



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

EL DUELO DE LOS PADRES ANTE EL SUICIDIO DE
UN HIJO ADOLESCENTE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS

PRESENTA:

SOFÍA CRISTINA MARTÍNEZ LUNA

DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ: MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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 la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de formar parte de sus instituciones. A la Facultad de Psicología, por brindarme los conocimientos necesarios para continuar creciendo como profesionista. Al proyecto de Investigación "*Psicopatología riesgo y resiliencia en adolescentes y sus familias*" PAPIIT IA303716, mediante el cual fue posible realizar este trabajo.

A la Dra. Paulina Arenas, por todo el apoyo brindado a lo largo de este proceso, por todas las observaciones y comentarios que recibí, pero sobre todo, agradezco el interés, la apertura, el cariño, la confianza y el entusiasmo que la caracteriza como persona y como profesionista, ha sido una gran motivación para seguir creciendo y desempeñándome dando lo mejor de mí, con gran pasión por la profesión.

A la Mtra. Rosario Muñoz, por permitirme comenzar mi formación práctica como psicóloga y posteriormente, como terapeuta. Por su forma de ser y su manera de transmitir su conocimiento.

A la Mtra. Asunción Valenzuela, por abrirme las puertas al centro comunitario y permitirme formarme como terapeuta. Por su calidez y enseñanzas como profesora y como persona.

A la Mtra. Rocío Nuricumbo, por su paciencia, confianza e interés en este trabajo, ha sido muy valioso contar con sus reflexiones y su retroalimentación positiva.

A la Mtra. Beatriz Macouzet, por sus comentarios y compromiso con la revisión de este trabajo, lo que permitió enriquecerlo.

Al PUEP y a todas las profesoras que fueron parte de mi formación académica durante la Especialidad, su conocimiento, experiencia y dedicación son de gran valor para mí.

Al CCAP "Los Volcanes" por permitirme formarme como terapeuta y darle tantas experiencias a mi vida.

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor y entrega, por creer en mí desde el comienzo, por la oportunidad que me han dado de seguir con mis estudios, por acompañarme en todas las metas que me he puesto en el camino.

A mi mamá, por tu cariño y entrega como madre y como mujer, por inspirarme a no darme por vencida, por apoyarme como lo has hecho hasta ahora. Te quiero Ma.

A mi papá, por tus palabras de apoyo y entusiasmo, por motivarme a continuar estudiando y seguir superándome, por impulsarme a no tener límites en mis metas y llegar hasta donde quiera. Te quiero Pi.

A mi hermana Julia, por estar siempre a mi lado a pesar de las diferencias, por apoyarme y entenderme como sólo tú sabes hacerlo, por ser un motor para seguir aprendiendo y creciendo, por las risas y lo que hemos compartido. Te quiero Chi.

A mis abuelos, por ser parte de mi vida, por apoyarme en mi crecimiento, por todo su amor que me han brindado, son una parte fundamental de mi vida, agradezco que puedan compartir conmigo un logro más. Los quiero mucho.

En especial, agradezco a mi abuela Toña por tu cariño, por estar ahí desde el comienzo, por los momentos agradables compartidos a tu lado. Te quiero mucho.

A mis tíos, por estar dispuestos a apoyarme invariablemente, por su confianza y cariño que me han demostrado, los estimo y aprecio muchísimo.

A Cecy, por ser mi confidente y mejor amiga de toda la vida, por todos los momentos a tu lado, buenos y malos, por compartir conmigo las mejores experiencias, por tus sonrisas y tus palabras de aliento, por creer en mí siempre. Te quiero Vi.

A Lili, por todo el cariño y el apoyo que me has mostrado desde que nos conocimos, por permitirme seguir creciendo como persona y profesional a tu lado, por ser una gran amiga y confidente, te aprecio y te estimo muchísimo.

