



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Estrategias de afrontamiento y etapas de duelo ante el suicidio,
un estudio de caso"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Ivonne Yovana Flores Avila

Director: Lic. César Elizalde Garcia
Dictaminadores: Mtro. Samuel Bautista Peña
Dr. Héctor Octavio Silva Victoria





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres por haberme dado la vida y siempre estar ahí para mí. A mi madre que con esfuerzo y dedicación atendía todas mis necesidades, dándome más de lo que merecía. A mi padre, quien con su trabajo, el cual hace de sol a sol y sin descanso, me proporcionó los recursos económicos para culminar con mis estudios. A los dos, estoy eternamente agradecida, gracias por permitirme convertirme en la mujer que soy hoy en día.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi segundo hogar, gracias a ella logré grandes cosas. Le agradezco permitirme desarrollar mi cuerpo mediante el taekwondo, mi bagaje cultural mediante la movilidad estudiantil y desarrollarme como profesionista y ser humano mediante la psicología.

Finalmente agradezco a Dios por darme la oportunidad de disfrutar de esta bella vida, por darme la salud, la inteligencia y la libertad que me permitieron llegar hasta donde estoy.

Dedicatorias

La presente tesis se la dedico a mi familia, por brindarme su apoyo incondicional todo el tiempo, en especial a mi madre, ya que sin su ayuda todo este proceso hubiera sido aún más difícil.

A los tres hermosos ángeles dueños de mi casa y de mi corazón, quienes con su amor y ternura me dieron los ánimos para continuar adelante a pesar de las adversidades.

A los infortunios y desatinos de la vida, los cuales me enseñaron a levantarme después de caer y a darme cuenta que el rechazo o los errores sirven como aprendizaje para volverse más sabio.

Una mañana de invierno, un hombre que salía a pasear cada día por la playa, se sorprendió al ver miles de estrellas de mar sobre la arena, prácticamente estaba cubierta toda la orilla.

Se entristeció al observar el gran desastre, pues sabía que esas estrellas apenas podían vivir unos minutos fuera del agua.

Resignado, comenzó a caminar con cuidado de no pisarlas, pensando en lo fugaz que es la vida, en lo rápido que puede acabar todo.

A los pocos minutos, distinguió a lo lejos una pequeña figura que se movía velozmente entre la arena y el agua.

En un principio pensó que podía tratarse de algún pequeño animal, pero al aproximarse descubrió que, en realidad, era una niña que no paraba de correr de un lado para otro: de la orilla a la arena, de la arena a la orilla.

El hombre decidió acercarse un poco más para investigar qué estaba ocurriendo:

-Hola -saludó.

-Hola -le respondió la niña

-¿Qué haces corriendo de aquí para allá? -le preguntó con curiosidad.

La niña se detuvo durante unos instantes, cogió aire y le miró a los ojos.

-¿No lo ves? -contestó sorprendida- Estoy devolviendo las estrellas al mar para que no se mueran.

El hombre asintió con lástima.

-Sí, ya lo veo, pero no te das cuenta de que hay miles de estrellas en la arena, por muy rápido que vayas jamás podrás salvarlas a todas... tu esfuerzo no tiene sentido.

*La niña se agachó, cogió una estrella que estaba a sus pies y la lanzó con fuerza al mar. -
Para esta sí que ha tenido sentido.*

Eloy Moreno.

RESUMEN

Esta investigación se llevó a cabo desde la perspectiva cognitivo conductual. Esta perspectiva toma al comportamiento humano como el resultado de la relación que se construye entre el individuo y su entorno, comportamiento que se media por el pensamiento y las emociones. Considera pertinente tomar en cuenta el contexto del individuo, sus acciones y también su manera de pensar y de sentir. Aspectos que en el proceso de duelo son de suma importancia para su comprensión y tratamiento, tema central de esta investigación, la cual tuvo como objetivo identificar cuáles fueron las estrategias de afrontamiento y etapas de duelo en una mujer que perdió a su hermana debido al suicidio. Para lo anterior se llevó a cabo una entrevista a profundidad la cual fue analizada por medio de un cuadro secuencial integrativo. Los resultados mostraron que las principales estrategias utilizadas fueron la evitación y el autocontrol. En cuanto a las etapas de duelo, la depresión fue la etapa más constante durante todo el proceso. Se concluye que el proceso de duelo fue complicado, sin embargo, no se observó marcadas etapas de culpa o ira como sugiere la literatura deberían existir, lo cual puede deberse a que vivían lejos una de otra. En cuanto a los factores que prolongaron el duelo, el ser la hermana mayor y tener como profesión la enfermería fueron los más importantes debido a que propiciaron que utilizara estrategias de afrontamiento poco adecuadas. Finalmente, se observó que la religión jugó un papel bastante importante, siendo los ritos funerarios y la creencia de la vida después de la muerte los determinantes para la culminación del proceso de duelo.

Palabras clave: duelo, suicidio, estrategias de afrontamiento, muerte y religión.

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española (RAE) define al suicidio como la acción de matarse a sí mismo (Maldonado, 2005). A lo largo de la historia el suicidio se ha visto de diferentes maneras, hasta llegar a la actualidad, en la cual se observa de forma negativa, viéndose como pecado desde el ámbito religioso y como sin sentido en la visión occidental (Álvarez, 2002; Hernández, 2006; Instituto Mexicano de Tanatología [INMEXTAC], 2011; Patiño, 2013; Sherr, 2008). Las estadísticas conforme al suicidio son aproximadas ya que existen muchas muertes que no son registradas (INMEXTAC, 2011; Sherr, 2008). La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2014), menciona que el suicidio es una de las cinco causas de mortandad más frecuentes entre los jóvenes de entre 15 y 19 años con el 8.5%. Entre los factores se encuentran trastornos mentales, disfunción familiar, depresión, problemas económicos, antecedentes de suicidios, entre otros (Maldonado, 2005; Sarmiento, Sánchez-Sánchez, Polanco y Álvarez, 2010; Jiménez & Caballero, 2010).

En lo que concierne a México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2014), menciona que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes y la cuarta en adultos. Desde 1950 la práctica del suicidio ha ido incrementando (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011), en especial en la población juvenil, en 2013 ocurrieron 2345 casos de suicidio entre jóvenes de 15 a 29 años (INEGI, 2015). En lo que concierne al suicidio en el embarazo las estadísticas son escasas. La OMS (2012), la clasifica como un tipo de mortalidad materna, aunque su inclusión es reciente. En Estados Unidos se estima que el suicidio es una de las principales causas de muerte materna (Silva, 2015). En cuanto a los motivos de intento de suicidio y suicidio, los que más destacan son el rechazo familiar (en el caso de las adolescentes), percepción de inestabilidad familiar, violencia familiar, violencia en la pareja, separación de la pareja, depresión y embarazo no deseado (Ceballo, Suárez, Arenas & Sacedo, 2013; Díaz-Franco, Rodríguez-Pérez, Mota-González, Espíndola-Hernández & Meza; Instituto nacional de salud mental, 2015; Langer, 2002; Lara & Letechipía, 2009; Silva, 2015).

Al hablar de suicidio, es inevitable tocar el tema del duelo, el cual es definido como un proceso natural de dolor ante la pérdida de un sujeto u objeto con el cual se tenía un vínculo afectivo (Centeno, 2013; García-Viniegras & Pérez, 2013; Gutiérrez, 2009; Moreno, 2009).

Este proceso es llevado a cabo en etapas que empiezan desde la pérdida hasta la aceptación (Centeno, 2013; Corless, Germino & Pittman, 2005; Gutiérrez, 2009; Kübler-Ross, 2008; Moreno, 2009). La forma en cómo se llevará a cabo el duelo dependerá de diversos factores como son la causa de la pérdida y la relación con el difunto (Cook, Jordan & Moyer, 2015).

En el caso del duelo debido al suicidio, el proceso suele ser especialmente difícil, debido a que es una muerte inesperada y estigmatizada (García-Viniegras y Pérez, 2013). La primera en resentirlo es la familia quien suele experimentar estados de shock culpabilidad, vergüenza, ira-traición, pensamientos repetitivos, desintegración familiar, etc. (Acero, Pulido, & Pérez, 2007; Acinas, 2012; García-Viniegras & Pérez, 2013; Pérez, 2007; Pérez, 2010; Pérez & Lorenzo, 2004; Piña, 2014). Sin embargo, no es la única ya que el vínculo con el suicida es el que determina la magnitud del dolor (Feigelman & Gorman, 2006; Zhag, Tong & Zhou, 2005).

Aunque existen investigaciones al respecto en otros países, siendo éstas también escasas, es importante que este fenómeno sea analizado en México, debido a que no son las mismas condiciones económicas, culturales o políticas. El acto suicida no sólo compete al sujeto en cuestión, sino que involucra a todos los allegados a quienes no se les da la importancia necesaria. La erradicación del suicidio es todavía una utopía, por lo tanto, tomar en cuenta al doliente es de suma importancia ya que las consecuencias pueden desembocar en intentos suicidas.

Por lo tanto, dada la poca información que existe respecto al duelo ante el suicidio y el aumento en la tasa de suicidios, la siguiente investigación tuvo como labor identificar de manera empírica las estrategias de afrontamiento y el proceso de duelo en una persona que ha perdido a un ser querido debido al suicidio. Para lograr el objetivo se llevó a cabo una entrevista a profundidad analizada desde el enfoque cognitivo conductual. Este enfoque resulta pertinente debido a que en el proceso de duelo se manifiestan diferentes tipos de cambios como son conductuales, emocionales, de pensamiento, creencias y actitudes y este enfoque permite identificarlos claramente. Se pretendió obtener un esquema más real de lo que el doliente experimenta o experimentó. Debido a que la investigación es un estudio de caso, no es posible generalizar los resultados, sin embargo, es relevante debido a que, por una parte, exhorta a tomar en cuenta la investigación de un sector de la población que está siendo ignorado y por otra parte, permitió identificar qué factores afectan el proceso de

duelo, que tan estigmatizado está, que tanto influye la religión y la cultura, así como dar un visión particular de lo que implica el suicidio. Finalmente, se espera que, al dar un acercamiento a la problemática del doliente, se abra el campo de investigación.

En cuanto al cuerpo del trabajo, éste abordó en un principio los aspectos que tienen que ver con el contexto histórico de los conceptos de muerte y suicidio, posteriormente se indagó la relevancia e incidencia del fenómeno del suicidio en el mundo y México para posteriormente abordar temas que competen a las acciones pensamientos y emociones del individuo con respecto al fenómeno del suicidio.

En el primer capítulo se abordó el concepto de la muerte desde una perspectiva histórica. El individuo no es un sujeto aislado, se conforma por su historia y su contexto, las creencias y actitudes que una persona adopta al momento de enfrentarse al duelo, pueden ser explicadas por medio de la herencia cultural que se le ha otorgado. En el primer capítulo se describió cómo se ha abordado el concepto de muerte en las diferentes culturas tanto orientales como occidentales, cómo ha ido cambiando a lo largo del tiempo y cómo se observa actualmente, así como sus ritos funerarios. Finalmente se indagó en la historia del concepto de muerte en México desde la época prehispánica hasta nuestros días, además de indagar más específicamente en la muerte y ritos católicos, que es la religión predominante en México.

En el segundo capítulo se describió la concepción de suicidio a lo largo de la historia, enfocándose en esta ocasión solamente en la perspectiva occidental. Se abordó la incidencia del suicidio en el mundo, presentando las estadísticas al respecto, los factores que propician la conducta suicida, su clasificación y los métodos más utilizados. Posteriormente se describió la incidencia del suicidio en México- Finalmente, retomando el tipo de suicidio que se presentó se abordó los problemas emocionales durante el embarazo y la conducta suicida.

El tercer capítulo abordó el tema del duelo, describiendo los diferentes tipos de duelo y las variables que intervienen en la elaboración del duelo. También se abordaron los tipos de pérdidas más complicadas incluyendo al suicidio, tema que se indagó con mayor profundidad. Con respecto al duelo por suicidio se describió el duelo por suicidio de distintos familiares. También se describieron los tipos de dolientes y la manera de afrontar

este tipo de duelo. Finalmente, el capítulo abordó las estrategias de afrontamiento para la elaboración del duelo.

El último capítulo abordó el estudio de caso de una mujer denominada como V que perdió a su hermana denominada M, quien se quitara la vida atravesando una vía rápida cuando estaba el siga de los automóviles. El procedimiento consistió en realizar una serie de entrevistas a profundidad de tal forma que se obtuvo toda la información necesaria para la identificación de las estrategias de afrontamiento y proceso de duelo. Finalmente, la presentación de resultados se llevó a cabo por medio de un cuadro secuencial integrativo que permitió el ordenamiento y análisis de la información.

1 CONCEPTO DE MUERTE

El individuo no sólo se define por el aquí y el ahora, es la suma de lo que ha vivido y de lo que han vivido sus antepasados, es un ser social que define su forma de pensar y actuar conforme al contexto histórico en el que se encuentra. El proceso de duelo y las estrategias no son iguales en cada individuo y esto tiene que ver en parte con la cultura y el tiempo en el que vive. Resulta pertinente, por lo tanto, investigar cómo se ha ido abordando el concepto, no sólo del suicidio, sino de la muerte en general. Si bien la muerte es un acontecimiento que está presente todo el tiempo, la manera en cómo se ve, ha ido distando de cultura en cultura, de tiempo en tiempo y de religión en religión.

Definir el concepto de muerte resulta complicado, debido a que la definición dependerá de la perspectiva que se aborde y desde la cultura en la que se viva (Sibaja, 2014). Desde el ámbito médico, el concepto ha ido cambiando. Definido negativamente, la muerte fue concebida hasta el año de 1959 como la ausencia de pulso y de la respiración. Sin embargo, estados más profundos del coma en pacientes hicieron replantear el concepto modificándolo a considerar a un individuo muerto cuando su encéfalo lo está, independientemente de su respiración y circulación (Ortúzar 1996). Conforme a un marco legal, la muerte se convierte en un hecho jurídico cuando a partir de ella, surgen derechos facultados, obligaciones y responsabilidades tanto para el difunto como para los familiares y los que encuentren implicados (Hernández, 2006). En México, de manera legal, la muerte es considerada como la pérdida de las funciones cerebrales (Sibaja, 2014).

1.1 Concepto de muerte en la historia

1.1.1 Hombre prehistórico

El hombre neandertal conforme a los registros, fue el primero en llevar a cabo ritos funerarios, llevaban a cabo inhumaciones en cuevas llenas de fosas. En la época paleolítica los neandertales evolucionaron sus ritos funerarios para utilizar el enterramiento, también empezaban a utilizar adornos corporales como conchas, huesos de animales y piedras. Para

la era neolítica la utilización de entierros colectivos fue bastante común. Los cadáveres eran cubiertos por polvo rojo llamado ocre, el cual se cree representaba la vida y permitía que el difunto llegara al otro mundo (Fernández, 2014; González, 2013).

1.1.2 Mesopotamia

Para la cultura mesopotámica data del año 5000 a.C. y es conocida como la primera civilización del mundo. Para esta cultura no había el concepto de lo que ahora se conoce como alma. Ellos concebían la vida como el cuerpo lleno de sangre y respirando, sólo así era verdaderamente hombre. Una vez que el cuerpo exhalaba su último aliento y no tenía sangre pasaba a ser fantasma. Al pasar a ser fantasma, se manifestaba en sueños o apariciones. También se creía que el cuerpo al estar en la tierra oscura estaba más cerca del infierno, lugar a donde iban todos los muertos, sin importar sus acciones en vida, por lo tanto, la muerte se veía como algo indeseable y negativo. Los “fantasmas” eran temidos y se les atribuía la existencia de algunas enfermedades mentales (Bottéro, 1998).

1.1.3 Egipto

El antiguo Egipto data del año 3150 a. C. hasta el 31 a. C. con la conquista del imperio romano. Respecto a sus creencias, la civilización del antiguo Egipto tenía la concepción de vida después de la muerte. Conforme a las creencias egipcias, el hombre se dividía en cuatro elementos, dos espirituales (ka y ba) y dos materiales (cuerpo y sombra). Al morir la parte espiritual se desprendía de la parte corporal y al llegar al otro mundo era juzgada por el dios de la muerte y la resurrección, Osiris. El juicio consistía en mencionar todo lo bueno que había hecho en su vida y negar lo malo. El corazón de la persona era puesto en una balanza cuyo extremo contenía una pluma, si el corazón no daba el peso requerido era devorado por un monstruo, mientras que si daba el peso, gozaba del recibimiento de ofrendas (Boch y Tudela, 1997; González, 2013; Pellini, 2014).

La práctica de la momificación fue bastante característica de esta cultura. De acuerdo con sus creencias, el embalsamiento tenía como objetivo mantener unido el cuerpo a la parte espiritual. Existieron tres tipos de momificación. En la primera forma, al cuerpo se le extraía el cerebro por orificios nasales, el corazón, y las vísceras, después eran depositados

en vasijas para su conservación, posteriormente, el cuerpo se ponía a secar durante dos meses y pasado ese tiempo se le colocaba un vendaje, algunos objetos y una máscara para finalmente colocarlo dentro de un sarcófago. Las otras dos formas de momificación eran menos elaboradas, no había extracción de órganos y consistían en la colocación de aceites en el cuerpo para limpiarlo o bien del simple secado (Colomina, 2007; González, 2013).

Con respecto a las tumbas, al tener la creencia de que el faraón era un dios. Los monumentos funerarios eran concebidos como puentes entre el cielo y la tierra. La rampa que forman las pirámides permitía al faraón ascender al cielo para estar al lado del dios solar. El faraón garantizaba protección a su pueblo durante la vida pero también después de ésta. La creación de pirámides tiene su aparición en la tercera dinastía de faraones. Se dice que los primeros faraones eran hijos de Osiris, por lo que eran enterrados subterráneamente, para estar más cerca de él. Mientras que los últimos faraones se consideraban hijos de Ra, dios de los cielos, por tanto, la pirámide iba hacia arriba (González, 2013; Pellini, 2014).

1.1.4 Germanos

Los germanos fueron un grupo prerromanos, que data de la edad de hierro, precursores de la caída del imperio romano de occidente (Barreras y Durán, 2011). Los germanos creían que el hombre tenía una especie de “doble yo” que estaba dentro del cuerpo el cual podía separarse. Ellos mencionaban que todos los hombres tenían un destino irrevocable marcado por presagios, los cuales siempre terminaban por cumplirse. El destino era una fuerza impersonal que dirigía el mundo y que se simbolizaba con un hilo que poseían las *normas*, tres mujeres que se encontraban debajo del árbol del mundo. Tanto las *normas* como los dioses podían poner fin a la vida del hombre, viéndose así la vida como un juguete del cual los hombres no tienen control (Bosh y Tudela, 1997; Puech, 1977).

1.1.5 Celtas

Los celtas, fueron una cultura indio-europea de la época de hierro (1200-400 a. C.) conforme a sus creencias, los druidas o sacerdotes, se encargaban del orden de los asuntos religiosos. Para los celtas los sacrificios eran actos de suma importancia. El alma era una entidad inmortal, creían en un más allá de países lejanos: la tierra de los jóvenes, la tierra de

las mujeres, llanura de los placeres, la gran llanura o la tierra de la promesa. Por lo tanto, los celtas no temían a la muerte incluso la podían llegar a provocar (Bosh y Tudela,1997; Puech, 1977).

1.1.6 Antigua Grecia

La antigua gracia, considerada así del año 1200 a.C. hasta la invasión dórica se caracterizó por tener una religión politeísta. Los dioses eran quienes decidían la suerte de los hombres, había dioses del Olimpo, considerados los dioses mayores y los dioses del infierno, considerados dioses secundarios. Para el hombre griego el alma era inmortal y al morir iba al inframundo. Al llegar al inframundo debía pasar por el río *Aqueronte* para lo cual debía pagar con una moneda la cual que era colocada en el difunto debajo de la lengua o en los párpados durante la sepultura. Una vez cruzado el río, los muertos eran juzgados por los jueces del inframundo Minos, Radamantis y Éaco, para ser llevados a su destino final, ya sea la *llanura de Asfódelos*, lugar de los mediocres; los *Campos Elíseos*, lugar de los afortunados o el *Tártaro*, lugar donde se pagan los malos actos (Bosh y Tudela,1997; González, 2013).

1.1.6.1 Pensamiento filosófico

Sócrates

Se preocupaba por la naturaleza del hombre y al hacerlo postuló que su esencia es era alma, entendiéndose como alma la razón, es decir, la conciencia. Con respecto al cuerpo, Sócrates lo definió como una herramienta para el alma, por lo que hizo una división entre ambos conceptos. El cuerpo, a diferencia del alma, es imperfecto y se encuentra en constante movimiento exigido por el alma, sin embargo, este movimiento tiene un límite, el cuerpo perece, pero el alma no, por lo que ésta lo precede. Otro concepto utilizado por Sócrates fue la virtud, definida por él como aquel acto o modo de ser que perfecciona las cosas de tal modo que lleguen a ser aquello a lo que están destinados a ser; La virtud del hombre será hacer que el alma se convierta en lo que debe ser, buena y perfecta, acto que sólo se consigue mediante la ciencia y el conocimiento (Reale y Antiseri, 2008; Salgado, 2012).

Platón

Definió que la vida es sólo la preparación para la muerte, el hombre debe hallar la forma de separar la parte del cuerpo de la del alma, la cual es inmortal y está en constante cambio. Para Platón *morir es abandonar el cuerpo y vivir alcanzar el conocimiento*. Concibió que el alma es muy superior al cuerpo, es lo más auténtico del ser humano. El alma es creada por los dioses y al bajar a la tierra queda atada al cuerpo, elemento lleno de defectos que impide la búsqueda de la verdad. Sin embargo, Platón, si bien habló de un alma perfecta, ésta no lo es en su totalidad, ya que se divide en tres, el alma racional (perfecta), el alma irascible (alma de pasiones nobles) y el alma concupiscible (alma de pasiones bajas). Siendo así que sólo una parte del alma es perfecta. Este filósofo decía que el alma pasa mil años transmigrando de cuerpo en cuerpo buscando la verdad, un grado de conciencia más elevado que le permita volver a los dioses (Moreno, 2010; Reyes, 1991; Roche, 1998).

