad o ataques de ira.
12. Dificultad para la concentración.
13. Hipervigilancia.
14. Respuesta exagerada y sobresalto.
15. Respuestas fisiológicas sobre la expresión de aquellos acontecimientos que recuerdan traumáticos.

Así mismo, la depresión puede desarrollarse y aparecer como reacción ante el suicidio debido a la relación próxima con el suicida, haber observado la escena del acto, haber establecido contacto con el suicida poco antes o historia familiar y personal de depresión. También, el DSM-IV-TR (2004), señala los siguientes síntomas de la depresión mayor:

1. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día.
2. Notable disminución de placer en las actividades habituales.
3. Aumento o pérdida significativa de peso.
4. Disminución o aumento de apetito.
5. Insomnio o hipersomnia.
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
7. Fatiga o pérdida de energía.
8. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa.
9. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión.

10. Ideas de muerte recurrentes o ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico para consumarlo.

Para que se considere Depresión mayor, deben presentarse al menos cinco de estos síntomas, durante dos semanas, casi a diario, y al menos uno de esos cinco síntomas deben ser el punto uno o dos descritos anteriormente; también pueden presentarse dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico (DSM-IV-TR, 2004).

El suicida no sólo se agrede a sí mismo, afecta a las personas más cercanas y también a personas desconocidas. Por ejemplo, en los suicidios que se dan cuando una persona se lanza a las vías del metro, el más afectado después del suicida y su familia, es el conductor del tren, éste debe dejar su trabajo por algunos días y recibir la ayuda psicológica necesaria para superar el evento; ante la impresión, algunos conductores no regresan a trabajar; los usuarios también son afectados indirectamente (Altamirano, 2008).

Reacciones parecidas o más fuertes pueden experimentar familiares que encuentran a su ser querido ahorcado, ahogado, envenenado, desangrándose, con un disparo en la cabeza, o con el hecho de tener que ir a identificar el cuerpo. Sin embargo, como explican Payá et al. (2012), no es lo mismo encontrar el cuerpo ya inerte del suicida, a que éste decida matarse frente a la familia, más doloroso y traumático resultará este suceso; con ello la dinámica grupal familiar se ve seriamente mutilada y más complicado el proceso de duelo.

2.5. Suicidio por suicidio

Como se explicó anteriormente, un temor típico de los sobrevivientes del suicida, es que al igual que él, los propios impulsos autodestructivos los conduzcan al suicidio, lo que resulta en un riesgo mayor para la familia y allegados. Berengueras (2009), indica que este riesgo puede aumentar cuando las personas se empiezan a recuperar, pues es el momento en que tienen suficiente energía para llevarlo a cabo. Después del suicidio, la familia puede quedar trastornada ante el desequilibrio por la pérdida repentina, lo que conlleva a una reacción emocional intensa; se queda en crisis y el estrés de la situación

muchas veces se deposita en el miembro más vulnerable y, como consecuencia, éste puede creer que al quitarse la vida protege a los que más quiere. Las repercusiones familiares dependen de la importancia del papel y la función que jugaba el fallecido, como ser el chivo expiatorio, entonces el próximo al que se le deposite el conflicto podrá asumir el papel por completo, como se explicó previamente, con la ideación suicida.

De acuerdo a Worden (2004), el niño, y sobre todo el joven cuyo progenitor se ha suicidado, suelen temer especialmente el suicidio, entre otras cosas porque sienten que ese es su destino; su preocupación por el tema es demasiado intensa y como ya se ha estudiado, las personas que tienen antecedentes familiares de suicidios son quienes intentan con mayor frecuencia la misma conducta (entre dos y siete veces más), ya sea por la “imitación” como estilo de afrontamiento o como se indica, por creer que ese es el destino. En los estudios realizados por Payá et al. (2012), se describe el caso de un joven de 27 años, encontrado colgado de un árbol; en su expediente la hermana declara que pudo afectarle la muerte de sus dos hermanos, quienes también se suicidaron de la misma forma, el primero lo hizo el 24 de abril de siete años atrás y, el segundo seis meses atrás aproximadamente, la muerte del sujeto ocurrió el mismo día que la de su primer hermano: un 24 de abril.

De forma consciente o inconsciente, el suicida daña la memoria y el alma de toda persona que ha convivido con él, transmitiendo un dolor irreparable; el grado de culpa de los sobrevivientes es tal, que pueden caer en procesos autodestructivos o incluso repercutir en trastornos mentales (Berengueras, 2009); así también, esta autora menciona que en la pérdida por suicidio se presenta la posibilidad del *acting out* (autodestructividad) y que ésta puede darse no sólo en el cuerpo físico de una persona, sino también presentarse en las relaciones laborales, sociales y económicas; esto debido a que el suicida no está solo en la causa y consecuencias, su acción involucra a la familia, amigos, médicos, testigos, etc., es un acto que comete uno pero con efectos para muchos.

En familias donde han ocurrido varios suicidios puede existir la ansiedad respecto a la transmisión genética de la tendencia (Worden, 2004); sin embargo, como se mencionó con anterioridad, no se conoce aún con certeza la influencia genética al respecto. Por lo

cual, resulta importante y necesario tomar las medidas necesarias para la elaboración constructiva del duelo en los sobrevivientes ante la muerte por suicidio, evitando la creación de círculos de autodestrucción como el que un suicidio lleve a otro en una misma familia y los cuadros de depresión. Así mismo, son de gran utilidad el manejo de estrategias de afrontamiento adecuados que permitan que una familia se recupere de la cruel pérdida, adquiriendo también herramientas de resiliencia para su nueva vida.

Capítulo 3: Duelo por suicidio, desde el modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo y estrategias de resiliencia.

3.1. La muerte y el suicidio

Para el suicida, este acto es un intento desesperado por llegar a la muerte, se tiene un horror por morir pero sobre todo por vivir; se visualiza que la vida en el más allá es mucho más gozosa, por lo que la persona busca una solución a través de su muerte y la percibe como un descanso o como la posibilidad de transformarse en otra vida. Abadi (1973, en Berengueras, 2009), menciona al respecto que toda vida tiene una muerte y toda muerte se imagina según el modelo de vida. Ahora bien, lo que puede resultar para el suicida como el alivio para su pesar, significa todo lo contrario en los sobrevivientes por su acto irreparable, la muerte de una persona suicida provoca efectos de gran alcance en la vida de los demás, es un suceso biológico y psicosocial que implica la pérdida y momentos de mucha aflicción, los cuales persistirán en los sobrevivientes mucho tiempo después de ocurrido el deceso (Corless, Germino y Pittman, 2005).

3.2. Atención tanatológica a la familia de un suicida

La familia necesita entrar en un periodo de ajuste que, de no lograrse ante una crisis de esta dimensión, corre el riesgo de desintegrarse; primero se puede dar un acercamiento entre los miembros y posteriormente la familia puede alejarse ante el dolor que se vive; la desintegración se puede dar por culpar a alguno de los integrantes por el diferente modo de enfrentar el dolor de la pérdida, o incluso por evitar tocar el tema del suicidio (Delage, 2010).

Además, de que existen factores que afectan el funcionamiento de la familia, una realidad cruel y ya explicada ante el suicidio es que éste también actúa como un disparador de la disfunción familiar. Como se analizó, el suicidio puede provenir de familias con diferentes problemas psicopatológicos o sociales y de ahí también que sea difícil de elaborar, ya que salen a relucir intensos conflictos familiares (Borges, Orozco, Benjet y Medina (2010). Ahora bien, dadas las dimensiones del impacto que deja el suicida en los sobrevivientes, y por la vulnerabilidad en la que se cae tanto individual

como grupalmente, se advierte la enorme necesidad de brindar el apoyo tanatológico adecuado a todos y cada uno de los miembros de la familia para evitar caer en círculos de desintegración familiar, autodestrucción y en duelos patológicos (Silvera, 2014).

El duelo por suicidio puede vivirse de diferente manera en cada uno de los individuos de la familia, pero sobre todo, las perspectivas cambian aún más dependiendo de la persona que haya decidido quitarse la vida; es decir, el duelo cambia si se es padre o madre del fallecido, si se es el hijo, si se es el hermano o si es la pareja; además, el duelo también depende del tipo de relación y vínculo que se haya tenido y de la edad del occiso (Munera, 2013). Lazar (1981) y O'Connor (2007), explican cada perspectiva de la siguiente manera:

3.2.1. Cuando un padre o madre se suicidan

Cuando uno de los padres se suicida, los hijos se sienten abandonados y aumenta el duelo sin medida ante la necesidad de protección y de la figura que representa el fallecido; se hace sentir al hijo que él no fue lo suficientemente importante para darle un motivo de vida al padre, aumentando su enojo y resentimiento ante el abandono. O tal vez, los hijos pueden creer que son responsables del suicidio porque son malos o indignos de cariño, o quizá por las ocasiones en que el padre muerto se enojó con ellos ó si ellos se disgustaron con el padre por algún castigo y desearon su muerte o que se fuera para siempre, en este sentido pueden sentir que ellos causaron el acto; por lo que pueden generarse sentimientos de culpa y quedar ocultos hasta convertirse en comportamientos de autocastigo.

El riesgo que tiene un hijo en estos casos es elevado ante otro posible suicidio, pues los padres son un modelo, un ejemplo a imitar; además puede representar también un deseo de reunirse con ellos. Si existe el secreto familiar, cuando no se le explica al niño el evento, el conflicto es mayor, lo recomendable es no ocultar el hecho, de lo contrario, el niño no lo entiende y no lo olvida (García-Viniegras y Pérez, 2013). En relación a la otra figura parental que queda cerca del hijo, éste no dejará que se aleje, pues crece el temor de que también desaparezca de su vida y se puede manifestar ante el temor a la noche y la oscuridad o en la separación para ir a dormir; en muchas ocasiones, el hijo

adolescente o adulto puede llegar a adoptar el papel del padre fallecido, representando el papel de ser pareja del padre vivo y protector de sus hermanos.

3.2.2. Cuando la pareja se suicida

Cuando es la pareja quien se suicida, el cónyuge sobreviviente se siente abandonado y rechazado; la culpa es por la sensación de no tener el derecho a vivir ni a disfrutar de la vida y pueden tener ideas de suicidio para seguir a su pareja; el enojo aparece al sentir que se falló en la relación y que ésta no era suficiente motivo para seguir viviendo. Debido a la culpa, el duelo puede complicarse y llevar a la persona al aislamiento y a no volver a relacionarse con otra pareja por el temor a ser la causa de otro suicidio. Así mismo, es más probable que al viudo o viuda de un suicida lo rehúyan los amigos y otros viudos o viudas, en vez de brindarle apoyo, por lo que se sentirá abandonado y rechazado; también es posible que se desarrolle una presión adicional si los parientes políticos o la familia del suicida le atribuyen la causa de la muerte.

3.2.3. Cuando un hermano se suicida

Los hermanos sobrevivientes al suicidio muchas veces se sienten ignorados, ya que los padres son los centros de atención y los hermanos son los deudos secundarios; son vulnerables ante la falta de apoyo por parte de los padres y quedan muy afectados cuando el hermano es idealizado después del suicidio o cuando los padres esperan que llenen el vacío del suicida; aunado a esto, si un hermano tiene identificación con el fallecido, puede pensar en conseguir la aprobación de sus padres si llega al mismo acto. Así mismo, los hermanos sobrevivientes pueden mantener un resentimiento en contra de los padres ante su falla, los cuales pueden ser devaluados o agredidos y que desencadenaría mayor carga traumática en la familia. Algunas veces ocurre que, ante el quebrantamiento de los padres, los hijos asumen el papel de padres deteniendo su propia vida para dedicarse a cuidarlos a ellos. La muerte de uno de los hermanos llega a constituirse en doble pérdida para los hijos sobrevivientes, es posible que los padres estén tan ocupados con su propia aflicción que se alejen de ellos, de modo que los hermanos sobrevivientes llegan a sentir que no deben mostrar su pena porque harán que sus padres estén más tristes. La muerte de un hermano es una experiencia que puede

tener efectos de largo alcance, debido a que la relación entre hermanos asume una importancia considerable en la vejez, pues los sentimientos de cercanía y afecto aumentan con la edad; la confianza e interdependencia entre hermanos en los años posteriores de la vida es una de las relaciones humanas más importantes, relación que se pierde por la muerte.

3.2.4. Cuando un hijo se suicida

Cuando un hijo muere por suicidio, los padres viven una gran sensación de fracaso. El sentimiento que sobresale es la culpa por no haber sido un buen padre o madre, por no haberle evitado el sufrimiento y el suicidio, por la búsqueda de señales que dio el hijo y que no se percibieron o atendieron. Primero es la culpa de cada padre a sí mismo pero después buscan a alguien más a quien culpar, y es el otro cónyuge quien recibe esa carga, lo que ocurre por el temor de ser juzgado por el otro (Munera, 2013). En la pareja se puede dar el aislamiento ante el enojo, lo que afectará la relación entre ellos; sin embargo, en algunos casos, los padres pueden llegar a sentir un alivio ante el acto, pues dejan de tener la preocupación por el hijo.

Se dice que los hijos son las extensiones narcisistas de los padres (Berengueras, 2009), con lo que ocurrirá una muerte parcial de ellos mismos, de ahí que se escuchen expresiones como “siento que arrancaron una parte de mi mismo”, “siento que la mitad de mi corazón se fue con mi hijo”, etc.; además para los padres, la muerte de un hijo es una herida dolorosa para las expectativas en cuanto al curso de la vida, ya que se pierde la posibilidad de admirar la transformación del futuro, un futuro que se alimentó de sueños y esperanzas y que ya no ocurrirá jamás, lo que representa un trago amargo para ellos.

Se puede ver, como el suicidio afecta a cada integrante de la familia de diferente manera, cada cual vive y enfrenta su dolor de manera distinta. Como se explicó, es común que la familia se retraiga en sí misma o que sigan caminos separados; sin embargo, lo ideal es compartir el dolor y brindarse apoyo y cariño mutuo, para elaborar los sentimientos de culpa, fracaso y autocondena (O'Connor, 2007).

Se necesitará de ayuda médica, psicológica y espiritual para superar este evento tanto individualmente como en familia, hasta que se logre la aceptación, el perdón y finalmente tener un sentimiento de paz (Meagher, 2013). Para ello es necesario que los sobrevivientes hablen de lo que sucedió y de las razones que motivaron al suicida, lo cual se puede lograr mediante el proceso de duelo; acudir a grupos de autoayuda también puede ser de gran utilidad para facilitar este proceso (De la Garza, 2008).

3.3. Duelo

Aunque la palabra duelo puede aplicarse a diferentes tipos de pérdidas, para los fines del presente estudio, duelo se refiere a la pérdida debido al fallecimiento de una persona. Se pueden encontrar los términos *mourning*, que se refiere al proceso que se produce después de una pérdida; así como *grief*, que alude a la experiencia personal de la pérdida. Si enfrentar la pérdida de un ser querido resulta difícil, enfrentarla por autodestrucción será doblemente doloroso, incomprensible e inaceptable; el duelo por suicidio resulta más largo y complicado de elaborar, es la crisis más cruel que ha de elaborar una persona y a su vez, una familia (Worden, 2004).

Para O'Connor (2007), la muerte es una herida, una herida psicológica seria y dolorosa, cuya curación requiere de un cuidado tierno y amoroso, serenidad y tiempo; entonces, el duelo representa todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido, necesarios para volver a un estado de equilibrio psicológico. Worden (2004), explica el duelo como la experiencia de la persona que ha perdido a un ser querido, el proceso por el que pasa para adaptarse a esa pérdida. Para Payás (2010), el duelo es la pérdida de la relación, la pérdida del contacto con el otro, la cual rompe el contacto con uno mismo; es una experiencia de fragmentación de la identidad, producida por la ruptura de un vínculo afectivo; una vivencia multidimensional que afecta al cuerpo físico, a las emociones, a las relaciones con los demás, a la relación con nosotros mismos, a las cogniciones, presuposiciones y a la concepción del mundo interno existencial y espiritual.

3.3.1. Características del duelo por suicidio

A diferencia del duelo por otras causas de muerte, el duelo por suicidio está determinado por cuatro factores: 1) se trata de una muerte súbita, no esperada y violenta, sin tiempo para prepararse al duelo, difícil de asimilar por ser muy devastadora; 2) la no aceptación del suicidio por la forma de conducta, pues es un patrón que rompe la norma; 3) menos apoyo y mayor estigma social y; 4) otros factores desencadenantes del acto suicida que pueden ser de carácter crónico (Berengueras, 2009).