A José, por estar a mi lado y apoyarme en todo momento, por motivarme a seguir adelante y creer en mí, por hacerme crecer y aprender, por mostrarme una manera diferente de ver la vida.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4

Capítulo 1. Suicidio

Definición.....	6
Mitos.....	10
Epidemiología.....	12
Suicidio adolescente en México	15
Factores de riesgo y de protección ante el suicidio	16
Factores de riesgo.....	16
Factores de protección.....	21

Capítulo 2. Duelo

Definición.....	22
Modelos explicativos	24
Modelos psicoanalíticos o psicodinámicos.....	24
Modelos psicosociales.....	25
Modelos cognitivos.....	26
Duelo normal y sus características.....	27
Duelo complicado.....	32
Factores que impiden su resolución	35
Fases del proceso del duelo.....	41
Elaboración del duelo por muertes inesperadas	47
Duelo por suicidio.....	48
Sobrevivientes.....	57
Etapas del duelo por suicidio.....	60

Capítulo 3. La familia ante el duelo por suicidio

Definición.....	63
Ciclo vital.....	64
Familia y adolescencia.....	65
Suicidio adolescente.....	67
Suicidio de un hijo.....	72
Factores de riesgo.....	75
Factores de protección.....	79
Duelo y afrontamiento familiar.....	82
Duelo en la familia.....	82
Definición de afrontamiento.....	85
Estilos y estrategias.....	92
Estilos.....	92
Estrategias.....	94
Afrontamiento y duelo.....	98
Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo (PDA).....	101
Afrontamiento familiar y suicidio.....	105

Capítulo 4. Enfoques de intervención para el duelo por suicidio

Resíntesis psicológica.....	110
Asesoramiento para supervivientes de suicidio.....	110
Terapia familiar.....	113
Postvención/intervención familiar en duelo.....	114
Psicoterapia integrativa-relacional.....	121

Capítulo 5. Método

Justificación y planteamiento del problema.....	128
Pregunta de investigación	129
Objetivos	129
General.....	129
Específicos.....	130
Hipótesis conceptuales	130
Variables	131
Definición conceptual.....	131
Definición operacional.....	132
Muestreo	136
Tipo de estudio.....	136
Tipo de diseño.....	136
Participantes.....	136
Escenario	137
Instrumentos.....	137
Procedimiento	139
Caso clínico.....	141
Presentación del caso.....	141
Evaluación psicológica.....	149
Impresión diagnóstica	149
Focos de intervención	150
Proceso terapéutico	150

Análisis del caso.....	151
Fase de sensibilización y diagnóstica	151
Fase de intervención.....	154
Propuesta de atención para consultantes sobrevivientes de duelo por suicidio.	187
Discusión.....	194
Conclusiones.....	202
Limitaciones y sugerencias	205
Referencias	208
Anexo	220

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo realizar el análisis de un caso, atendido en un centro de atención comunitaria de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se trata de una madre que pierde a su hijo adolescente por suicidio. A partir de dicho análisis, se pretende identificar y analizar cuáles fueron los factores personales, interpersonales y situacionales que pudieron afectar la resolución del duelo por suicidio, así como, describir las características propias de este tipo de duelo presentes en la madre. También, se analizan cuáles fueron las posibles causas que impidieron la conclusión del proceso terapéutico. Finalmente, a partir del trabajo realizado con el caso y su posterior análisis, se abordará una propuesta de atención para consultantes sobrevivientes de duelo por suicidio que acuden a buscar apoyo terapéutico a centros comunitarios, la cual surge como una necesidad de atención inicial a estos consultantes.

Palabras clave: suicidio adolescente, factores de riesgo, duelo por suicidio, familia, postvención.

Abstract

The present study has the objective to analyze the case of a mother who attended to a Community Care Center of the Faculty of Psychology, UNAM. She is a mother that lost his teenager son who died by suicide. Based on this study, the intention is to identify and analyze the personal, interpersonal and situational factors that could affect the resolution of suicide grief, as well as describe the characteristics of this type of bereavement present in the mother. The possible causes that interfered in the therapeutic process are discussed. Finally, based on the evaluation of the case, a proposal to provide psychological attention for survivors of suicide grief who attend community centers is postulated.

Key words: adolescent suicide, risk factors, suicide grief, family, postvention.

Introducción

A lo largo de nuestra vida, experimentamos un número indeterminado de pérdidas, que van desde aquellas que no tienen gran significado emocional para nosotros, como lo es la pérdida de objetos materiales, hasta las que tienen un gran valor significativo, como la muerte de un ser querido.