Aristóteles

Hablaba sobre la causa y el efecto, al mismo tiempo que se está siendo algo (acto) se tiene la posibilidad de ser algo más (potencial). La posibilidad lleva al hombre a conocer su fin que es hacer que ese potencial se vuelva acto. Según este filósofo, el fin último del hombre, consiste en que éste sea feliz (virtuoso), que se alcanza viviendo y actuando bien. Para Aristóteles no existe la inmortalidad debido a que la causalidad no trasciende, una vez que muere el cuerpo el alma también (Reyes, 1991; Roche, 1998). A diferencia de Platón, él concibió al alma como una unidad total que tiene funciones ya sean vegetativas (orgánicas), sensitivas (externas e internas) e intelectivas (inteligencia y voluntad). El ser humano posee las tres funciones, siendo la función intelectiva, lo que lo constituye como superior (Salgado, 2012).

Epicuro

Veía a la muerte como un continuo, la vida aparece como azar y así se va. La muerte es inevitable pero la vida puede ser vivida desprovista de sufrimiento si se deja de esperar al futuro y se concentra únicamente en el presente, lo importante no es cuánto tiempo se vivirá sino vivir bien. Mencionaba que no se le debe temer a la muerte puesto que ésta no se

siente, la muerte no es nada. Todo bien o mal reside en la sensación, por lo tanto, no se le debe temer a la falta de sentir. Finalmente dice que el mayor de los males nada es para el hombre, porque cuando la muerte está el hombre no, y cuando la vida está, la muerte no (Roche, 1998).

1.1.7 Antigua Roma

La civilización de la antigua Roma compete de finales del siglo VII a. C. la cual tuvo un gran impacto en el desarrollo de occidente. Según la ideología de la antigua roma los muertos estando bajo tierra seguían viviendo de manera similar a cuando estaban vivos, teniendo necesidades y sentimientos, pero su vida era mediocre, por lo que había que mantener al muerto lo más cómodo posible, ofreciéndole sangre, ya sea humana o de animales. Los romanos tenían lazos tan estrechos con sus familias que al morir un familiar se le pasaba a rendir culto. Su tumba se convertía en una especie de altar ya que se creía que el difunto resguardaba y cuidaba a la familia. El rito funerario era de suma importancia debido a que si no se llevaba a cabo de manera adecuada el difunto no tendría descanso (Bosh y Tudela, 1997; González, 2013).

1.1.7.1 Pensamiento filosófico

Lucrecio

Retomó las ideas de Epicuro sobre la conservación de la materia, e hizo hincapié en que el hombre no debe temerle a la muerte. Pensaba que el temor a la muerte es producto de la ignorancia y la avaricia, sólo el conocimiento puede disipar el temor. También se encargó de describir la naturaleza del alma, a la cual la dividió en tres: *corpus (cuerpo)*, *anima (parte irracional)* y *mens/anima (parte racional)*. Mencionó que existen una clase de átomos huecos que disuelven en todo el cuerpo y son causantes de los sueños y los pensamientos. Tanto el cuerpo como el alma se constituyen por dichos átomos y en el momento que muere uno también lo hace el otro, para este filósofo el alma es mortal y al igual que el cuerpo, ésta también envejece (Granada, 1989; Mas, 2006).

Por otra parte Traver (1999) menciona:

En la obra de Lucrecio se repite la cuestión del miedo a la muerte, los dioses y la religión, muchas veces asociada a la superstición. Ese miedo calificado como irracional se deriva del temor al poder divino, capaz de crear y destruir. El epicureísmo se encarga de refutar dicha intervención divina en el orden de las cosas a través del conocimiento y de la sabiduría, conceptos importantes a la hora de entender las armas con las que se combate dicho miedo (p. 13).

Virgilio

En su obra *Eneida*, dejó plasmada su concepción sobre la inmortalidad del ser. Hizo una diferencia entre el cuerpo y el alma. Al morir el alma pasa a ser purgada, debe purificarse de manera tortuosa, puesto que está manchada por las experiencias mundanas. El objetivo de las almas es pasar de *Tártaro*, lugar a donde se purgan las almas, a los *Campos Elíseos*, lugar donde las almas pueden pasar a reencarnar en romanos gloriosos (Granada, 1989; Mas, 2006).

Séneca

Mencionaba que la muerte acompaña al hombre todo el tiempo, desde el momento en que nace va muriendo poco a poco. La muerte es lo único veraz de la existencia y es la que le da sentido, ya que, de no existir, no se tendría noción de la vida. Séneca creía que el hombre no debe preocuparse de la muerte, sino de la vida, ya que de lo contrario al estar temiendo a morir también se teme el vivir. La vida es sólo un instante que debe aprovecharse lo mejor posible (Frutis, 2013; Mas, 2006).

1.1.8 China

En la antigua china, de acuerdo con sus prácticas mortuorias, también se creía en la vida después de la muerte. La cultura Yang Chao, datada del año 5000 a. C., enterraba a sus muertos en las zonas elevadas de las regiones. A los niños se les enterraba en vasijas de barro dentro de las casas. Durante la dinastía Shang (1766 a. C.) el sacrificio de prisioneros era común, aunque esta práctica quedó prohibida algunos miles de años después (Eliade, 2007; León, 2007).

De la cultura china se caracteriza notablemente el culto a los antepasados, de los cuales se creía que se hacían cargo de los asuntos familiares, por lo que no había que molestarlos o podían desatar su furia. Este culto se conservó con la llegada de la dinastía Tcheu en 1928

a. C. y de hecho los cultos se hicieron más complejos. Cuatro veces al año se hacían ceremonias para los antepasados. En la cultura china se habla con frecuencia de las dualidades antagónicas que se encuentran en constante dinamismo, al cual se le llama Yin y Yang, y explica cómo funciona el universo (Eliade, 2007; González, 2013).

Con las ideas de Confucio, China tuvo grandes cambios en cuestiones religiosas. conforme a sus ideas, el hombre debía ocuparse más de sí mismo que de los espíritus, a quienes se debe tener alejados. Por otra parte, hablaba sobre cómo debe ser el comportamiento del hombre. Si el hombre se comporta de acuerdo con como mandan los ritos y costumbres, puede lograr una armonía cósmica, el orden de las cosas se da siguiendo las leyes al pie de la letra (Eliade, 2007; Guerra, 1999).

Junto con Confucio, existió otro gran exponente, Lao Tzu y el taoísmo. El taoísmo tuvo como objetivo perseguir el Tao, es decir, la realidad última e inasequible, sin embargo, al ser inasequible, Lao Tzu hará referencia a un segundo Tao, el cual es llamado como la madre del mundo, y se representa como la divinidad del valle. Dicho valle representa el vacío. La aspiración del hombre es quedar vacío de pasiones y deseos para poder ser habitado por el Tao. Se concibe la vida y la muerte de acuerdo con los preceptos del yin-yang, donde uno trae consigo la vitalidad y el otro el reposo. Sin embargo, quien queda vacío, queda fuera de esta dinámica, posibilitando el alargamiento de la vida. Siendo así que la longevidad tiene un gran peso para el taoísmo (Eliade, 2007; León, 2007).

1.1.9 Japón

En cuanto a Japón, el *Shintoísmo* fue la religión antigua que se practicó, según ella, las almas de los muertos se dirigían a tres lugares, el primero era al mundo subterráneo llamado *kegare*, el segundo situado en los confines del mar *nirai kanai*, y el último situado en la cima de una montaña. Se creía que los muertos podían o bien proteger a los vivos o bien dañarlos. Los japoneses solían hacer una fiesta para conmemorarlos llamada *matsuri*. En cuanto a las ceremonias fúnebres, solían ser parte importante de las tradiciones, el difunto tenía un trato especial, se le vestía de blanco y colocaba en un ataúd de madera blanca. Un sacerdote debía hacer plegarias para que el alma pudiera entrar al altar (*mitama*) que la familia tenía en casa (González, 2013; Shuichi, 1987).

Con la llegada del budismo, hubo una mezcla de tradiciones. Entre los conceptos que se empezaron a utilizar fueron el de *mudyoo*, concepto que hace referencia a la transitoriedad de la existencia. Otro concepto fue *inga oojoo*, habla sobre la causa y efecto de las acciones pasadas cometidas. El último concepto fue el de *butsudan* lugar físico en el que se le da la bienvenida a las almas. Otra conceptualización importante fue la del más allá, ya no había tres destinos, sólo uno, el *gokuraku*. Con la llegada de la secta budista zen, se modifican algunas concepciones. En vez de preocuparse por la muerte, se ocupaban por superar la dicotomía de la existencia, es decir, entender las contradicciones de la vida (González, 2013; Shuuichi, 1987).

Finalmente, el daoísmo y neconfucianismo tuvieron también gran impacto en la cultura japonesa. De acuerdo con el daoísmo, la longevidad es primordial para la identificación del hombre con la naturaleza inmortal. En cuanto al neconfucianismo, concibe al hombre como parte de la naturaleza, por lo tanto, el morir el alma ni el cuerpo se dispersan, sino que vuelven a su origen (González, 2013; Shuuichi, 1987).

1.1.10 Edad media

1.1.10.1 Occidente

La edad media es concebida como el periodo entre el siglo V y el XV, la cual empieza con la caída del imperio romano de occidente y termina con la caída del imperio bizantino. Durante la edad media, la muerte estuvo muy ligada a Dios, él dictaba quien vivía y quien moría. Las personas debían morir de buena manera para acceder al reino de los cielos (Hernández, 2006). En el cristianismo se muestran dos clases de muertes, la terrenal y la que conduce al pecado. La vida terrenal es vista como un peregrinar a la verdadera vida que comienza después de la muerte, sin embargo, la vida es una constante lucha contra el pecado que mancha el alma e imposibilita la entrada a la vida eterna (Mitre, 2004). Santo Tomás de Aquino menciona que la muerte es el final de la vida, y para el hombre es una desgracia, por lo que las personas deben aprender a responsabilizarse sobre su propia vida (Reyes, 1991).

Para el hombre medieval fue de suma importancia la idea del buen morir, la cual era vista como la serenidad causada por las buenas acciones que el moribundo experimenta

antes de su fin. Una muerte lenta y en cama era una de las mejores formas de morir. Al contrario, se rechazaba el mal morir, es decir, la muerte estrepitosa y sin anunciar (Mitre, 2004). La enfermedad jugó un papel importante en el concepto de muerte en la edad media, era vista como castigo divino, y con la llegada de la peste negra, esta idea se acrecentó, llenando a la población medieval de culpa y miedo (Haindl, 2009).

El concepto de muerte en la edad media, no se mantuvo estático, sino que fue evolucionando, y si bien, en un principio las personas se preocupaban más por la segunda muerte, en la baja edad media (siglo XI) la primera muerte tomó un papel importante, siendo así que las preocupaciones por lo que se perderá en la vida terrenal (riqueza, belleza, etc.) pasaron a tener una mayor relevancia que el juicio final. El hombre empezó a ver la vida con pesimismo, pero al mismo tiempo como algo fugaz que debe aprovecharse (Haindl, 2009; Mitre, 2004).

El gran cambio en la concepción de muerte en el hombre medieval tuvo que ver con el aumento en los decesos que trajo la peste negra y las guerras. La baja edad media se caracterizó por la pérdida en la fe cristiana. Los creyentes observaron que ni la oración ni las penitencias los salvaban de las enfermedades y la muerte, por lo que la idea de disfrutar la vida a través de los vicios, crímenes y promiscuidad se hizo común. La imagen de la muerte se conceptualizó de una forma macabra y oscura debido al gran pesimismo ante la vida. Las representaciones de la muerte se mostraron como un cadáver putrefacto, con capa negra y terrorífico (Barreno, 2012; Mitre, 2004).

1.1.10.2 Oriente

La concepción de muerte en oriente distó totalmente de la que se estaba gestando en occidente. Mientras que para el cristianismo la muerte era vista como un castigo, la religión hinduista elaboraba un libro llamado *Brardo Thodol*, este libro describía la forma en la cual el hombre podía liberarse del ciclo de reencarnaciones (*samsara*) al cual está condenado (Sánchez, 2015). Por otra parte, en medio oriente, el islam comenzaba a tomar fuerza, teniendo gran influencia en países como Palestina, Mesopotamia y Egipto. Las ideas sobre la muerte desde esta perspectiva eran más bien vistas como bendiciones que como castigo (Cobos, 2005).

1.1.11 Época ilustre y moderna

Con la llegada de la ilustración en el siglo XVII, el concepto de muerte se transformó gracias al desarrollo de las ciencias. El uso de la razón para la explicación de la naturaleza fue primordial para la elaboración del concepto. Por una parte, se postuló que el hombre al morir volvía a ser parte de la naturaleza. La muerte debía concebirse con calma, el tenerle miedo sólo era resultado de ideas irracionales fomentadas por la iglesia. Por otro lado, la mayoría de los pensadores ilustres adoptó una concepción más atemorizante. Como no se sabía nada de la muerte, se optó por ignorarla, lo que trajo como consecuencia que a la larga se le viera como una fuerza de la naturaleza amenazadora e irracional (Granada, 1989, 1981).

Viqueira (1981), menciona:

Dentro de la visión ilustrada se consideraba a la razón como un don natural del hombre, y a la naturaleza como sujeta a leyes racionales, en esta armonía conceptual entre razón y naturaleza, la muerte encajaba difícilmente. Nadie podía negar su carácter natural, pero ¿podía afirmarse que por esto fuera racional? (pp. 41-42).

Es en el siglo XIX, que la concepción empieza a cambiar para convertirse en tema tabú, con las ideas ilustres respecto al temor hacia la muerte, el hombre se avoca la preservación de la vida por medio del cuidado de la salud. El concepto médico de muerte toma fuerza, los diagnósticos y las operaciones fomentan que la figura del médico se asocie a la de la muerte, tal es así que el hospital pasa a ser el lugar del último aliento del moribundo (Hernández, 2006; Urmeneta, 2001).

1.1.12 Sociedad actual occidental

Actualmente en la sociedad occidental la muerte no se acepta puesto que los valores éticos se han perdido para dar paso a los valores utilitarios, la muerte no tiene sentido, por lo tanto, es un tabú, se evita completamente el tema, por el contrario, se hace todo lo posible para alejarse de él. Se da una exagerada importancia a mantener la apariencia de juventud, se hace culto al cuerpo joven despreciando lo viejo y lo enfermo (Álvarez, 2002). A diferencia de la época medieval donde lo más deseable era una muerte lenta para poder

redimirse de manera adecuada, en la actualidad, una muerte rápida es lo ideal, súbita y sin dolor, de tal manera que no se tenga que hablar mucho al respecto (Urmeneta, 2001).

La muerte al tratarse de negar provoca que el trato a los próximos a morir se vea afectado, en el caso de los moribundos, la mayoría permanece aislado puesto que como ya no es útil su vida es invalidada; el hecho se puede ver claramente en las instituciones, el enfermo se cosifica para pasar a ser una suma orgánica de síntomas. Si se da el caso de una muerte repentina, ésta es vista como un fracaso del tratamiento médico (Thomas, 1991). Cuando el deceso está hecho, el personal médico intenta ser lo más objetivos y fríos posibles, el funcionamiento de la institución depende de la capacidad del médico y de las enfermeras para tener bajo control no sólo sus sentimientos sino los de los dolientes (Días, 2006). Esta visión de muerte también ha afectado los ritos funerarios, la expresión del dolor debe ser íntima no mostrarse demasiado ante la sociedad, por lo tanto, el ritual funesto se ha ido simplificando, haciendo con esto los duelos más patológicos. Ahora los ritos se han profesionalizado con la creación de la tanatopraxia (arreglo del cadáver para extender su preservación) y la cremación, haciendo más fáciles el manejo del cadáver (Thomas, 1991; Urmeneta, 2001).

1.2 Concepto de muerte y religión

En el ámbito religioso, el concepto de muerte el concepto varía sustancialmente, siendo así que para algunas sólo hay un nacimiento, para otras varios, los rituales varían, así como la actitud de los dolientes ante la pérdida. La religión tiene un peso importante a la hora de afrontar una pérdida, ya que ésta dictamina la forma en cómo se debe comportar el doliente y cómo debe sentir su dolor.

1.2.1 Hinduismo

El hinduismo a deferencia de las otras religiones universales, no tiene ningún fundador. La filosofía hindú tiene muy presente la idea de alma inmortal. El alma está constantemente reencarnando ya sea en una casta diferente o en un animal y dependerá de las acciones que el hombre lleve a cabo (karma). No hay ni principio ni fin, todo es un constante ciclo

llamado *samsara*, del cual el hindú trata de liberarse. La vida terrenal esclaviza al individuo, éste ya existía desde antes de nacer, por lo que al venir al mundo, lo hace como un ser ajeno al éste. El objetivo de la vida será liberarse de la esclavitud terrenal (Álvarez, 2002; Rowe, 1989; Scalici s/f).

Para la liberación del alma existen tres caminos de salvación. El primero es el denominado camino del sacrificio, el hindú debe ser capaz de llevar a cabo buenas acciones y sacrificios para liberar el alma. El segundo camino es el de la comprensión y del conocimiento, cuando se comprende la verdadera naturaleza de la existencia, es decir, comprende la unión entre el alma humana (atman) y el alma universal (Brahman), puede ser liberado para pasar a ser una chispa del universo. Finalmente, el último camino es el de la devoción, ser devoto y tener fe en dios permitirán que la liberación. A diferencia de los otros dos caminos, en éste es dios quien salva al hindú, no él mismo (Álvarez, 2002; Gaarder, Hellern y Notaker, 2009).

1.2.2 Budismo

El budismo es una religión fundada por Siddharta Gautama, conocido también como Akyamuni, en el año de 560-489 a.c. El budismo se desarrolló dentro del hinduismo, por lo que ambas tienen varios conceptos en común, como el karma. La vida es vista un constante ciclo que tiene como finalidad alcanzar el nirvana (Álvarez, 2002). La energía no desaparece, sino que está en constante flujo, por lo que parece obvio que la vida también lo esté. A diferencia del hinduismo, el budismo no cree que el alma vaya cambiando de cuerpo en cuerpo, el alma es tan efímera como lo es el cuerpo, en realidad la existencia del “yo” es una mera ilusión, al estar todo en constante cambio y movimiento, no hay nada concreto o permanente (Gaarder, Hellern y Notaker, 2009).

Para que el budista tenga una muerte ideal debe tener una vida ideal. Buda describe cuatro nobles verdades: la primera hace referencia al dolor, toda la vida produce dolor. La segunda habla sobre la causa del dolor la cual son las ataduras a cosas que perecerán. La tercera tiene que ver con la sensación de dolor, entre más se desprenda de las ataduras se experimenta mayor gozo, el cual proviene de la esencia interior. Finalmente, la cuarta noble verdad, la senda que conduce a la sensación del dolor “noble óctuple sendero” habla sobre

la correcta recta que debe seguirse para liberarse del sufrimiento (Álvarez, 2002; Rowe, 1989; Scalici s/f).

1.2.3 Islam

El islam tiene sus inicios en Arabia y es la segunda religión más grande del mundo, sólo después de la religión cristiana. Es la religión más joven de las grandes religiones y tiene sus inicios hace 570 años d. C. Desde el islam sólo se vive una vez en la tierra y al morir el alma se separa del cuerpo. El mundo es un lugar al cual se viene a sufrir, por lo tanto, la muerte no es algo trágico, sino por el contrario, se acepta con alegría ya que significa el fin del sufrimiento terrenal (Álvarez, 2002; Hierro, 2013).

Para que el musulmán pueda acceder al paraíso prometido después de la muerte debe cumplir con los cinco pilares del islam. *La profesión de la fe* “no hay otro dios que Alá, y Mahoma es su profeta”. *La oración*, en el islam se debe rezar cinco veces al día, para lo cual el cuerpo debe estar completamente limpio, los rezos deben estar dirigidos a la meca y hacer los gestos correspondientes. *El ayuno*, durante el ramadán (mes en que Mahoma recibió su primera revelación), el noveno mes del año lunar, los musulmanes tienen prohibido comer, beber, fumar o tener relaciones sexuales. *La limosna*, hace referencia a un tributo obligatorio que hacen los musulmanes para las causas de dios. Por último, *la peregrinación a la Meca*, por lo menos una vez en la vida el musulmán debe viajar a la Meca, la cual, para ellos, es el centro del mundo (Álvarez, 2002; Hierro, 2013; Gaarder, Hellern y Notaker, 2009).

1.2.4 Judaísmo

El judaísmo tiene como base filosófica las escrituras de la biblia del antiguo testamento pero ordenado de manera distinta. Conforme al judaísmo la vida se divide cuatro grandes etapas, la circunción, el Bar Mitzvá, el matrimonio y el entierro (Gaarder, Hellern y Notaker, 2009). Para el judío la muerte, al igual que en la religión cristiana y en el islam, es una, y no se le debe temer puesto que es parte de la vida. La división de alma y cuerpo no se hace en esta religión se concibe al hombre como una unidad, por lo que al morir, su alma muere con él, siendo así que el cuidado del cuerpo del difunto es de suma importancia así

como el cuidado del enfermo. La visita a los enfermos es un deber y el objetivo es brindarle la mayor comodidad puesto que acelerar su deceso está estrictamente prohibido. Una vez que el deceso se ha dado, el cuidado del difunto se debe hacer con el mayor respeto y delicadeza posibles. Está estrictamente prohibido que se profane al cuerpo, por lo tanto, ni la autopsia, ni la cremación son aceptadas. El entierro se debe llevar a cabo en las próximas 24 horas como indica la biblia, y los partícipes deben ser los familiares directos, es decir, padres, hermanos, hijos y esposa/o. Estas personas tienen la obligación de cumplir los mandamientos del difunto (Gaarder, Hellern y Notaker, 2009; González, 2013).