Anteriormente, se indicaron las principales reacciones de impacto psicológico y emocional de los sobrevivientes al suicidio, a lo que se suma:

- Quedan preguntas sin respuestas, todos los asuntos, tensiones y problemas quedarán pendientes en esa relación.
- Es una acción irreparable cargada de emociones como la culpa, vergüenza, miedo; enojo, ira o rabia contra el occiso, contra el médico, contra Dios, contra uno mismo, contra la pareja, contra los amigos, contra quien pudo haber hecho algo y no lo hizo (O'Connor, 2007).
- La familia se siente más vulnerable, impotente, con menos seguridad, alertas o esperando a que recaiga otra catástrofe (Delage, 2010).
- Existe la necesidad de dar y al mismo tiempo de buscar una explicación, de aclarar y ordenar el acto para poder comprender lo que pasó. Los sobrevivientes sufren mucho al buscar señales que no vieron y por encontrar un sentido a la muerte. La búsqueda de la explicación es una necesidad psicológica, que al no encontrar se queda atrapada en la incertidumbre y en la duda, y como consecuencia; se busca a otros para sentir alivio, se dice que difícilmente se encontrará un argumento satisfactorio (Águila, 2012).
- El Síndrome de Estrés Postraumático (descrito anteriormente), en un principio es una respuesta biológica que es parte de la adaptación natural del cuerpo humano ante el trauma o evento estresante, en este caso, la muerte por suicidio (Payá, 2010).
- El método utilizado para morir refleja el significado del suicidio (Payá, 2012), no es lo mismo morir por sobredosis de pastillas que morir por ahorcamiento o

lanzándose a las vías del metro o tren; cuanto más violento y sangriento es el evento, más intenso y difícil será el duelo.

- En cuanto a la falta de apoyo social, los sobrevivientes siempre van a llevar el estigma y la sensación de que el suicidio ni se olvida ni se perdona completamente. Por ello, el suicidio es ocultado ante la vergüenza y temor del estigma. La familia se siente rechazada, abandonada y castigada tanto por la sociedad como rechazada y traicionada por el fallecido.

3.3.2. El papel de la culpa en el suicidio

La culpa es el sentimiento más característico en los sobrevivientes y el más difícil de elaborar en el proceso. De acuerdo a Stengel (1965), la culpabilidad surge de un sentimiento de remordimiento o arrepentimiento, que hace creer que se hizo algo malo y se desearía no haberlo hecho, o que se falló en hacer algo que se hizo; existe la sensación de ser castigado, deseos de autocompasión y autodestrucción. El mismo autor dice que algunos efectos en los sobrevivientes son: una “erupción de amor póstumo”, sentimientos de ternura hacia el suicida y una inmensa sensación de culpa por no haberlo querido lo suficiente y no haber hecho bastante por él, así como remordimientos de que sea demasiado tarde para hacer el bien, sentimientos muy remarcados, en especial si el sobreviviente siente que pudo evitar la muerte o que él fue en parte o totalmente responsable de ello. Levine (1982), indica lo siguiente al respecto:

Todos tenemos un esqueleto en el armario. Pero la persona que se suicida deja su esqueleto en el armario de otro. La aflicción que surge a raíz de un suicidio generalmente deja un legado de culpa y perplejidad. Los seres queridos se devanan los sesos y desgarran su corazón preguntándose ¿Qué cosa podría haber hecho yo para impedirlo? ... ¿De qué forma podría haberle hecho la vida más plena a mi ser querido? Entonces brota una sensación de fracaso, aunque sea infundado. De hecho, en muchos casos los que sufren por suicidio a menudo se plantean también ellos la idea de quitarse la vida. La desesperación del ¿Qué sentido tiene? o ¿De qué sirve?, que quizá fueron las preguntas que impulsaron el veneno o apretaron el gatillo, se transmite a los que quedan (pág. 225).

Berengueras (2009), refiere a la culpa como un punto central a tratar en el duelo por suicidio y enfatiza en la diferencia de ésta en la responsabilidad de la muerte y la que se vive por sentimientos desencadenados por la muerte, de alivio o enojo. Según Menninger (1972), la culpa puede ser el resultado consciente o inconsciente de que la

persona muriera. Sobre la participación inconsciente, este autor explica y afirma que existe el hecho conocido de que los inconscientes deseos de muerte alcanzan su más elevado desarrollo hacia los miembros de la familia; es decir, cuando un miembro de la familia muere o se mata, los inconscientes deseos de muerte de los otros miembros de la familia son inesperadamente satisfechos, lo que produce una repentina y poderosa oleada de sentimientos de culpabilidad que sustituyen al satisfecho deseo de matar.

Tizón (2004), menciona que la culpa es propia de todo duelo; sin embargo en el suicidio se complica mucho más por la vergüenza, incluso explica cómo algunas personas que han intentado suicidarse, lo vuelven a intentar si no lo logran para evitar la vergüenza ante las miradas o gestos de los demás, dice también que este puede ser el caso de los parasuicidas quienes son vistos como perturbados. Tizón presenta el siguiente fragmento de una entrevista realizada a una mujer, cuyo esposo se suicidó:

No puedo ir por la calle. Siento que todos me miran. Imagino que están pensando qué debí hacerle para que se suicidase. Creo que para algunos soy culpable, me culpan, creen que yo podía haberlo evitado. Los más compasivos lo dicen o me lo insinúan. Me dicen: Tú no tienes la culpa. Seguro que hiciste todo lo que estaba en tus manos. Y yo bien sé que no, que eso es de lo que me culpo. Siempre hemos dejado de hacer algo. Siempre creo que podía haber hecho mucho más. Y eso es lo que siento con cada mirada, con cada gesto que no entiendo, con cada llamada de atención. En el fondo, la gente no me perdona, como yo no me perdono del todo (pág. 704).

Como se observa la culpa en los familiares puede suscitarse por la imposibilidad de impedir la muerte del ser querido, por no haber detectado oportunamente las señales que presagiaban lo que ocurriría o por no atender las llamadas de atención que demandaba el suicida (Cohen, 2007).

Cuando la culpa o sus disfraces como la ira, la agresión y el enojo se mantienen latente, inconsciente e inexplicable, en general se convierte en violencia incontrolable contra uno mismo y/o contra los otros. Lo cual puede ocurrir inmediatamente luego del impacto de la pérdida o aparecer en cualquier momento de la vida (mucho más tarde); se regresa al punto en que se quedó fijo sin saber, sin querer y sin comprender a una etapa de crisis irresuelta, haciéndose daño y/o haciéndole daño a los otros, desde la identificación con el suicida. Es como si el doliente le dijera a quien murió “yo estoy vivo pero vivo tan mal como tú, sufro como tú. Si tú no mereciste la vida, yo tampoco la

tendré”. Este pensamiento egoísta hacia su propia persona genera el sentimiento de culpa del sobreviviente y este a su vez, genera la acción de autoboicot; se vuelve un circuito de pensamiento-sentimiento-acción (Aznar, 2010).

La culpa es difícil de soportar, se vuelve hiriente y atormentadora y complica el trabajo de superación. Ésta a menudo se manifiesta a través de autopuniciones y autocastigos: ataques compulsivos al self (anorexia, bulimia, devaluación de la autoestima), uso de drogas, abuso de alcohol, etc., (Bobes et al., 2004). El manejo de este sentimiento cobra gran importancia en para la sanación de la pérdida.

3.4. Duelo normal

El duelo normal, conocido también como duelo no complicado, abarca los sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Lo normal se puede definir de forma clínica y de forma estadística (Payá et al., 2012): clínica, lo que el clínico llama conducta normal en un duelo y; estadístico, como la frecuencia con la que se presenta una conducta entre una población de personas elegida al azar, en este caso en duelo, cuanto más frecuente es la conducta, más se define como normal. Worden (2004), describe características del duelo normal divididas en cuatro categorías generales:

1. Sensaciones físicas: shock, se considera que este es el primer momento del duelo. Los síntomas físicos son: vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión/nudo en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización (esto no parece real, ni siquiera yo), falta de aire (dificultad de respirar, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca, problemas estomacales).
2. Sentimientos comunes: tristeza, enfado, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, anhelo, emancipación (liberación), alivio e insensibilidad.
3. Cogniciones: incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones (tanto visuales como auditivas) y pensamientos irracionales.
4. Conductas: trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido,

buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad desasosegada (hiperactividad para el desasosiego), llorar, visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerden al fallecido y atesorar objetos que pertenecían a él.

Worden señala tres áreas principales a evaluar en el proceso de duelo familiar: 1) posición funcional o papel que desempeñaba el fallecido en la familia, 2) integración emocional de la familia y, 3) facilitación o dificultad de la expresión emocional de la familia.

3.4.1. Estrategias de afrontamiento en el duelo normal

Las estrategias de afrontamiento son el repertorio de pensamientos o actuaciones que las personas utilizan para responder a las demandas internas o externas de situaciones estresantes o traumáticas; son procesos activos y cambiantes cuyo objetivo es manejar de la mejor manera posible el dolor de una experiencia traumática; así, las estrategias de afrontamiento pueden presentarse por medio de sintomatología física, sentimientos/emociones, cogniciones y conducta (Echeburúa, De Corral y Amor, 2005). La capacidad de afrontamiento de una persona, depende de factores personales y situacionales que actúan como mediadores, se dice que no es la situación dramática lo que se teme, sino la interpretación o valoración que se hace de ella (Yapko, 2006). En el caso de una muerte, no es lo mismo recibir la información del fallecimiento de un ser querido debido a suicidio que por enfermedad crónica. El nivel de estrés y dificultad de afrontamiento serán mayores en situaciones de no anticipación; las circunstancias que rodean el evento traumático de la muerte constituyen un factor situacional que influye en la percepción de mayor o menor amenaza o impacto; así los afrontamientos deben ayudar al control emocional y llevar a la transformación de la información traumática (Payás, 2010).

3.4.2. Emociones como estrategias ante el duelo.

Se considera que las emociones y su manejo juegan un papel crucial en la elaboración del proceso de sanación; en el duelo normal, estas emociones tienen la función de

regular el mundo interno del doliente y participar en la construcción de nuevos significados y en la transformación de la identidad (O'Connor, 2007). Se consideran cuatro emociones naturales básicas que forman parte de las estrategias de supervivencia de los seres humanos, necesarias para la preservación de la vida (Payás, 2010): el miedo, el enfado, la tristeza y el amor/alegría. En el anexo 1 se exponen estas emociones en un duelo normal y al mismo tiempo cómo éstas pueden convertirse en mecanismos de defensa en duelos patológicos.

3.4.3. Crecimiento Postraumático

El crecimiento postraumático CPT es considerado como una estrategia de afrontamiento, referida a la mejoría o cambio que sucede a partir de las experiencias de trauma (Payás, 2010), este cambio es señal de duelo saludable y existe la oportunidad de la transformación personal; en el CPT, el trauma puede fomentar una reestructuración de la escala de valores, de los esquemas mentales del sobreviviente y llevarlo a una mayor madurez y plenitud; también se experimentan: cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales, en la espiritualidad y en la filosofía de vida. Así mismo, la misma autora indica que La Teoría de las Creencias Nucleares asume que el proceso de recuperación implica necesariamente la reconstrucción de este mundo interno, la creación de nuevos significados o esquemas mentales más amplios y más maduros.

Payás también señala que durante el CPT debe existir la presencia de emociones difíciles como la tristeza, impotencia, culpa e irritabilidad y que sin ellas el CPT no se produce; pero a su vez, la persona debe experimentar cambios positivos; las características de personalidad que pueden facilitar u obstaculizar el CPT son: el optimismo, la esperanza, las creencias religiosas, la extraversión y la controlabilidad (capacidad de elaborar los aspectos del duelo de manera exitosa, se considera la pérdida como un reto a pesar del sufrimiento).

3.5. Duelo complicado

El duelo complicado se puede expresar en varias formas, por ejemplo en estados de ansiedad, depresión, histeria u otros trastornos de la personalidad y se ha etiquetado de diferentes maneras: duelo patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado (Worden, 2004). El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (1994), hace referencia a estas reacciones anormales de duelo como duelo complicado y se caracteriza por la intensificación del duelo: la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece interminablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución; implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación sino que lo llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. Se considera que hoy en día, la patología del duelo está más relacionada con la intensidad o la duración de una reacción que con la simple presencia o ausencia de una conducta o respuesta específica (Kissane & Bloch, 2002).

Worden (2004), describe el duelo crónico, duelo retrasado, duelo exagerado y duelo enmascarado de la siguiente manera:

- 1) Duelo crónico: es aquel que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria.
- 2) Duelo retrasado: también llamado inhibido, suprimido o pospuesto. La persona puede haber tenido una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero que no fue suficiente; en el futuro puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, pero la intensidad del duelo parece excesiva.
- 3) Duelo exagerado: tiene que ver con las respuestas exageradas; se experimenta la intensificación de un duelo normal, la persona se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa; se es consciente de que dichos síntomas y conductas están relacionadas con la pérdida.
- 4) Duelo enmascarado o reprimido: la persona no es consciente de que sus síntomas están relacionados con la pérdida. Este duelo aparece en una de las siguientes maneras; 1) enmascarado como síntoma físico (similares a los que

exhibía el fallecido o algún otro tipo de queja psicósomática o; 2) a través de algún tipo de conducta aberrante o desadaptativa.

3.5.1. Factores que predicen un duelo complicado

Existen tres factores que pueden predecir el riesgo de aparición de patologías de duelo, según el modelo de afrontamiento integrado emocional-cognitivo son: 1) vulnerabilidad previa: el proceso de duelo fracasa debido a factores internos e inconsciente (estilos de vinculación); 2) factores circunstanciales o relacionados con los hechos que rodean la muerte: muertes a destiempo (hijos/nietos), muertes súbitas, no esperadas ni anticipadas (suicidio, homicidio, accidentes), pérdidas múltiples (varios miembros de una familia) o por duelos no autorizados y; 3) factores interpersonales: el hecho de contar con apoyo social alrededor que ofrezca cariño, escucha y atención protege del impacto del duelo y compensa parte de los déficits causados por la pérdida, si no se cuenta con el apoyo social nos encontramos ante el trauma acumulativo, Payás (2010), los detalla de la siguiente manera:

Vulnerabilidad previa

De acuerdo a la Teoría de la Vinculación de Bowlby (1986, en Payás 2010), los estilos de vinculación de una persona se desarrollan en los primeros años de infancia y son estables en la vida adulta, éstos determinan el tipo de duelo (normal o complicado) ante la pérdida de un ser querido. Los adultos con historias de vinculación inseguras en su niñez, presentarán mayor vulnerabilidad al desarrollo de duelo complicado cuando afronten situaciones de pérdidas (Tabla 3).

Tabla 3. Estilos de duelo según el estilo de vinculación temprana.

Estilos de Vinculación	Estilos de duelo
Segura	Duelo normal
Insegura-ansiosa	Duelo crónico
Insegura-evitativa o desapegada	Duelo inhibido, pospuesto o ausente
Insegura-desorganizada	Trastorno de estrés postraumático

Trauma acumulativo

En el duelo, el trauma acumulativo se causa por la incapacidad del entorno de identificar y responder al dolor de la persona en duelo, tanto en el momento de la pérdida como posteriormente; Payás dice que *“una misma experiencia de duelo puede vivirse en soledad, con sufrimiento y con aislamiento como algo traumático, o en la relación con los que nos rodean, comprenden y sostienen como una experiencia difícil pero aceptable”* (pág. 55); así mismo, habla de una nueva pérdida provocada por la falta de empatía con la que responden familiares, amigos y conocidos ante las demandas y necesidades emocionales de la persona en duelo, se presentan en expresiones de invalidación, desautorización, minimizaciones, descalificaciones, rechazo, impaciencia o desinterés; frases como: “¿aún estás así?”. “piensa en otras cosas, distráete”, “llorar no te hace ningún bien”, son ejemplos de ese fracaso empático o invalidación con que el entorno responde ante el sufrimiento de la persona en duelo.

Duelos desautorizados

Payás también señala que otra forma en que fracasa el apoyo del entorno es mediante los “duelos desautorizados” que son aquellos que no pueden ser socialmente reconocidos ni expresados públicamente; a ciertas personas no se les da el derecho de vivir su duelo y no reciben el apoyo de su entorno o las facilidades que comúnmente se dan en otras situaciones de duelo. Existen cuatro categorías de duelo desautorizado: 1) cuando la relación no es reconocida y los lazos de vinculación no se valoran socialmente como significativos (amante, ex pareja, relación homosexual, un paciente); 2) cuando la pérdida no es reconocida y lo que muere no es socialmente valorado como significativo (mascota, personas en coma (muerte social referida a una persona viva pero socialmente invisible), un bebé (muerte perinatal, durante/ poco después del parto); 3) cuando el doliente es excluido, si la persona no está definida socialmente o se le considera incapaz de hacer el duelo (persona con discapacidad mental, persona mayor o niños) y; 4) circunstancias particulares de la muerte pueden influir en cómo la sociedad limita el apoyo al doliente (muertes estigmatizadas como el suicidio, homicidio, por VIH o sobredosis de una persona adicta).

Los duelos desautorizados tienden al riesgo de duelo complicado por los sentimientos de culpa, vergüenza e inadecuación y, la falta de apoyo social y de rituales significativos. Erskine (1999, en Payás 2010), dice

No es el trauma lo que destruye la psique humana, sino la ausencia de una relación durante el tiempo en que ocurre un acontecimiento traumático o inmediatamente después. La experiencia de pérdida de un ser querido es en sí devastadora, pero la desautorización, en este caso del suicidio, y la falta de apoyo y comprensión que se viven al momento de la muerte y posteriormente en el proceso del duelo, pueden producir a veces un daño igual o mayor que el propio evento trágico (pág. 56).