Después de alguna pérdida, los seres humanos sufrimos de manera normal un duelo, el cual, es un dolor emocional que se experimenta tras haber perdido algo o a alguien significativo (Barreto & Soler, 2007) al que el doliente debe adaptarse (Worden, 2004). Sin importar de qué tipo sea, éste es un proceso que nos ocurre a todos sin excepción, sin embargo, las formas de afrontarlo serán diferentes para cada persona.

En algunos casos, los síntomas normales del proceso de duelo pueden derivar en duelos complicados, debido a la aparición de nuevos padecimientos o por la frecuencia, intensidad y duración de éstos, caracterizándose por ser múltiples y englobarse en esferas o categorías. No obstante, cada persona presentará cuadros sintomatológicos diferentes.

A pesar de que en la mayoría de los duelos existen características comunes que se presentan en los individuos, como sentimientos de tristeza, enojo, ansiedad, somatizaciones, confusión, alteración en el sueño, etcétera; en el caso de la muerte por el suicidio de un familiar cercano, diversas investigaciones (Eguiluz, 2010; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004) han identificado características específicas que lo diferencian del resto de los duelos, como sentimientos exacerbados de culpa, vergüenza e ira, variables que influyen de manera considerable en el abordaje terapéutico del duelo complicado. Específicamente, afrontar la pérdida de un hijo, traerá consigo en los padres niveles considerables de estrés, con el predominio de sentimientos de culpa, dificultando la resolución del duelo al creer que no cumplieron con su tarea de ser padres y evitar el suicidio de su hijo (Wolf, 2016).

A partir de lo ya mencionado, el presente trabajo abordará un estudio de caso sobre una madre que busca elaborar el duelo por el suicidio de su hijo adolescente, para lo cual se analizarán los factores personales, interpersonales y situacionales

relacionados con dicha problemática. Posteriormente, a partir del trabajo terapéutico y el análisis del caso, se abordará una propuesta de atención para los sobrevivientes del suicidio de alguna persona cercana que sean afectados por dicho evento.

Como parte del marco teórico que sustenta este trabajo, se abordarán los temas de suicidio adolescente, la elaboración del duelo por suicidio, la familia como factor de riesgo y protección ante el suicidio adolescente, el afrontamiento familiar ante la pérdida de un hijo por suicidio, así como los abordajes de tratamiento propuestos para la postvención en las familias.

Capítulo 1. Suicidio

“La mayoría de los que incurren en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de si realmente quieren morir o no”

OMS, 2014

Definición

El Diccionario de la Lengua Española, define el suicidio como la “acción y efecto de suicidarse” (Real Academia Española [RAE], 2016), así como una conducta que perjudica o puede llegar a perjudicar de forma muy grave a quien la realiza.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define el suicidio como “el acto de matarse deliberadamente” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p.16) y al comportamiento suicida, como una diversidad de conductas que incluyen ideación, planeación, intento y la consumación del suicidio mismo.

Se utiliza la palabra suicidio para señalar la acción de alguien de quitarse la vida voluntaria y deliberadamente, a través de un método directo o por el rechazo a un tratamiento indispensable para vivir (Quintanar, 2007).

Por otro lado, Durkheim (1994) se refiere al suicidio como toda muerte mediata o inmediata, resultado de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima misma con el propósito de terminar con su vida. Identifica tres tipos básicos de suicidio:

1. *Altruista*: se presenta cuando el individuo está demasiado integrado al grupo social y las costumbres exigen el suicidio bajo ciertas circunstancias con el fin de realizar un sacrificio, es decir, la persona se somete a la voluntad propia del grupo por la fuerte carga social que este posee.
2. *Egoísta*: es resultado de una falta de integración social en donde el individuo, no está adaptado al entorno o ha sido expulsado de este sistema (familia, religión, sociedad, etc.), por lo que el aislamiento lo conduce a ensimismarse.

3. *Anómico*: es cuando ocurre un cambio repentino en el *status quo* de la relación entre una persona y la sociedad, entrando en una crisis ante los contratiempos de sus vidas (adversidad social, problemas económicos, desempleo, muerte de una persona cercana, etc.).