El ritual funerario consiste en primera instancia del lavado del cuerpo, vertiendo agua sobre éste mientras se leen textos bíblicos. Está prohibido mirar el rostro del difunto, debido a que no es apropiado ver al cuerpo sin conciencia. Después del lavado el cadáver es vestido por un sudario blanco y es colocado con las manos abiertas. Preparado el cuerpo se traslada a una sala en la que se llevan a cabo rezos para finalmente llevarlo a enterrar. Durante el entierro se van leyendo salmos y una vez depositado el ataúd en la tumba se arroja un poco de tierra. Una vez terminado el entierro se celebra una comida de luto que consiste en la ingesta de alimentos redondos, los cuales simboliza el ciclo de la vida. La familia debe llevar el luto durante una semana en la cual no pueden salir a las calles, hacer negocios de lucro, bañarse, cortarse las uñas, el cabello ni verse al espejo. Pasados los siete días pueden volver a sus actividades, pero sin asistir a fiestas. Finalmente, pasado un año se coloca una losa en la tumba con el nombre del difunto y el duelo queda concluido (Hierro, 2013; Tapia-Adlher, 2008; Gaarder, Hellern y Notaker, 2009; González, 2013).

1.2.5 Cristianismo

El cristianismo es la religión con más adeptos que existe en el mundo, forma parte importante de la historia occidental, de hecho, la biblia es el libro más leído en el mundo y el que más influencia ha tenido (Gaarder, Hellern y Notaker, 2009). Según con las creencias cristianas, existe algo llamado el pecado original, este pecado lo llevan todas las personas y es producto de los malos actos cometidos por Adán y Eva, al comer del árbol de la sabiduría, condenando a la humanidad al castigo de la muerte. A causa de este pecado, el hombre no podía salvarse a sí mismo, por lo que necesitaba la ayuda de alguien para redimir el castigo. Es gracias a la muerte de Jesucristo que la humanidad tiene salvación. Su

sacrificio revoca la muerte absoluta del hombre, éste tiene la promesa de que tendrá vida después de la muerte, y que llegado el juicio final, al encomendarse a dios, tendrá vida eterna (Álvarez, 2002; Rowe, 1989; Gaarder, Hellern y Notaker, 2009).

Para el cristiano el alma es inmortal. El hombre se divide en tres partes: cuerpo, alma y espíritu. Antes del pecado original Ironside, (1876-1951) describe:

Alguien ha empleado la casa de tres plantas como figura del hombre según fue creado por Dios: la planta baja es el cuerpo, la del medio es el taller o lugar de trabajo, y ella corresponde al alma, y la de arriba es el observatorio, el lugar de comunión y estudio, y ella corresponde al espíritu. En su condición sin pecado, el espíritu del hombre conversaba con Dios y gozaba de comunión con el Espíritu infinito. La caída del hombre, cual terremoto moral, sacudió la casa de tal manera que el tercer piso se desplomó al sótano. Por lo tanto, el hombre natural es uno en quien predomina el alma. (pp. 4-5)

Este autor menciona que sólo la gracia de dios puede redimir al hombre del pecado y devolverle su pureza. Como se mencionó, el hombre se divide en tres instancias, la primera de ella es el cuerpo, la parte material del hombre. Las siguientes son el alma y espíritu, partes inateriales e inmortales del ser humano, van unidas y distinguir la diferencia entre una y otra es aún tema de debate (Ironside, 1876-1951).

La muerte es el final de la vida terrenal, pero a ésta le sigue la vida eterna, la cual, dependiendo de los actos, tendrá diferente destino. Si el alma es buena y está purificada se dirigirá al cielo para estar cerca del creador. Si por el contrario el alma es mala y se encuentra en pecado mortal, se dirigirá al infierno, lugar donde el castigo nunca acaba (Hierro, 2013).

1.3 Muerte en México

En lo que respecta a México la construcción del concepto de muerte se encuentra lleno de una gran diversidad ideológica ya que cuentan con los aportes prehispánicos, coloniales y occidentales. Aunque la mayoría de la población mexicana es católica y por tanto tiene rituales como los rezos, rosarios, novenarios, dar el pésame, entre otros, también es cierto que existen tradiciones prehispánicas, como el día de muertos, que siguen vigentes (Gómez-Gutiérrez, 2011). La muerte en México es vista de dos formas muy contrastantes.

Por una parte, se le tiene un gran respeto ya que el culto a la muerte es practicado en varias partes del país, se le venera y se acude en busca de ayuda y alivio. Por otra parte, se juega con la muerte, el mexicano hace bromas, se ha utilizado como sátira en la política y frecuentemente se encuentra en el arte, sin embargo, esto no quiere decir que no se le tema, la influencia del occidentalismo da pie al temor (Gómez & Delgado, 2000; Gómez-Gutiérrez, 2011).

1.3.1 Concepto de muerte en el México prehispánico

1.3.1.1 Cultura maya

Los mayas tuvieron una rica tradición cultural y religiosa. Para ellos el universo está conformado por tres complejos: el primero de ellos es el cielo, el cual se divide en trece estratos. Cada estrato cuenta con un dios, en el nivel superior mora *Hunab Ku*. La tierra es el segundo complejo y estaba dividida en cuatro regiones, denominadas casas del sol. El último complejo es el inframundo y está conformado por nueve niveles. El nivel más bajo era el *Xibalbá*, lugar al cual iban los muertos. Para los mayas el espíritu era inmortal, al morir el cuerpo se iba desintegrando durante cinco años hasta llegar a *Xibalbá*, una vez ahí, el espíritu pasaba por la boca de una mujer embarazada para volver a nacer. Conforme a los ritos, los mayas utilizaban las plataformas de sus templos para llevar a cabo la ceremonia mortuoria. Además de eso, con la influencia azteca, también practicaron el sacrificio, en especial, el de doncellas vírgenes (González, 2013; Reyes, 1991).

1.3.1.2 Cultura mexicana

Esta cultura se caracterizó por la utilización de sacrificios. Los sacrificios se llevaban a cabo como ofrenda a los dioses, era una forma de agradecer la vida y garantizar la trascendencia del alma después de la muerte. El templo mayor fue el principal centro ceremonial en el que se llevaron a cabo los sacrificios (Reyes, 1991). El modo de sacrificio más utilizado fue arrancar el corazón de la víctima para ofrecerlo a los dioses. Entre los sacrificados se encontraban los niños, doncellas para los ritos de fertilidad y con mayor frecuencia prisioneros de guerra, quienes eran ofrecidos a los dioses (López y López, 2008).

En cuanto a los ritos funerarios, éstos duraban cuarenta días y durante ellos no se podía tener relaciones sexuales ni ingerir alimentos. Los nahuas cremaban o enterraban a sus muertos dependiendo de la forma en cómo morían. Para religión mexicana, resultaba de gran relevancia la forma de morir ya que de acuerdo con ésta era el lugar a donde irían después. Uno de estos sitios es el llamado *Mictlán* (lugar de los muertos), lugar al que se dirigían todos aquellos que murieron de forma natural o de enfermedades sin carácter sagrado. El segundo lugar se llama *Tlalocan*, lugar donde habita *Tláloc* dios de la lluvia, por tanto, todo aquel que moría a causa del agua para allí. El tercer lugar es la llamada casa del sol, *Tonatiuh-Ichan*, a ésta llegaban todos aquellos caídos en combate, mujeres muertas en labor de parto. Finalmente se encuentra el Cincalco (casa del maíz), lugar a donde se dirigen todos los niños (Haase, 2013; Instituto Mexicano de Tanatología, 2011; Reyes, 1991).

1.3.2 Concepto de muerte en el México colonial

Con la llegada de los españoles, los sentimientos de miedo y culpa se hicieron presentes en torno a la muerte. Los conquistadores intentaron erradicar a toda costa las tradiciones prehispánicas por medio de la introducción de la idea del purgatorio (Gómez y Delgado, 2000). Así como la concepción de muerte, las costumbres funerarias también se modificaron. Con la construcción de iglesias, el entierro de los difuntos se llevó a cabo en ellas. Ayudar al bien morir, entierros, novenarios, sufragios, etc. fueron algunos de los elementos que se introdujeron (Gómez y Delgado, 2000; Reyes, 2016).

Los pasos del ritual funerario en la nueva España fueron los siguientes (Guerrero, 2006; Rodríguez, 2001).

Ayudar al bien morir: para que el cristiano tuviera un buen morir se necesitaba que durante sus últimos días de vida fuera auxiliado por dos ministros quienes se encargaban de encomendar su alma a dios y absolver sus pecados. Además de eso, el moribundo debía confesarse, hacerle un sacramento (viático) y la extremaunción (ungir aceites en el moribundo).

Testamento: por medio del testamento el moribundo quedaba en paz con dios y las personas.

Preparación del difunto y ataúd: antes de enterarlo, se hacía una limpieza del cuerpo y se amortajaba. En el caso de los niños, éstos eran vestidos como ángeles con coronas. Si el difunto era de una clase económica baja el ataúd era una tabla, los demás ataúdes por lo regular, eran en forma de rombo o triángulo.

Entierro: el lugar del entierro se hacía dependiendo de la clase económica a la cual pertenecía el difunto, si era pobre se hacía una misa sencilla y se enterraba en los atrios. Si por el contrario eran nobles, se enterraban cerca de los altares, se hacían sonar las campanas y se llevaba el ataúd en una carroza negra adornada de listones del mismo color.

Novenario, sufragios y honras: después del entierro se hacían una serie de misas, primero durante nueve días, después cada mes y finalmente al año, donde no sólo se le rezaba al difunto sino también a otros difuntos. Las misas se daban de acuerdo con lo encomendado en el testamento.

1.3.3 México ilustrado

Las ideas sobre la muerte en México fueron similares a las ideas europeas, las cuales veían a la muerte como irracional. El temor que infundió la muerte llevó a los mexicanos a alejarse de todo lo que tiene que ver con ella. Si tradicionalmente se convivía con los cadáveres, ahora se veían con espanto y horror. Ahora en vez de enterrarse en las iglesias o en las paredes de las casas, se instauraban cementerios lejos de las ciudades. Los rituales funerarios también resultaron afectados al hacerse más más discretos y simples (Viqueira, 1981).

1.3.4 Concepto de muerte en la actualidad

Las ideas de la ilustración fueron cambiando hasta llegar a las ideas que se tienen en la actualidad. México es un país provisto de diversas creencias y tradiciones muy arraigadas. Existe una mezcla interesante de ideas precolombinas e ideas occidentales que da como resultado una riqueza ideológica en torno al concepto de muerte (Whizar-Lugo, 2004).

En la actualidad el mexicano esconde su temor a la muerte en el humor, creemos que así como la tratamos con familiaridad, tenemos la esperanza de cuando nos alcance la huesuda o colguemos los tenis, nos trate de manera recíproca por eso la caracterizamos por medio de la plástica, la acariciamos

con la poesía, la enfrentamos a través de canciones, la ironizamos contando chistes, la degustamos con el delicioso pan de muerto, la saboreamos con la clásica calaverita y la hacemos familiar con toda la artesanía que circula en los mercados, así es que llevamos nuestra propia calaverita, nadie se escapa de ella (Sánchez, s/f, p. 3).

Su imagen se utiliza como sátira social y queja política y al mismo tiempo cada 1 y 2 de noviembre se celebra el día de muertos. El artista José Guadalupe Posada, es reflejo de cómo se visualiza a la muerte. Posada se dedicó al tema de la muerte, satirizándola y creando la emblemática *Calavera garbancera* o como se conoce popularmente *la Catrina* (Whizar-Lugo, 2004).

En la actualidad, a diferencias de varios países occidentales, los rituales fúnebres siguen siendo parte importante de la cultura, siendo la religión católica, la principal base de éstos, no se evita el sufrimiento, sino por el contrario, se permite sentir (Gómez-Gutiérrez, 2001). En los pueblos indígenas las festividades del día de muertos son parte primordial de la cultura. Las festividades del día de muertos en algunas regiones de México se inauguran desde una semana antes. El 28 de octubre se limpian las tumbas y colocan las ofrendas que constan de flores de cempaxúchitl, velas de cera, fotos del difunto junto con su comida y bebidas favoritas. El primero de noviembre se festeja a los niños muertos y el 2 a los adultos (Sánchez, s/f). Además de las ofrendas, existen algunos otros aspectos característicos de la celebración como son: los alfeñiques, dulces tradicionales en forma de calavera con nombres inscritos en ellos; las “calaveritas”, poemas literarios que hacen crítica social y política tomando a la muerte como referencia; y finalmente el tradicional pan de muerto sabor a naranja, que alude a los huesos y cráneo de los muertos (Whizar-Lugo, 2004).

Además de los rituales fúnebres, México se caracteriza por el culto a la santa muerte. Registros del culto a la muerte se pueden encontrar en los aztecas quienes adornaban sus esqueletos (Araujo et al. 2009). Con la llegada de los españoles, la imagen de la muerte con aspecto esquelético fue introducido. Al morir, algunos ídolos como San Pascual Bailón o Justo Juez fueron venerados, adorando sus esqueletos. En partes como Yanhuitlán u Oaxaca, esculturas de esqueletos con guadañas eran venerados, sin embargo, la imagen de la muerte se asoció con algo maligno por lo que quedó relegada. Es hasta los años cuarenta que se tiene mayor información con respecto a su adoración debido a que ésta estaba

prohibida. Los primeros altares públicos se encuentran en Tepatepec, Hidalgo existe un altar a la santa muerte en el cual cada 20 de agosto se le festeja, o en el Somberete, Zacatecas, donde cada 27 de julio se festeja a la “Niña blanca” (Ruíz, 2011). Actualmente, el culto hace referencia a hacer peticiones a la imagen, dependiendo del color de las túnicas será lo que se puede pedir; Blanca, salud; negra, fuerza y poder; morada, para abrir caminos; café, para embocar espíritus del más allá; verde, para mantener unidos a los seres queridos; roja, para el amor y la amarilla, para la buena suerte (Araujo et al. 2009).

1.4 Muerte y ritos funerarios católicos

Los ritos han existido desde tiempos inmemorables, éstos son vistos como una forma de aceptación de la pérdida y canalización de la angustia de los supervivientes. La religión católica se caracteriza por tener una rica variedad de ritos en torno a la muerte, los cuales se encuentran bastante vigentes en la actualidad mexicana y que influyen en la forma en cómo se lleva a cabo el duelo por la pérdida.

1.4.1 Preparación del cuerpo

El difunto debe ser separado de los dolientes para su preparación, la ornamentaría y la escenografía ocupada sirven para denotar respeto, honra y recogimiento. Antes de ser velado, el cuerpo debe ser aseado, lo cual, además de servir para la higiene y el decoro, cumple como eliminador de suciedad de la muerte, purifica el cuerpo y lo vuelve sagrado para llegar a su destino (Thomas, 1991).

1.4.2 Velatorio

Una vez listo el cuerpo, se da paso a la velación, en donde las personas más cercanas se reúnen, ofrecen comidas fúnebres para hacer más ligera la noche (Gómez, 1998). La velación se puede dar en la casa del difunto o en la funeraria. Aunque no es de carácter obligatorio, es apropiada para que todos aquellos que no puedan asistir a la misa del sepelio tengan oportunidad de despedirse del difunto. Es normal que durante la vigilia algunos

familiares pasen a decir algunas palabras, se hagan oraciones, se ponga música y dependiendo del lugar, esté presente un sacerdote (Adrover, 2011; Gómez, 1998).

1.4.3 Misa funeraria

La misa se realiza en la iglesia parroquial y todos los familiares deben estar presentes. La misa se lleva a cabo con el cuerpo presente, incluso si ha sido cremado. El párroco debe dar la misa dando lectura a las sagradas escrituras y algunos familiares pueden pasar a dar algunas palabras elogiando al difunto, haciendo alusión a la vida familiar, social y el gran ejemplo que fue como persona (Adrover, 2011; Gómez, 1998).

1.4.4 Sepultura

La sepultura debe de llevarse a cabo en un cementerio católico y ésta debe hacerse inmediatamente después de la misa funeraria. En la sepultura se da el último rito del servicio, es decir, la recomendación, una vez hecha esta se da paso al entierro del ataúd. En el caso de que el cuerpo haya sido cremado, se recomienda que también sea enterrado o llevado a un mausoleo, la repartición o esparcimiento de las cenizas no es bien vista debido a que los dolientes tienen la obligación de orar y visitar a sus difuntos (Adrover, 2011; Gómez, 1998).

1.4.5 Novenario

Después del entierro, durante los siguientes nueve días se convoca toda la familia y amigos para acudir a la iglesia o al domicilio del difunto para rezar los rosarios que piden por el descanso del alma. Una vez pasados los nueve días, cada año se da una misa con la misma intención (González, 2013).

2 SUICIDIO

La Real Academia Española (RAE, 2015), define al suicidio como la acción de matarse a sí mismo, también se puede definir como la acción voluntaria de acabar con la vida propia (Maldonado, 2005). El concepto de suicidio ha estado en constante debate, en especial al hablar de comportamiento suicida, consumación suicida e ideación (Sherr, 2008). El término suicidio tiene poco tiempo de existencia, su registro data a penas del siglo XVII y se le atribuye a Thomas Browne en su novela *Religio Medici* (Salman, 2011).

2.1 Suicidio en la historia

Como se mencionó resulta importante las concepciones que se han hecho respecto al suicidio para comprender mejor el por qué se opta por ciertas estrategias de afrontamiento.

2.1.1 Grecia antigua

En la Grecia antigua se consideraba al suicidio como un acto común, incluso había lugares públicos para consumarlo. La vida no era muy importante por lo que el suicidio era visto hasta de manera positiva. Por lo regular quienes cometían el acto suicida eran los héroes y los nobles. Aunque no era mal visto el suicidio, la forma en cómo se llevaba a cabo si importaba, siendo así que el ahorcamiento era una manera infame. Tampoco se podían suicidar por cualquier motivo, las razones permitidas eran la vergüenza, el dolor y el honor. Filósofos como Platón o Aristóteles no aprobaban el suicidio, pensaban que sólo los dioses podían quitar la vida (Vicente y Ochoa, 2007; Salman, 2011).

2.1.2 Antigua Roma

Para los romanos el suicidio era un acto de honor entre las clases altas, pero estaba prohibido para los esclavos. Según Séneca, el suicidio permitía la liberación del alma de una vida indigna. Gracias a este filósofo se estableció el llamado “culto romano del suicidio”, las personas se suicidaban a sangre fría frente al público. Incluso Séneca cometió

el acto cortándose las venas. La preservación de la virginidad y vejez eran otros motivos justificados para llevar a cabo el acto (Vicente y Ochoa, 2007; Salman, 2011).

2.1.3 Edad media

En la edad media se rompe con las ideas clásicas del suicidio, y se empieza a considerar como pecado o crimen. La biblia dice, “*Y ciertamente os demandaré vuestra sangre, que es vuestra vida: de mano de cualquier viviente la reclamaré, como la demandaré de mano del hombre, extraño o deudo, pidiendo cuentas de la vida humana*” (Génesis, 9,5). Este pasaje se interpreta como que el hombre no es dueño de su vida, ésta le pertenece a Dios, por lo tanto, no puede hacer con ella lo que quiera. Aunado a este pasaje, las ideas de San Agustín, toman gran impacto al retomar el mandamiento de “no matarás”, explicando que el matar incluye a uno mismo (Vicente y Ochoa, 2007; Salman, 2011). El suicidio quedó estrictamente prohibido, siendo así que al cuerpo del suicida se le castigaba de tres maneras: el cuerpo debía ser arrastrado cabeza abajo por la ciudad, la inhumación del cuerpo se hacía en tierra no sagrada y por último, se le clavaba una estaca en el corazón y una piedra en la cabeza de tal forma que su alma no pudiera resucitar (Benna, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005; Salman, 2011; Vicente y Ochoa, 2007).

2.1.4 Época moderna

Para la edad moderna, las ideas sobre el suicidio quedaron casi intactas, los ilustres manifestaron su desacuerdo ante el acto suicida. Montaigne postuló argumentos en contra y a favor del suicidio. Retomando las ideas de Platón, creía que la vida se debe preservar y que llegar a la vejez es un rasgo de bondad. Descartes considera que es mejor quedarse en un mundo del que se sabe algo a aventurarse hacia una salida de la cual nada se sabe. Para él, el suicidio no es un pecado, es más bien un error (Vicente y Ochoa, 2007; Salman, 2011).

Si bien existió una oposición en contra del suicidio no todos los ilustres compartieron ese pensamiento, Hume y Schopenhauer, argumentaron a favor. Por su parte, Hume mencionó que el suicidio era una cuestión moral en la cual el hombre al quedarse desprotegido puede inferir que Dios le está pidiendo abandonar la vida. Schopenhauer vio

al suicidio como una manifestación de voluntad de vida, aunque el suicida quiere la vida, no está dispuesto a vivirla en condiciones desfavorables (Vicente y Ochoa, 2007).

2.1.5 Siglo XIX

La concepción de suicidio para el siglo XIX cambió, en 1838, Esquirol hace referencia al suicidio como causa de un trastorno mental, por lo que la visión de suicidio se aborda desde una perspectiva clínica y patológica. Se buscan las causas biológicas y sociales que provocan el suicidio (Benna, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005; Vicente y Ochoa, 2007).

Desde el ámbito social, Durkheim mencionó que el suicidio está relacionado con la estructura social en la que se desarrolla el individuo, clasificando al suicida en tres tipos (Palacio, 2010; Sherr, 2008):

- Egoísta, resulta de una falta de integración social.
- Altruista, se presenta cuando se está bien integrado a la sociedad y las reglas del grupo exigen el suicidio con tal de realizar un propósito más alto.
- Anómica, ocurre cuando se presenta un cambio abrupto en la relación entre una persona y su sociedad.

Por otra parte, se encuentra Freud (1917), quien mencionó que cuando existe una pérdida del objeto de amor causa una ambivalencia entre los sentimientos de odio y amor, el odio no puede ser expresado por lo que se vuelca hacia uno mismo, existe una autolaceración, al no poder dañar al objeto de amor se daña a uno mismo.