3.6. Fases del duelo

A lo largo del tiempo, se han propuesto distintos modelos sobre fases o etapas del duelo (Anexo 2). Mucho se puede discutir acerca de qué modelo es el mejor para el tratamiento del duelo y por qué; sin embargo, para los fines del presente estudio, se tomará como punto de referencia el modelo de tareas y necesidades (del modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo), pues éste contempla el concepto de tareas que atienden a las necesidades del doliente, donde éste se mantiene activo y realiza acciones específicas con el objetivo de superar el duelo.

3.6.1. Modelo de tareas y necesidades en el duelo

Anteriormente, se explicó que el duelo es el proceso de elaboración que se realiza a partir de la integración de una vivencia difícil y a veces traumática, como lo es la muerte por suicidio de un ser querido, y que puede conducir a los sobrevivientes a experimentar una transformación profunda; como un proceso que lleva al crecimiento, que se desarrolla y evoluciona en el tiempo como una experiencia de aprendizaje y donde el resultado final debe ser la emergencia de cambios en la propia identidad. Este modelo, mantiene una visión humanista en el duelo e integra un conjunto de teorías como la psicobiología, psiconeurología, perspectivas del estrés y ajuste traumático; así

como conceptos actuales como creencias nucleares y crecimiento postraumático (Payás, 2010).

En este modelo, las necesidades de duelo aparecen como primer plano en cada etapa y se van conformando en una sucesión de tareas u objetivos que la persona debe procesar a lo largo del tiempo. Las tareas de duelo reflejan la forma de atender y responder a esas necesidades. Así mismo, se describe en qué momento puede aparecer un duelo complicado si no se atienden dichas tareas y necesidades. Payás (2010), describe el modelo de la siguiente manera:

Aturdimiento y choque

En los primeros momentos del duelo, por la conmoción causada por el impacto de la muerte del ser querido, la persona reacciona con descreimiento, confusión, aturdimiento, disociación, etc., para alterar o distorsionar el *input* (evento), reprimiendo, suprimiendo o mitigando el impacto de la información sobre la realidad de la muerte; pueden aparecer reacciones agudas de llanto, desesperación, angustia o miedo y la tarea principal en esta etapa es manejar los aspectos más traumáticos de la pérdida. Esta sintomatología de choque y aturdimiento es una respuesta de estrés normal, pero de continuar a lo largo de un periodo de tiempo extenso, ya no es útil, pierde su función adaptativa, de reparación y se convierte en una patología con recuerdos intrusivos de la circunstancias de la muerte que pueden fijarse en la memoria, expresarse en pensamientos obsesivos maladaptativos, el miedo puede convertirse en ataques de pánico; cuando esta sintomatología se instala de forma fija y rígida, se tiene la presencia de un duelo complicado semejante al Trastorno de Estrés Postraumático, el cual corresponde a una detención o incapacidad en el tiempo de manejar las tareas de aturdimiento-choque.

Evitación-negación

Después de días, semanas o meses, en la mayoría de las personas en duelo comienzan a predominar respuestas de evitación, que son manejos inconscientes que se generan en el proceso emocional en un intento por evadir la magnitud del impacto; la persona niega

los hechos, minimiza la importancia del evento, se mantiene activa para manejar la sintomatología, sustituye la pérdida o experimenta una culpa excesiva expresada en pensamientos improductivos (rumiaciones). Estas estrategias de rechazo-evitación, funcionan como una barrera protectora ante el dolor, apartan de la conciencia recuerdos o pensamientos incómodos, sensaciones dolorosas, necesidades frustradas y el malestar general producido por la muerte del ser querido, el beneficio que se deriva es la desactivación de la sintomatología excesiva. La tarea principal en esta etapa es disolver progresivamente las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar la tolerancia al dolor. La fijación en el tiempo de estrategias de distorsión, supresión e inhibición llevan a duelo complicado de tipo evitativo o duelo ausente; las personas se focalizan en rechazos de la realidad, evitan todo lo que conecta con la pérdida; en la inhibición, expresan algunos (muy pocos) sentimientos en un primer momento, entonces la persona continúa con su vida como si nada hubiera pasado. Esta ausencia de sintomatología asociada a la pérdida de forma temporal y en la primera etapa del duelo, no indica necesariamente una patología, pero si con el tiempo la persona no avanza en su proceso, las estrategias de inhibición-distorsión acaban instalándose; pueden presentarse impulsos autodestructivos, conductas adictivas, hiperactividad, enfado desplazado, ansiedad muy alta e ideas obsesivas de venganza o culpa.

Conexión e integración

Una vez que los aspectos más traumáticos y los defensivos fueron elaborados, a medida que disminuye la necesidad de negación-rechazo, la persona está ya más preparada para afrontar la realidad de la ausencia del ser querido, ya no se puede negar, ni evitar, ni distorsionar el dolor. En esta etapa, la tarea y las respuestas de afrontamiento están orientadas a conectar con la realidad de la muerte del ser querido. Por ejemplo: cuando la persona se abandona al dolor y se permite sentir la tristeza o la culpa, hablar de la relación, sentir la ausencia a través del recuerdo, aceptar la realidad de lo ocurrido mediante pensamientos productivas, utilizar rituales de conexión, visitar lugares asociados al ser querido; todo ello permite llevar a la conciencia aspectos de la relación con el fallecido y explorarlo con el objetivo de asimilar la vivencia de pérdida y dotarla de significación emocional y cognitiva. La detención de esta tarea puede llevar a un duelo complicado de tipo crónico; las emociones se transforman en estados emocionales

como tristeza crónica, autocompasión o victimismo; idealizar se convierte en una huida de la realidad, y los pensamientos se convierten en obsesiones, el doliente está permanentemente conectado con su propio dolor. Las estrategias conductuales se convierten en hábitos rígidos, mecanizados e inflexibles como ir al cementerio y besar la foto del ser querido. El duelo perdura en el tiempo.

Crecimiento y transformación

Una vez elaborados los aspectos más traumáticos, defensivos y relacionales del duelo, en forma progresiva se produce la reorganización del mundo interno con relación al ser querido perdido, a uno mismo y a la vida en general. En un duelo elaborado, las personas deben convertir esa experiencia en un crecimiento o transformación personal. La tarea principal en esta etapa es reorganizar y sustituir esquemas o creencias básicas por nuevos esquemas mentales que incorporen todo el peso significación emocional de la pérdida, la resolución no es volver al nivel de funcionamiento anterior a la pérdida, sino a un estado distinto donde la pérdida está integrada y los cambios aceptados. El resultado final debe incluir: cambios en las creencias, metas, conductas e identidad personal; es decir, un crecimiento postraumático. Los sobrevivientes pueden experimentar aún algo de dolor, pero ya no como algo que deben evitar, sino como una oportunidad de renovación personal. Renace el deseo profundo de vivir la vida como elección, con un compromiso de explorar su sentido sin el ser querido. La tarea de esta etapa es integrar la experiencia de pérdida de manera que forme parte de la historia personal del sobreviviente, aceptando sus implicaciones en el presente y futuro. Esta etapa surge como conclusión de todo el trabajo realizado y finaliza con la mejora de las relaciones y con la capacidad de estar disponible para la intimidad con uno mismo, con los demás y con la vida. Esta etapa puede o debe durar toda la vida.

Este modelo es una guía que orienta y aporta claves para la comprensión y sobre todo para la intervención; se debe tener en cuenta que las personas no siguen un mismo duelo y la autora señala que este modelo sólo es una guía y no una “prescripción estricta” para los dolientes. Menciona además que, la mayoría de las personas en duelo pueden estar en transición entre una tarea y otra, es más, que el proceso normal de recuperación del duelo es un fluir gradual en esta dinámica hasta la total integración.

En la sección de anexos (3, 4, 5 y 6) se presentan cuadros resumidos de cada una de las etapas de este modelo, en donde se identifica de forma secuencial las necesidades psicológicas fundamentales y cambiantes a lo largo del proceso de elaboración de la muerte de un ser querido; se hace una descripción general, tomando en cuenta su función adaptativa; se mencionan las variables de riesgo que intervienen en el proceso y cuando se produce una detención en alguna de las tareas que lleve a un tipo de duelo complicado.

3.7. El final del duelo

Worden (2004), refiere que un punto clave de que el duelo ha terminado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor; aunque puede existir una sensación de tristeza, ésta ya es diferente. El duelo acaba cuando el doliente invierte sus emociones en la vida y en los vivos; la manera en que las personas responden a las condolencias verbales de alguna manera indica en qué punto del proceso se encuentra una persona, la aceptación agradecida de las mismas es uno de los signos más destacados de que se está resolviendo satisfactoriamente. Así mismo, Worden considera que el duelo bien elaborado en el ámbito familiar facilita el individual y viceversa.

En un punto final del proceso, sentir malestar o dolor no es un síntoma de duelo complicado, de la misma manera que estar funcionando en la vida tampoco es por sí solo un signo de duelo resuelto. O'Connor (2007), indica que el viaje de recuperación dura de 18 meses a cuatro años; sin embargo, resulta complicado indicar una fecha definitiva para establecer cuando un duelo ha terminado; indica también que una manera de confirmar la recuperación es tomar en cuenta el tiempo en que la mente piensa en el ser querido, inicialmente la mente está colmada de pensamiento de él en un 100%, pero al final del segundo año, el porcentaje cae más o menos a un 10%.

Por su parte, Bobes et al. (2004), señalan que los sobrevivientes de un suicidio nunca presentarán una resolución total de su duelo, pero reconocen que responden muy bien a los grupos de autoayuda.

3.8. Resiliencia

Martín (2013) explica que la resiliencia se caracteriza por la capacidad para la adaptación y la superación, haciendo frente a las diversas situaciones con un balance final de éxito y enriquecimiento personal a pesar de las dificultades. Así, una persona resiliente puede ser capaz de crecer ante los problemas, antes, durante o después de enfrentarse a ellos, no los ignora sino que reconoce su existencia en una medida justa, construye los cimientos para trabajar en ellos y diseña nuevas estrategias, con lo que multiplica sus opciones de respuesta; se toma el tiempo necesario para poder con la adversidad y no permite lo contrario, que la adversidad pueda con él. Así mismo, la misma autora indica que existen características que conforman la personalidad resiliente como son: capacidad de análisis para la solución de problemas, afrontamiento activo, equilibrio, flexibilidad, creatividad, curiosidad, valentía, paciencia, optimismo inteligente, inteligencia emocional, visión realista de uno mismo, habilidades sociales, sentido del humor y espiritualidad; además tener la habilidad de poner todas estas características en marcha para el afrontamiento postraumático. Se dice que la resiliencia puede ser una mezcla de conducta innata y conducta aprendida, de herencia y del medio, sabemos que el aprendizaje que proporciona el medio ambiente conlleva a muchas ventajas y posibilidades para el ser humano a la hora de enfrentarse a cualquier desafío.

3.8.1. Resiliencia familiar

Para una persona que se encuentra en una situación desesperada, la familia se presenta como el ambiente “recurso” natural más capacitado para cobijarlo en su sufrimiento y ayudarlo a retomar el curso de la vida. Sin embargo, ante la muerte por suicidio, no sólo una persona se ve afectada sino todos los miembros de esa familia, por lo que entre todos los integrantes deben proporcionarse ese cobijo.

Aznar (2010), señala que las dificultades de la familia tienen consecuencias en la vida personal de cada uno de sus miembros y en su capacidad para superar el traumatismo; y así, los profundos sentimientos individuales resuenan en toda la familia y en su capacidad para superar el traumatismo. La familia puede extinguirse como unidad o centro de apoyo ante un evento catastrófico como el suicidio; de la misma manera en que pueden ocurrir dos tipos de respuesta disfuncional, Delage (2010) indica que son: 1)

la activación excesiva de apegos (la cual constituye un obstáculo para que cada miembro tome su distancia y diferencie lo que le compete y lo que compete a los demás y; 2) la inhibición de apegos (la cual bloquea las necesidades de proximidad, consuelo y ternura). Entonces, el papel fundamental de la resiliencia familiar será la capacidad desarrollada en una familia, sacudida profundamente por una desgracia como el suicidio, para sostener y ayudar a uno y a la vez a todos sus miembros; a su vez a construir una vida rica y de plena realización para cada uno de ellos a pesar de la situación adversa a la que han sido sometidos en conjunto. La familia debe luchar por su seguridad y protección mediante la comunicación, la expresión de emociones y sentimientos, con la colaboración para resolver problemas con paciencia y cariño entre ellos, así como con la apertura hacia el mundo exterior.

La experiencia traumática debe terminar por integrarse como una experiencia fundamental de una vida familiar que retoma su curso y precisamente sobre la base de esa experiencia que formará parte de su historia, la familia desarrollará las capacidades que le harán más fuerte ante futuras adversidades y los recursos que harán sacar provecho de la terrible vivencia; en la resiliencia no es posible retornar a la vida del pasado antes del traumatismo, sino que se integra la experiencia y se realizan cambios a partir de ella; Delage indica que en toda familia, hasta en las más vulnerables, existen posibilidades resilientes; sin embargo, depende de las características de funcionamiento propias de cada familia antes del drama, de la cultura a la que pertenece, de las circunstancias de la situación. Tanto en la resiliencia familiar como en la individual, se trata de un proceso dinámico, de un desarrollo constantemente evolutivo, siempre susceptible de recaer ante ciertas situaciones externas o internas. Ciertas personas y/o familias profundamente heridas por alguna catástrofe, desarrollan cualidades particulares que les permitieron salir a flote, pese a esto, nadie puede decidir recurrir a la resiliencia como tampoco puede alguien de afuera enseñarles la resiliencia a las víctimas. Además de considerar que en la resiliencia, no todas las personas lo son al mismo tiempo, ni con los mismos ritmos.

Martín (2013), señala que la resiliencia es cuestión de acciones, emociones y decisiones; y está ligada a estrategias de afrontamiento ante la dificultad, pero todo ello tiene con el factor de decisión voluntaria, en especial, en aquellos individuos que no tienen la resiliencia como característica natural, sino que deben de esforzarse por construirla.

La resiliencia en el duelo por suicidio adquiere importancia por buscar el beneficio de los sobrevivientes al suicidio, la familia puede construir con el tiempo características resilientes para lograr ver el acontecimiento como una oportunidad de cambio, como una nueva forma de vida en homenaje a su ser querido; así como, para ayudarse de ella y buscar estrategias que les permitan manejar las emociones de manera inteligente, de utilizar las creencias y los recursos espirituales como medio de sanación y mejor aún, poner en acción el perdón hacia el suicida, hacia uno mismo y hacia quienes se consideren culpables; de poner también en marcha la esperanza de una nueva vida, una vida que aunque vuelva a la normalidad por la superación paulatina del hecho, es una normalidad que siempre será diferente, que estará marcada por una huella y cicatrices muy profundas, pero con una nueva visión; con la sensación de crecimiento a partir de esas cicatrices, apostando en el vivir y construir para sí mismo y para la familia, la mejor calidad de vida posible.

Capítulo 4: Propuesta de intervención en el duelo familiar frente al suicidio, desde el modelo integrado emocional-cognitivo y estrategias de resiliencia.

4.1. Justificación

Los sentimientos, los pensamientos, las actitudes, la calidad de vida y los proyectos de los sobrevivientes a la muerte de un ser querido, se ven alterados; sin embargo ante una muerte por suicidio, quedan en el vacío preguntas sin respuestas, emociones encontradas, pensamientos distorsionados, la sensación de temor ante el futuro y toda una vida con los ¿por qué? (O'Connor, 2007). Cuando ocurre un suicidio, el que muere ya no es la víctima directa, sino la familia. Las repercusiones que tiene esta conducta son varias y se advierte la importancia de la intervención con los familiares para que éstos retomen el curso de la vida y logren en el futuro un crecimiento personal a partir de su experiencia (Aznar, 2010).

El número de víctimas por suicidio ha crecido considerablemente en los últimos años por lo que cientos de familias tienen que elaborar esta pérdida tan difícil. Por cada suicidio, aproximadamente 6 personas vinculadas se ven seriamente afectadas, principalmente la familia, lo que significa que si en México, en el año 2013 ocurrieron 5 909 suicidios (INEGI, 2015), alrededor de 35 454 personas necesitaron apoyo tanatológico. Considerando la inmensa cantidad de personas dañadas en ese año, más los ocurridos hasta la fecha, se tiene una numerosa población en riesgo y una alta posibilidad de que los familiares u otros allegados adquieran conductas suicidas o desarrollen un duelo patológico, ya que no todas las personas reciben el apoyo necesario en un tiempo oportuno, ya sea por desconocerlo o por no solicitarlo.

Actualmente, existe amplia información sobre el suicidio y su prevención, pero en el medio social y cultural existe información muy escasa de cómo enfrentar el proceso de duelo por suicidio y del impacto que causa éste en la familia (Cholnigs y Navarro, 2014). Por ello la importancia de brindar apoyo a estos sobrevivientes, con fines preventivos de conductas autodestructivas, de evitar la identificación con la persona suicida, la desintegración familiar y el riesgo de duelo patológico.