Por su parte, Edwin Shneidman, quien es conocido como el padre de la Suicidología Contemporánea por ser pionero en la prevención y atención del suicidio, planteaba que el fenómeno suicida se estudiara no sólo desde las causas psicológicas sino también desde las sociológicas; centrándose tanto en la muerte de la persona como en la planeación y las notas suicidas que se dejaban. Así pues, se define a la Suicidología como “la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos” (como se citó en Chávez-Hernández & Leenars, 2010, p. 357).

Para Shneidman, el suicidio es “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (como se citó en Chávez-Hernández & Leenars, 2010, p. 358). Este autor, definió diez características comunes en todo suicidio, las cuáles son: (1) Propósito: búsqueda de una solución (la muerte); (2) Objetivo: cese de conciencia; (3) Estímulo: dolor psicológico insoportable; (4) Estresor: necesidades psicológicas frustradas; (5) Emoción: desesperanza y desesperación; (6) Estado cognoscitivo: ambivalencia (morir/vivir); (7) Estado perceptual: constricción (visión de túnel); (8) Acción común: autoagresión y escapar; (9) Actitud interpersonal: la comunicación de la intención suicida; y (10) Consistencia permanente: los estilos de vida, copiar patrones previos de ajuste (Chávez-Hernández & Leenars, 2010; Chávez-Hernández, Cortés, Hermosillo, & Medina, 2011; Pérez-Barrero, 1999).

En la toma de decisiones, dentro de la conducta suicida, se encontrarán presentes tres componentes básicos en diferentes niveles de la persona: (a) emocional, implica un gran sufrimiento; (b) conductual, se trata de una carencia de recursos psicológicos para afrontar la situación; y (c) cognitivo, trae consigo desesperanza por el futuro y visión de túnel, encontrando en la muerte la única salida posible (Echeburúa, 2015).

De esta manera, la persona con tendencia suicida se caracteriza regularmente por tener una clara intención por morir, relacionada con pocos motivos individuales para continuar viviendo (Gutiérrez-García, Contreras, & Orozco-Rodríguez, 2006) sin embargo, no siempre se busca tener esta intencionalidad de muerte o de hacerse daño, sino que es una manera de expresar o comunicar ciertos sentimientos como desesperación, desamparo, frustración o ira (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004), son personas que sufren y se desbordan por este, no teniendo esperanza sobre el futuro (Echeburúa, 2015).

El suicidio es un fenómeno multidimensional, complejo y multicausal, por tal motivo, se propone su estudio desde un contexto interaccional, al señalar que el individuo atraviesa las siguientes etapas: (1) desea la muerte de otra persona, (2) se ve impedido de hacer realidad este deseo y (3) mata al sobreviviente por medio de la eficaz técnica de matarse (Sullivan & Everstine, 2000).

Las personas que son más propensas al suicidio encubren la hostilidad inconsciente del deseo de matar, con grandes vínculos positivos conscientes, así el impulso de asesinar, al liberarse, se desplaza hacia la persona que lo originó siendo un objeto sustituto (Menninger, 1972).

La mayoría de las personas que llegan a incurrir en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de si realmente quieren morir o no, mientras que otros actos son respuestas impulsivas a estresores, que evocan en las personas un espectro más amplio de emociones hostiles, dentro de las cuales se encuentran aborrecimiento, ira, tristeza y ansiedad (OMS, 2014; Sherr, 2002).

Cada año, por cada suicidio que se comete surgen muchos intentos de suicidio más, ya que, un intento previo de suicidio se considera como un factor de riesgo importante para la consumación (OMS, 2014).

La presencia de ciertos indicadores de la conducta autodestructiva, se considera como señal de un riesgo alto en las personas que los presenten (Pérez-Barrero, 1999). Algunos de estos actos suicidas que no tienen como resultado final la muerte, pueden presentarse en diversas manifestaciones:

- *Amenaza suicida*: se trata de cualquier expresión verbal o escrita que con un deseo autodestructivo en la que aún no existen conductas que tengan como consecuencia quitarse la vida, no obstante, siempre se deben tener en cuenta y no minimizar el comportamiento (Chávez- Hernández et al., 2011; Echeburúa, 2015; Pérez-Barrero, 1999; Quintanar, 2007).
- *Gesto suicida*: conductas a través de las cuales se ingieren sustancias o se provocan lesiones físicas con daño mínimo, manteniendo el material a su disposición para realizar el acto, a manera de “ensayo” del acto autodestructivo, sin intención de morir (Chávez- Hernández et al., 2011; Pérez-Barrero, 1999; Quintanar, 2007).
- *Ideación suicida*: implica el surgimiento de cualquier pensamiento o fantasía progresivas, recurrentes e incluso obsesivas, referentes a encontrar una solución a sus problemas, contando con una “visión de túnel”, ya que, no logran visualizar una solución que no implique la muerte como una salida de escape a sus conflictos (Chávez- Hernández et al., 2011; Quintanar, 2007; Wolf, 2016). Algunos de los pensamientos que pueden presentarse son que la vida no merece la pena vivirse, teniendo intensas preocupaciones por fantasías autodestructivas, e incluso planes explícitos o meditados para quitarse la vida (Buendía et al., 2004).
 - *Intento suicida/parasuicidio/tentativa de suicidio/acto suicida*: es todo aquel comportamiento donde se atenta deliberadamente contra la propia vida sin un resultado fatal, donde el objetivo es terminar con ésta (Chávez- Hernández et al., 2011; Pérez-Barrero, 1999; Quintanar, 2007) es decir, poner en práctica el intento mismo, variando de acuerdo a las causas y el método (Wolf, 2016), puede ser provocado por intoxicación, autolesiones intencionales, entre otros, que tienen o no intencionalidad de muerte (OMS, 2014).

Finalmente, *el suicidio consumado*, se trata de todos aquellos actos destructivos intencionales, provocados por la persona misma y que tienen un resultado de muerte (Chávez- Hernández et al., 2011; Pérez-Barrero, 1999; Quintanar, 2007).

Es importante tener en cuenta que las personas que se encuentran en una crisis suicida tienen dificultades para adaptarse sobre todo a situaciones estresantes de su vida que los sobrepasan, sintiéndose muy infelices por lo que tratan de autodestruirse (Pérez-Barrero, 1999), por tal motivo, es indispensable poder eliminar las creencias erróneas (mitos) que tienen las personas que desconocen esta conducta.

Mitos

Los mitos sobre el suicidio, son concepciones erróneas acerca del tema que contribuyen a la creencia de que no se puede evitar esta conducta, por tal motivo, estos criterios entorpecerán la prevención, siendo importante su conocimiento para poder esclarecer los pensamientos que se tengan acerca de este comportamiento y así facilitar su prevención (Chávez- Hernández et al., 2011; Pérez-Barrero, 2005; Wolf, 2016).

Se tratan de criterios culturalmente aceptados que no tienen una veracidad científica, ya que, son juicios de valor errados con respecto al suicidio, los suicidas y a quienes lo intentan. Con ellos se intenta dar justificación a las actitudes de quienes los sustentan (Pérez-Barrero, 2005).

En la Tabla 1, se presentan algunos mitos y realidades acerca del suicidio.

Tabla 1

Mitos y realidades sobre el suicidio

MITO	REALIDAD
Quienes hablan o amenazan con suicidarse no tienen la intención de cometerlo.	Las personas que contemplan el suicidio pueden considerar que carecen de otra opción, por lo que deben ser tomados en serio. Los que se suicidan expresan lo que ocurría con palabras, gestos o cambios en su conducta.
La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa. El suicida está decidido a morir.	La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Los suicidas son ambivalentes acerca de vivir o morir, y buscan terminar con el dolor que los invade.
Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo. Las personas que se reponen de una crisis suicida no corren el peligro de recaer.	El riesgo suicida puede ser temporal y superable. Casi la mitad de quienes atraviesan una crisis suicida y consuman el suicidio, atravesaron previamente por una crisis emocional.
Solo las personas con trastornos mentales son suicidas.	El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no es necesariamente un trastorno mental y viceversa.
Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo.	Hablar abiertamente del suicidio puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión.
El suicidio se hereda.	No está demostrado científicamente, sin embargo, se pueden encontrar parientes que murieron por suicidio.
Los que intentan suicidarse están buscando atención.	En muchos de los casos la búsqueda de atención puede ser únicamente una ganancia secundaria, por lo que se debe tratar de entender las causas básicas.
Los niños no piensan en suicidarse.	El suicidio es de las principales causas de muerte en la población joven.
Los que se suicidan están locos.	El suicidio no es necesariamente un acto irracional, ni propio de una mente enferma.