2.2 Incidencia actual del suicidio en el mundo

Aunque esta investigación se avocó al proceso de duelo, resulta pertinente identificar la incidencia del fenómeno del suicidio, no sólo en México sino en el mundo también, para tener una visión más amplia de cómo repercute actualmente en la sociedad.

Las estadísticas conforme al suicidio son aproximadas debido a que existen un número considerable de muertes que no son registradas ya sea porque las hicieron pasar como decesos de otro tipo o bien porque ocurre en comunidades alejadas donde no llegan ministerios ni hospitales (INMEXTAC, 2011). La OMS (2014), menciona que el suicidio es una de las cinco causas de mortandad más frecuentes entre los jóvenes de entre 15 y 19 años, más de 800,000 personas se suicidan cada año. El 75% de los suicidios se lleva a cabo en países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

2.2.1 Factores que propician el comportamiento suicida

Maldonado (2005), describe algunos factores de riesgo.

- Trastornos mentales (depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, abuso de sustancias, trastorno de la personalidad).
- Acontecimientos de la vida no deseados (muertes, accidentes donde se perdieron miembros del cuerpo, etc.)
- Antecedentes familiares de suicidios
- Violencia familiar
- Intento de suicidio previo
- Encarcelación
- Exposición a comportamientos suicidas (pp. 6-7).

Ellis (2008), describe algunos factores psicológicos y sociales.

- Medio ambiente: las condiciones adversas que se viven en la infancia pueden provocar pensamientos disfuncionales.
- Eventos adversos: la conducta suicida está asociada a niveles económicos bajos, muertes de seres queridos, divorcios, conflictos y separaciones. Este tipo de eventos crea en el individuo crisis.
- Carencia de apoyo social: sin una red social, el individuo queda desprovisto de la asistencia para reducir el estrés y sugerencias para solucionar la problemática.
- Modelos suicidas: la persona que están expuestas a comportamientos suicidas (televisión, círculo social) son más propensas tener ideaciones suicidas.
- Desregulación emocional: existe un mal manejo de las emociones. Las emociones negativas son intolerables a tal grado que se les llega a tener fobia.

- Pensamiento desesperanzado: el suicida tiene la idea de que no hay razones para vivir, su vida es miserable y en el futuro seguirá siéndolo.
- Auto invalidación y vergüenza: el individuo trata de ocultar sus sentimientos puesto que los conciben como aversivos, la vergüenza es provocada por la sensación de no poder controlar y ocultar las emociones negativas. Lo que puede llevar al suicidio en forma de autocastigo.
- Transiciones biológico-ambientales: por una parte, puede existir una condición genética, intrauterina o algún trauma cerebral que predisponga al individuo a ser suicida. Por otra parte, el desarrollo del sujeto en un ambiente hostil en el que aprende a desconfiarse, criticarse y castigarse a sí mismo desencadena este comportamiento. Las familias suelen exigir capacidades más allá de las que posee el individuo, castigando fuertemente los comportamientos negativos.
- Refuerzo social negativo: el sujeto al invalidarse a sí mismo busca la desaprobación de las personas a su alrededor reforzando las ideas negativas que tiene respecto a sí mismo.

De igual forma, algunos de los rasgos que se encuentran entre los suicidas son los siguientes (Piña, 2014):

- Infelicidad.- las causas son muy diversas, puede tratarse desde una autoestima pobre hasta serias complicaciones psicológicas y fisiológicas.
- Dependencia.- imposibilidad para asumir sus acciones y pensamientos de manera autónoma, necesidad de tener a alguien en quien apoyarse y que prácticamente resuelva sus problemas cotidianos. Esta característica está ligada al miedo a la sociedad.
- Ausencia de sentido de la vida, desesperanza.- relacionada con las dos características anteriores. Existen el miedo a la frustración.
- Depresión.- de origen y manifestaciones muy variadas. El suicidio es generalmente el resultado de una depresión profunda.
- Perfeccionismo.- personas con un pequeño umbral para la frustración ya que su autoestima depende de sus logros, y pueden llegar a sentir que no valen nada como personas por las faltas cometidas.
- Soledad.- afecta sobre todo a personas mayores; sin embargo, los adolescentes y adultos no están exentos de vivir un aislamiento real o imaginario.

- Impulsividad.- reacciones generalmente irracionales, muchas veces están ligadas a la ausencia de algunas sustancias químicas indispensables para el equilibrio emocional, aunque no siempre es el caso.
- Expectativas irreales.- miedo al fracaso. En ocasiones se trata de actitudes de fantasía, que, al no verse cumplidas, se ve a la muerte como un medio de gratificación: querer alcanzar a un ser querido por ejemplo (p. 8-9).

Factores sociodemográficos (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004; Gutiérrez, Contreras, y Orozco, 2006; Mejía, Sanhueza y González, 2011).

- Género: conforme a los datos estadísticos, las mujeres tienden a tener mayores ideaciones e intentos suicidas que los hombres, sin embargo, el hombre es quien más índice de suicidios tiene.
- Edad: la edad es un factor determinante, siendo los jóvenes los que mayor índice de suicidios tienen. Por otra parte, se observa que a partir de los 45 años, la incidencia de suicidios aumenta en los varones y en las mujeres después de los 55.
- Estado civil: el cambio en la situación marital es vista como factor de riesgo, quienes pasan por un divorcio suelen cometer el acto más que los que están casados o nunca lo han estado.
- Factor socioeconómico: de manera general existe una relación inversamente proporcional entre el nivel socioeconómico y la incidencia de suicidios, sin embargo, las estadísticas indican que el mayor número de suicidios los comenten los extremos del espectro socioeconómico.
- Nivel educativo: existe una mayor incidencia suicida se asocia con un nivel educativo bajo (menos de nueve años de estudio).
- Orientación sexual: los hombres homosexuales y las mujeres lesbianas son más propensos a cometer el acto suicida, especialmente los hombres.
- Religión: la religión es uno de los factores más predominantes en torno al acto suicida, siendo así que en los países musulmanes donde está extremadamente prohibido el suicidio, tiene índices del .1%, le siguen los países cristianos e hinduistas con 11% y 9% respectivamente, los países budistas y ateos son los que más incidencias tienen con el 17% y 26%.

Factores clínicos (Legido, 2012).

- Trastornos afectivos: se divide en trastorno depresivo y trastorno limítrofe de la personalidad.
- Abuso de sustancias: en especial el abuso del alcohol.
- Esquizofrenia: es la mayor causa de suicidios dentro de los padecimientos clínicos.
- Trastorno de ansiedad: hay controversia respecto a si se asocia o no con el comportamiento suicida.

Sarmiento, Sánchez-Sánchez, Polanco y Álvarez (2010), en un estudio realizado en 2007 en pacientes con conducta suicida determinaron que los factores y rasgos que influyen en esta conducta son sentimiento de desesperanza y culpa, depresión alta, hostilidad, impulsividad, antecedentes de intento suicidas y falta de apoyo familiar y social.

Draper (1995), propone una teoría acerca del desarrollo del suicidio, en la cual describe tres supuestos psicológicos:

- No existen determinantes biológicos heredados o congénitos.
- Los primeros años de vida son considerados factores predisponentes.
- Deben existir conflictos en la vida cotidiana que permitan revivir traumas (p. 7).

2.2.2 Clasificación de la conducta suicida

Dependiendo del enfoque que se maneje será la clasificación del acto suicida. Desde la conciencia del acto suicida, los suicidios pueden ser clasificados en consientes, inconsciente o parcialmente consiente. También pueden clasificarse en torno a la dinámica que anima al acto como es la impulsión, obsesión, fóbico-obsesión, reflexión o histrionismo. Conforme a la técnica, se puede clasificar en suave, brutal, intermedia, insólita o enmascarada. Por último, se puede clasificar dependiendo del número de individuos: individual, doble, ampliado o colectivo (Bobes et al., 2004).

Otro tipo de clasificación tiene que ver con la operación de acto, clasificándose así de la siguiente manera (Bobes et al., 2004; Sherr, 2008):

- Suicidio. El sujeto tiene noción de lo hace y como resultado obtiene un final mortal.
- Tentativas. El sujeto tiene la intención de llevar a cabo el acto, sin embargo, no lo hace por algún motivo. No llega a dañarse, por lo tanto, el final no es mortal.

- Para-suicidios. El sujeto intenta acabar con su vida dañándose así mismo, sin embargo, el final no es mortal.

También se puede dar la clasificación en torno a los tipos de suicidas:

- Suicida impulsivo, es aquel que sin planearlo, de manera abrupta decide quitarse la vida.
- Suicida neurótico, es el que lo planea con la anticipación necesaria que le permite realizar las situaciones pertinentes para la consumación de su idea.
- Suicida psicopático, es aquel que trasgrede las normas, y su acto es resultado de una patología (INMEXTAC, 2011, p. 319).

La clasificación también se da en torno al propósito del suicidio:

- Reunión con el objeto, por ejemplo, ir al cielo.
- Separación del objeto, por ejemplo, ya no ver a una persona.
- Intento de recuperar o cambiar al objeto, por ejemplo, chantaje.
- Ataques al objeto, agredir a una persona en específico.
- Evitación del dolor mental, por ejemplo, tortura.
- Objeción de un estado de paz y tranquilidad, por ejemplo, aliviar el dolor en una enfermedad terminal (INMEXTAC, 2011, p. 319).

Jiménez y Caballero (2010), identificaron en 144 casos de suicidios en Galicia, los principales motivos del acto. Los principales motivos fueron enfermedades psiquiátricas, seguido de enfermedades somáticas, problemas familiares, motivos sentimentales y por último problemas económicos, sin embargo, en la mayoría de los casos el motivo fue desconocido.

Finalmente, Sherr (2008), menciona que no puede existir alguna teoría común que pueda describir el comportamiento suicida, sin embargo, existen algunas características en común como son enfermedades, trastornos y problemas de la vida.

2.2.3 Métodos de suicidio

Los métodos de suicidio se clasifican de la siguiente manera (Bobes et al., 2004; Sherr, 2008; Hernández y Villareal, 2015):

- Fármacos/drogas con efectos sedantes (antidepresivos, alcohol, antipsicóticos, etc.)
- Fármacos/drogas sin efectos sedantes (psicotrópicos, lejía, cocaína, litio, etc.)

- Armas de fuego
- Autoinmolación
- Defenestración
- Ahorcamiento

Factores que influyen en la elección (Bobes et al., 2004).

La disponibilidad y accesibilidad: este factor no es lo bastante predisponente para la forma de suicidio, debido a que los métodos más asequibles, estadísticamente, no son los más utilizados.

Género: en cuanto al sexo si existen marcadas diferencias. Las mujeres suelen ocupar con más frecuencia fármacos, por lo regular usan métodos pasivos que no afecten su apariencia física. En cuanto a los hombres, prefieren utilizar métodos más violentos como el arma de fuego y el ahorcamiento.

Factor cultural: de acuerdo con la cultura, existen ciertos métodos de suicidio que no son bien vistos, por lo que, aunque sean asequibles se desechan. En ciertos países existen lugares para consumir el acto, como son la torre Ifel en París, las cataratas del Niágara, el puente Golden Gate en San Francisco o el bosque Jukai en Japón. En los países occidentales tiende a utilizarse con más frecuencia el ahorcamiento, seguido de los fármacos. En Europa la inhalación de monóxido de carbono es bastante frecuente, mientras que en estados unidos, el arma de fuego es el mayor método de suicidio. En oriente, las formas más frecuentes de suicidio son el ahorcamiento y la precipitación. En la cultura islámica, el suicidio por autoinmolación se hace con frecuencia amañera de sacrificio religioso.

González y Camejo (2014), realizaron un estudio en jóvenes de 14 y 21 años, sobre ideación suicida. Dentro de los resultados encontraron que los problemas que provocan la ideación son los familiares, amorosos y socioeconómicos. Además de encontrar que el método más utilizado fue la intoxicación con fármacos.

2.3 El suicidio en México

El suicidio se puede abordar desde diversos ángulos. En lo que concierne al marco legal, el suicidio no es visto como un delito, empero, puede ser castigado aquel que colabore en el acto. En el plano religioso es donde se aprecia una estigmatización al ser considerado como uno de los insultos más graves hacia Dios ya que él es el único dueño de la vida (Patiño, 2013).

El INEGI (2014), reporta que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes y la cuarta en adultos mayores. Por cada 100 mil habitantes existen cinco suicidios, siendo los hombres con respecto a las mujeres los que más cometen el acto, con un 18.2% y un 81.7% respectivamente. En cuanto al método, el mayormente utilizado es el ahorcamiento con el 77.3%, seguido del arma de fuego para los varones con el 12.1% y el envenenamiento en las mujeres con el 16%. En 2013 se registraron 5754 suicidios.

Tomando en cuenta la entidad federativa, Campeche y Yucatán son los estados con mayor índice de suicidios, con el 9.5% y 9.3% respectivamente, mientras que Guerrero es el estado con menor índice con el 2.6%. Conforme con el nivel de instrucción, el mayor porcentaje lo ocupan las personas que tenían la secundaria terminada. Tres de cada 10 personas suicidas tenían una educación media superior. Con respecto a la situación conyugal, las personas casadas son las que más incidencia tuvieron con el 45%. En cuanto al lugar del suicidio el 75% de la población suicida lo comete en su vivienda (Valera, 2013).ONU

Hernández-Bringas y Flores-Arenales (2011), mencionan que desde 1950 la práctica del suicidio ha ido incrementando, lo cual, de acuerdo con ellos, es debido principalmente a los cambios tan dramáticos que ha sufrido el país en el último medio siglo como son:

- Transformación del país de rural a urbano
- Mayor longevidad
- Disminución del tamaño de la familia y embarazos
- Envejecimiento demográfico
- Incremento migratorio
- Aumento del divorcio
- Aumento de la edad del primer matrimonio

- Mayor participación económica y política
- Poca educación
- Disminución del salario y aumento de la desigualdad
- Poco crecimiento económico (p. 94)

Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010), en un estudio sobre el suicidio y conductas suicidas, hablan sobre el aumento en la incidencia suicida en los últimos treinta años entre las personas de 18 y 29 años, mencionan que el aumento en el suicidio creció un 275%, mientras que, con respecto a la ideación y comportamiento suicida, 6,601,201 personas tuvieron ideación suicida, mientras que 593,600 intentaron suicidarse.

2.3.1 Factores de riesgo e ideación suicida

Entre los factores de riesgo se encuentran principalmente, redes familiares y sociales escasas y cuadros depresivos. Otros factores asociados son la migración interna y externa, crisis económica y desempleo (El Universal, 2009). Con respecto a la ciudad de México el mayor factor de riesgo de suicidio es el desempleo tanto en jóvenes como en adultos, ya que desencadena sentimientos de tristeza y fracaso (La redacción, 2014).

García-Rábago et al., en un estudio realizado en 2010, identificaron los factores de riesgo asociados al intento suicida en 106 pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental del Hospital San Juan De Dios en Zapopan, Jalisco, México. Encontraron que el alcoholismo y el hecho de vivir solos fueron más predominantes.

Borges, Orozco y Medina (2012), identificaron por medio de una encuesta, en una muestra significativa de la población mexicana con ideación suicida (22962 sujetos), que los índices de riesgo ante el suicidio se encuentran en personas no católicas, niveles bajos de ingresos, dependientes del alcohol, sintomatología depresiva, ideación suicida y dependientes de las drogas.

2.3.2 Ideación suicida

La ideación suicida se asocia con la pérdida de un ser querido, terminar una relación amorosa y la prevalencia de fracasos en la vida (El universal, 2009).

Pérez-Amezcu et al. (2010), identificaron en una muestra de 12,424 adolescentes los factores que inciden en la ideación suicida. Encontraron que la ideación se asocia con poca confianza en la comunicación con los padres, abuso sexual, depresión, consumo de cigarro y alcohol, y en el caso de las mujeres, haber tenido relaciones sexuales.

Eguiluz (2003), menciona que la ideación suicida está relacionada con ciertos factores como son la exposición del individuo a ambientes donde han ocurrido recientemente suicidios, la baja autoestima, el fácil acceso a instrumentos peligrosos, soledad, problemas económicos y las pérdidas ya sean económicas, afectivas o emocionales. La violencia en la infancia también resulta ser un factor predisponente, así como la mala dinámica familiar. en su estudio realizado en 100 jóvenes universitarios de entre 17 y 26 años, identificó que el clima familiar inadecuado está directamente relacionado con la ideación suicida, siendo las mujeres las más afectadas.

Respecto al género, Pérez, Córdova y Ramos (2012), en su estudio sobre ideación suicida en 579 estudiantes de una universidad mexicana, coinciden al encontrar que la ideación suicida tiene mayor incidencia en las mujeres.

2.4 Problemas durante el embarazo

Durante el embarazo, la madre experimenta una serie de cambios y adaptaciones que modifican aspectos tanto físicos como emocionales. Existen factores que determinan si estos cambios pueden traer complicaciones que afectan el embarazo (Urbina y Villaseñor, 2005).

Factores biológicos: entre los cambios biológicos que se pueden destacar es la segregación de neurohormonas que promueven la conducta materna de la mujer. A nivel físico, el cuerpo de la futura madre se irá modificando y conductas como vómito, dolores lumbares insomnio, etc. pueden afectar su calidad de vida (Sastre, 2014).

Factores psicológicos: la personalidad de la mujer juega un papel importante en el proceso de embarazo puesto que define la forma en cómo la futura madre hará frente a los cambios. La autoestima, la confianza y la estabilidad emocional son factores determinantes

para que el embarazo se vea de forma negativa o positiva. Las enfermedades psiquiátricas se asocian directamente con problemas perinatales puesto que la mujer no puede hacer uso de medicamentos. Finalmente, los motivos que la mujer tuvo para embarazarse determinarán la forma en cómo se aprecie el embarazo, si era un embarazo no deseado o se intenta suplir la pérdida de otro hijo pueden desencadenar problemas (Marín et al., 2008; Sastre, 2014).

Factores sociales: la falta de apoyo social, familiar o de la pareja afectan el estado emocional de la madre. La pérdida reciente de seres queridos, problemas económicos y situaciones laborales estresantes son otros factores determinantes. La edad, el estado civil, tiempo de convivencia con la pareja y grado de estudios también repercuten en el estado emocional (León, Giménez, Giménez, 2003).

Díaz-Franco et al. (2006), identificaron en 213 adolescentes embarazadas que los malestares psicológicos en las mujeres embarazadas tienen que ver con percepciones en las relaciones familiares disarmónicas.

Este tipo de factores traen consigo manifestaciones emocionales en la mujer como pueden ser (Sastre, 2014; Urbina y Villaseñor, 2005):

Estrés. Repercute en la salud de la madre y del feto, provocando problemas de salud y riesgo de desarrollar depresión.

Ansiedad. La presencia de ansiedad provoca en la madre aumento hormonal elevado que posibilita partos prematuros y bajo peso al nacer.

Depresión. Una tercera parte de las embarazadas puede llegar a padecer depresión. Entre la sintomatología se encuentra las alteraciones del sueño, falta de apetito y labilidad emocional. Como consecuencia, la depresión puede derivar en descuido del control perinatal, abuso de sustancias e incluso suicidio.

Gómez, Clava, Carreño y Sánchez (2006), en un estudio realizado en 127 mujeres embarazadas con antecedentes psiquiátricos que llevan revisión médica en el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México, investigaron las alteraciones psicológicas más frecuentes. Encontraron que trastornos adaptativos, de ánimo, duelo, abuso de drogas y problemas conyugales fueron los más frecuentes.

2.5 Embarazo y suicidio

Si bien en la investigación no se analizó nada con respecto a la conducta suicida, es importante contextualizar un poco acerca de la incidencia del suicidio en un sector tan poco estudiado como lo es las mujeres embarazadas. De igual forma, esto permite identificar si existe alguna implicación en el doliente el que el suicidio haya sido de este tipo.

En lo que concierne al suicidio en el embarazo las estadísticas son escasas. La OMS (2012), lo clasifica como un tipo de mortalidad materna, sin embargo, su inclusión es reciente. La OMS (2008), también menciona que el suicidio durante el embarazo es una de las principales causas de muerte en los países desarrollados, asociándose con trastornos psíquicos, violencia de género, violencia en la pareja, violación y embarazos no deseados.

Zengin et al. (2015), hicieron un estudio en el cual identificaron las características sociodemográficas, características clínicas y métodos de intentos de suicidio en 56 pacientes embarazadas que fueron internadas de emergencia por intento de suicidio. Encontraron que el 26% de la muestra utilizó un método violento para quitarse la vida (ahorcamiento y arma de fuego), mientras que el 73% utilizó un método pasivo (fármacos). En cuanto a los datos sociodemográficos se encontró que la mayor parte de la muestra eran mujeres casadas, amas de casa y con nivel educativo básico.

Ceballo, Suárez, Arenas y Sacedo (2013), en un estudio descriptivo-correlacional en 30 adolescentes gestantes, encontraron una correlación entre depresión e ideación suicida. Siendo que las adolescentes que presentaban niveles moderados de depresión tuvieron niveles moderados de ideación suicida.

Lara y Letechipía (2009), en su estudio sobre ideación y comportamiento suicida en embarazadas, entrevistaron a 120 embarazadas de tres casas de salud de la ciudad de México. Encontraron que el 37.6% de las embarazadas habían tenido ideaciones suicidas durante la gestación. Los motivos principales fueron: la separación de la pareja, muerte de algún hijo, miedo al parto, temor a accidentes o enfermedades, sentirse sola, tener problemas familiares y la muerte o enfermedad de una persona cercana.

El comportamiento suicida se relaciona directamente con el embarazo no deseado, en especial en los países en vía de desarrollo como es el caso de América latina (Langer,

2002). El Salvador es uno de los países de habla hispana con mayor índice de suicidios a causa del embarazo no deseado, en especial, en la adolescencia (Asencio, Rivera y Mezquita, 2005).