Se utiliza el término posvención (Bobes et al., 2004) para hablar de intervenciones posteriores a un evento autodestructivo y proponen tres fases: resucitación, rehabilitación y renovación. Éstas deben estar orientadas a brindar apoyos suficientes para afrontar la pérdida inesperada; los familiares deben tomar conciencia de la crisis, reconocer los sentimientos y sobre todo identificar quién es el miembro de la familia más vulnerable. Se sabe que cada persona vive y afronta su duelo de manera diferente; pero en una familia, todos y cada uno de ellos deben buscar las herramientas necesarias para afrontar la pérdida de su ser querido, tanto individual como grupalmente.

El presente taller tiene como objetivo brindar una propuesta de intervención para el manejo del duelo a familiares sobrevivientes al suicidio. Se plantea la necesidad de orientar a las personas para que conozcan acerca del tema del suicidio y sus causas, dejando en claro las emociones tan intensas como la culpa, pensamientos distorsionados y repercusiones conductuales que se generan a partir de éste.

Se pretende ofrecer una serie de estrategias que fortalezcan a la familia en su reintegración y para afrontar las cosas nuevas de la vida después del suicidio de su familiar, estrategias de afrontamiento asertivas y de resiliencia; identificando las necesidades y tareas del proceso de duelo desde el modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo propuesto por Payás (2010), y que éste se viva de manera normal en un tiempo adecuado y que permita la reconstrucción de sus vidas. No se pretende curar el dolor de la familia sobreviviente, sino que aprendan a identificar las etapas del proceso de duelo que vivirán cada uno de ellos, reconozcan sus emociones, pensamientos y acciones e identifiquen si van superando (al paso del tiempo) adecuadamente cada etapa del proceso y que, de no ser así, sean capaces de percatarse en qué etapa se han quedado estancados y que les podría conducir a un duelo patológico que afectaría aún más su calidad de vida. Se pretende que los familiares aprendan a vivir con ello; así como brindarles la esperanza de que en un futuro puedan lograr un crecimiento personal a partir de su experiencia con un adecuado manejo del duelo.

4.1.1. Objetivo general

Orientar a los integrantes de una familia en proceso de duelo ante la pérdida de un integrante por suicidio para que al término del taller logren identificar las necesidades y tareas de cada etapa de este proceso; así como estrategias de afrontamiento asertivas y de resiliencia, que puedan poner en marcha en un futuro para evitar un duelo complicado y así lograr un crecimiento personal.

4.1.2. Población

- ✓ Dirigido a familias en proceso de duelo ante la pérdida de un integrante por suicidio.

El instructor requerido para dicho taller debe cumplir con las siguientes características:

- ✓ Ser profesional de la salud: psicólogo, tanatólogo o psiquiatra, con habilidades en manejo del duelo y, con conocimientos profundos acerca del suicidio.
- ✓ Ser sensible y con capacidad de contacto abierto, con disposición para la relación de apoyo, cálido y empático, con habilidad de escucha y atención para construir un espacio de seguridad, confianza, respeto, paz y serenidad en el grupo.
- ✓ De manera estricta, se requiere que el mismo instructor inicie y concluya el taller, como un compromiso con la familia participante.

4.1.3. Criterios de inclusión

- ✓ Se atenderá a las familias por separado de acuerdo al tiempo de ocurrido el suceso que puede ser: a) inmediatamente después entre dos y cuatro semanas aproximadamente o b) para familias que vivieron el suicidio de un familiar hace varios meses o años atrás y no hubieran recibido apoyo alguno.
- ✓ El taller se impartirá a una sola familia cada vez.
- ✓ Integrantes de familia mayores a 15 años.

4.1.4. Escenario

El taller puede llevarse a cabo en instituciones del sector salud, ya sea públicas (gubernamentales) y/o particulares. Se requiere un espacio amplio, iluminado y ventilado, un aula de aproximadamente 4.5 x 8 metros; espacio suficiente para hacer un círculo o poder mover las sillas según los diferentes momentos de la dinámica grupal. Que cuente con pizarrón, mesas (mín. 3 – máx. 4), sillas o butacas (min. 15 – máx. 20), cañón, laptop y/o rotafolio.

4.1.5. Materiales

Hojas blancas y de color, bolígrafos, lápices, colores, plumones, papel bond, cuadernos, televisión, DVD y película “6 grandes héroes”.

4.1.6. Duración

El taller se impartirá en un total de dieciocho horas, seis sesiones de tres horas por cada una.

4.1.7. Procedimiento

Se invitará a las familias a participar en el taller por medio de la difusión de folletos informativos a instituciones de salud (públicas y particulares), instituciones legales como el ministerio público, en instituciones de servicios funerarios e instituciones de educación básica, media superior y superior (directivos), que permitan la canalización de las familias a dicho taller.

El taller es informativo y vivencial, en cada sesión se programa una explicación teórica a los participantes, momentos de reflexión y retroalimentación grupal, cuidando de manera exhaustiva el manejo de emociones en los integrantes.

Se requiere de asistencia obligatoria una vez que se acepte la participación voluntaria al taller, se dará a leer y firmar una carta compromiso (anexo 9) a la familia participante

para asistir a todas las sesiones del taller, salvo por enfermedad u otras de carácter urgente.

Evaluación del taller

Se entregarán dos cuestionarios, uno al iniciar el taller (Cuestionario inicial, anexo 7) y otro al finalizarlo (Cuestionario final, anexo 8), el primero para explorar las aspiraciones que tengan los integrantes en relación al taller, el segundo para valorar la situación de cada integrante después de la información adquirida y su afrontamiento ante la situación de suicidio y ante la vida.

Así mismo, se recopilarán los productos obtenidos en un portafolio familiar, dividido por integrante de familia. Los productos obtenidos se muestran al final de cada sesión.

Cabe mencionar, que si durante la presentación de las sesiones, se detecta que algún integrante de familia presenta tendencia a la depresión o a ideas suicidas, se debe realizar una valoración externa (fuera del contexto del taller), con el fin de canalizarlo a apoyo terapéutico y evitar la imitación de la conducta.

4.2. Taller “Mi duelo, mi familia y mi renacer... nuestro renacer”.

(Título del taller propuesto en base a las necesidades y tareas del modelo integrado de procesamiento emocional-cognitivo de Payás, 2010; así como, a ese renacer o trascender que debe haber después de toda crisis individual y familiar (O’Connor, 2007).

A continuación se muestran de manera resumida los temas, objetivos y la duración de cada sesión del taller, más adelante se detallan las actividades y materiales necesarios para su desarrollo.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	TIEMPO
1	Presentación del taller y bienvenida	Conocer los objetivos del taller “Mi duelo, mi familia y mi renacer... nuestro renacer” y, a su vez exponer las expectativas que tienen del mismo, asumiendo el compromiso de concluirlo exitosamente.	3 hrs.
2	El suicidio	Conocer el concepto de suicidio y su incidencia en el mundo y México e identificar las causas y consecuencias a nivel individual y familiar.	3 hrs.
3	Duelo normal	Conocer el modelo de tareas y necesidades del proceso del duelo que están viviendo e identificar las emociones más sobresalientes en el momento actual, así mismo conocer las estrategias de afrontamiento asertivas con las que cuentan para lograr vivir un duelo normal.	3 hrs.
4	Duelo complicado	Conocer los factores de riesgo implicados para desarrollar un duelo complicado, lo que les permitirá identificarlos en su propio duelo a futuro y pedir el apoyo terapéutico adecuado para ello.	3 hrs.

5	Crecimiento postraumático	Identificar las características del crecimiento postraumático; así como, los recursos sociales con los que cuentan individual y en conjunto para lograr dicho crecimiento ante su crisis por suicidio.	3 hrs.
6	Resiliencia	Identificar las características resilientes tanto individual como familiar, que les permitirán hacer frente a la situación de crisis que vivieron y, a partir de ellas, lograr plantear un proyecto de vida sano a corto y largo plazo.	3 hrs.

Taller “Mi duelo, mi familia y mi renacer... nuestro renacer”.

4.2.1. Sesión 1. Presentación del taller y bienvenida.

Objetivo: Conocer los objetivos del taller “Mi duelo, mi familia y mi renacer... nuestro renacer” y, a su vez exponer las expectativas que tienen del mismo, asumiendo el compromiso de concluirlo exitosamente.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
*Presentación del taller y compromiso.	El instructor se presentará y dará a conocer el objetivo general del taller, los contenidos temáticos y la forma de trabajo; así como el compromiso de concluir con el taller, la familia firmará una carta (Anexo 9).	Laptop y cañón o, rotafolio. Carta-compromiso de asistencia al taller (Anexo 9).	20 min.
*Expectativas de la familia hacia el taller.	Los participantes se presentarán ante el instructor y expresarán sus expectativas hacia el taller.		20 min.
*Relato de mi pérdida	Se invitará a los participantes a que de manera voluntaria, relaten su experiencia, cómo se vivió tanto individual como familiarmente.		60 min.
*Agradecimiento y reflexión “Hoy que ya no estoy junto a ti” (Anexo 10).	Se agradecerá la experiencia compartida y se pedirá que tomados de las manos escuchen la reflexión que leerá el instructor. Al finalizar se pedirá que todos se den un abrazo.	Reflexión “Hoy, que ya no estoy junto a ti” (Anexo 10).	20 min.
*Aplicación del Cuestionario inicial (Anexo 7).	Cada integrante de la familia contestará el cuestionario para explorar las aspiraciones de la familia en relación al taller. Agradecimientos por participación.	Cuestionario inicial (Anexo 7).	40 min.

Productos de la sesión: carta compromiso de cada integrante de la familia, Cuestionario inicial a cada integrante de familia.

4.2.2. Sesión 2. El suicidio.

Objetivo: Conocer el concepto de suicidio y su incidencia en el mundo y México e identificar las causas y consecuencias a nivel individual y familiar.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
*El suicidio. *Causas. *Impacto en la familia y Secuelas. *Incidencia.	Se plantearán preguntas a los participantes, para responder mediante una lluvia de ideas. ¿Qué es el suicidio? ¿Cuáles son las causas? ¿Cuáles son las consecuencias? ¿Conocen la incidencia del suicidio en el mundo y en México?		20 min.
	El instructor llevará a cabo la presentación formal del tema. Al finalizar la presentación se discutirán dudas y/o comentarios.	Presentación en power point con Conceptos de suicidio e impacto en la familia.	40 min.
*Estigma. *Necesidad de evitar los mitos familiares. *Hablar del tema con los niños.	Se realizará una mesa redonda para el análisis del tema donde se aborde cómo se sienten respecto al estigma y tabú del suicidio, los participantes tendrán total libertad de hablar sobre su experiencia, cuidando de no desviar la atención al tema. Se enfatizará en la importancia de hablar sobre lo sucedido en familia y que entre los adultos se le nombre al suceso como tal, de no permitir que se convierta en un mito familiar		60 min.

	<p>sobre todo con los niños pero que con ellos hay que tomar especial cuidado de cuál es el momento y modo adecuado de explicárselos. Así mismo, se explicará la necesidad de la comunicación y la armonía que debe existir entre ellos, del trato cordial, comprensivo y cálido, mediante el lema “Sólo por hoy”.</p>		
*Reflexión personal.	<p>Se solicitará a los participantes que elaboren un documento personal de naturaleza reflexiva sobre el tema analizado, a partir de las siguiente pregunta:</p> <p>¿Cómo me sentí durante la sesión?</p> <p>¿Qué me llevo de los conocimientos adquiridos?</p> <p>¿Cómo evitar los mitos en mi familia?</p> <p>¿Cómo me siento ante el estigma del suicidio?</p> <p>Se compartirán las reflexiones personales a la familia.</p>	Hojas blancas y bolígrafos.	<p>20 min.</p> <p>30 min.</p>
	<p>Agradecimientos por su participación en la sesión.</p>		

Producto de la sesión: Reflexión personal sobre la sesión.

4.2.3. Sesión 3. Duelo normal

Objetivo: Conocer el modelo de tareas y necesidades del proceso del duelo que están viviendo e identificar las emociones más sobresalientes en el momento actual, así mismo conocer las estrategias de afrontamiento asertivas con las que cuentan para lograr vivir un duelo normal.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
*Duelo normal. *Fases del modelo de tareas y necesidades del proceso de duelo.	El instructor llevará a cabo la presentación de los temas. Al finalizar se analizarán dudas y/o comentarios.	Presentación en power point con temas desarrollados.	30 min.
*Emociones básicas naturales y normales durante el duelo. *Emociones como defensas durante el duelo. *Identificando mis emociones.	El instructor explicará cuáles son: 1. Las cuatro emociones básicas naturales durante el proceso del duelo (Anexo 1). 2. Las emociones como defensas en el proceso de duelo (Anexo 1). Se entregará a cada participante un cuadro con el nombre de cada una de las emociones para que describan en él, cómo las están viviendo actualmente (Anexo 11). Se invitará a que compartan lo que escribieron y se enfatizará en la importancia de reconocer sus emociones y vivirlas, así como resaltar que son normales durante un tiempo estimable.	Presentación en power points sobre el tema. Cuadro con nombre de emociones (a llenar por participantes, Anexo 11).	20 min. 20 min. 30 min.
*Estrategias de afrontamiento asertivas.	El instructor dará a conocer las estrategias de afrontamiento asertivas y negativas (Anexos 12	Presentación con power point.	20 min.

4.2.4. Sesión 4. Duelo complicado.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo implicados para desarrollar un duelo complicado, lo que les permitirá identificarlos en su propio duelo a futuro y pedir el apoyo terapéutico adecuado para ello.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
*Duelo complicado. *Factores de riesgo: trauma acumulativo, duelos desautorizados y estilos de vinculación afectiva en la infancia. *¿Cómo evitarlo? *Evitar los pensamientos distorsionados. *Evitar círculo del suicidio.	Presentación de los temas por parte del instructor. Se analizarán dudas y/o comentarios.	Presentación en power point con temas desarrollados	40 min.
Ejemplos de duelo complicado.	Se realizará una mesa redonda para el análisis de casos (Anexo 14). Los participantes identificarán en cada caso, a qué tarea y necesidad corresponde, qué tipo de duelo es (normal o complicado) y cuáles fueron los factores que propiciaron el duelo complicado. Al término del análisis, se enfatizará en que el objetivo éste, es que basados en los ejemplos de casos, cada integrante sea capaz en lo	8 casos de duelo: 1 de duelo normal y 1 de duelo complicado, para cada una de las etapas del modelo de tareas y necesidades.	90 min.

	futuro de identificar un duelo complicado en su vida y solicitar el apoyo adecuado (terapia).		
*Protección al miembro de familia más vulnerable, niños y adolescentes.	Se pedirá a la familia que con los ojos cerrados reflexionen sobre el tema durante 5 min., tratando de identificar quién sería el miembro más vulnerable y porqué. Posteriormente se les pedirá que en conjunto dialoguen sobre ese miembro y de qué forma se le protegería. Se enfatizará en la importancia de no minimizar a nadie, ya que cualquiera podría estar sujeto a desarrollar un duelo complicado.		5 min. 25 min.
Prioridades de la vida.	Se llevará a cabo la reflexión de “Las prioridades de mi vida” (Anexo 15). Con esta actividad se enfatizará en la importancia de dar prioridad y protección a todos y cada uno de los miembros de la familia. Cierre de la sesión y agradecimientos.		20 min.

4.2.5. Sesión 5. Crecimiento postraumático

Objetivo: Identificar las características del crecimiento postraumático; así como, los recursos sociales con los que cuentan individual y en conjunto para lograr dicho crecimiento ante su crisis por suicidio.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Crecimiento postraumático.	El instructor llevará a cabo la presentación breve de las principales características del Crecimiento postraumático. Se enfatizará en que en éste no es posible regresar a la vida del pasado antes del traumatismo, es necesario que haya cambios personales que lleven al crecimiento.	Presentación en power point.	15 min.
Grandes héroes.	Se proyectará a los participantes la película “Big hero 6” – “6 grandes héroes” (Anexo 16).	Televisión, DVD y película.	105 min.
Recursos sociales de apoyo: Grupos de Autoayuda y terapia.	Se reflexionará la película con los participantes y se analizarán los siguientes puntos: *La muerte de Tadashi, ¿Fue accidente o decisión propia? *¿Cuál fue la reacción de Hiro ante la muerte de su hermano? *La venganza de Hiro por la muerte de su hermano. *La labor de Baymax en la vida de Hiro. *La labor de los amigos de Hiro en su vida y recuperación. *La muerte de Baymax. *Crecimiento postraumático de Hiro.	Lista de grupos de apoyo (Autoayuda) para los participantes.	

	<p>*¿Cómo lo logró?, ¿Qué lo sacó adelante?</p> <p>*Percepción del sentimiento de venganza, ¿es funcional en nuestras vidas?</p> <p>*Los apoyos sociales de Hiro. Nuevos vínculos de amor.</p> <p>*Apoyos sociales inmediatos con los que cuentan los participantes: familia, amigos, grupos de apoyo.</p> <p>*El instructor investigará y realizará una lista de grupos de apoyo (Autoayuda) cercanos a la localidad, para sugerirla a los participantes.</p> <p>*La terapia como herramienta en el proceso del duelo: se reflexionará sobre su importancia ante un posible duelo complicado.</p>		30 min.
El héroe de mi propia vida.	<p>Los participantes realizarán una reflexión personal sobre cómo poner en práctica lo aprendido en la sesión, su percepción ante el crecimiento personal y sobre los apoyos sociales con los que cuentan. Se enfatizará en que la familia es el principal apoyo social y se promoverá la creación de nuevos círculos o vínculos de amor (ayudar a los demás).</p> <p>Se invitará a que compartan sus escritos.</p> <p>Cierre de la sesión y agradecimientos por su participación.</p>	Hojas blancas y de color, bolígrafos, lápices y colores.	15 min. 15 min.