Nota. Adaptado de OMS, 2014; Pérez-Barrero, 2005; Sherr, 2002; Wolf, 2016.

Epidemiología

A nivel mundial, de acuerdo con la OMS (2014), en el año 2012 se registraron más de 800,000 muertes por suicidio, siendo la población comprendida entre 15 y 29 años los más afectados, ya que, se considera la segunda causa de muerte para este grupo de edad. Se presenta una tasa mayor de suicidios en los países de ingresos bajos y medios, el 75.5% de los suicidios de todo el mundo se registra en estos países.

Por otro lado, en los países de ingresos altos, aumenta en un 3.5 el suicidio en hombres que en mujeres. Esta diferencia de género puede deberse a la diversidad en el uso de métodos para afrontar situaciones estresantes o conflictivas entre hombres y mujeres, la disponibilidad y preferencia de medios para cometer el acto suicida, patrones en el consumo de sustancias y la presencia de trastornos mentales (OMS, 2014).

En estudios realizados en población mexicana (Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010; Quintanilla-Montoya, Haro, Flores, Celis de la Rosa, & Valencia-Abundiz, 2003), se analiza el incremento de suicidio en el país, aumentando un 275% en un periodo de 40 años, siendo la población entre 15 a 24 años la que se encuentra en mayor riesgo, considerándose la tercer causa de muerte en este grupo de edad. Además, el hecho de que la ideación suicida sea más frecuente en un año, conduce a un 20% aproximadamente de personas que cometen intentos suicida (Borges, Orozco, & Medina-Mora, 2012).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005) en el reporte de las Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos, se informa que ocurrieron 3,553 suicidios consumados, de los cuales 314 se debieron por disgustos familiares, 2,780 se llevaron a cabo en casa habitación y 948 fueron en un rango de edad de 15 a 24 años. En la Ciudad de México, los suicidios ocurridos fueron 208, de los cuales 56 se presentaron en personas de 15 a 24 años.

Por otro lado, en la Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos (INEGI, 2011) se informa que ocurrieron 5,718 suicidios consumados, de los cuales,

4,173 ocurrieron en vivienda particular y la mayor población estuvo conformada por jóvenes entre 15 a 24 años siendo 1,775 personas. En la Ciudad de México, ocurrieron 413 suicidios, de los cuales 151 ocurrieron en la población de 15 a 24 años, siendo la mayor población.

La OMS (2014) reporta que en el 2012, en México hubo un total de 4,951 suicidios, de los cuales 1,055 corresponden a la población femenina y 3,896 a la masculina, siendo el grupo de edad entre 15 a 29 años, quienes tuvieron mayor número de suicidios, incrementando además esta prevalencia en un 16.6% entre el año 2000 y el 2012.

En cuanto al análisis específico de suicidio en jóvenes por sexo, se demuestra que hay una mayor tendencia a la conducta suicida (ideación, planeación e intento) en la población femenina en comparación con la masculina, esto debido a que utilizan métodos más pasivos y silenciosos como intoxicación por fármacos, sin embargo, el suicidio consumado es más común en hombres, al ser más impulsivos, usando métodos más violentos (Borges et al., 2010; Echeburúa, 2015; González-Forteza, Jiménez, Garfias, & García, 2009; INEGI, 2005; INEGI, 2011) siendo de uno a cinco (Puentes-Rosas, López-Nieto, & Martínez-Monroy, 2004).

En el caso de las mujeres, las tentativas de suicidio se asocian a llamadas de atención, aumentando la propensión cuando se encuentran ante problemas interpersonales graves como violencia de pareja, abuso sexual, infidelidades, etcétera (Echeburúa, 2015). Por su parte, se ha observado que se incrementa el índice de suicidios en población masculina por la manera en que afrontan sus dificultades, por ejemplo, se le dificulta más soportar la soledad o la ruptura de pareja, generalmente no hablan de sus problemas, acumulando la carga de sufrimiento, o viven con niveles de estrés laboral mayores (Echeburúa, González-Ortega, Corral, & Polo-López, 2011).