3 DUELO

La palabra duelo desde el punto de vista etimológico quiere decir “Dolus=dolor y Duellum: guerra”, es definido como la experiencia de pérdida de una persona cercana (Gutiérrez, 2009). García-Viniegras y Pérez (2013), definen al duelo como una reacción de malestar que lleva consigo varios síntomas afectivos y racionales. Moreno (2009), extiende la definición como el proceso que sigue a una pérdida o cambio de cualquier índole que implica a cualquier cosa o sujeto con quien se tenía un vínculo afectivo.

Centeno (2013), menciona que el duelo debe de verse como un proceso normal, en el cual la persona al perder a un ser querido o cualquier otra cosa desencadena un proceso de elaboración de la pérdida. El duelo es un proceso de adaptación natural que permite un nuevo equilibrio. Este autor menciona que al hablar de duelo se debe considerar que es un proceso, no un estado, puesto que evoluciona a través del tiempo. Es normal debido a que todo mundo lo llega a vivir. Es dinámico, cambia a lo largo del tiempo. Depende del reconocimiento social. Al mismo tiempo que es individual también es colectivo. Es íntimo, se desencadenan reacciones propias y diferentes a las de otras personas. Es social, se manifiesta socialmente a través de rituales y finalmente debe considerarse que es activo, ya que la persona toma decisiones que permitirán aceptar la pérdida y continuar con su vida.

3.1 Tipos de duelo

Gutiérrez (2009), menciona que existen diversos tipos de duelos como son:

- *Duelo crónico*, existe una incapacidad para reincorporarse a la vida social debido a la pérdida
- *Duelo suprimido o retardado*, los sentimientos se reprimen y con el tiempo éstos salen a flote.
- *Duelo eufórico*, se niega la realidad de la muerte.
- *Duelo patológico*, hay una elaboración del duelo insuficiente.

De forma sintética, se dice que el duelo comienza cuando la persona toma conciencia de la pérdida, lo que desencadenará una extensa manifestación de sentimientos para terminar con la aceptación de la ausencia (Centeno, 2013).

El proceso de duelo se lleva a cabo mediante etapas como son (Gutiérrez, 2009, Moreno, 2009):

aflicción aguda, shock emocional, que tiene como característica incredulidad, anulación psíquica, confusión e inquietud, angustia, pensamiento obsesivo, despersonalización y síntomas físicos.

conciencia de la pérdida, empieza cuando ya no se puede sostener la negación y los trámites funestos han concluido; existe una desorganización emocional, aumento del dolor, ansiedad, estrés, culpa, rabia, agresividad e intolerancia, se piensa que el objeto o sujeto puede volver o que se encuentra presente, ansiedad y cambios emocionales.

aislamiento, síntomas de depresión aguda, poca búsqueda de ayuda social, impaciencia, repaso obsesivo, necesidad de sueño.

cicatrización, aceptación de la pérdida, se caracteriza por el surgimiento de nuevos roles, búsqueda de significados y sentido de vida, aceptación y/u olvido.

renovación, existen cambios en la realidad del doliente, vive para sí mismo, aprende a vivir sin él/ella, se dispone de los bienes del fallecido.

Por su parte Kübler-Ross (1969), menciona que las etapas del duelo son:

Negación, negación de la realidad, es una forma sana de enfocar la situación incómoda y dolorosa, funciona como amortiguador frente a una noticia inesperada e impresionante.

Ira, cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase es sustituida por los sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Es una de las etapas más difíciles porque tiende a extenderse hacia todas direcciones, es decir, hacia todas las personas en el entorno.

Pacto, hace referencia a una especie de acuerdo para postergar lo inevitable, por ejemplo, pacientes con diagnóstico terminal. Se pacta tener una buena conducta, mayormente con dios, de tal forma que les conceda un milagro.

Depresión, el sentimiento de pérdida se acrecienta.

Aceptación, es la última etapa. La persona se da cuenta que la pérdida es inminente y lo acepta, existe paz y dignidad.

Corless, Germino y Pittman (2005), dividen al proceso de duelo en tres componentes:

Pérdida. Hace referencia a la separación de una parte de la vida propia con la cual se tiene un vínculo emocional, es decir, la separación de una parte valiosa de la vida. A su vez la pérdida se subdivide en cuatro tipos.

- pérdida de una relación, hace referencia falta de rutinas, pérdida de propósito (significación) y la pérdida física.
- Pérdida del estilo de vida, de actividades, roles, estatus y falta de relaciones sociales.
- Pérdida de la biografía, de la narración de sucesos de la vida del superviviente y la pérdida de la historia del futuro.
- Pérdida de sí mismo, el sí mismo que se tiene antes de la muerte se modifica después de la pérdida.

Aflicción, son las respuestas emocionales y cognitivas ante la pérdida, la aflicción puede variar en intensidad dependiendo del individuo, pero que tiene como rasgo general la depresión.

Resolución, es el trabajo en el cual la persona participa activamente para afrontar sus pérdidas y la aflicción, tiene la tarea de reestructurar el mundo social y el sentido del sí mismo.

Si bien existen diversos autores que describen las etapas del duelo, lo cierto es que éstas se catalogan más como una guía, ya que no todos los dolientes pasan por todas ni en el orden exacto, dependerá de la naturaleza de la pérdida y de diversos factores culturales, sociales, emocionales, etc.

Además de las etapas, resulta relevante las manifestaciones tanto físicas como emocionales que presenta el doliente (Guillem, Romero y Oliete, 2007; Martínez, 2010).

- Manifestaciones físicas: cansancio, falta de energía, dificultad para respirar, cierre de garganta, náusea, falta de apetito, pérdida o incremento de peso, pesadilla, terrores nocturnos, alteraciones en el sueño, dolor de cabeza, dificultades para concentrarse, confusión mental, hipersensibilidad a la luz o ruido y/o padecer síntomas que tenía el difunto.
- Alivio: se da cuando el fallecido se encontraba sufriendo en vida.
- Irrealidad: incredulidad, difícil asimilación de lo sucedido, pasa con mayor frecuencia cuando la pérdida es inesperada.
- Búsqueda desesperada: se busca la presencia y cariño de la persona ausente.
- Presencias: el doliente tiene la sensación de que el difunto lo acompaña, puede llegar a verlo olerlo u oírlo.
- Ira: la ira puede ir dirigida a terceros o hacia uno mismo.
- Culpa: la culpa provoca que la rabia se vuelva hacia uno mismo, se piensa que debe ser castigado y vive en el hubiera.
- Lágrimas: aunque está aceptado socialmente, el llanto es observado como signo de debilidad y en varias ocasiones puede llegar a evitarse.
- Dolor: es la manifestación de malestar emocional y físico que se da después de una pérdida. Es natural y debe ser experimentado para elaborar el duelo.
- Tristeza: para que se pueda dar la tristeza, primero debe haber una aceptación de la pérdida.
- Soledad: las personas en duelo tienden a aislarse, por lo que la sensación de soledad incrementa.
- Deseos de morir: se fantasea con el reencuentro con el ser querido.
- Relatar la pérdida varias veces: se trata de dar una coherencia a lo sucedido y analizar la relación que se tenía.
- Sueños: por medio de los sueños se puede hablar con la persona ausente.
- Creencias anteriores a la pérdida: las creencias respecto a la vida y la muerte se modifican.
- Otras pérdidas: se modifican los roles familiares, se pierden amigos, familiares, dinero, proyectos de vida y espacios sociales.

Martín (2010), describe algunas actitudes negativas que se dan durante el duelo.

- Culpa: ideas de que se pudo hacer algo más por el difunto.
- Autocompasión: el doliente trata de llamar la atención de terceros con expresiones de dolor para recibir tratos especiales.
- Idealización del ser difunto: pensar que era un ser supremo y perfecto olvidando su aspecto humano.

3.2 Variables que intervienen en la elaboración del duelo

Existen variables que pueden causar que exista una mayor dificultad para elaborar el duelo, a continuación, se mencionan las más relevantes (Blowlby, 1993; Martín, 2010; Tizón, 2004).

Vinculadas al objeto (lo perdido): pérdida de la madre, de un hijo por una enfermedad, familiares íntimos y pérdida de un familiar en la infancia.

Vinculadas al sujeto:

- Edad. la primera infancia, infancia, adultez joven y adultos mayores.
- Género: mujeres.
- estado civil. Viudos, mujeres jóvenes viudas y adultos mayores viudos.
- Personalidad. Personas ansiosas o inseguras, con relaciones ambivalentes, trastornos de personalidad, trastornos mentales, dedicación compulsiva a cuidar terceros, autoeficiencia emocional (vivir sin depender de lazos afectivos), indefensión aprendida y fobias.
- Circunstancias psicosociales. Vivir solo, pocas redes sociales, tener hijos pequeños, problemas económicos, estrés, problemas en el trabajo, inexistencia del funeral y problemas de salud.
- Cogniciones. Cómo participó el otro en la pérdida, cómo participó el propio sujeto en la pérdida, cómo hay que ayudar, preguntarse si los esfuerzos fueron correctos y flexibilidad de los esquemas cognitivos.

Vinculadas a la relación sujeto-objeto: relación íntima, vínculos faltos o sobre apegados, dependencia social o psicológica y conflictos no resueltos.

Vinculadas a la causa de la pérdida: pérdida inesperada, pérdidas recientes, cuidado prolongado del difunto en vida, desapariciones, pérdida prematura, estado deteriorado del cuerpo, relaciones pasionales recientes entre sujeto y objeto, homicidio, catástrofe, pérdidas inaceptables (pareja homosexual secreta, suicidio) y pérdidas no dichas (abortos, homicidio, etc.)

Otros: cultura, subcultura, religión, apoyo social, cómo se enteró el deudo de la pérdida, ganancias secundarias de la pérdida y estrés social.

3.3 Tipos de pérdidas complicadas

No todas las pérdidas son iguales, de tal forma que existen algunos tipos de pérdidas que suelen hacer el proceso de duelo más complicado.

3.3.1 Hijo

Este tipo de pérdida es de las más dolorosas, los padres pueden experimentar sensación de fracaso por no haber hecho bien su labor como progenitores. Dentro de las manifestaciones del duelo, los padres pueden llegar a negar la pérdida, si tienen más hijos le vuelven a poner el mismo nombre y si los hermanos son jóvenes no se habla mucho al respecto. Las funciones como padres se ven mermadas por el trauma emocional (Peiró, Corbellas y Blasco, 2007; Martín, 2010).

Los progenitores pueden experimentar los siguientes tipos de culpa (Torres, 2011).

- Culpa cultural: se experimenta por la sensación de no haber cumplido con las expectativas sociales respecto a la crianza.
- Culpa causal: es provocada cuando el deceso sucede por alguna negligencia real o percibida, o por causas hereditarias.

- Culpa moral: este tipo de culpa se experimenta cuando el progenitor percibe que está siendo castigado por haber cometido alguna infracción en el pasado (tomar bebidas alcohólicas durante el embarazo, abortos, etc.).

Correa (2013), identificó el proceso de duelo y las estrategias de afrontamiento en padres que asisten a la fundación de Lazos Medellín que perdieron a un hijo por cualquier tipo de muerte. Los hallazgos indican que los padres tuvieron cambios importantes en su vida que les permitió crecer como personas, valorar su existencia y comprometerse con ayudar a los demás. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, encontraron que la realización de actividades culturales, deportivas y psicológicas son las más efectuadas. Los resultados muestran la importancia de la búsqueda de apoyo social para un buen proceso de duelo.

3.3.1.1 Hijo no nacido

Los padres que experimentan esta clase de pérdidas suelen tener varios problemas para elaborar el duelo. Este tipo de pérdidas no tienen reconocimiento a nivel social, por lo que no hay ceremonia fúnebre ni luto ni pésame. La reacción de la madre suele ser más aguda que la del padre puesto que la sensación del cuerpo vacío y los senos llenos de leche suelen ser especialmente traumáticas, incluso puede llegar a pensar que está defectuosa por lo que la experiencia de un nuevo embarazo será pavorosa. El duelo se vuelve aún más complicado debido a que el personal médico no suele mostrar el cuerpo a los padres por “evitar generar traumas” (Gómez, 2007; Martínez, 2010).

En el caso del aborto intencional, el duelo se complica por el peso moral del acto. Las mujeres tienden a ocultar sus sentimientos tomando como idea principal que el acto fue libre. Gran parte de los abortos se hacen de manera secreta por lo que hablar al respecto tampoco está dentro de las posibilidades de la mujer, además, socialmente, los sentimientos de tristeza no son aceptados en esta clase de pérdida (Castro, 2007; Martínez, 2010).

3.3.2 Inciertas

Hacen referencia a las pérdidas en las cuales no se tiene algún cadáver a quien velar, como es el caso de las personas desaparecidas o muertas en guerra. Los familiares

conservan la esperanza de que algún día su familiar pueda aparecer por lo que el duelo no puede ser concluido. El ritual funerario tiene un papel importante en la elaboración del duelo, sin él, es difícil la aceptación, por lo que la complicación se acrecienta. Además del ya mencionado, existe otro tipo de pérdida incierta. El primer caso alude a la presencia psicológica de la persona, pero ausencia del cuerpo. El segundo caso hace referencia a la presencia física de la persona, pero sin la presencia psicológica, como es el caso de las personas con Alzheimer, drogadictos y enfermos mentales (Gómez, 2007; Martínez, 2010).

Pizzaro y Witterbrodt (2000), realizaron un estudio en el cual se revisa el proceso de duelo en madres a quienes sus hijos fueron detenidos por el estado chileno y desaparecieron. Los resultados indicaron que este tipo de pérdidas desencadenan duelos crónicos. El recuerdo del desaparecido sigue presente lo cual afecta la vida social de los familiares.

3.3.3 Pareja y divorcio

El duelo por separación de pareja se empieza a dar desde que la convivencia cambia, la manera en la que se visualiza a la pareja se modifica y los tratos se vuelven hostiles o indiferentes (Cáceres, Manhey y Vidal, 2009). Una vez que la separación se ha dado, se entra en una etapa de euforia o sensación de liberación que promueve la búsqueda de nuevas parejas. Una vez pasada esta etapa, sentimientos no superados del pasado surgen, la realidad de la ruptura y la soledad toman lugar y puede provocar la búsqueda de la pareja nuevamente (Bravo, 2012; Martínez, 2010).

Entre las etapas que se dan son, la negación, no se acepta la separación. Culpa por abandonar a la pareja. Soledad por no tener a nadie al lado. Ira por ser abandonado. Remordimiento por lo que no se hizo. Y depresión que se manifiesta como problemas de autoconcepto y sensación de fracaso. Si bien no se da la muerte de una persona, si el de una relación, por lo que la sensación de pérdida también es intensa (Bravo, 2012; Martínez, 2010).

García e Ilabaca (2013), analizaron las estrategias de afrontamiento en 227 jóvenes adultos chilenos de entre 18 y 35 años ante la ruptura de pareja. Identificaron que la evitación fue una estrategia predominante en la mayoría de la muestra, seguida de búsqueda

de apoyo social y expresión de sentimientos, estrategias adecuadas para la elaboración del duelo.

3.3.4 Pérdida violenta

Este tipo de pérdida hace alusión a las efectuadas de manera agresiva o aparatosa como son los homicidios, guerras u actos terroristas. La principal característica de este tipo de duelo son los sentimientos de rabia, injusticia y venganza. Aunque existan procesos legales que contribuyan a castigar a quien acabó con la vida del ser querido, el malestar persiste debido a que la sensación de pérdida sigue constante. Sin embargo, la ejecución de un proceso legal puede contribuir al avance del proceso de duelo. De igual manera conocer la forma en cómo murió contribuye a la elaboración del duelo puesto que mitiga las fantasías de los posibles escenarios mortuorios (Martínez, 2010).

Corredor (2002), estudió de forma cualitativa el duelo en seis familiares de seis víctimas de homicidio. Encontró que todos los duelos eran crónicos, sin embargo, la significación que le dio cada familiar fue distinta. El duelo tuvo más que ver con la relación que se tenía con el difunto y con las estrategias de afrontamiento del doliente. Por otra parte, se encontró que el duelo era igual de intenso tanto en personas que obtuvieron justicia que en las que el caso quedó impune.

Jiménez (2005), hace un estudio en madres de la comuna 13 de la ciudad de Medellín quienes perdieron a sus hijos de manera violenta. las reacciones de las madres ante la pérdida fueron de tomar venganza en contra de quienes acabaron con la vida de sus hijos. Otro tipo de respuesta fue no desear reproducir las respuestas de violencia que se estaban suscitando volcándose más a pensar en que Dios será quien haga justicia.

3.3.5 Pérdida inesperada

Las muertes inesperadas hacen referencia a todas aquellas muertes que se producen sin previo aviso, como son los infartos, homicidios, accidentes de tránsito y suicidio. Cuando la pérdida de un ser querido se da en circunstancias inesperadas el duelo suele ser más agudo, causa un shock que impide creer lo sucedido (García-Viniegras y Pérez, 2013). Acompañado del shock, surgen sentimiento de culpa con frases como “si no le hubiéramos

dejado ir a esa fiesta”. Necesidad de culpar a alguien de lo sucedido. El sentimiento de impotencia es acompañado por sentimientos de injusticia o resentimiento y trunca de proyectos y sueños (Gómez, 2007; Gutiérrez, 2009).

El duelo por muerte inesperada se puede dividir en tres etapas (Gutiérrez, 2009):

- Sorpresa
- Dolor
- Despedida

Acero, Pulido, y Pérez (2007), en un estudio cualitativo, identificaron algunas de las reacciones en tres familias ante la pérdida inesperada de un hijo (accidente de tráfico), encontraron que existe distanciamiento familiar, frustración ante el no cumplimiento de proyectos de vida, shock, aturdimiento, confusión, incertidumbre, rabia, angustia, decepción respecto a las creencias religiosas, creencia de que el dolor nunca se irá y dificultad para expresar sentimientos espontáneamente.

3.3.5 Suicidio

El suicidio provoca uno de los duelos con más culpa. Otros sentimientos frecuentes son el de traición y rabia por haber cometido el acto. No se comprende porque se suicidó. Algunas familias tienden a esconder el suicidio por vergüenza. La familia piensa que será juzgada por no haber sabido cuidar bien al difunto. Se piensa constantemente en que pasaba por la mente del suicida, que pensó antes de morir y que lo impulsó a hacerlo (Martín, 2010). A continuación, se hablará con más detalle respecto al tema.

3.4 Duelo por suicidio

El duelo por suicidio suele ser catalogado como un tipo de muerte inesperada, por lo tanto, suele ser catastrófico y agotador, de hecho, es considerado como uno de los duelos con más probabilidades de presentar complicaciones. Por lo regular se niega la muerte de la persona, ya que suele ser incomprensible, se intenta dar lógica y explicación al suceso; se rechaza hablar sobre éste debido al estigma del suicidio y la culpabilidad familiar. Los

familiares suelen ocultar sus sentimientos debido a la vergüenza generada por la forma en cómo se ve al suicidio en la sociedad, sin embargo, al mismo tiempo, se puede sentir alivio, debido a que su ser querido ya no sufre más (Pérez, 2007; Piña, 2014). Es bastante común que uno de los parientes más íntimos se le atribuya la culpa, en especial a los cónyuges o a los padres; a los primeros se le echa la culpa atribuyendo que los problemas de la pareja o la separación fue la causa del suicidio. En el caso de los padres, se cuestionan los estilos de crianza (Bowlby, 1993).

La culpa y remordimiento, son especialmente más intensos en esta clase de duelo. Son producto, como ya se había mencionado, de pensar que se pudo haber hecho algo para evitar el suceso. Es frecuente que la persona con ideación suicida de señales a sus familiares, sin embargo, éstos suelen ignorarlo y prefieren no creer lo que escuchan. Una vez hecho el acto, los sentimientos de culpa afloran y pensamientos como “¿Por qué lo hizo?” “¿Qué fue lo que hice mal?” “¿Por qué no pensó en los demás?” “Debí haber hecho algo” inundan los pensamientos. La culpa no sólo son producto de la incompetencia para hacer algo, sino de los sentimientos de alivio que surgen al pensar que el doliente se ha librado de una mala relación, en caso de que ésta sea ambivalente (O’connor, 2007).

Como en todo proceso de duelo, éste también tiene etapas, como son el shock, que como se mencionó anteriormente, se caracteriza por la negación y la incomprensión de los motivos, puede durar aproximadamente dos semanas y coincide con la preparación de los ritos funerarios. Le sigue la rabia en contra de todo el mundo, contra sí mismo, el suicida y aledaños. A esta fase le sigue la culpabilidad, culpa por no haber previsto el suceso, por no atender los asuntos sin resolver, posibles motivos que llevaron al difunto al suicidio, pensamientos repetitivos y recuerdos del fallecido. Finalmente se llega a la fase de reorganización, ésta permite que la familia obtenga una nueva formar de seguir adelante (García-Viniegras y Pérez, 2013; Pérez, 2007; Piña, 2014).

3.4.1 Relación con el suicida

La forma en cómo se afrontará el suicidio tendrá mucho que ver con el parentesco que se tenía con el suicida.

3.4.1.1 Suicidio de un cónyuge

Si el suicidio fue de la pareja, es común que la ira sea el sentimiento que impere en el doliente, debido a que además de dejar una carga emocional también deja una carga económica y de responsabilidades para con los hijos. Por otra parte, la culpa suele acrecentarse al saber que el acto suicida fue llevado a causa de la relación con la pareja. Además de los sentimientos de culpa, el doliente deberá lidiar con la presión de los parientes políticos y en caso de tener hijos, aparte de elaborar su propio duelo deberá ayudar a sus hijos a elaborar el suyo (Bowlby, 1993; O'connor, 2007).