Producto de la sesión por integrante: Reflexión personal sobre la sesión.

4.2.6. Sesión 6. Resiliencia.

Objetivo: Identificar las características resilientes tanto individual como familiar, que les permitirán hacer frente a la situación de crisis que vivieron y, a partir de ellas, lograr plantear un proyecto de vida sano a corto y largo plazo.

TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Resiliencia. Características de personas y familias resilientes.	Presentación del tema por parte del instructor. Reflexión en torno a dudas y/o comentarios.	Presentación en power point	30 min.
Factores de resiliencia.	Se analizará la tabla con los factores de resiliencia (Anexo 17). Se pedirá a cada participante que llene su propia tabla de Resiliencia (Anexo 18) con las características que cada uno posee y se enfatizará en que ellas les permitirán el planteamiento de un proyecto de vida a corto plazo, y posteriormente a largo plazo. Se enfatizará en centrarse en los pequeños logros tanto a nivel individual como familiar. Cada participante compartirá su tabla con características resilientes y su proyecto de vida a corto plazo (éste último escrito en una hoja blanca).	Tabla con los factores de resiliencia. Tabla vacía a llenar por los participantes (Anexo 18). Hojas blancas y bolígrafos.	60 min.
Las pequeñas cosas.	Se proyectará y analizará el video: “Cadena de favores”, director Mimi Leder. Se analizará: *¿Cómo aplicarlo a mi vida diaria? *Lo más importante es comenzar con mi	Laptop y cañón.	40 min.

	<p>familia.</p> <p>*Mi cambio debe venir con las pequeñas cosas y por voluntad propia.</p> <p>*Prioridad en las metas a corto plazo para lograr las que son a largo plazo: de tarea en casa llevar a cabo una agenda de acciones (individual/familiar) para favorecer la sana comunicación y convivencia.</p> <p>*Importancia de vivir fomentando valores de convivencia: amor, respeto, solidaridad, perdón y unidad familiar, con el lema “Sólo por hoy”.</p> <p>*Recordar que parte del crecimiento personal implica el vivir en homenaje a mi ser querido, ¿Cómo puedo lograrlo?</p> <p>*Luchar por la prevención del suicidio: 10 de septiembre, Día Internacional para la prevención del suicidio.</p>		
Recuento de lo aprendido en el taller.	<p>Proyección del video: “Duelo y superación. Mi amigo el psicólogo”, director Armando García Achautla.</p> <p>Resolución de dudas y/o comentarios.</p> <p>Cierre de la sesión y del taller agradecimientos.</p>	Laptop y cañón.	20 min.
Aplicación del Cuestionario final (Anexo 8).	Cada integrante de la familia llenará el Cuestionario final para valorar la situación de cada integrante después de la información adquirida en el taller y su afrontamiento ante la situación de suicidio y ante la vida.	Cuestionario final (Anexo 8).	30 min.

Producto de la sesión: Tabla de factores de resiliencia, Proyecto de vida a corto plazo y Cuestionario final a cada integrante de familia.

Conclusiones: Alcances y limitaciones.

Considerar la pérdida como un reto a pesar del sufrimiento que conlleva requiere de tiempo y esfuerzo pero también de habilidades que los sobrevivientes deben poner en práctica, percibirse a sí mismo como capaz y con recursos para afrontar la pérdida y los problemas consecuentes, mantener a la vez un sentido de autoestima y una capacidad de afrontar los recuerdos del acontecimiento o verse a uno mismo como capaz de afrontarlos, son factores que contribuyen a ese proceso de crecimiento y transformación de la persona tras la muerte de su ser querido (Payás, 2010), y eso es lo que se pretende que logren desarrollar los sobrevivientes al suicidio para considerar que su duelo ha sido superado. Sin embargo, como se sabe no todas las personas cuentan con esas características personales, apoyos sociales o ignoran las posibilidades de ayuda a su alcance de las que pueden asirse para manejar adecuadamente la pérdida (Cholnigs y Navarro, 2014). Además de considerar que en este proceso como en muchos otros, no todas las personas avanzan al mismo tiempo, no todas superan la crisis en determinado espacio y tiempo. Por lo que el alcance de esta propuesta de taller permitirá que las personas en crisis por duelo ante un suicidio logren encontrar un poco de esperanza en su camino hacia la superación, la esperanza hacia la reconstrucción de sus vidas y de los lazos familiares, mediante la orientación brindada.

La propuesta de Payás (2010) que se ofrece, está basada en el modelo de procesamiento integrado emocional-cognitivo de afrontamiento al duelo, en el cual se resalta el papel fundamental que las emociones desempeñan en el proceso de elaboración de la experiencia de pérdida; a su vez explica cómo aparecen las estrategias de afrontamiento y cuál es su utilidad en el proceso de pérdida, cuándo estas funcionan como procesos o resultados, cuándo un duelo está en resolución y cuándo un duelo puede convertirse en patológico o complicado. El objetivo es informar a los sobrevivientes y ayudarlos a encontrar significados a su experiencia, motivarlos al reconocimiento y expresión de emociones y pensamientos pero sobre todo ayudarlos a que conozcan y utilicen los recursos personales con los que cuentan para la elaboración adecuada de su duelo y logren un crecimiento postraumático positivo, evitando en la medida de lo posible, un duelo complicado.

Como ya se explicó, cuando existe el duelo, no todas las personas tendrán un duelo complicado, pero ¿qué sucede con las que sí lo presentan? ¿Son capaces de buscar un apoyo profesional? Y, si lo hacen, ¿tienen las posibilidades económicas de tomar el apoyo terapéutico necesario para tratar el duelo complicado que supone el suicidio? Sin duda, el factor costo/beneficio debe ser también considerado con esta población pues puede haber quien teniendo las posibilidades económicas muestre resistencia al apoyo terapéutico o viceversa, quien queriendo el apoyo profesional no cuente con los recursos necesarios para tomarlo. Por lo tanto, otra finalidad de la intervención radica en lograr que los dolientes desde los primeros momentos de la pérdida, sean capaces de identificar las etapas por las que atravesarán, los pensamientos, emociones y acciones que enfrentarán y sepan diferenciar entre un duelo normal y un duelo complicado; de esta manera se brinda un asesoramiento clave para el manejo del proceso, en donde identificar es la prioridad a corto plazo, pero poner en práctica esas estrategias de afrontamiento positivas y de resiliencia en el futuro y de por vida se vuelve crucial, sobre todo para lograr ese crecimiento y transformación que debe haber en las personas y sobre todo en la familia después de una pérdida por suicidio.

Se observa la importancia que el apoyo social adquiere para la elaboración constructiva del duelo. No todos los suicidios conllevan un duelo patológico, sin embargo todo sobreviviente del suicidio se enfrenta a obstáculos como el duelo desautorizado y el trauma acumulativo, mismos que pueden predecir de alguna manera un duelo complicado. Payás (2010) señala que en toda intervención en el proceso de duelo, en el diseño de programas de investigación o en tratamientos sobre el impacto que la pérdida de un ser querido tiene en los sobrevivientes, se debe valorar la calidad del apoyo interpersonal disponible, e identificar la presencia de duelo desautorizado, de trauma acumulativo o ambos.

Una limitación que se puede presentar con la presente propuesta de taller es la resistencia de las personas a la ayuda a causa de la carga emocional por la crisis e impacto de la muerte, por lo que se sugiere el apoyo terapéutico como herramienta inmediata, debido también a la imitación de la conducta suicida o a los estados de depresión que pueden presentarse o que pueden ya existir en la familia y que tal vez actuaron como desencadenantes del suicidio de su familiar, ante la cual se debe ser cauteloso para evitarlos y/o tratarlos.

Restaurar las relaciones familiares antes o después de un acto suicida se vuelve una necesidad indispensable que se puede lograr mediante el apoyo terapéutico ya sea individual o familiar, con el fin de elaborar lo que pudo ser la causa del suicidio del familiar y/o para evitar que se conviertan en desencadenantes de futuras conductas suicidas o depresivas. Abordar estos problemas deber ser una prioridad en la intervención, ese problema o esos problemas, enferman el sistema familiar y causan reacciones que favorecen la imitación de la conducta suicida. Debido a que dicha intervención familiar no puede abordarse en el taller, uno de los objetivos específicos de éste es ayudar a que la familia detecte quien es el miembro más vulnerable o con riesgo a desencadenar dichas situaciones, así como que ellos mismos sean capaces de solicitar el apoyo en el momento necesario. Ante lo cual la familia debe estar abierta al cambio, al diálogo, a abrir su corazón, a otorgar el perdón a querer reconstruir su relación familiar; lo cual no puede lograrse con sólo esta propuesta de intervención, es imprescindible buscar el apoyo psicológico, psiquiátrico, terapia individual, grupal o familiar o con grupos de autoayuda (Meagher, 2013). Así mismo, se hizo hincapié en que una de las emociones más predominantes en el proceso de duelo ante cualquier pérdida pero en especial por una pérdida por suicidio es la culpa, el manejo de dicha emoción y del perdón resulta crucial para la adecuada elaboración del duelo, por lo que también es necesario trabajarlo mediante los apoyos antes mencionados.

Otra población muy importante que no debe dejarse de lado por ningún motivo debido a la vulnerabilidad que se presenta en ellos es con los niños. Hablar del suicidio con una persona adolescente o adulta puede resultar más fácil aunque también debe manejarse adecuadamente; sin embargo hablar con la verdad y con detalles de la situación de suicidio con un niño de 4 o 5 años se torna algo complicado y peligroso debido a que los niños se encuentran en el proceso de entender lo que es la muerte y a los mecanismos de imitación. Sabemos ahora que, para evitar los mitos y estigmas familiares, debe tocarse el tema en familia, hablar de las causas de la muerte y trabajar en ello para el adecuado manejo de la pérdida (García-Viniegras y Pérez, 2013); sin embargo, en este taller se excluye a los niños debido a que con ellos se debe buscar el momento, la edad, la información adecuada y pertinente para hablar, quizá al principio puedan evadir tocar el suicidio como causa de la muerte pero hay que tomar en cuenta la habilidad de los niños para estar atentos a las conversaciones o al descuido de los demás para decir las cosas. Es sumamente importante ganar confianza con los niños y entender

que ellos también vivirán el duelo y se llenarán de emociones y pensamientos que deben ser aclarados y sanamente manejados, sobre todo si se llegara a tratar de su padre, madre o hermano; lo conveniente es explicar, aclarar y hablar con la verdad pero en el caso del suicidio, se puede explicar con más calma y reflexión cuando el niño tenga más edad y sobre todo mayor capacidad de análisis acerca del tema, es decir buscar el momento o edad pertinentes (Corless et al. (2005). Se sugiere que, de ser necesario, los familiares busquen el apoyo profesional para que se trabaje con los niños mediante terapia (Andolfi, 1994).

Por otra parte, el duelo y en especial el duelo por suicidio debería ser una preocupación importante en la planificación de servicios de salud. Las publicaciones científicas indican que al menos el 30% de los pacientes ambulatorios de salud mental tienen un duelo complicado (Munera, 2013); sin embargo, a pesar de este alto índice, los psicólogos, médicos y psiquiatras manifiestan dificultad en su detección y tratamiento; así mismo, otro problema que afecta la atención de las personas en duelo que acuden en busca de ayuda profesional es que muchos de los profesionales de nuestro país carecen de la formación específica para ello y no tienen criterios claros de modelos de intervención apropiados al duelo por suicidio, por lo que resulta sumamente necesario que dichos profesionales tomen las medidas necesarias para el apoyo a este grupo vulnerable.

Como ya se explicó, la propuesta se basa en un modelo que hace énfasis en el manejo de emociones; sin embargo, la resistencia que los participantes puedan presentar para su participación en el taller podría deberse a las circunstancias de la muerte y las emociones que tales circunstancias desencadenen, no es lo mismo que un pariente haya decidido quitarse la vida con sobredosis de medicamento a que lo haya hecho mediante el ahorcamiento, o peor aún que lo haya llevado a cabo frente otra persona con un disparo en la cabeza; es decir, se debe considerar el grado de traumatismo. Estas circunstancias de la muerte deben tenerse muy en cuenta a la hora de abordar a los sobrevivientes de un suicidio, ya que éstas van a determinar las circunstancias del duelo, las dificultades para elaborarlo o la facilidad para su correcta elaboración. Por lo tanto, el compromiso como profesionales de salud implicados en el manejo de este tipo de duelo, debe ser analizar nuestra intervención en cada situación que se presente, en cada

caso familiar en el momento inicial del taller que se propone, y tener la ética profesional de canalizar a la persona o familia con el apoyo que más convenga a sus necesidades.

Así mismo, el compromiso de las instituciones también debe radicar en el análisis del quehacer profesional, en la autoevaluación que cada uno de los profesionales realice, donde se detecten debilidades y carencias en el manejo tanatológico y se trabajen en ellas en pro del beneficio a los sobrevivientes al suicidio, o a sobrevivientes de otro tipo de muerte que pueda llevar a un duelo complicado. Otro tema que resulta de esto es el cuidado exhaustivo en la relación del instructor o terapeuta con la familia debido a la transferencia: la familia o algún integrante podrían manifestar agresión hacia él a fin de provocar rechazo, o idealizarlo con fantasías reparatorias (Silvera, 2014); así mismo se debe vigilar el desgaste personal que puede surgir en los profesionales de la salud debido a la carga emocional por las situaciones presentadas; sin embargo, ellos también deben buscar los apoyos necesarios para su manejo.

Otro punto a considerar y que debería ser tomado en cuenta por el sector salud ya sea público o privado, es el seguimiento a las intervenciones realizadas en los sobrevivientes al suicidio, se plantea entre uno o dos años; no obstante, la duración de un posible tratamiento y el tipo de intervención pertinente debe evaluarse con el diagnóstico de cada caso en particular como se mencionó anteriormente.

En la intervención de esta propuesta deben establecerse ciertos parámetros para basarse en ellos e intervenir en casos necesarios. Al realizar un diagnóstico se debe tomar en cuenta el contexto y la estructura del suicidio, analizar la relación de cada integrante o de toda la familia con el suicida y enfatizar en el tipo de relación que se llevaba con el occiso, ya que muchas veces ese suicidio puede generar sentimientos de mucha culpa y dolor, pero hay otros que pueden generar alivio, de esto también dependerá la elaboración del duelo (Berengueras, 2009). De ahí la importancia del análisis de cada caso familiar previo a la intervención con el taller propuesto; de la identificación del miembro más vulnerable de la familia independientemente de si se es el papá, mamá, hermano o hijo. Establecer una jerarquía de dolientes permitirá la canalización de quien necesite una ayuda más personalizada y profesional, misma que determinará el uso de un posible tratamiento farmacológico en caso de presentarse depresiones severas, el cual no debe ser ni la primera ni la única opción (Silvera, 2014).

En el mundo, el índice de muertes por suicidio aumentó en un 60% (OMS, 2014), por tanto, aumentó también la cantidad de sobrevivientes afectados y el riesgo de desarrollar un duelo complicado o la tendencia a la imitación de la conducta. Pero es importante considerar que no todas las muertes son reportadas, muchos casos quedan en el olvido sin recibir apoyo alguno. Por lo que se considera importante llevar a cabo la concientización a nivel de educación y de preparación para la vida para hacer frente a estas crisis, haciendo la inclusión en los programas curriculares de temas sobre educación para la muerte y el proceso de duelo ya que ellos son parte natural y fundamental de la vida de todo ser humano. Y por supuesto, incluir también materias de estudio adicionales a nivel secundaria, bachillerato y de licenciatura sobre la prevención del suicidio; además de su inclusión en los talleres de escuela para padres, ya que se mencionó que la incidencia ha sido mayor en los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Dichos programas o materias de estudio/sensibilización también deberían enfocarse a crear factores de protección para el afrontamiento del duelo ante el suicidio (en caso de ocurrir uno en la familia o con algún allegado), entre los cuales destacan: tendencia al optimismo y a la resiliencia, fortalecer buenos recursos familiares, establecer relaciones de confianza, contar con apoyo efectivo del entorno social; importancia de la participación y el cuidado de los seres queridos vulnerables ante la muerte y fomento de la espiritualidad, independiente de la religión que se profese.

Por otro lado, aunque existe extensa literatura sobre programas de intervención para la prevención del suicidio; ésta debe ser utilizada para informar y concientizar a toda la población (sin importar religión, raza o condiciones sociodemográficas) a fin de erradicar el tabú, el estigma y los prejuicios hacia dicha conducta mediante la educación para la vida y para la muerte, conocimiento del suicidio, sus efectos, la necesidad de evitarlo y sobre todo como una manera de ser un respaldo y apoyo social eficaz, dispuesto a mostrar empatía, compasión y apoyo hacia quienes atraviesen por la situación, de entender que las necesidades principales de los dolientes son las de ser comprendidos y escuchados, no juzgados, criticados o señalados.