3.4.1.2 Suicidio de un padre

Si el doliente es un niño pequeño, puede crecer con la sensación de que fue un hijo malo o indigno de cariño. Los sentimientos de culpa tienden a estar relacionados con episodios en los que se enojaron con el suicida y desearon que algo malo les pasara. El hijo puede llegar a desarrollar pensamientos suicidas o fobia a objetos que tengan que ver con el suceso como son armas de fuego, objetos pulsocortantes, etc. (O'connor, 2007).

3.4.1.3 Suicidio de un hijo

Además de los sentimientos de culpa, el sentimiento de fracaso es bastante fuerte. Pueden comparar a los demás hijos con el suicida, colocar al fallecido como una persona fuerte por lo que hizo o bien llevar a cabo actos de caridad para aliviar la culpa (O'connor, 2007; Rocamora, 2012).

3.4.2 tipos de dolientes

Cook, Jordan y Moyer (2015), describen la organización de los dolientes conforme a la exposición a una pérdida de suicidio:

1. Persona expuesta, de alguna manea su vida se cruzó con la del suicida.
2. Persona afectada, tienen alguna reacción indirecta ante el suicidio que puede requerir algún tipo de asistencia.
3. Personas en duelo por el suicida a corto plazo, tienen una reacción directamente relacionada con el dolor por la pérdida, ésta es llamada como “típica”.

4. Personas en duelo por el suicida a largo plazo, tienen dificultades extraordinarias en el curso del duelo, necesitan atención profesional.

Además de los familiares, las personas allegadas también resultan impactadas. Zhag, Tong y Zhou (2005), realizaron un estudio en población china en el cual identifican los efectos del suicidio en personas allegadas a la víctima, se estudiaron 66 casos de suicidio, entrevistando a un familiar y a un amigo allegado, se encontró que existe una gran probabilidad de presentar depresión en personas que Vivian con el suicida que personas que no, siendo lo supervivientes un grupo de riesgo ante el suicidio.

Sin embargo, Feigelman y Gorman (2006), identificaron en un estudio realizado en jóvenes adolescentes neoyorkinos que el suicidio de un amigo tiene un impacto significativo en la formulación de pensamientos suicida, intento de suicidio y depresión.

3.4.3 Afrontamiento

La pérdida por suicidio es una pérdida brusca, grave que no tiene tiempo de ser preparada. Para la atención de este tipo de pérdida, se tiene que entender que no se puede hablar claro al respecto y que se elaboran grandes mitos familiares con respecto a lo sucedido (Tizón, 2004). Al ser un duelo complicado, es común que el doliente no presente mejorías sino hasta dentro de uno o dos años del deceso por lo que la ayuda de un profesional es imprescindible (O'connor, 2007).

Tizón (2004), menciona los que se debe trabajar en terapia.

- Hablar de las culpas reales y fantaseadas: poner en contacto con la realidad al doliente.
- Replantear las negaciones y distorsiones cognitivas: hablar del suceso sin censura de tal forma que se pueda ver el suceso como realmente fue.
- Afrontar los temores irrealistas: un ejemplo es ayudar a entender que el suicidio no es hereditario.
- Afrontar sentimientos de enfado, ira y temor: tener un espacio en donde se pueda expresar todos los sentimientos que se están experimentando.

- Afrontar con realismo el sentimiento de abandono: evitar que se conviertan en sentimientos dramatizados y masoquistas.
- Afrontar las fantasías acerca del futuro: evitar que el deudo intente llevar a cabo acciones poco realistas o inadaptadas.

Algunas técnicas que se pueden llevar a cabo para afrontar este tipo de duelo son (Rocamora, 2012):

- Uso de símbolos. El uso de fotos u objetos para poder hablar del fallecido.
- Escribir. El escribir al difunto funciona para arreglar los asuntos pendientes.
- Dibujar. Es una forma de reflejar los sentimientos y las experiencias con el fallecido.
- Role playing. Ayuda a abordar situaciones molestas o temerosas.
- Reestructuración cognitiva. Ayuda a modificar los pensamientos distorsionados que se tienen respecto a la pérdida.
- Libros de recuerdos. Este libro puede incluir fotografías, poemas y dibujos que ayuden a tener una imagen más realista de la persona fallecida.
- Imaginación guiada. Por medio de esta técnica se ayuda al doliente a visualizar al difunto de tal forma que se pueda interactuar con él.

3.5 estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se definen como aquellos recursos psicológicos que las personas utilizan para hacer frente a las situaciones estresantes de la vida (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). Las estrategias dependerán de la persona y de las valoraciones que se hagan al respecto. Las valoraciones se dividirán en dos tipos primaria y secundaria (Kleinke, 2001).

Valoración primaria

La valoración primaria hace referencia a la preservación del bienestar psicológico y físico. Identifica si el hecho es positivo o negativo y si tendrá consecuencias en el futuro.

Dependiendo de cómo se valore el acontecimiento será la forma de actuar del individuo y la valoración secundaria que tendrá (Kleinke, 2001; Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Valoración secundaria

Si la valoración primaria del individuo indica que éste se encuentra en peligro la valoración secundaria vendría siendo el proceso de análisis de las capacidades para afrontar la dificultad. Si por el contrario, la valoración primaria no identifica alguna dificultad para el futuro, la valoración secundaria no se efectúa (Kleinke, 200; Vázquez et al., 2000).

Una vez hecha esta valoración, la situación podrá ser vista de dos diferentes maneras (Cañero y Dionisio, 2002):

Desafío o reto. El sujeto considera que cuenta con los recursos necesarios para afrontar la situación lo que provoca la movilización del mismo.

Amenaza. El sujeto cree que no cuenta con los recursos para afrontar la situación, por lo que genera una respuesta ansiosa, sentimiento de impotencia y estrés.

Existen dos formas generales de afrontamiento, la primera se le denomina “centrada en el problema” y la segunda “centrada en la emoción”. En cuanto a la estrategia centrada en el problema, como su nombre lo indica, tiene que ver con las acciones que toma el sujeto ya sea para modificar su entorno o bien para modificar su pensamiento, de tal forma que esta modificación sirva para solucionar la dificultad. La estrategia centrada en la emoción se utiliza cuando las acciones físicas para modificar la situación no pueden ser utilizadas debido a que sobrepasan el control del individuo. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia son ejercicios físicos, meditación, relajación, búsqueda de apoyo social y expresión de sentimientos (Cañero y Dionisio, 2002; Kleinke, 2001).

Dependiendo de estas valoraciones será la estrategia de afrontamiento que tendrá el individuo ante las situaciones estresantes. Las estrategias se dividen de diferentes maneras, como pueden ser (Kleinke, 2001; Vázquez et al., 2000):

- Manejo confrontador. Se intenta solucionar la situación directamente por medio de acciones agresivas y potencialmente arriesgadas, por lo regular van dirigidos a terceros.

- Planificación. Desarrollo de estrategias para solucionar el problema.
- Distanciamiento. Evitar pensar en el problema, alejarse de él.
- Autocontrol. Intento de controlar los sentimientos y emociones.
- Búsqueda de apoyo social. Hablar del problema con allegados o profesionales.
- Aceptación de responsabilidades. Reconocer el papel que tuvo el sujeto en el problema.
- Escape-evitación. Hacer otras actividades con tal de no pensar en lo ocurrido.
- Solución planificada de problemas. El sujeto hace una estrategia para realizar acciones.
- Reevaluación positiva. Identificar las ventajas que trajo consigo la situación.

En la escala de afrontamiento se integran un mayor número de estilos de afrontamiento (Canessa, 2002; Kleinke, 2001):

- Afrontamiento activo.
- Planeamiento.
- Supresión de actividades paralelas.
- Afrontamiento por espera.
- Búsqueda de apoyo social por razones prácticas.
- Búsqueda de apoyo social por razones emocionales.
- Reinterpretación positiva y crecimiento.
- Aceptación.
- Volcarse sobre la religión.
- Concentración y liberación de emociones.
- Negación.
- Desvinculación conductual.
- Desvinculación mental.
- Alcohol y/o otras drogas.

Además de los estilos de afrontamiento, los estilos de personalidad son importantes debido a que determinan la forma en cómo el individuo percibirá la situación, siendo así que algunos estilos son más adaptados que otros.

- Estilo neurótico: es un estilo inadapado que provoca utilizar estrategias de afrontamiento tales como la evitación o la culpa.
- Estilo extrovertido: se caracteriza por mostrar una actitud positiva y alegre de las situaciones. Es un estilo adaptado que llevado al extremo produce impulsividad, narcisismo, agresividad o conductas maniacas.
- Estilo abierto: son personas abiertas a las posibilidades, es un estilo neutral de personalidad, pero llevado al extremo lleva a la impulsividad.
- Estilo conciliador: las personas con este tipo de estilo tienen buenas relaciones sociales, pero en casos extremos se puede llegar a la pérdida de individualidad.
- Estilo consiente: son personas con buena adaptación, sin embargo, el uso excesivo de este estilo puede llegar a desembocar en dependencia de la opinión de los demás.
- Estilo reprimido: los sentimientos no son expresados a tal grado que pueden llegar a ser negados. Las personas reprimidas tienen den al aislamiento (Kleinke, 2001 p. 24).

Otra forma de agrupar los estilos de personalidad es la siguiente (Vázquez et al., 2000):

- Búsqueda de sensaciones. Se caracteriza por la poca preocupación por tomar riesgos, aspecto que contribuye a la toleración a los cambios.
- Sensación de control. Cuando se pierde el control puede provocar depresión y otros trastornos emocionales.
- Optimismo. Expectativa de que todo saldrá bien.

En síntesis, el proceso de duelo depende de diferentes factores, como son la relación con el fallecido, las creencias que se tienen respecto al suceso, la religión, el sexo y la forma de la pérdida. En el caso del suicidio la forma en cómo se lleva el duelo es bastante específica, sin embargo, también se rige por los factores antes mencionados. Finalmente, las estrategias que se usen dependerán de dichos factores, pero también de la constitución individual de la persona, es decir, del aspecto cognitivo.

4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DUELO ANTE EL SUICIDIO, ESTUDIO DE CASO

El siguiente estudio, como ya se mencionó se llevó a cabo desde una perspectiva cognitivo conductual. Esta perspectiva resulta pertinente debido a que en lo que respecta al proceso de duelo, además de la pérdida de una persona, objeto, lugar o parte de sí mismo, los pensamientos, sentimientos, creencias, actitudes y las acciones también se ven modificados. El enfoque cognitivo conductual permite precisamente identificar cómo se modifican estos aspectos.

Para poder identificar de manera más puntual y precisa los aspectos antes mencionados este enfoque utiliza un modelo que permite observar la interacción entre los siguientes aspectos: Antecedentes (factores, lugares o eventos que propician que una conducta aparezca), Organismo (factores biológicos, creencias, capacidades y formaciones del sujeto), Respuesta (pensamientos y conductas) y Consecuencia (acciones que se desencadenan sobre si mismo o los demás debido a las respuestas del sujeto). Este modelo es denominado como “modelo secuencial integrativo” y recibe este nombre debido a que busca identificar la causalidad de las dificultades por las que atraviesan los individuos que impiden que se desenvuelvan en el día a día de manera funcional (Landa, 2006). En el caso del duelo, permite identificar los factores que impiden o facilitan que éste se elabore de manera adecuada, observando el medio en que se desenvuelve el individuo, sus creencias, habilidades, pensamientos, acciones y las consecuencias que conllevan.

4.1 Objetivo

Objetivo general:

El objetivo de la siguiente investigación fue identificar las etapas de duelo y las estrategias de afrontamiento en una persona que se haya estado en proceso de duelo debido al suicidio de un ser querido.

Objetivos particulares:

- Identificar cómo han cambiado las estrategias de afrontamiento desde la pérdida hasta la fecha.
- Identificar cómo repercutió en su vida diaria el acontecimiento.
- Identificar los acontecimientos más significativos que intervinieron en su proceso de duelo.

4.2 Pregunta de investigación

¿Qué factores sociales, conductuales y emocionales intervienen en el proceso de duelo ante el suicidio?

4.3 Método

Para la siguiente investigación se pidió la participación de “V” una mujer de 54 años de edad, de nivel socioeconómico medio, quien vive actualmente en el Estado de México, quien perdiera a su hermana menor M el 21 de octubre del 2009 en la ciudad de Guanajuato a los 43 años de edad y con 7 meses de embarazo, M se suicidó cruzando la avenida cuando estaba el “sigua” de los automóviles provocando así que la atropellaran. Se constató que fue suicidio conforme a que dejó una carta póstuma y todos los papeles del seguro en regla.

Para identificar las etapas de duelo y el estilo de afrontamiento de V, se llevó a cabo una entrevista a profundidad vista desde la perspectiva cognitivo-conductual, con la ayuda de un modelo secuencial integrativo, del proceso tanto en el instante de la pérdida hasta el día de hoy.

4.3.1 Procedimiento

La entrevista se llevó a cabo en tres sesiones de una hora cada una en el domicilio de la participante, más una visita previa para el consentimiento informado.

Consentimiento informado:

Antes de empezar con la entrevista se visitó a la participante para llevar a cabo el consentimiento informado, se le explicó el motivo de la entrevista, el procedimiento y las implicaciones sobre participar en la investigación.

Sesión uno:

En la primera sesión se trataron los siguientes puntos.

Relación entre hermanas: se indagó la cercanía de la relación, que tipo de comunicación tenían, si se percató de cambios en la conducta o de ánimo en su hermana y el impacto de la pérdida.

Antecedentes de intentos de suicidio: se preguntó si la hermana había intentado suicidarse con anterioridad, cuantas veces lo intentó, cuál fue la reacción de la doliente y de los seres queridos, la actitud de la hermana, así como las acciones que se tomaron después de los acontecimientos.

Causa del suicidio: cómo sucedió, quien estaba presente, cual fue la conducta previa al acontecimiento, contexto familiar y de pareja y situación emocional.

Reacción ante la pérdida: cómo reaccionó con la noticia, cuál fue su conducta, que pensó, cómo se comportó durante el velorio, sepelio y los primeros meses. Cómo repercutió en su vida y en la de la familia.

Sesión dos:

En la sesión dos se abordaron los siguientes temas.

Proceso de duelo: se identificaron las etapas que duelo y las estrategias de afrontamiento desde el suceso hasta la actualidad, que acontecimientos hicieron que las estrategias cambiaran y si el duelo está resuelto.

Dificultades en el proceso de duelo: que impidió que el proceso de duelo se llevara a cabo, que acontecimientos hicieron más difícil el proceso en el pasado y actualmente.

Situación actual ante la pérdida: se preguntó si la pérdida seguía teniendo repercusiones en su día a día, si se encuentra en proceso de duelo aun, que tan a menudo la recuerda y qué provoca que lo haga.

Percepción sobre la vida y la muerte: después de lo ocurrido se preguntó si cambió su percepción con respecto a la vida a la muerte y al suicidio y si ha tenido repercusiones en su vida.

Sesión tres:

En la sesión tres se hicieron preguntas sobre los temas que no quedaron claros o no se abordaron a profundidad.

RESULTADOS

Presentación del caso

V es una mujer de 54 años de edad quien perdió a su hermana M hace siete años. La relación de V con M siempre fue cercana a pesar de que V vivía en el estado de México y M en Guanajuato. M era una mujer de 43 años quien vivía con sus padres y sus hermanos. A la edad de 38 años se embaraza de un hombre casado, hecho que la familia reprobó, M al sentir el rechazo familiar intentó suicidarse, sin embargo, la madre lo impidió; cinco años después vuelve a embarazarse del mismo hombre, hecho que la familia volvió a desaprobó, a los siete meses de embarazo M intentó suicidarse una vez más lográndolo; cuando iba camino al trabajo cruzó una avenida transitada cuando estaba el sigua de los automóviles lo que provocó que la atropellaran, el testimonio de los testigos, la carta póstuma y la puesta en regla del seguro de vida confirman que el acto fue premeditado e intencional.

Análisis de las etapas del proceso de duelo

El análisis se llevó a cabo con la ayuda de un cuadro secuencial integrativo que abarcó los acontecimientos de mayor relevancia en el proceso de duelo, utilizando las etapas propuestas por Kübler-Ross (1969) y Piña (2014).

Inmediatamente después de la noticia

Conforme al modelo secuencial integrativo, se puede observar que cuando V se entera de la noticia su inmediata reacción es de shock al ser una pérdida inesperada, tiene pensamientos repetitivos de ¿Por qué lo hizo? ¿Qué va a pasar con su hijo y mi madre? ¿Qué voy a hacer cuando la vea? Y aunque en un primer instante llora, al trasladarse a Guanajuato lo evita para no entrar en desesperación.

Durante el sepelio

Al llegar a Guanajuato el estado de shock continúa debido al contexto en el que estaba, la familia pide su apoyo para todo, al ser la hermana mayor es quien guarda la calma, por lo tanto, no debía llorar, además su formación como enfermera le enseñó a mantenerse estable ante situaciones críticas, por lo que lo único que pudo manifestar fue enojo hacia su padre por el mal trato que le dio a su hermana.

Nueve días después del sepelio

Es sólo hasta que se encuentra nuevamente en su casa cuando por fin V puede elaborar el duelo, se avoca a llorar, pensar en por qué lo hizo, siente ira por lo sucedido, cree que fue una imprudente al dejar a su hijo y a su madre desamparados, culpa porque ella debió habérsela traído a vivir a México y tristeza porque ya no podrá hablar con ella, sigue con pensamientos repetitivos, pérdida de apetito e insomnio, prefiere llorar sola e intenta no estar en su casa porque piensa que su hermana la puede espantar.

Dos semanas después

La depresión continúa, pero la culpa y la ira desaparecen, pensamientos como “si tú lo decidiste así ¿Qué podemos hacer nosotros ya?” “ella no tenía otra salida”, mitigan esa clase de sentimientos, sin embargo, el hábito de hablar con su hermana cada semana y encontrarse pertenencias de ella en la casa provocaban que la recordara constantemente, sin embargo, trataba de evitar llorar, por la creencia de que si llora por ella no la dejará ir en paz.

Dos meses después de la pérdida

La idea de dejarla ir en paz se refuerza con la visita a un vidente quien le vuela a decir que “debe dejarla ir”, que ya no debía pensar en ella, por lo que además de evitar llorar, evita pensar en ella.

Un año después de la pérdida

Aunque la depresión sigue presente (ganas de llorar cuando se acuerda de ella), al llevar la ropa de su hermana consigo a México y ponérsela V negocia (pacta) con su hermana el uso de la ropa, la reta y le dice que usará su ropa esperando que no la asuste, además la noticia de que su madre y sobrino tendrán una ayuda económica permite que este pacto se de más fácil.

Después de la muerte de sus padres (seis años después).

La muerte de sus padres, resulta ser un acontecimiento decisivo para que el proceso de duelo dejara de situarse en la depresión y pasar a la aceptación. V tiene la creencia de que

cuando uno muere se reúne con sus seres queridos en el cielo, por lo tanto, sus padres y su hermana harían eso pensó “ya hay alguien que la cuide”, ahora si podía dejarla ir en paz.

Actualmente

Actualmente, V menciona que la pérdida de su hermana está superada, aun le duele, pero no de la misma manera, dice que ya no tiene ganas de llorar como antes, sólo en ocasiones específicas, como cuando habla con sus hermanos, aniversario del sepelio o cuando habla acerca de ella.

A continuación, en el cuadro 1, con la ayuda de un cuadro secuencial integrativo, se observan de manera esquematizada, las etapas de duelo, acontecimientos importantes, creencias, pensamientos, conductas y consecuencias que se suscitaron a lo largo del proceso.

Cuadro 1: análisis temporal del proceso de duelo

Temporalidad y fase de duelo	E Situaciones estímulo Antecedente	O Organismo	R Conducta de interés	C Consecuencias
<p>Inmediatamente después de la noticia</p> <p>SHOCK</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lugar: domicilio Estado de México donde vive con su familia nuclear. Un familiar le da la noticia de que su hermana ha fallecido Hablaron por teléfono hace una semana. Ella la crió como su madre. Conocimiento de intento de suicidio por parte de la hermana 	<ul style="list-style-type: none"> Hermana mayor de la familia. Habilidades para resolución de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Estado de chock Llanto Pérdida de la fuerza del cuerpo Sensación de frío falta de respiración insomnio piensa que es mentira lo que le comunican ya que hace poco habló con ella. Piensa ¿Por qué lo hizo? Cree que su hermana lo hizo a propósito ¿Qué va a pasar con mi mamá y su hijo? Piensa en cómo era su hermana de pequeña 	<ul style="list-style-type: none"> traslado a Guanajuato para el sepelio
<p>Durante el sepelio</p> <p>SHOCK</p> <p>IRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lugar: Guanajuato. Reunión con padres y hermanos, éstos se encontraban en estado de shock, en especial la madre quien sufría de desmayos constantemente. Ella la crió como su madre Conocimiento de intento de suicidio por parte de la hermana 	<ul style="list-style-type: none"> Hermana mayor de la familia. Estudió enfermería Creencia de que debe estar alerta ante situaciones complicadas Cree que el llanto es signo de debilidad Habilidades para resolución de problemas Religión católica Tradición: novenario católico 	<ul style="list-style-type: none"> Estabilidad emocional Ausencia de llanto Acompaña y atiende a la madre cada que se desmaya. Insomnio Pérdida de apetito Piensa que si llora no habrá quien mantenga a la familia unida Piensa ¿Por qué lo hizo? Cree que su hermana lo hizo a propósito ¿Qué va a pasar con mi mamá y su hijo? Sensación de frío Miedo, cree que su hermana está a un lado de ella Pasa nueve días de Guanajuato 	<ul style="list-style-type: none"> Se esconde para poder pensar en su hermana No habla con sus amistades Grita a su padre reprochándole la pérdida, dice que él tiene la culpa de que su hermana se suicidara
<p>Nueve días después del sepelio</p> <p>DEPRESIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lugar: domicilio en el Estado de México donde vive con su familia nuclear Ella la crió como su madre En casa había varias cosas 	<ul style="list-style-type: none"> Religión católica Creencia, uno puede llorar solo cuando la situación crítica ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> Llora a diario cuando está sola o cuando ve objetos que le pertenecían a su hermana durante dos semanas Insomnio Pérdida de apetito 	<ul style="list-style-type: none"> Evita estar sola en casa No habla con sus amistades

IRA	que le pertenecían a la hermana			
CULPA	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de intento de suicidio por parte de la hermana 		<ul style="list-style-type: none"> Culpa, “debí habérmela traído para acá” Culpa por regresarse a México Cree que su hermana lo hizo a propósito Enojo, ¿Por qué lo hizo? ¿Qué va a pasar con mi mamá y su hijo? Sensación de frío Miedo, cree que su hermana está a un lado de ella 	
Dos semanas después	<ul style="list-style-type: none"> En casa había varias cosas que le pertenecían a la hermana Su hija le dice que debe dejar descansar en paz a su hermana 	<ul style="list-style-type: none"> Religión católica Cree que el llanto es signo de debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar ver objetos que le recuerden a su hermana Evita llorar Insomnio Pérdida de apetito Cree que ya es tiempo de dejarla ir Piensa ¿Por qué lo hizo? Piensa ¿Qué va a pasar con mi mamá y su hijo? Cree que su hermana lo hizo a propósito Piensa que no hubiera podido evitar su suicidio Sensación de frío Miedo, cree que su hermana está a un lado de ella 	<ul style="list-style-type: none"> Evita estar sola en casa No habla con sus amistades Realiza sus actividades cotidianas con normalidad
DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de intento de suicidio por parte de la hermana 			
PACTO	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de intento de suicidio por parte de la hermana 			
Dos meses después de la pérdida	<ul style="list-style-type: none"> Lugar: local de lectura de cartas en compañía de una amiga. Un vidente le lee las cartas y le menciona que debe dejar de pensar en ella ya que no permite irse en paz (la tiene a un lado de ella) además de mencionarle que su hermana se suicidó debido a todas las presiones que tenía. Conocimiento de intento de suicidio por parte de la hermana 	<ul style="list-style-type: none"> Religión católica Cree que el llanto es signo de debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Confirma su creencia de que lo hizo a propósito Piensa que su hermana es valiente por haber hecho lo que hizo Cree que ya es tiempo de dejarla ir Evita pensar en ella Evita llorar Piensa ¿Qué va a pasar con mi mamá y su hijo? Sensación de frío Miedo, cree que su hermana está a un lado de ella 	<ul style="list-style-type: none"> Cada que piensa en su hermana trata de evitarlo, hace quehacer, grita a sus hijos, ve la televisión, evita hablar con las personas.
DEPRESIÓN				
PACTO				
Un año después de la pérdida	<ul style="list-style-type: none"> Visita a sus familiares en Guanajuato para sacar las pertenencias de su hermana La madre y el hijo reciben el 	<ul style="list-style-type: none"> Religión católica Costumbre un después de la muerte, se sacan las pertenencias del 	<ul style="list-style-type: none"> Vuelve a confirmar su creencia de que lo hizo a propósito Piensa que su hermana es valiente por haber hecho lo que hizo 	<ul style="list-style-type: none"> Cada que piensa en su hermana trata de evitarlo, hace quehacer, grita a sus

<p>DEPRESIÓN</p> <p>PACTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sueldo de su hermana • La hermana deja papeles y cartas a sus familiares • Se entera que en el hospital fueron negligentes con su hermana 	<p>difunto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencia no debo tenerle miedo a los muertos • Cree que el llanto es signo de debilidad • Cree que si piensa en ella no podrá irse en paz 	<ul style="list-style-type: none"> • Deja de preocuparse al enterarse que su madre y sobrino tendrán una ayuda económica • Piensa que es mejor que no haya atendido a su hermana puesto que hubiera quedado inválida • Saca con su familia la ropa de su hermana y se la lleva a México • Siente el cuerpo ligero al guardar la ropa de su hermana en su casa • Le dice a su hermana que va a usar su ropa y que no la vaya a espantar • Usa la ropa de su hermana • Evita pensar en su hermana • Evita llorar 	<ul style="list-style-type: none"> • hijos, ve la televisión, evita hablar con las personas. • Deja de sentir miedo • Disminuye la frecuencia con que la recuerda y las ganas de llorar • deja de pensar en su madre y sobrino.
<p>Después de la muerte de sus padres (seis años después).</p> <p>ACEPTACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muere el padre en diciembre seguido de la madre en febrero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Religión católica • Creencia “cuando las personas mueren se reúnen con sus seres queridos en el cielo” • Cree que el llanto es signo de debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Se despide de su madre y padre diciéndoles que hablen con su hermana • Piensa que ahora su hermana no estará sola en el cielo • Evita pensar en su hermana • Evita llorar 	<ul style="list-style-type: none"> • El dolor emocional es menos intenso. • Disminuyen las ganas de llorar al pensar en su hermana
<p>Actualmente</p> <p>ACEPTACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • aniversario del fallecimiento • hablar con sus hermanos • su hija le dice que debe dejarla ir en paz 	<ul style="list-style-type: none"> • religión católica • creencia “mi hermana ya no está sola” • Cree que el llanto es signo de debilidad • Cree que si piensa en ella no podrá irse en paz 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganas de llorar una vez al mes • Piensa en su hermana cuando alguien o algo se la recuerda • Piensa que ya no debe preocuparse por su hermana porque ya está acompañada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regaña a sus hijos, hace quehacer, ve televisión

Estrategias de afrontamiento

Se llevó a cabo un análisis de las estrategias de afrontamiento que V utilizó durante el proceso de duelo esto por medio de un cuadro comparativo en el cual se destacan los acontecimientos más relevantes. Para esto se utilizaron las estrategias señaladas en Kleinke (1998).

Inmediatamente después de la noticia

En la *valoración primaria* se puede apreciar que V no puede creer lo sucedido, en un primer instante al comentarle que le tienen una mala noticia, piensa que es la madre a la que le ha ocurrido algo, por lo que se mantiene “estable”, pero al enterarse que es su hermana la que ha muerto, valora la situación como grave ya que su hermana era el sostén de la casa además de que habla con ella casi a diario, por lo que su *valoración secundaria* con respecto a la noticia fue centrada en la *solución planificada de problemas y autocontrol* ya que aunque la noticia le pareció terrible, ella se avocó a buscar medios de transporte para trasladarse a Guanajuato y pensar en mantenerse estable (no entrar en pánico) ante la situación. Lo que indica que su forma de afrontamiento se encontraba *centrada en el problema* más que en la emoción.

Durante el sepelio

Cuando llega V a Guanajuato valora la situación como crítica, menciona que toda la familia se encontraba en estado de shock, nadie sabía exactamente qué hacer y su madre se desmayaba constantemente por lo que su *valoración secundaria* vuelve a estar *centrada en el problema*, pensó que si ella se ponía a llorar no habría quien le dijera a los demás que hacer, por lo que la estrategia de afrontamiento que utilizó fue el *autocontrol*, evitó llorar y coordinó a los familiares diciéndoles que hacer y a donde ir, además de cuidar a la madre cada que se desmayaba. Una segunda valoración hace que V utilice la estrategia de *confrontación*, según su testimonio, su padre tiene la culpa de que su hermana se haya suicidado debido a que no la apoyó, por lo que le grita y reprocha. Finalmente, V prefiere esperar a llorar hasta estar de vuelta en México, utilizando así la estrategia de *afrontamiento por espera*.

Nueve días después del sepelio

Una vez pasado el novenario y de vuelta a la ciudad de México V por fin pudo llorar, el afrontamiento deja de estar centrado en el problema para *centrarse en la emoción*, tiene pensamientos como “¿por qué lo hizo?” “¿Cómo pudo haber hecho eso mi hermana?” “Yo debí traérmela para acá.” Este último pensamiento indica que sentía culpa por no haber evitado el suceso, por otra parte, V no busca ayuda de ningún tipo, prefiere llorar sola.

Dos semanas después

Su hija mayor le menciona a V que es necesario que la deje descansar en paz, por lo que debe dejar de llorar, sugerencia que V toma en cuenta, su valoración se sigue situando en la *emoción*, pero ahora su estrategia cambia la *evasión*, siendo así que evita llorar cuando la recuerda, aunado a esto, su estrategia también se centra en la *aceptación y el autocontrol*, al pensar que no habría podido evitar que ella cometiera el acto, puesto que ya lo tenía todo bien planeado.

Dos meses después de la pérdida

Después de dos meses una amiga le sugiere que consulte a un vidente para que pueda hablar con su hermana, V incrédula asiste y el vidente le dice que debe dejar de pensar en su hermana para que pueda descansar en paz, la *valoración primaria* de V fue pensar que era incorrecto pensar en ella por lo que su *valoración secundaria* fue tratar de no pensar ni llorar por su hermana lo que indica que la estrategia utilizada fue la *evasión*.

Un año después de la pérdida

Al pasar un año, V saca la ropa de su hermana que estaba guardada en su casa en Guanajuato y se la lleva a su casa, por lo que su valoración se *centró en el problema*, las estrategias de afrontamiento que ocupó fueron la *confrontación*, al usar la ropa, y *valoración positiva*, al pensar que al guardar la ropa en su casa su cuerpo se sentía más liviano y dejaba de tenerle miedo.

Después de la muerte de sus padres (seis años después).

V menciona que la muerte de sus padres fue un acontecimiento importante en su vida, ella menciona que la muerte de éstos no fue tan dolorosa debido a que ya tenía presente que

pasaría, sin embargo, su muerte significó que su hermana estando en el cielo ya no estaría sola, tendría compañía, por fin alguien la cuidaría, ahora si podía dejarla ir en paz, la forma en cómo afronta la pérdida se muestra como *centrada en la emoción* haciendo una *valoración positiva* del suceso, menciona que desde entonces la frecuencia con la que quiere llorar es menor, antes cualquier frase, canción o plática que la hiciera recordarla era motivo de llanto, después de la muerte solo cosas como escuchar la canción de “amor eterno” o hablar de ella desembocan el llanto.

Actualmente

En la actualidad, V menciona que la pérdida de su hermana ya está superada, sin embargo, menciona que le sigue doliendo, trata de no llorar cuando la recuerda debido a que piensa que si lo hace no puede dejarla descansar en paz, si la recuerda prefiere gritarle a sus hijos, hacer quehacer o ver la televisión, lo cual indica que sigue utilizando la estrategia de *evasión*, su estrategia está *centrada en la emoción*, menciona que no ha buscado ayuda debido a que no quiere que le roben sus lágrimas, algunas veces ha buscado hablar con su comadre lo que indica que también hace uso de la estrategia de *apoyo social*, aunque en menor medida.

Finalmente, V utiliza la estrategia de *aceptación*, debido a que menciona que en la actualidad no guarda rencor ni siente culpa con respecto a lo ocurrido, piensa que su hermana no tenía otra salida más que el suicidio y que si bien ella pudo haberla traído a México, no podía hacer nada debido a que ella le había dicho que se iría a vivir a otro lado. Por otra parte, menciona no tener resentimientos con sus padres puesto que, ella menciona que ellos y su hermana deben haber hablado en el cielo.

Cuadro 2: comparación de estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo

Temporalidad	Valoración primaria	Valoración secundaria	Estrategia de afrontamiento	Indicadores cognitivos y/o conductuales
Inmediatamente después de la noticia	Valorada como problemática	Centrada en el problema	solución planificada de problemas autocontrol	Buscó los medios para transportarse a Guanajuato Trató de estar consciente de lo que pasa a su alrededor
Durante el sepelio	Valorada como problemática	Centrada en el problema	Autocontrol	Dice: “Yo me hacia la fuerte si yo me tiro a llorar quien va a ver por mi

				Confrontación	mamá”
				Afrontamiento espera	por Reprochar al padre por la muerte de su hermana
					Piensa en llorar hasta que esté en México
Nueve días después del sepelio	Valorada como problemática	como	Centrada en la emoción	Concentración y liberación emociones	de Llorar todo el día sola en casa
				Aceptación de responsabilidades	Piensa: “Yo debí habérmela traído para acá”
Dos semanas después	Valorada como problemática	como	Centrada en la emoción	Evasión	Piensa: “ya es tiempo de dejarla ir”
				Aceptación	Evita llorar
				Autocontrol	Piensa: “si tú lo decidiste, ¿Qué podemos hacer nosotros ya?”
					Analiza los hechos, racionaliza la situación.
Dos meses después de la pérdida	Valorada como problemática	como	Centrada en la emoción	Evasión	Evitar llorar
					Evita pensar en ella
Un año después	Valorada como posiblemente problemática	como	Centrada en el problema	Confrontación	Se lleva consigo la ropa de su hermana
				Valoración positiva	Usa la ropa de su hermana
					Piensa: “Mari voy a usar tu ropa no me vayas a espantar”.
					Siente el cuerpo más liviano al guardar la ropa de su hermana
Después de la muerte de sus padres (seis años después).	Valorada como problemática	como	Centrada en la emoción	Valoración positiva	Piensa que los padres podrán acompañarla en el cielo, ya no estará sola.
Actualmente	Valorada como posiblemente problemática	como	Centrada en la emoción	Distanciamiento	Si la recuerda grita a sus hijos, se pone a hacer quehacer, ve televisión, piensa en otra cosa.
				Evasión	
				Aceptación	Piensa que debe dejarla descansar

Los principales resultados que se pudieron observar en esta investigación es que las estrategias de evitación y autocontrol fueron las que imperaron durante casi todo el proceso de duelo, así mismo, se pudo observar que la etapa de depresión fue la más constante. A continuación, se analizará con mayor detenimiento los hallazgos encontrados.

DISCUSIÓN

La siguiente investigación tuvo como propósito identificar las estrategias de afrontamiento y las etapas de duelo en una persona que perdió a un ser querido debido al suicidio. En específico se pretendió identificar cronológicamente cómo fueron cambiando dichas estrategias, cómo repercutió la pérdida en la vida diaria, así como los acontecimientos más significativos que intervinieron en su proceso de duelo.

Conforme a los resultados obtenidos, se puede identificar que la religión jugó un papel determinante en el proceso, cada ritual católico permitía que V fuera resignificando el suceso. México se caracteriza por ser un país que cuenta con gran cantidad de población católica, los rituales católicos han sido parte importante en la historia, desde la época prehispánica hasta la colonial y aun en la actualidad se preservan y añaden gran cantidad de festividades (Guerrero, 2006; González, 2013; Haase, 2013; Sánchez, s/f ; Viqueira, 1981). En el caso de V se puede apreciar cómo el ritual del novenario, en un primer instante fue un factor importante que le impidió llorar debido a que éste dura nueve días, lapso en el cual ella debía mantener su estabilidad emocional. Es hasta que está lejos de su familia de Guanajuato que V puede mostrar su dolor ante la pérdida. Siguiendo con el rito fúnebre católico, la tradición de la misa un año después del deceso volvió a ser un factor importante ya que permitió a V confrontar el recuerdo de su hermana al ponerse su ropa, la cual, según las creencias de V, debe ser sacada de la habitación del difunto para concluir el rito funesto. Durante el primer año V comentaba que sentía miedo de estar sola debido a que creía que su hermana estaba a su lado, el acto de usar la ropa provocó una disminución en la frecuencia del llanto y las veces en las que la recordaba, en palabras de V, usar la ropa de su hermana probaba que no le tenía miedo.

En religiones como el judaísmo y catolicismo los rituales mortuorios tienen el propósito de cerrar ciclos, dejar que el difunto descanse en paz (Hierro, 2013; González, 2013; Tapia-Adlher, 2008). Con respecto al descanso del alma, si bien los rituales beneficiaron al desarrollo del duelo, la creencia de que “debe dejar descansar en paz a su hermana” provocó una reacción de evitación por parte de V que prolongó el duelo, en sus palabras

“debo dejarla ir”. Evitaba llorar y si llegaban recuerdos a su mente, se ponía a hacer labores del hogar o gritar a sus hijos.

Otro punto importante a retomar con respecto a la religión es la creencia de la vida después de la muerte (Hierro, 2013). El creer que su hermana M estaba “sola en el cielo”, según su testimonio, no le permitía dejarla ir en paz, es hasta la muerte de los padres que V empezó la culminación del proceso de duelo gracias a la idea de que su hermana estaría acompañada de sus padres con quienes hablarían por fin para arreglar sus asuntos. Si bien en un principio esta creencia retarda el proceso de duelo, finalmente es esta misma creencia la que permite su resolución.

Cabe destacar que con respecto a la creencia del más allá que, conforme al cristianismo, el suicidio es visto como un pecado directo en contra de Dios, por lo tanto, aquellos que lo cometan no pueden subir al reino de los cielos (Benna, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005; Vicente y Ochoa, 2007; Salman, 2011). Sin embargo, en el caso de V, cree fielmente que M se encuentra en el cielo, argumentando que el acto que hizo fue debido a toda la presión por parte de su familia. V toma el suicidio de su hermana como un acto de valentía, en palabras de V “es una cabrona” “hay que tener muchos huevos para hacer lo que hizo”.

El suicidio, conforme a la literatura, tiene como significado para los dolientes, no sólo la pérdida del ser querido, sino cuestionamientos del porqué lo hizo, culpas, odios y alivio porque su ser querido no sufre más (Pérez, 2007; Piña, 2014). En el caso de V, efectivamente trata de dar una razón del porqué de las acciones de su hermana, de hecho, su proceso de duelo se es modificado gracias a que encuentra respuestas al motivo de suicidio por medio de la lectura de las cartas. En el caso de la culpa, aunque al principio la presenta, no es tan aguda; la distancia y la comunicación jugaron un papel importante, V no se siente responsable de lo sucedido debido a que ella no participó en lo que, de acuerdo con ella, fueron las causas del suicidio de M. de hecho V, al creer que la presión familiar fue la culpable de la muerte de su hermana, parte de su enojo se dirigió hacia su padre, a quien reprocha lo sucedido. En cuestión del alivio, V en un principio piensa que su hermana es injusta al sólo pensar en ella, sin embargo, con el tiempo reconsidera su postura, mencionando que para ella el suicidio era la única salida a sus problemas. El significado

respecto al acto suicida en general, no se modifica en V después de la muerte de M, hasta la fecha V piensa que el suicidio no está bien y nadie, excepto su hermana, tendría justificación, siempre hay una salida.

Corless, Germino y Pittman (2005), mencionan que cuando un ser querido muere no sólo se pierde a la persona, sino que también hay una pérdida de relaciones, estilo de vida, biografía y parte de sí mismo. V era bastante cercana a M, por lo que efectivamente hubo una pérdida de la relación, hábitos como llamarse y visitarse desaparecieron. Sin embargo, el cambio no fue drástico, ya que ellas no vivían cerca. Por otra parte, el sí mismo de V no se vio modificado significativamente, su percepción de la muerte y suicidio siguió siendo la misma y su forma de ser también, aunque V comenta que después de la muerte de M se volvió, en palabras suyas “menos dejada”, es decir, si algo no le parece, no se queda callada como antes, y hace saber su desacuerdo.

O’connor (2007), menciona que cuando un hijo fallece, los padres pueden llegar a idealizarlo o admirarlo por lo que hizo. En el caso de V, si bien genéticamente era hermana de M, ella menciona que siempre la vio como su hija debido que V fue la encargada de su crianza. Por tanto, probablemente, V no vivió el duelo de la pérdida de una hermana sino de una hija. Ballestín, Corbellas y Cordellat, (2007), mencionan que la pérdida de un hijo provoca uno de los duelos más difíciles. V menciona que cuando le dijeron que le tenían una mala noticia pensó en un primer instante que había fallecido su madre, por lo que permaneció serena, pero al enterarse que había fallecido su hermana se desplomó, ella estaba preparada para aceptar que fuera su madre la fallecida no su hermana, eso no lo podía tolerar.

Se puede observar que en el caso de V el duelo, además de haber sido largo, fue bastante difícil, enmarcándose en un tipo de duelo patológico y crónico (Gutiérrez, 2009), como es común en este tipo de pérdidas. Durante cinco años persistió un estado de depresión en V que tuvo resolución sólo con la muerte de sus progenitores. La prolongación del duelo, tuvo que ver además de la naturaleza de la pérdida, con el papel que ella juega en su entorno familiar y su profesión como enfermera. En cuanto al rol familiar, al ser la mayor, V asume que no puede perder el control, no podía comportarse como hermana sino como madre.

Bowlby (1993), menciona que el padre no sólo debe hacerse cargo de su propio duelo sino también el de sus hijos.

Con respecto a su profesión como enfermera, V menciona que ante momentos de emergencia ella debe permanecer calmada, es el deber de las enfermeras. La visión médica de la muerte es completamente objetiva, el morir no puede estar lleno de sentimentalismos, por miedo a perturbar el funcionamiento del hospital (Díaz, 2006).

Finalmente, la personalidad de V juega un papel importante en el proceso de duelo. Ella se describe como una persona que no suele demostrar sus sentimientos, de carácter fuerte y objetiva. Piensa que si no mantiene las cosas bajo control todo saldrá mal además de pensar que llorar es signo de debilidad. La personalidad reprimida, es un estilo inapropiado de afrontamiento debido a que los sentimientos no salen a flote (Kleinke, 2001). Por otra parte, la personalidad controladora, al ver que la situación rebasa sus recursos puede provocar trastornos emocionales (Vázquez et al, 2000). Conforme a lo dicho por V, ella posee estos tipos de personalidad, estilos que prolongan el duelo.

CONCLUSIONES

Las estrategias de afrontamiento que V fue utilizando a lo largo del proceso de duelo no permanecieron estáticas y no fueron ni todas beneficiosas ni todas obstaculizadoras. Se puede apreciar que principalmente utilizó las estrategias de evasión y autocontrol. Estas estrategias fueron de gran utilidad en un principio, al ser la hermana mayor debía mantener la calma ante la situación por lo que este tipo de estrategias resultaron de gran efectividad. Sin embargo, una vez cambiando el escenario estas estrategias produjeron que el duelo se prolongara, si bien utilizó estrategias más adaptadas como la liberación de emociones y aceptación de responsabilidades, no tardó en modificarlas volviendo a las estrategias de evasión y autocontrol, las cuales permanecieron durante varios años hasta la pérdida de sus dos padres, su pérdida le hizo replantearse la pérdida de su hermana, logrando la aceptación de la pérdida.