Por último cabe resaltar que el suicidio puede evitarse con estrategias de afrontamiento efectivas desde la familia, desde la niñez, desde el ejemplo en el actuar de los padres ante los diversos problemas de la vida y situaciones adversas, Silvera (2014), los llama

factores protectores. Además de proponer acciones preventivas al suicidio o acciones de intervención a sobrevivientes al suicidio, lo ideal sería crear espacios para la familia donde se logre el desarrollo de habilidades de solución de problemas, de resiliencia y de felicidad, donde el suicidio no se vea nunca como una opción en la vida de una persona. En total acuerdo con Quiñones (2007), un tema fundamental que se desprende de esta tesina como proyección y aporte de investigación es el del análisis de la importancia y responsabilidad de la educación como agente socializador, desde sus diferentes escenarios como son: familia, institución educativa, medios de comunicación, espacios de prácticas religiosas, escenarios de expresiones del arte y del deporte; ya que a todos estos escenarios educativos les corresponde realizar trabajos de diferente índole, para implementar programas que promuevan un fortalecimiento y maximización del potencial humano con la perspectiva de trabajar en forma preventiva el manejo de situaciones de adversidad, donde no quepa opción alguna para el suicidio como solución.

Así mismo, se desprende la importancia de analizar estrategias utilizadas por quienes han tenido que afrontar situaciones traumáticas como el suicidio de un familiar, por ejemplo; para formar esquemas mentales para la solución creativa de problemas, que favorezcan el manejo de estados emocionales como el miedo, la angustia y la desesperación, con el fin de convertir posibles situaciones de impacto en oportunidades, para salir fortalecidos de ellas.

Cada 10 de septiembre se conmemora el Día internacional para la prevención del suicidio, pero resulta necesario que las campañas para ello no sólo se activen y fortalezcan en esta fecha, sino de manera constante a lo largo del año.

Referencias

- Águila, A. (2012). *Suicidio: La última decisión*. México: Trillas.
- Altamirano, C. (2008). *El metro no es garantía para los suicidas*. El Universal, sección DF. Recuperado en: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/91707.html>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- Andolfi, M. (1994). *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Arenas, P. (2015). *En aumento la conducta suicida en jóvenes de entre 15 y 29 años*. Boletín UNAM-DGC S-519. Recuperado de: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_519.html
- Avilés, V. (2013). *El suicidio y el trabajo del duelo de la familia desde la corriente psicoanalítica*. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6025>
- Aznar, S. (2010). *Terapia sistémica de la resiliencia: abriendo caminos, del sufrimiento al bienestar*. Buenos Aires: Paidós.
- Berengueras, M. (2009). *Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20ª Ed.). Madrid: Desclee de Brouwer.
- Bobes, J., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T. y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina, M. (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. Salud Pública México. Vol. 52, no. 4. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S00363634201000400005>
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.
- Cohen, D. (2007). *Por mano propia: Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Corless, I., Germino, B. y Pittman, M. (2005). *Agonía, muerte y duelo. Un reto para la vida*. México: El Manual Moderno.

- Cholnigs, A. y Navarro, N. (2014). *Vivencia de duelo de una madre ante la pérdida de una hija, a causa de lesiones autoinflingidas con resultado de muerte*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1389/tpsico%20552.pdf?sequence=1>
- De la Garza, F. (2008). *Suicidio: Medidas preventivas*. México: Trillas.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.
- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.
- Dolto, F. (2007). *La causa de los adolescentes*. México: Paidós.
- DSM-IV-TR-AP. (2004). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado, Atención Primaria*. México: Masson.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. (2005). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Recuperado de: <http://paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/18-LA-RESISTENCIA-HUMANA-EN-EL-PROCESO-DEL-DUELO-Echeburua.pdf>
- Eguiluz, L., Robles, A., Rosales, J., Ibarra, A., Córdova, M., Gómez, J. y González-Celis, A. (2003). *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio: Teoría, investigación y terapia*. México: Manual Moderno.
- Freud, S. (2004). *Psicopatología de la vida cotidiana*. España: Alianza.
- García, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- García-Viniegras, C. y Pérez, C. (2013). *Duelo ante muerte por suicidio*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Vol. 12, no. 2. Recuperado de: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1729-519x2013000200014&script=sci_arttext
- INEGI (2012). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/suicidio0.pdf?s=inegi&c=2922&ep=169>
- INEGI (2015). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>

- Imbert, G. (2004). *La tentación de suicidio. Representaciones de la violencia e imaginarios de muerte en la cultura de la posmodernidad (una perspectiva comunicativa)*. Madrid: Tecnos.
- Kissane, D. W. & Bloch, (2002). *Family focused grief therapy. A model of family centred care during palliative care and bereavement*. Philadelphia: Mc Graw Hill Education.
- Lazar, P. (1981). *El proceso de duelo en la infancia*. México: UNAM.
- Levine, S. (1982). *¿Quién muere? Una exploración en el vivir y morir conscientes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Levinstein, R. (2005). *Cuando alguien se va*. México: Panorama.
- López, L. (2015). *Aumentan suicidios en México*. Destacadas, información general, noticias, salud. Recuperado de: <http://siempre889.com/actualidad/salud/aumentan-suicidios-en-mexico/>
- Marchiori, H. (2006). *El suicidio: Enfoque criminológico*. México: Porrúa.
- Martín, L. (2013). *La personalidad resiliente*. Madrid: Síntesis.
- Martínez-González, J., Munera, P. y Becoña, E. (2013). *Drogodependientes Vs. Usuarios de salud mental con trastornos de la personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y la dinámica familiar*. Anales de psicología, Vol. 29, no. 1, pág. 48-54.
- Meagher, D. K. (2013). *Handbook of thanatology: The essential body of knowledge for the study of death, dying and bereavement*. Association for death education and counseling. The thanatology association.
- Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2007). *Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia*. Psicología y Salud, Vol. 17, no. 1. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/738/1311>
- Munera, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de la salud mental*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Recuperado de: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21876800.pdf>
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). *Ideación suicida y cohesión familiar en estudiante preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol. 23, no. 4. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-6342006000400002&script=sci_arttext
- Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007). *Familias y problemas*. Madrid: Síntesis.

- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*. México: Trillas.
- OMS. (2014). *Suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Payá, V. A., Gómez, V. y Vega, W. N. (2012). *El Don y la palabra: un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Acatlán.
- Payás, A., (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, V. y Lorenzo, Z. (2004). *Repercusión familiar del comportamiento suicida*. Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 20, no. 5-6. La Habana. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500002
- Petrzelová, J., Chávez M., Valdés, A., Elizondo, D., Carabaza, J. y Ewald, I. (2007). *¿Por qué y cómo se llega a la desesperanza? Tres miradas sobre el suicidio*. México: Universidad Autónoma de Coahuila.
- Piña, N. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia*. Tesina. Asociación Mexicana de Tanatología. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/226%20e1%20suicidio.pdf>
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax
- Quiñones, M. A. (2007). *Resiliencia. Resignificación creativa de la adversidad*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Rivera, M. (2010). *Psicología y comunicación visual: estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes*. México: Trillas.
- Szasz, T. (2002). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.
- Silvera, M. (2014). *El trabajo de duelo por suicidio de un familiar*. Trabajo final de grado: Monografía. Universidad de la República Uruguay. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_-_matias_silvera.pdf
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Paidós.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. México: Paidós.

Valadez, I., Amezcua, R., Quintanilla, R. y González, N. (2005). *Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior*. Medicina familiar, Vol. 7, no. 3. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053b.pdf>

Worden, J. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión. No tienes que sufrir para vivir*. México: Pax.

Anexos

Listado de anexos:

1. Emociones como afrontamientos efectivos en el duelo normal & emociones como defensas en el duelo.
2. Distintos modelos conceptuales de fases del duelo.
3. Cuadro resumen: Aturdimiento-choque (vertiente traumática del duelo), modelo de tareas y necesidades.
4. Cuadro resumen: Evitación-negación (manejar el sistema defensivo), modelo de tareas y necesidades.
5. Cuadro resumen: Conexión-integración (elaborar aspecto relacionales), modelo de tareas y necesidades.
6. Cuadro resumen: Crecimiento y transformación (experimentar la integración y los cambios), modelo de tareas y necesidades.
7. Cuestionario inicial sobre el taller.
8. Cuestionario final sobre el taller.
9. Carta compromiso.
10. Reflexión “Hoy, que ya no estoy junto a ti”.
11. Emociones como afrontamientos efectivos en el duelo normal & emociones como defensas en el duelo (cuadro a llenar por los participantes).
12. Estrategias de afrontamiento asertivas.
13. Estrategias de afrontamiento negativas.
14. Análisis de casos: Modelo de necesidades y tareas en el proceso del duelo.
15. Reflexión “Las prioridades de mi vida”.
16. Película “Big hero 6” (6 grandes héroes), sinopsis.
17. Factores de resiliencia.
18. Factores de resiliencia (cuadro a llenar por los participantes).

Anexo 1. Emociones como afrontamientos efectivos en el duelo normal & emociones como defensas en el duelo (Payás, 2010).

Emociones Naturales	Función adaptativa en el duelo normal	Estados emocionales – Emociones como defensas
Miedo	Pedir ayuda a los demás. Prepararse para vivir en un futuro donde el otro no está. Tomar decisiones ajustadas al duelo. Anticipar y protegerse ante posibles retos y amenazas futuras en ausencia del ser querido.	Disociación, ansiedad, pánico, fobias, parálisis, adicciones, evitaciones, hiperactividad.
Enfado	Proporcionar energía para cambios en el presente. Poner límites a uno mismo y a los demás. Decir “no”. Escoger lo esencial. Tomar decisiones. Ser asertivo, autoafirmarse. Proteger el espacio vital en un momento de vulnerabilidad.	Resentimiento, irritabilidad, odio, búsqueda obsesiva de culpables, no aceptación de la muerte, rabia desplazada, venganza, conductas evitativas, adicciones de duelo; actitud agresiva o pasiva-agresiva, depresión.
Dolor/ aflicción/ tristeza	Pedir ayuda. Inspirar compasión. Elaborar los aspectos relacionales de la separación. Resolver asuntos inconclusos. Buscar significados. Aceptar la muerte y la ausencia. Procurar el aislamiento necesario para la introspección.	Victimismo, autocompasión, culpa, enfado distorsionado, depresión, claudicación, abandono de uno mismo, tristeza crónica.
Amor / alegría	Vivir en honor del ser ausente. Extraer lecciones de la experiencia de pérdida. Reinvertir en el amor a los demás. Establecer relaciones más plenas con los demás.	Tristeza crónica, depresión, aislamiento, incapacitación para las relaciones, no-sentido de lo sucedido, amor dependiente, ocuparse del dolor de los demás, sobreprotección, optimismo ilusorio.

Anexo 2. Distintos modelos conceptuales de fases del duelo, según sus autores.

Autor	Fases o etapas			
E. Kübler-Ross, 1969	Negación	Ira/negociación	Depresión	Aceptación
C. Parkes, 1972	Aturdimiento	Añorar y retener	Depresión	Recuperación
J. Bowlby, 1986	Aturdimiento	Añoranza y búsqueda	Desesperanza y desorganización	Reorganización
M. Horowitz, 1986	Protesta	Negación y aturdimiento	Trabajo de duelo	Completar
W. Worden, 1997	Aceptar la realidad de la pérdida	Experimentar el dolor del duelo	Ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está	Recolocar al fallecido emocionalmente
R. Levinstein, 2005	Negación	Manejo del enojo, culpa, miedo y tristeza	El regateo, el perdón en la distancia y la aceptación	La apertura espiritual o el reencuentro
N. O'Connor, 2007	Ruptura de los antiguos hábitos	Inicio de reconstrucción de vida	Búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos	Terminación del reajuste
A. Payàs, 2010	Aturdimiento-choque	Evitación-negación	Conexión-integración	Crecimiento-transformación

Anexo 3. Cuadro resumen: Aturdimiento-choque (vertiente traumática del duelo), modelo de tareas y necesidades (Payás, 2010).

Descripción general	
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Primera reacción ante la pérdida de un ser querido. ♣ Estímulo excesivo para las defensas del ego. ♣ Pérdida de capacidad reactiva. ♣ Respuestas de afrontamiento muy desorganizadas. ♣ Desvalimiento, indefensión, impotencia, incapacitación. 	
Función adaptativa: necesidades y tareas	
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Función anestésica, de preservación del ego. ♣ Manejar la sintomatología aguda. ♣ Dar tiempo graduando el nivel de impacto. ♣ Responder a las demandas urgentes producidas por la muerte. ♣ Elaborar los aspectos traumáticos asociados a las circunstancias de la muerte. ♣ Asimilar la realidad de la muerte. 	
Respuestas de afrontamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Oscilación aguda inconsciente entre afrontamientos de evitación-confrontación. ♣ Prevalencia de estrategias para la inhibición del tópico-distorsión del input (evento). 	
Afrontamientos cognitivos/conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Despersonalización ♣ Disociación ♣ Incredulidad ♣ Racionalización ♣ Ocuparse de los demás, hacer de cuidador.
Mecanismos físicos/emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Euforia ♣ Agotamiento ♣ Ansiedad ♣ Miedo

	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Apatía, insensibilidad, vacío.
<p>Detención de duelo complicado: sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ Reexperimentación intensa del trauma en el tiempo. ♣ Predominancia de reacciones de ansiedad, disociación o despersonalización que se fijan en el tiempo. ♣ Incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida de trabajo y de relaciones. <p>Variables de riesgo</p>	
Circunstanciales	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Muerte súbita sin tiempo de preparación para la pérdida. ♣ Violencia, mutilación o destrucción del cuerpo. ♣ Percepción de evitabilidad de la muerte. ♣ Cuando la noticia se ha dado de forma brusca. ♣ Pérdida de un niño o de un adolescente. ♣ Pérdidas múltiples con estresores concurrentes.
Intrapsíquicas	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Personalidad previa de doliente con antecedentes de desórdenes mentales. ♣ Modelo de vinculación insegura-desorganizada.
Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Trauma acumulativo: ausencia de apoyo en el momento de la muerte o inmediatamente después. ♣ Presión social para una pronta recuperación

Anexo 3. (Continuación).

Anexo 4. Cuadro resumen: Evitación-negación (manejar el sistema defensivo), modelo de tareas y necesidades (Payás, 2010).

Descripción general	
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Prevalencia de mecanismos orientados a evitar el contacto con la realidad de la pérdida. ☉ Ausencia de representación interna simbólica del ser querido. ☉ Baja tolerancia al dolor asociado a la pérdida. 	
Función adaptativa: necesidades y tareas	
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Manejar el nivel de impacto emocional: protección ante el dolor y la fragmentación. ☉ Preservar la continuidad del rol protector. ☉ Graduar la aceptación de la realidad de la muerte. ☉ Disolver el sistema defensivo asociado a pérdidas anteriores no resueltas. ☉ Revisar estilos de vinculación asociados al desarrollo evolutivo. 	
Respuestas de afrontamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Prevalencia de afrontamientos de evitación. ☉ Máximo nivel de distorsión, inhibición o supresión de la realidad o de su significado emocional o cognitivo. 	
Mecanismos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Momificación ☉ Sublimación ☉ Rumitaciones obsesivas ☉ Máscara de duelo (aislamiento, soledad)
Mecanismos emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Estados emocionales: enfado, rabia, irritabilidad, venganza. ☉ Culpa.
Mecanismos conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Sustituciones ☉ Distracciones ☉ Hiperactividad ☉ Adicciones ☉ Aislamiento
Detención de duelo complicado: duelo evitativo, ausente, pospuesto o inhibido.	
<ul style="list-style-type: none"> ☉ Instalación en el tiempo de mecanismos de evitación rígidos. 	

<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Aislamiento Ⓢ Depresión, ansiedad. Ⓢ Enfermedades físicas y somatizaciones. Ⓢ Evitación de todo aquello que conecte con la realidad de la pérdida. <p style="text-align: center;">Variables de riesgo (además de las descritas en aturdimiento y choque).</p>	
Circunstanciales	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Aspectos jurídicos y/o legales asociados a las circunstancias de la muerte. Ⓢ Duelos desautorizados. Ⓢ Pérdidas múltiples.
Intrapsíquicas	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Personalidad previa del doliente con estilos de apego inseguro-evitativo. Ⓢ Ego frágil y dependiente. Ⓢ Personas con estilos rumiativos. Ⓢ Duelos anteriores no resueltos.
Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Presencia de trauma acumulativo: aislamiento. Ⓢ Presión social para una pronta recuperación. Ⓢ Exceso de responsabilidad.

Anexo 4. (Continuación).

Anexo 5. Cuadro resumen: Conexión-integración (elaborar aspectos relacionales), modelo de tareas y necesidades (Payás, 2010).