El proceso de duelo de V se vio principalmente intervenido por los rituales religiosos católicos y sus creencias acerca de la vida después de la muerte, aspectos que retrasaron y también ayudaron al proceso, siendo estos los que ayudaron a la conclusión del duelo. Este aspecto resulta de gran importancia debido a que México es un país principalmente católico, por lo que parece pertinente la investigación de las implicaciones tanto positivas como negativas de la religión en el duelo ante el suicidio, tomando como principal idea el hecho de que según esta religión el suicidio está penalizado.

Por otra parte, la idea que se tiene respecto al suicidio es bien conocida en el mundo occidental, es un sinsentido. Sin embargo, la idea de suicidio en México no parece estar del todo clara, si bien la religión penaliza al suicidio. Por otra parte, se respeta e incluso se adora a la muerte, por lo que el acto suicida, a diferencia de otros países occidentales puede que discrepe. En el caso de V se puede apreciar claramente que la idea del suicidio corresponde con la idea occidental, sin embargo, el acto suicida de su hermana es tomado como un acto de valentía no como un sinsentido o un pecado directo en contra de Dios. Esta forma de ver la muerte de su hermana se explica por medio de la relación que tenían, que más como hermanas, era de madre e hija, siendo así que V idealizó a M, justificando

sus acciones. Incluso toma un papel como madre durante el ritual mortuorio, dejando de lado su dolor para atender el de los demás, incluida su propia madre.

En cuanto a la enfermería, en el caso de V, su formación como enfermera interviene bastante en la forma en cómo afrontó el duelo. Sería interesante que para futuras investigaciones se tome en cuenta la influencia de esta profesión en la vida personal, en especial lo relacionado con la forma de afrontar duelos. Las enfermeras conviven con la muerte todo el tiempo, viéndola de una manera objetiva, sin embargo, la pérdida de un ser querido supondría dejar de lado esta objetividad.

De acuerdo con todo lo expuesto, se puede concluir que las estrategias que utilizó V a lo largo del proceso de duelo, tuvieron que ver principalmente con tres aspectos. El primero de estos, es el aspecto religioso, específicamente su creencia del descanso del alma (dejar ir a su hermana y pensar que sus padres la cuidan en el cielo), el cual causaba que evitara los recuerdos de su hermana y controlara sus emociones y que al final con la pérdida de los padres facilitó la aceptación de la pérdida. El segundo punto tuvo que ver con el rol familiar de V, quien desde pequeña tuvo que hacerse cargo de sus hermanos como si fuera la madre, nuevamente, como figura de autoridad y de control debe autocontrolarse. El último aspecto es el de su formación como enfermera el autocontrol imperó durante casi todo el proceso debido a que su profesión dicta que las situaciones deben verse objetivamente, de lo contrario éstas se pueden salir de control y ocasionar graves consecuencias.

Finalmente, esta investigación se avocó únicamente a identificar las estrategias de afrontamiento y el proceso de duelo del doliente, sin embargo, se dejó de lado un aspecto que parece de suma importancia investigar, pero que debido al objetivo de la investigación no se analizó, este es, el tipo de suicidio que se vislumbró en el caso. Conforme a la literatura, el suicidio en mujeres embarazadas es poco común en países en vías de desarrollo incluso no existe suficiente información al respecto. Conforme a la información indagada, de manera natural al estar embarazada existen hormonas que ayudan al estado de ánimo de la madre, además que la idea de ser madre ayuda a la disminución de estados depresivos. Sin embargo, el tema resulta bastante relevante debido a que, durante el embarazo, en especial en embarazos no deseados, aspectos problemáticos en la familia,

económicos y personales pasan desapercibidos. El suicidio en el embarazo ocurre y la investigación de las causas para su futura prevención debe considerarse seriamente.

Referencias

- Acero, P. D., Pulido, M. A. y Pérez, B. F. (2007). Efectos emocionales, en padres que han perdido a un hijo por accidente de tráfico, en el contexto colombiano. *Umbral Científico*. 11, 111-127.
- Acinas, P. (2012). Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2(1). Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
- Adrover, M. (26 de enero de 2011). La evolución de los ritos funerarios. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=We_GOdRlp_o&t=223s
- Álvarez, C. M. (2002). Las diferentes concepciones de la muerte en las principales culturas de la humanidad. *Bioética y Bioderecho*. 7(1), 9-40. Recuperado de <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/byb/article/viewFile/264/168>
- Araujo, S., Barbosa M., Galván S., García A. y Uribe Ordaz C. (2009). El culto a la Santa Muerte: un estudio descriptivo. *Universidad de Londres*. Recuperado de http://www.udlondres.com/revista_psicologia/articulos/stamuerte.htm
- Arreola, C. (2008). *Comparación entre el número de suicidios en el D.F. reportados por el SEMEFO e INEGI*. (Tesis de grado). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México, México.
- Asencio, E., Rivera, E. y Mezquita, E. L. (2005). *Intento de suicidio por embarazo no deseado en adolescentes del departamento de Sonsonate*. (Trabajo de grado). Universidad del Salvador, El Salvador.
- Barreno, Y. (diciembre de 2012). *El tema de la muerte en la baja edad media*. [Entrada de blog]. Recuperado de <http://blognosololiteratura.blogspot.mx/2012/12/el-tema-de-la-muerte-en-la-baja-edad.html>
- Barreras, D. y Durán, C. (2011). Los reinos germánicos. *Anatomía de la Historia*. Recuperado de <http://anatomiadelahistoria.com/wp-content/uploads/2011/09/Reinos-germanicos.pdf>
- Berciano, I. (2009). *Aprendiendo a morir*. España: Desclée De Brouwer.
- Bobes, J., Sáiz, P. L., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T. y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.

- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. L. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública México*. 52(4), 292-304.
- Borges, G., Orozco, R. y Medina, M. L. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública Mexicana*. 54(6). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342012000600008yscript=sci_ar_ttext
- Bottéro, J. (1998). *La religión más antigua*. México: Editorial Trotta.
- Bowlby, J. (2010). *La pérdida*. Madrid: Paidós.
- Bravo, C. D. (29 de junio de 2012). *Duelo por separación amorosa*. [Entrada de blog]. Recuperado de <http://dueloporseparacionamorosa-uce-fcps52.blogspot.mx/2012/06/duelo-por-separacion-amorosa.html>
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*. 5, 191-233.
- Causas de suicidio en México (24 de noviembre de 2009). El Universal. Recuperado de <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/480290.causas-de-suicidio-en-mexico.html>
- Ceballos, G. A., Suárez, Y., Arenas, K. y Salcedo, N. (2013). Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 5(2), 134-144.
- Cáceres C. Manhey C. Vidal C. (2009). Separación, pérdida y duelo de la pareja. Para una terapia de divorcio. *De familia y Terapias*. 27, 41-60.
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*. 20 (3), 403-414.
- Centeno, C. (2013). *Gestión del duelo y las pérdidas*. Barcelona: Formación Alcalá.
- Cook, F., Jordan, J. R. y Moyer, K. (2015). *Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. National Guidelines*. United State: Action Alliance.
- Cobos, J. (2005). *La visión del otro en la historiografía*. Barcelona: Visión net.
- Correa, I. S. (2013). Duelo por pérdida de un hijo(a): historia de vida de padres y madres de la fundación lazos Medellín. *Clave Social*. 2(2), 70-78.

- Corles, I, Germino, B. B. y Pittman, M. A. (2005). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual moderno.
- Díaz, A. E. (2012). *Análisis del suicidio en adolescentes causas y prevención*. (Tesina de grado). Facultad de Psicología incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Díaz, J. L. (2006). Morir en un hospital. reflexiones y comentarios a la obra de Philippe Ariés. *Cultura de los Cuidados*. X(19), 10-16.
- Díaz-Franco, E., Rodríguez-Pérez, M. L., Mota-González, C., Espíndola-Hernández, J. G., Meza-Rodríguez, P. y Zárate-Tapia, T. A. (2006). Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatol Reproduccion Humana*. 20 (4), 80-90.
- Eguiluz, L. (2003). Ideación suicida. *Perspectivas Sistémicas*. 78(1), 71-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780005.pdf>
- Ellis, T. E. (2008). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. [Traducido de Cognition and suicide. Theory, Research, and Therapy]. México: Manual moderno.
- Entre jóvenes, el 80% de los suicidios, el desempleo, la causa principal. (10 de septiembre de 2014) El Proceso. Recuperado de <http://www.proceso.com.mx/381861/entre-jovenes-el-80-de-los-suicidios-el-desempleo-la-causa-principal>
- Feigelman, W. Gorman, B. S. (2006). Assessing the effects of peer suicide on youth suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*. Recuperado de <http://www3.ncc.edu/faculty/soc/feigelb/friendsuicide2.pdf>
- Freud, S. (1917). *Obras completas, duelo y melancolía*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Frutis, O. (2013). La muerte en el pensamiento de Séneca: una lección moral. *La Colmena*. 78 (1), 45-52. Recuperado de http://web.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena_78/Aguijon/7_La_muerte_en_el_pensamiento_de_Seneca.pdf
- Gaarder, J. Hellern, V. y Notaker, H. (2009). *El libro de las religiones*. [Traducido de Religionsboka. Verdens religioner, kristendommen. Livssyn og etikk]. España: Siruela Biblioteca.

- García, F. E. e Ilabaca, A. (2013). Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Universidad Santo Tomás*. 11(2), 157-172.
- García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A, Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C. y González-Gámez, J. G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad *Revista Salud Pública*. 12 (5), 713-721.
- García-Viniegras, C. R. V. y Pérez, C. (2013). Duelo ante la muerte por suicidio. *Revista habanera de ciencias médicas*. 2 (12). Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/67/68>
- Gómez, E., Aldana, E., Carreño, E. y Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*. 14(2), 28-35.
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido*. El duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones.
- Gómez, M, A. y Delgado, J. A. (2000). *Ritos y mitos de la muerte en México de otras culturas*. México: Grupo editorial tomo, S. A. de C. V.
- Gómez, S. (1998). *Una elaboración cultural de la experiencia del morir*. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y Saberes*. 1(1), 39-48.
- González, J. E., Camejo Z. L. (2014). Ideación suicida, diagnóstico psiquiátrico y factores de riesgo suicida en pacientes adolescentes con conducta suicida. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 19(1), 62-78.
- Granada, M. A. (1989). Muerte y permanencia de la sustancia en Virgilio, Ovidio y Lucrecio. *Faventia*. 11(2), 71-83.
- Guerrero, A. (2006). Los entierros en el noreste mexicano. En *Cuadernos 16. Patrimonio cultural y turismo*. (pp. 156-158). México: Conaculta.
- Guillem, V., Romero, R. y Oliete, E. (2007). manifestaciones del duelo. En Camps, C. y Sánchez, P. T. (2007). *Duelo en Oncología*. (pp. 130-207). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.

- Gutiérrez, A. (2009). *Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada*. (Tesis de maestría). Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.
- Gutiérrez, A. G., Contreras, C. M. y Orozco, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales Salud Mental. *Instituto Nacional de Psiquiatría*. 29(5), 66-74.
- Haase, C. I. (2003). *La muerte y los mexicas*. (Tesis de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C, México.
- Hernández-Bringas, H. y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*. 17 (68), 69-101.
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*. 7(8). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Hernández, P. A. y Villarreal R. E. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*. 19(8), 1048.
- Hierro, E. (2013). *Muerte, donación de órganos y eutanasia. abordaje jurídico, ético y religioso*. (Trabajo de grado). UPV-EHU Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa, España. Recuperado de <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10314/1/Hierro%20V%C3%A1zquez,%20M%C2%AA%20Eugenia.pdf>
- Instituto Mexicano de Tanatología (2011). *¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología*. México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Intentos de suicidio y suicidios. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/sociales/suicidios/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Estadística a propósito del día mundial de la prevención del suicidio. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Ironside, H. A. (1876-1951). Espíritu, alma y cuerpo. Recuperado de http://tesorodigital.com/archivos/archivos-pdf/860__El_ser_humano.pdf
- Jiménez, B. I. (2005). La muerte violenta de un hijo: ¿Continuar o romper con el ciclo de la violencia? *Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia*. 7, 33-46.

- Jiménez, J. y Caballero, A. (2010). Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia. *Boletín Gallego de Medicina Legal e Forense*. 17. Recuperado de http://www.agmf.es/az/Caracteristicas_forenses,_psicologicas_y_linguisticas_de_una_muestra_de_notas_suicidas_en_Galicia._Jimenez_Feliz_J_et_al.pdf
- Kleinke, C. L. (2001). *Cómo afrontar los desafíos de la vida*. [traducido de Coping with life challenges]. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kübler-Ross, E. (1969/2008). *Sobre la muerte y los moribundos* (5º edición). México: Debolsillo.
- Landa, P. (2006). *El proceso de evaluación conductual*. Trabajo inédito. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México, México. Recuperado de <http://www.metatutor.com/materiales/u2mat4.pdf>
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana Salud Publica*. 11(3), 20-32.
- Lara, A. y Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*. 32 (5), 38-46.
- Legido, T. (2012). *clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos*. (Tesis de doctorado). Universidad de Alcalá, España.
- León, J. L. (2007). *La muerte y su imaginario en la historia de las religiones*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- León G., Giménez, L. y Giménez, L. (2003). Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 20(2), 118-125.
- López, A. y López, L. (2008). El sacrificio humano entre los mexicas. *Arqueología Mexicana*. 1(1), 137-152.
- Maldonado, G. (2005). *El suicidio*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Martín, M. (2010). *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: muerte-divorcio-migración*. España: Desclée De Brouwer.
- Martínez, R. M. (2010). *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa*. España: Desclée De Brouwer.

- Mas, S. (2006). *Pensamiento romano Una historia de la filosofía en Roma*. Valencia: Tiran lo Blanch.
- McMenamy, J.M., Jordan J. R. y Mitchell A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav.* 38(4), 375-389. DOI: 10.1521/suli.2008.38.4.375.
- Mejía, M., Sanhueza M. y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com.* 8(1), 15-25. Recuperado de http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
- Mitre, E. (2004). Muerte y modelos de muerte en la edad media clásica, edad media. *Revista de Historia.* 6(1), 11-31.
- Moreno, E. (2009). *El proceso de duelo por muerte*. (Trabajo de grado). Barcelona: Instituto Superior de Estudios Prospectivos.
- Moreno, M. (2010). *Historia de la filosofía: Introducción (Vol. 1: Presocráticos, Platón, Aristóteles, Filosofía Helenística)*. Grin Verlag,. DOI: [10.3239/9783640690077](https://doi.org/10.3239/9783640690077)
- O'connor, N. (2008). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Patiño, F. J. (2013). *La muerte deseada: una aproximación sociológica al suicidio en la población juvenil del Distrito Federal*. (Tesina de diplomado). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México.
- Peiró G., Corbellas C. y Blasco B. (2007). El duelo en la pérdida de un hijo. En Camps, C. y Sánchez, P. T. (2007). *Duelo en Oncología*. (pp. 130-207). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., Castro, F., Leyva-López, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública México.* 54(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342010000400008&script=sci_arttext

- Pérez, M. (2010). El proceso de duelo y la familia. Centro iluntze. Recuperado de <http://docplayer.es/17097880-El-proceso-de-duelo-y-la-familia-magdalena-perez-trenado-centro-iluntze.html>
- Pérez, S. A. (2007). Manejo de la familia de un suicida. Boletín Electrónico de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/manejo-de-la-familia.pdf
- Pérez, V. y Lorenzo, Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*. 20(5-6). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi025_604.htm
- Piña, N. Y. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia*. (Tesina de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología, a. c., México.
- Pizzaro, A. y Wittebroodt, I. (2000). La impunidad. Efectos en la elaboración del duelo en madres de contenidos desaparecidos. *Castalia Revista de Psicología de la Academia*. 115-136. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2367/115-135.pdf>
- Reale G. y Antiseri D. (2008). *Historia del pensamiento filosófico y científico: Antigüedad y Edad Media*. Italia: Editorial Herder.
- Reyes, C. (2011). Historia y actualidad del culto a la Santa Muerte. *El Cotidiano*. 169, 51-57.
- Reyes, M, D. (2016). Historia e Interdisciplinariedad Actitudes y prácticas ante la muerte en la Nueva España. *Vuelo Libre Revista de Historia*. 1(2), 53-60.
- Reyes, J. A. (1996). *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia*. México: Triple A Diseño.
- Rocamora, A. (2012). Taller: claves para la intervención en el duelo por suicidio material para el alumno. [Monografía]. Recuperado de http://ache-counselling.org/wp-content/uploads/2014/03/Claves_practicas_para_la_intervencion_en_casos_de_suicidio_Material_para_el_alumno.pdf
- Rocha, S. (2011). *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*. (Tesis de doctorado). Universidad Iberoamericana, México.

- Roche M. L. (1998). Dimensiones sociales de la vida y la muerte en la tragedia griega. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 84 (1), 243-257.
- Rodríguez, M. A. (2001). *Usos y costumbres funerarias en la nueva España*. Michoacán: El colegio de Michoacán.
- Rosales, J. C., Córdova, M. y Ramos R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación. *Psicología y Salud*. 22(1), 63-74.
- Rowe, D. (1989). *La construcción de la vida y de la muerte. Dos interpretaciones*. [Traducido al español de the contrucion of life and death]. México: Fondo de Cultura Económica.
- Roy, A. y Draper, R. (1995). Suicide among psychiatric hospital inpatients. *Psychological Medicine*, 25, 199-202
- Salgado S. (2012). *La filosofía de Aristóteles*. México: Cuadernos Duererías.
- Sánchez, E. J. (2001). *La relación de ayuda en el duelo*. España: Centro de Humanización de la Salud.
- Sánchez, I. (15 de enero de 2015). *La muerte en la Edad Media. Percepción, concepto y representación de la muerte en la Edad Media*. [Entrada de blog]. Recuperado de <http://www.versacrvn.com/muerte-edad-media/>
- Sánchez-loyo, L. M., Morfín, T., García, J. E., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E. y Cruz, J. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*. 4(1), 1446-1458.
- Sánchez, M. A. (s/f). El culto a los muertos. [Fragmento]. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://web.uaemex.mx/identidad/docs/cronicas/TOMO%20IX/MUERTOS.pdf>
- Sánchez-Sosa, J. C.: Villarreal-Gonzalez, M. E., Musitu, M. y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 19 (3), 279-287. DOI: 10.5093/in2010v19n3a8
- Sarmiento, Z., Sánchez-Sánchez, S., Vargas, I. y Álvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. *Revista Cubana de Medicina*

- General Integral*. 20(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi025_604.htm
- Sastre, I. (2014). *Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio*. (trabajo de grado). Universidad de Valladolid, España. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>
- Scalici, E. (s/f). La muerte en las diferentes culturas. Recuperado de <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-muerte-en-diferentes-culturas.pdf>
- Sherr, L (2008). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual moderno.
- Shuuichi, K. (1987). El concepto de muerte en Japón. *Estudios de Asia y África*. 22(1), 132-139.
- Tapia-Adler, A. M. (2008). Concepción de la muerte en el judaísmo. *Revista Cultura y Religión*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2785662.pdf>
- Thomas, L. V. (1981). *La muerte*. [Traducido al español de la mort] Madrid: Paidós.
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. España: Paidós.
- Torres, S. (2011). *Duelo en padres que han perdido hijos*. (Tesina de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., México.
- Toro, D. C., Paniagua, R. E., Gonzalez, C. M. y Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Fac. Nac. Salud Pública*. 27(3), 302-308.
- Traver, A. J. (1999). Anotaciones a Lucrecio 3,445-58; nacimiento, madurez, vejez y muerte psicósomática del hombre. *Universidad de Extremadura HABIS*. 30, 143-151.
- Urbina, C. C. y Villaseñor, J. (2005). Los trastornos mentales y el embarazo. *Revista Digital Universitaria*. 6(11). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/nov_art108.pdf
- Urmenta, A. (2001). el afrontamiento de la muerte a través de la historia. En Astudillo, W., Clavé, E. Urdaneta, E. (2001). *Necesidades psicosociales en la terminalidad* (207-256). Valencia: Editores Sociedad vasca de cuidados paliativos.

- Valera, M. (2013). Estadísticas sobre el suicidio en México. Recuperado de <http://www.indicecorporativo.com.mx/salud/1615-estadisticas-sobre-el-suicidio-en-mexico>
- Vázquez, C.; Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONESpdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf>.
- Viqueira, J. P. (1981). El sentimiento de la muerte en el México ilustrado del siglo XVII a través de dos textos de época. En *Relaciones, estudios de historia y sociedad*. Vol. II. (pp. 27-62). México: Colegio de Michoacán.
- Vicente, N. y Ochoa, E. (2008). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *PSIQUIATRIA.COM*. 11(3). Recuperado de <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/235/220>
- Whizar-Lugo, V. M. (2004). Día de Muertos. Una Festividad Ritual con Tradición Mexicana. *Anestesia en México*. 1(1), 3-5. Recuperado de <http://www.anestesiaenmexico.org/SUPLEMENTO/Sup1/002.pdf>
- World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse (2008). Improving Maternal Mental Health. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf
- Zengin, Y. et al. (2015). Evaluation of pregnant patients admitted to the emergency department with suicide attempt. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 6(2), 115-120. DOI: 10.5799/ahinjs.01.2015.02.0500
- Zhag, J., Tong, H. Q. y Zhou. L. (2005). The effect of bereavement due to suicide on survivors' depression: a study of chinese samples. *Omega*. 51(3), 217-227.
- Zúñiga, A. B., Sandoval A., Urbina C. C. Juárez, N. H. y Villaseñor S. J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. 6(11). Recuperado de http://bienvenida.unam.mx/revistas/RDU/ciencias_salud/los_trastornos_del_estado_de_animo.pdf