Descripción general	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevalencia de mecanismos orientados a la conexión con la vinculación perdida. ➤ Mayor tolerancia al dolor. 	
Función adaptativa: necesidades y tareas	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generar representaciones internas simbólicas de la persona fallecida. ➤ Mantener el vínculo vivo y reexperimentar la relación. ➤ Elaborar la dimensión relacional. ➤ Dar significación emocional y cognitiva: completar la relación y reparar los asuntos inconclusos. ➤ Expresar emociones naturales y vulnerabilidad. ➤ Estar en intimidad con la relación perdida, con uno mismo y con los demás. 	
Respuestas de afrontamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afrontamientos de confrontación o conexión. ➤ Expresión emocional y cognitiva integrada. ➤ Prevalencia de estrategias de asignación de significado emocional con mínima distorsión. 	
Respuestas cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reminiscencia ➤ Rumiaciones productivas ➤ Introspección
Respuestas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tristeza, añoranza ➤ Gratitud y amor ➤ Perdón y reconciliación
Respuestas conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rituales del recuerdo ➤ Actividades transicionales de conexión
Detención de duelo complicado: duelo crónico	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ambivalencia ante el deseo de recuperación. ➤ Predominancia de mecanismos de conexión rígidos y persistentes. 	

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida del trabajo y de relaciones. ➤ Depresión, tristeza crónica, ansiedad. ➤ Enfermedades físicas y somatizaciones. <p style="text-align: center;">Factores de riesgo (además de los descritos en las etapas anteriores)</p>	
Circunstanciales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pérdidas múltiples. ➤ Muertes desautorizadas: suicidio, muerte perinatal. ➤ Pérdidas secundarias o concurrentes. ➤ Muertes a destiempo.
Intrapsíquicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personalidad previa del doliente con estilos de afrontamiento tipo víctima. ➤ Autocompasión. ➤ Estilo de vinculación insegura-dependiente. ➤ Esquemas mentales inmaduros
Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trauma acumulativo por falta de apoyo. ➤ Relaciones conflictivas o ambivalentes. ➤ Relaciones dependientes. ➤ Relaciones desautorizadas.

Anexo 5. (Continuación).

Anexo 6. Cuadro resumen: Crecimiento y transformación (experimentar la integración y los cambios), modelo de tareas y necesidades (Payás, 2010).

<p>Descripción general</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Experimentar la transformación de la identidad. ✓ Decidir vivir en honor del ser querido. ✓ Recuperar la ilusión por la vida. ✓ Decisiones y cambios. 	
<p>Función adaptativa: necesidades y tareas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconstrucción de significados personales. ✓ Apertura hacia uno mismo, los demás y la vida. ✓ Apertura existencial y/o espiritual trascendente. ✓ Reorganización del sistema de apego. ✓ Cambios asociados a la nueva identidad. 	
<p>Respuestas de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afrontamientos de restauración. ✓ Predominio de la dimensión cognitiva. ✓ Mínima distorsión e inhibición. ✓ Búsqueda de significado acerca de lo sucedido. ✓ Planeamiento de nuevos retos. ✓ Toma de decisiones, expresión de cambios de la identidad. 	
<p>No resolución</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respuestas defensivas autoimpuestas sin cambios de identidad. ✓ Optimismo ilusorio. ✓ Cambios negativos. 	
<p>Variables que facilitan el crecimiento y la transformación</p>	
<p>Intrapsíquicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquemas mentales previos adaptativos. ✓ Personalidad extravertida. ✓ Personalidad optimista. ✓ Personalidades complejas. ✓ Personalidades con alta controlabilidad.

Anexo 7. Cuestionario inicial sobre el taller.

1. ¿Cómo se enteró del taller?
2. ¿Por qué se inscribió?
3. ¿Qué espera del taller?

Anexo 8. Cuestionario final sobre el taller.

1. ¿Qué le pareció el taller en general?
2. ¿Cumplió su objetivo?
3. ¿Cumplió con sus expectativas?
4. ¿Considera que tiene la información suficiente acerca del suicidio?
5. ¿Considera que tiene la información suficiente acerca del proceso de duelo?
6. ¿Cuenta con la información necesaria para distinguir entre el proceso de duelo normal y el proceso de duelo complicado?
7. ¿Conoce qué hacer y a donde buscar apoyo en caso de presentar un duelo complicado?
8. ¿Conoce las estrategias de afrontamiento asertivas y de resiliencia con las que cuenta individualmente y en familia para hacer frente a la pérdida que viven?
9. ¿Se siente satisfecho con el proyecto a corto plazo que se ha planteado con su familia? ¿Por qué?
10. ¿Cómo se sentía cuando llegó al taller?
11. ¿Cómo se siente después de su participación en el taller?
12. ¿Con qué sentimiento se queda después de las experiencias vividas en el taller?

Anexo 9. Carta compromiso.

Lugar y fecha.

Taller **“Mi duelo, mi familia y mi renacer... nuestro renacer”**.

Presente.

Asunto: Carta compromiso de conclusión de taller.

Por este medio, me permito comunicar que estoy consciente de la seriedad e importancia del presente taller en relación al momento actual en que me encuentro. Por lo tanto, expreso mi compromiso de asistir a todas y cada una de las sesiones (salvo causas de fuerza mayor o enfermedad) de manera puntual desde el inicio hasta la finalización del mismo, en pro de mi bienestar.

Sin más por el momento, agradezco la atención que sirvan a la presente.

ATENTAMENTE.

Nombre y firma de los integrantes.

INSTRUCTOR

Familia: _____

Anexo 10. Reflexión “Hoy, que ya no estoy junto a ti”.

Hoy, que ya no estoy junto a ti

“Hoy, que ya no estoy junto a ti, no preguntes
a la materia ni a la razón,
voltea al cielo y abre tu corazón
y descubre que, mientras mantengas un
pensamiento y un sentimiento de amor hacia mí:

¡Ahí vivo yo!

Rescata lo bueno que dejó mi estancia junto a ti;
lo malo perdónalo, por favor.

Y que mi ausencia física te recuerde que la vida
la tenemos sólo cada hoy.

Llena tus días con acciones bellas.

Dile a quien tienes cerca que le amas,
y cuando sientas soledad o desconsuelo
percibe mi presencia en una estrella,
en un rayito de sol, en el brillo de la luna
o en el aroma de una flor.

También en la lluvia fresca o en el viento que
acaricia tu rostro.

Tal como percibes al Creador
porque mi lugar, mi nueva residencia,
se encuentra:

¡Justo en su corazón!

Recuerda que esta dimensión en la que
hoy me encuentro
es posible percibirla sólo con amor.

Y para un genuino sentimiento de amor
no existe distancia, tiempo ni geografía.

El amor es puente al infinito y hace escala
justo en el corazón de Dios.

¡¡TE AMO!!”

Levinstein, R. (2005).

Anexo 11. Emociones como afrontamientos efectivos en el duelo normal & emociones como defensas en el duelo (cuadro a llenar por los participantes).

Nombre del participante: _____ Familia: _____

Emociones naturales	Función adaptativa en el duelo normal	Estados emocionales – Emociones como defensas
Miedo		
Enfado		
Dolor/ aflicción/ tristeza		
Amor / alegría		

Anexo 12. Estrategias de afrontamiento asertivas (Echeburúa, De Corral y Amor, 2005).

Aceptación del hecho y resignación.
Experiencia compartida del dolor y de la pena.
Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana.
Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello sea posible).
Establecimientos de nuevas metas y relaciones.
Búsqueda de apoyo social.
Implicación en grupos de autoayuda.
Autocuidado, realizar ejercicio (favorece al sueño), buscar pasatiempos y seguir fortaleciendo las relaciones socio-laborales.
No abuso de fármacos y/o drogas.
Expresión de emociones y pensamientos mediante actividades de arte, actividades culturales y la escritura, se puede realizar un diario.
Empleo de rituales de despedida hacia el ser querido necesarios y en un tiempo pertinente: fotos/videos, veladoras, ropa, accesorios, recámara, cartas de arreglo de asuntos inconclusos y/o despedida.
Uso de técnicas de relajación que ayuden a reducir el estrés por la pérdida, escuchar música puede ser muy favorable para tal fin; lectura de libros.
Sostenerse en el apoyo espiritual.
Aclarar que contar y usar dichas estrategias de afrontamiento, nada tienen que ver con ser desleal al ser querido.

Anexo 13. Estrategias de afrontamiento negativas (Echeburúa, De Corral y Amor, 2005).

Anclaje en los recuerdos y planteamientos de preguntas sin respuesta.
Sentimientos de culpa.
Emociones negativas de odio y venganza.
Aislamiento social.
Implicación en procesos judiciales, sobre todo cuando se implica voluntariamente en ellos.
Consumo excesivo de alcohol y drogas.
Abuso de fármacos.

Anexo 14. Análisis de casos: Modelo de necesidades y tareas en el proceso del duelo (Payás, 2010).

1. Aturdimiento y choque: Afrontar la vertiente traumática de la pérdida.

Duelo normal (función adaptativa).

Caso 1.

“Cuando ella me gritó por teléfono que nuestro hijo había muerto, me dije para mis adentros: -Es ridículo, ¿cómo puede estar muerto?,... y le hice la más tonta de las preguntas: -¿Estás segura?... Me acuerdo de cómo iba caminando por la avenida, intentando convencerme de que todo iba bien,... como si alguien pudiera equivocarse acerca de algo así. Cuando llegué al edificio de nuestro apartamento vi la ambulancia y al personal médico en la calle. Pasé a través de ellos sin tener el coraje de acercarme. Entré al edificio, donde unos policías me hicieron algunas preguntas. Tomé el ascensor y subí hasta el apartamento, que estaba en la planta 53. Ella estaba fuera de sí, como si hubiera perdido el juicio. Para entonces yo ya me había calmado y me sentía desconectado. Me encerré en mí mismo y simplemente me transformé en una de esas personas que se ocupan de los demás”.

Eric Clapton (2007).

Análisis: La confusión y la incredulidad cumplen con una función anestésica, de filtro de la realidad; permite una graduación del nivel de impacto. La persona es incapaz de procesar toda la información sobre la muerte del ser querido y por ello se distancia de la realidad. En este caso, Eric, con ese ocuparse de los demás, responde a la tarea de afrontar las decisiones relativas a la muerte del ser querido: comunicar el fallecimiento a toda la familia/comunidad, acordar arreglos en relación a la disposición del cuerpo, apoyar a los miembros más afectados y tomar decisiones inmediatas. Este estado de aturdimiento y choque facilita, con su función de insensibilización, que los dolientes puedan responder a las demandas externas de los días inmediatamente posteriores a la muerte del ser querido.

Duelo complicado (detención en aturdimiento y choque: trastorno de estrés postraumático).

Caso 2.

“Judith tiene una gran necesidad de contar su historia, pero la cuenta como si estuviese desconectada emocionalmente: es muy poco expresiva y parece estar anestesiada en todo su ser. Habla en un tono monótono y repite una y otra vez, de forma obsesiva, las mismas cosas. Cuando se le hace una réplica no parece integrarla y sigue con su narración sin responder a lo que se le ha dicho. El grupo de duelo en el que participa semanalmente se cansa de escucharla. Ella tampoco parece escuchar a los demás ni interesarse por ellos. Habla de su rabia muy a menudo y de su deseo de matar a alguien; sin embargo, nada en su lenguaje no verbal manifiesta esta emoción. Ocasionalmente llora, pero su llanto es superficial y breve. Cuando habla de la muerte de su hijo, nadie diría que han pasado dos años, parece, tal y como lo cuenta ella, que fue ayer. El hijo de Judith falleció en un accidente de coche: conducía un amigo y era una de sus primeras salidas con la pandilla. Fue la única víctima, tenía 15 años. En el momento del accidente protegió con su compañera sentada a su lado, circunstancia que, según fantasea Judith, hizo que él no se salvara y ella sí. A menudo manifiesta que desea que todos los implicados en el accidente mueran o que les pase algo grave. Tiene momentos de mucha agresividad en los que habla incluso de matarlos; ha tenido frecuentes altercados con miembros de su familia e incluso con gente de la calle. Explica que en el periodo posterior a la muerte no lloró nada, que estuvo muy hiperactiva, incluso a veces reía descontroladamente. No dejó el trabajo hasta pasados quince meses, cuando cayó en una depresión e intentó suicidarse, a raíz de lo cual, y a petición propia, fue ingresada en un hospital psiquiátrico. Ahora, desde que volvió a casa, duerme hasta la hora de comer y se levanta justo para cocinar algo. Por la tarde sigue durmiendo. Dice no importarle nada sus otros dos hijos, no siente nada por ellos, y no le preocupa que estén descuidados. Judith encuentra placer en el dolor físico: a veces pide a un hijo que le retuerza los dedos de la mano hasta hacerle daño. Se ha hecho varios tatuajes en el cuerpo, en zonas especialmente sensibles, y dice que le gusta sentir ese dolor. Todo su entorno familiar y social ha invalidado sus sentimientos. La reacción de su marido ante su situación es de enfado y amenaza con dejarla si sigue así. Su madre le dijo poco después de la muerte del chico: -Piensa que no has tenido a este hijo y sigue adelante-.

Todos sus deseos, pensamientos y opiniones fueron desautorizados por la gente más próxima: no la dejaron incinerar el cuerpo y ahora no le permiten ir al cementerio”.

Análisis: Todas estas respuestas son normales si se asocian con la inmediatez de la muerte (máximo 6 meses), pero han pasado dos años desde la muerte de su hijo. Judith presenta un duelo complicado con sentimientos de despersonalización, dificultad para aceptar la realidad, pensamientos intrusivos, estado de alerta generalizado, insomnio, ideación obsesiva, impulsos de violencia y agresividad desplazada, conductas destructivas contra sí misma, problemas de disociación, somatizaciones y distorsiones del pensamiento. Todo ello acompañado de una incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida de trabajo y de relaciones y deterioro de su vida global, con negligencia en sus relaciones familiares y el entorno general.

2. Evitación y negación: Manejar el sistema defensivo.

Duelo normal (función adaptativa).

Caso 3.

“No me quiero hacer a la idea de que no volverá. Cuando me vienen pensamientos a la cabeza, los aparto. No sé si hago bien o no, pero es muy importante para mi no aceptar que no volverá. Intento imaginarme que está de viaje. Es lo único que me ayuda ahora. Tengo todo como él lo dejó: la ropa, su cepillo de dientes, el mensaje en el contestador. Él sigue viviendo aquí. No quiero aceptar; aceptar es olvidar, aceptar es abandonar”.

Susana, tres meses después de la muerte de su esposo.

Análisis: Un cierto grado de evitación y negación es natural y necesario en el curso del duelo: la mayoría de las personas afectadas necesitan en estos primeros momentos protecciones psicológicas ante la intensidad del dolor, con las cuales se minimizan o reprimen aspectos relacionados con la muerte, al tiempo que se evita afrontar las consecuencias de esta realidad. Son esfuerzos inconscientes para aliviar el sufrimiento físico, psicológico y emocional, su función adaptativa es protegernos del dolor y a la vez darnos tiempo a preparar otras estrategias de afrontamiento. La persona debe ir disolviendo progresivamente estas estrategias defensivas, a medida que aumenta su

tolerancia al dolor y puede afrontar la realidad sin necesidad de maniobras de distorsión”.

Duelo complicado (detención en evitación y negación: duelo evitativo o ausente).

Caso 4.

“Cuando murió mi hijo, hace cinco años, me puse una coraza para hacerme la fuerte. Tirar adelante y no hablar de sentimientos fueron mis lemas. Todos los recuerdos de él los sacamos de la casa. Nunca hablamos de ello en todos estos años, ni de accidentes ni de él. Fui a ver a tres profesionales para ver cómo podía ayudar a mi familia y los tres me dijeron que tenía la cabeza en su sitio y que lo estaba haciendo muy bien. Cada día me levantaba, me miraba al espejo y me decía: -Tengo que tirar adelante-. Mi marido se separó de mí dos años después. He tenido un cáncer y ahora mi relación con el hijo que me queda es muy mala; me rechaza cuando intento acercarme a él. Lo dejé muy solo y nunca hablamos de lo sucedido, ni le pregunté cómo estaba. Su hermano mayor se ocupaba mucho de él, le hacía como de padre. Creo que en realidad los abandoné a todos; él perdió a su hermano, pero también me perdió a mí y a su padre. Nunca volvió a ser el mismo y yo tampoco. Ahora siento que necesito ayuda. No puedo seguir así”.

Consuelo.

Análisis: Cuando la persona no es capaz de responder a la pérdida, se siente anestesiada y no puede expresar abiertamente su aflicción, su tristeza o su enfado; sus respuestas de duelo están inhibidas, suprimidas o pospuestas. En este duelo inhibido o pospuesto, se expresan quizás algunos sentimientos en los primeros momentos, pero pocos; se minimiza la importancia de la pérdida, se niegan las necesidades y la persona se retira detrás de un muro de desconexión y aislamiento. La persona continúa con su vida con muy pocos cambios. Hay hiperactividad laboral; presencia de impulsos autodestructivos; conductas adictivas como el abuso de alcohol, comida, sexo, compras; culpa excesiva desplazada; ideas obsesivas de venganza o culpa expresadas en forma de rumiaciones; relaciones difíciles con el entorno, enfado desplazado y exigencias excesivas, ya sea para con los familiares, amigos, empleados o el propio terapeuta.

3. Conexión e integración: elaborar los aspectos relacionales de la pérdida.

Duelo normal (función adaptativa).

Caso 5. Expresar el perdón:

“Jesús perdió a su hermano en un accidente de escala. El día anterior había tenido una discusión que acabó en bronca. Han pasado dos años y Jesús sigue sintiéndose culpable, piensa a menudo en él y tiene dificultad para hablar de lo que pasó sin emocionarse: -Sé que sólo fue una pelea corriente entre hermanos, pero no me lo puedo quitar de la cabeza-“.

Análisis: Los sentimientos de culpa pueden ser expresados de forma reparadora en un diálogo con el fallecido, en el que se permite sentir el dolor y lo hace suyo, y al hacer eso se abre la puerta a la conexión con el perdón del fallecido y también de sí mismo. Una tarea fundamental de esta etapa del duelo es completar los asuntos relacionales inconclusos: lo que no fue pero debería haber sido y lo que fue pero no debería haber sido.

Caso 6.

“Cuando mi padre murió, murieron dos padres: el que realmente tuve, un padre ausente que nos abandonó en la infancia, y el padre imaginario, el que nunca tuve; así desapareció la esperanza de recuperar el contacto con él y mi fantasía de reconciliación y de un padre afectuoso y presente. Tengo que hacer el duelo de ambos”.

Clara.

Análisis: Poder poner palabras a lo que nunca pudo ser la relación, y en ese gesto verbal abandonarse al dolor sin resistencia, puede acercar a Clara al perdón que la liberará del resentimiento. Esta tarea constituye un elemento esencial del trabajo del duelo con los aspectos negativos de la relación.

Caso 7.

“Hoy Vicky nos trajo el video donde aparecía la entrevista que le hicieron a su hijo en televisión poco antes de morir. Es la primera vez que la veía desde su muerte. Al aparecer las primeras imágenes, Vicky se derrumbó entre sollozos en nuestros brazos: -¿Quieres que lo pare?-, -No, no, quiero verlo... Necesito verlo todo... Pobre hijo mío-.

Lloró amargamente hasta el final, después siguió compartiendo su dolor y llorando desconsoladamente con nosotros, al tiempo que hablaba de las excelencias de su hijo, de todo lo que echaba de menos en él y del mechón de pelo que nunca pudo conservar porque no le permitieron ver el cuerpo. Escuchamos en silencio atentamente hasta que acabó. Entonces, después de secarse las lágrimas, nos dio las gracias y nos abrazó”.

Análisis: La expresión de las emociones primarias es la respuesta más importante de afrontamiento en esta etapa. La experiencia plena en el “aquí y ahora” de afectos tales como el llanto, el dolor, la pena, la tristeza, la nostalgia e incluso el enfado o la desesperación permite la conexión e integración entre el pasado y el presente, y su expresión abre la puerta a la posible reestructuración. A partir de ahí la persona puede otorgar a su experiencia de pérdida la significación emocional necesaria para la reorganización de los nuevos esquemas de transformación. Mostrarse afligido es una herramienta de intercomunicación: la manera natural de pedir ayuda, de expresar la necesidad de contacto en momentos difíciles y de manifestar compasión y solidaridad; el llanto es una forma de expresar el deseo de ser oídos y escuchados y la esperanza de un contacto restaurador de la relación.

Todas las actividades, gestos, pensamientos que el doliente realiza para aproximarse a la vivencia de pérdida de su ser querido constituyen respuestas típicas de tarea de conexión e integración: visitar sitios significativos, ir al cementerio, limpiar la lápida, colocar flores o alguna escultura ese espacio, mirar fotografías, planificar una pequeña ceremonia familiar para el día del aniversario, mantener una pequeña vela encendida al lado de la fotografía del ser querido, o atesorar objetos de recuerdo como la ropa, un anillo o un mechón de pelo. A pesar del dolor, estas actividades facilitan la expresión de emociones que acompaña a los recuerdos, y esa integración de emoción-cognición permite al doliente encontrar nuevos significados en su experiencia.

Duelo complicado (detención en la etapa de conexión e integración: duelo crónico).

Caso 8.

“Aurora perdió a su marido, con el que mantenía una relación muy dependiente. Lo conoció cuando ella tenía 16 años y se casaron dos años después. Vivían en el mismo edificio que los padres de ella. Él se ocupaba de todo y tomaba todas las decisiones: ella no conducía, nunca trabajaba ni tuvo que preocuparse por los temas económicos.

Aurora se muestra permanentemente afligida, sobrepasada por la tristeza. Tiene muchas dificultades en el restablecimiento de su funcionamiento diario. No puede hacer nada por sí misma, ha dejado de cocinar y de cuidar de la casa. Está muy ansiosa. Piensa constantemente en su marido a pesar de que han pasado tres años desde su fallecimiento. Ahora lleva dos años asistiendo a un grupo de apoyo emocional. Todos los miembros que empezaron con ella, han dejado ya el grupo. Se pasa las sesiones lamentándose de su incapacidad de vivir la vida sin él, y no escucha ni conecta con los demás. Repite siempre las mismas cosas y con un tono quejumbroso. No puede imaginar un futuro distinto para ella. Ana, una participante del grupo, cansada de sus continuas quejas, la confronta: -Si hubiera una tienda donde te vendieran la recuperación, ¿irías a comprarla?-. Aurora responde que no entiende la pregunta y cuando se le aclara, después de un corto silencio, responde: -No-“.

Análisis: con el tiempo se espera que las personas puedan empezar a recordar sin tantos sentimientos de dolor y que gradualmente sean capaces de regresar al nivel del funcionamiento anterior al duelo. Los que no consiguen recuperarse después de un tiempo apropiado presentan un duelo crónico: idealizar se transforma en una huída de la realidad; las estrategias conductuales de conexión se han convertido en hábitos rígidos e inflexibles como ir al cementerio, besar la foto o hablar con las cenizas, se convierten en conductas mecanizadas. Existen creencias negativas acerca de uno mismo, de la vida y del futuro; la persona se siente vacía en la vida, incapaz de ilusionarse por nada, no ve ningún futuro con sentido y se siente insegura o inútil y desesperanzada. Es como si una parte de ella hubiera muerto con su ser querido.

Caso 9.

“Miriam perdió a su pareja por suicidio. Llevaban saliendo diez años, pero no estaban casados ni vivían juntos. Su familia minimiza el valor de la relación alegando que no eran matrimonio. El entorno pone en cuestión también la relación a causa del suicidio. Miriam explica: -¿Cómo puedo centrarme en mi dolor cuando todo mi entorno me invalida? Tengo que estar constantemente defendiéndome y discutiendo con mi familia y mis amigos para que me entiendan y me den apoyo. No quieren escucharme, dicen que debo olvidar y seguir con mi vida-“.

Análisis: Este es uno de los casos especiales en los que el fracaso del apoyo social genera un trauma acumulativo debido a la pérdida desautorizada u oculta como la muerte por suicidio, donde la incapacidad del entorno para dar respuestas adecuadas va a favorecer el desarrollo del duelo crónico.

4. Crecimiento y transformación: experimentar la integración y los cambios.

Duelo normal (Función adaptativa)

Caso 10.

“Jenica:

En vez de abrazos que suspiran por acunarte, me has dado brazos para acercarme a otros padres que han perdido a un hijo.

En vez de ojos llenos de pena por no poderte ver crecer más, me has dado ojos que pueden admirar la belleza de cada nuevo día.

En vez de oídos que añoran escuchar las palabras –Te quiero, papi-, me has dado oídos para escuchar a otros que tienen el corazón roto.

En vez de labios que quieren besar tus lágrimas, me has dado labios que me han enseñado a decir: -Entiendo tu dolor, yo he estado donde estás tú ahora-.

En vez de un alma sin dirección ni propósito, me has dado la esperanza de que ciertamente hay un lugar eterno donde todos nos reencontraremos algún día.

En vez de ser un padre que se toma la vida a la ligera, has dado a tus hermanos y hermanas un padre que aprecia cada momento del día.

En vez de un corazón destrozado por el dolor, me has dado un corazón que se abre a los demás.

En vez de una mente llena de resentimiento, autocompasión y rabia, me has dado una mente que entiende el regalo precioso que es la vida.

Te quiero dar las gracias, ángel mío, por todos estos presentes que me has dado. Intentaré hacerlo mejor para vivir mi vida de manera que te haga sentir orgullosa de mi tanto como yo lo estoy de ti.

Espero que continúes compartiendo conmigo estos regalos, pues ahora sí que estoy dispuesto a aceptarlos y comprenderlos.

En el día de tu cumpleaños. Tu papi”.

Análisis: Pese a la experiencia devastadora de perder un hijo, el padre de Jenica ha aprendido a partir de la vivencia de su duelo: que algo en su vida ha cambiado, que ellos mismos se encuentran más sensibles, más comprometidos, en definitiva, se sienten más humanos. No es que no se lamente lo ocurrido pero en el duelo como proceso de crecimiento personal no es volver al nivel de funcionamiento anterior, sino “a un estado distinto donde la pérdida esté integrada y los cambios aceptados”. El padre de Jenica es una persona distinta, y su vida rota se ha convertido en una oportunidad para hacer una transformación personal. Es como si “una parte del antiguo yo muere con la vida pasada y simultáneamente aparece un renacimiento a una nueva vida”.

El crecimiento postraumático son aquellos aspectos positivos que se desarrollan a partir de una experiencia de crisis o trauma. Se experimentan cambios en la escala de valores, en la percepción sobre uno mismo, sobre los demás o sobre la vida y éstos son ejemplos de transformaciones positivas que las personas describen en esta última etapa de crecimiento y transformación.

Cuando el crecimiento no se produce (Duelo prolongado)

Caso 11.

“Aparentemente seguimos funcionando en la vida y estamos mejor que al principio, pero estamos sin ilusión ni expectativas: nos hemos vuelto más escépticos y un poco cínicos. Tenemos una actitud pasota y nos decimos: ¿Qué más da?”.

Julio y Sonseles, cinco años después de la muerte de sus dos hijas.

Análisis: Algunos padres indican estar más amargados y sin encontrar nada bueno en la experiencia. Sin embargo, estos padres suelen presentar sintomatología muy baja o nula y han resuelto su duelo al menos a un nivel funcional, ya que expresan que se desempeñan bien en la vida. Es evidente que, si los cambios no son adaptativos, el duelo no se ha resuelto pues no hay nuevos esquemas mentales que incorporen el aprendizaje a partir de lo vivido como un crecimiento. Estas expresiones reflejan un duelo prolongado en el que las tareas de elaboración de las tareas relacionales no han sido resueltas adecuadamente. Se dice que este hecho de no hacer esta última tarea de duelo, tiene que ver con “no amar”.

Anexo 15. Reflexión “Las prioridades de mi vida” (Martín, 2013. Pág. 138).

Un día un viejo profesor fue contratado para dictar una formación a un grupo de unos 15 dirigentes de importantes compañías internacionales. El viejo profesor sólo tenía una hora para dictar el curso. Los mira uno a uno lentamente y les dice: “Vamos a realizar un experimento”.

Debajo de la mesa que los separaba de sus alumnos había guardado un gran envase de vidrio de unos 4 litros, el cual coloca delicadamente delante de él. Seguidamente, saca una docena de piedras del tamaño aproximado de pelotas de tenis y las coloca delicadamente una por una dentro del gran envase. En lo que el envase está hasta el borde y que es prácticamente imposible de agregar otra piedra, el profesor levanta lentamente sus ojos y mirando a sus estudiantes les pregunta:

-“¿El envase está lleno?”.

Todos responden: “Sí”.

La espera dura algunos segundos y agrega: “¿En serio?”.

Entonces busca bajo la mesa un recipiente lleno de grava. Delicadamente, vacía la grava sobre las grandes piedras, moviendo ligeramente el envase. La grava se infiltra entre las piedras, hasta el fondo del envase. El viejo profesor levanta de nuevo los ojos y mirando a su auditorio pregunta: “¿El envase está lleno?”

En esta oportunidad, sus alumnos comenzaron a entender el experimento. Uno de ellos responde: “¡Probablemente no!”.

-“¡Bien!”- responde el viejo profesor.

Nuevamente busca bajo la tabla, esta vez un recipiente lleno de arena. Con cuidado, vierte la arena en el envase, la cual logra llenar los espacios entre las piedras y la grava.

Una vez más pregunta: “¿El envase está lleno?”

Esta vez, sin dudar y en coro, sus brillantes alumnos responden:

“¡No!”.

-“¡Bien!” dice el viejo profesor.

Y tal como lo esperaban sus prestigiosos alumnos, toma un recipiente con agua que estaba sobre la mesa y vierte el agua sobre el envase hasta el borde. El viejo profesor levanta los ojos y mirando al grupo pregunta:

“¿Cuál es la gran realidad que nos ha demostrado este experimento?”.

De una manera muy inteligente, el más audaz de sus alumnos, relacionando el experimento con el tema del curso, responde: “Esto demuestra que incluso cuando uno

cree que nuestra agenda está completamente llena, si uno lo quiere verdaderamente, se pueden agregar más citas y más actividades a realizar”.

“¡No!”, responde el viejo profesor. “No es eso. La gran realidad que nos demuestra este experimento es la siguiente: Si uno no coloca las grandes piedras en primer lugar, nunca se podrán colocar todas las piedras en el envase”...

Después de un profundo silencio, cada participante toma conciencia de lo evidente de este principio.

El viejo profesor les dice a continuación:

-“¿Cuáles son las grandes piedras de su vida?”.

“¿Su salud?”.

“¿Su familia?”.

“¿Sus amigos?”.

“¿Defender una causa?”.

“¿Relajarse?”.

“¿O alguna otra cosa?”.

“Lo que se debe tomar en cuenta es la importancia de colocar las grandes piedras en el primer lugar de nuestras vidas. Si no, se corre el riesgo de no triunfar. Si se da prioridad a las pequeñas piedras y a la arena, sus vidas se llenarán de pequeñas cosas y no se tendrá el suficiente tiempo para dedicarlo a las cosas verdaderamente importantes”.

Anexo 16. Película “Big hero 6” (6 grandes héroes), sinopsis.

Situado en una metrópolis ficticia llamada San Fransokyo (una mezcla de San Francisco y Tokio), Hiro Hamada es un chico prodigio de 14 años, que ha creado un robot llamado Baymax para llenar el vacío que le dejó la muerte de su hermano Tadashi, mientras éste estaba a punto de descubrir una red criminal liderada por un misterioso villano enmascarado llamado Yokai. Para encontrar al asesino y detener a los criminales, Hiro decide formar un equipo de poderosos superhéroes llamado “Big hero 6”, que incluye a Wasabi-No-Ginger, Honey Lemon, GoGo Tomago, Fred, Baymax y a él mismo.

De Warner Bros Pictures, Universal.

Production a Roland Emmerich.

¿Por qué Big Hero 6?

Porque se pueden identificar claramente las cuatro necesidades y tareas del modelo integrado emocional-cognitivo que propone la Dra. Payás (2010). Hiro vive la muerte traumática de su hermano y siente muchos deseos de venganza por el causante de su partida. Sin embargo, la ayuda de Baymax, con sus cuidados, amor y compañía, logra que Hiro acepte la ayuda social que lo acompañaba, su familia y amigos. Además, ésta película ofrece la oportunidad de ver un crecimiento postraumático en Hiro, ese deseo de volver a vivir en memoria de su hermano y sobre todo con el afán de vivir para los demás como parte de este crecimiento.

Anexo 17. Factores de resiliencia (Quiñones, 2007).

Sujeto resiliente				
Yo soy	Yo tengo	Yo puedo	Yo estoy	Yo siento
Creativo	Respaldo	Crear	Sano	Amor
Flexible	Contención y	Inventar	Consciente	Ternura
Ingenioso	apoyo.	Imaginar	Superado	Alegría
Inteligente	Ayuda	Pintar	Activo	Felicidad
Observador	Independencia	Caminar	Agradecido	Agrado
Recursivo	Credibilidad	Cuestionar	Recuperado	Esperanza
Curioso	Respeto	Confrontar	Rehabilitado	Soledad
Autónomo	Humor	Problematizar	Reconfortado	Comprensión
Resistente	Compañía	Hablar	Saludable	Depresión
Persistente	Incentivos	Pensar	Vivo	Temor
Capaz	Voluntad	Razonar	Motivado	Angustia
Valiente	Energía	Jugar	Satisfecho	Ira
Fuerte	Fe	Resarcir	Ansioso	Dolor
Decidido	Amor	Construir	Discapacitado	Agradecimiento
Sensible	Conocimiento	Reconstruir	Inconforme	Desesperación
Responsable	Reconocimiento	Transformar	Preocupado	Ansiedad
Descomplicado	Confianza	Trabajar	Destruído	Vergüenza
Determinado	Afecto	Enseñar	Alterado	Tristeza
Resiliente	Estímulo	Sobrevivir	Incrédulo	Desconfianza
Discapacitado	Éxito	Colaborar	Inhibido	Desprecio
Solidario	Triunfo	Recuperar	Restringido	Miedo
Triunfador	Progreso	Compartir		Rechazo
Crítico		Perdonar		
Líder		Amar		
Científico		Llorar		
Docente		Resolver		
Investigador		problemas.		
Químico		Conceptuar		
Matemático		Analizar		
Psicóloga		Proyectar		

Anexo 18. Factores de resiliencia (cuadro a llenar por los participantes).

Nombre del participante: _____ Familia: _____

Sujeto resiliente				
Yo soy	Yo tengo	Yo puedo	Yo estoy	Yo siento