Referente a los métodos más frecuentemente utilizados para el suicidio a nivel nacional, en ambos sexos, predomina el ahorcamiento o estrangulación, en el caso de las mujeres la segunda causa es el envenenamiento por la ingestión de sustancias tóxicas, mientras que para los hombres es el uso de armas de fuego. Sin embargo,

también se utilizan otros métodos como saltar de lugares elevados (Borges et al., 2010; INEGI, 2005; INEGI, 2011).

Dentro de los intentos de suicidio, a nivel internacional, se reporta en una gran mayoría algún trastorno mental, por ejemplo, en el 80% de los suicidios consumados, se encontró depresión acompañada por desesperanza y trastorno bipolar; en trastornos adictivos en fases avanzadas asociados a una alta impulsividad; en trastornos psicóticos como esquizofrenia acompañada por alucinaciones o delirios; en el trastorno límite de la personalidad con rasgos de impulsividad e inestabilidad emocional; y anorexia, en mujeres con fase avanzada que fracasaron en el ideal de perfección física (Echeburúa, 2015).

En el caso de los varones adolescentes, estos cuentan primordialmente con un diagnóstico de trastorno del impulso, por su parte, la población femenina reporta principalmente trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, no obstante, estos trastornos no son los únicos factores asociados con los intentos de suicidio en México (Borges et al., 2010).

En una investigación realizada con población adolescente mexicana, se observa que más del 12% de los jóvenes han intentado suicidarse una o más veces en su vida, teniendo como edad promedio de la primer conducta a los 14 años aproximadamente (Palacios & Andrade, 2008). En otro estudio, se observa que el único o último intento suicida, se presenta en los años finales de la primaria y/o durante la secundaria, por lo que se encuentran en edades entre 10 y 15 años, resaltando motivos como problemas familiares, al igual que, sentimientos de soledad, tristeza y depresión, utilizando como método más frecuente cortarse con algún objeto punzocortante (González-Forteza et al., 2002).

De acuerdo con las estadísticas mostradas sobre la población mexicana, se puede notar un incremento considerable de suicidios consumados en los últimos años (2005-2012) aumentando la preocupación y el interés sobre esta población y en especial por los jóvenes entre los 15 y 24 años, siendo los que en mayor riesgo se encuentran, así como por los motivos por las cuales recurren al suicidio,

encontrándose los problemas familiares dentro de los principales factores de riesgo, los cuáles se abordarán con mayor profundidad en el Capítulo 3 La familia, a continuación se realiza una descripción de los factores de riesgo y protección que influyen en la conducta suicida adolescente.

Suicidio adolescente en México

Como ya se mencionó anteriormente, en el caso de la población adolescente mexicana se destaca que el intento de suicidio y la muerte por suicidio se han incrementado considerablemente en las últimas décadas, en muchas de estas ocasiones este comportamiento puede deberse a violencia familiar, abandono, abuso sexual y/o adicciones, existiendo poca evidencia de muertes por accidentes automovilísticos, siendo comportamientos con un patrón de alto riesgo (Quintanar, 2007).

Hablar de suicidio adolescente se debe considerar un tema complejo, ya que inciden en él dos aspectos difíciles de manejar: el suicidio y el adolescente. El comportamiento suicida entre adolescentes puede entenderse como un espectro que abarca las ideas, deseos y las conductas suicidas sin resultados de muerte (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010). El intento suicida aparecerá entonces, como una conducta impulsiva más que predeterminada; puede incluso tratarse de un deseo de escapar de los sentimientos de angustia y vacío (Wolf, 2016).

De acuerdo con Cyrulnik (2014), un elemento que favorece la conducta suicida en los menores, es la desresponsabilización, debido a que al no asumir responsabilidades en su vida, carecen de darle un sentido a ésta y por lo tanto, se encuentran menos atados a ella.

Por otro lado, se ha observado en pacientes con tentativa o ideación suicida, síntomas relacionados con sentimientos de soledad, abandono, baja autoestima, irritabilidad hacia los padres por la dificultad que tienen para comunicarse, así como, sentimientos de culpa por los eventos estresantes que vive el adolescente (Quintanilla-Montoya et al., 2003).

Referente al temperamento y personalidad de los jóvenes con intento suicida, estos mantienen una actitud en la búsqueda de novedades, evitan el daño, se preocupan por trascender, sin embargo, a pesar de éstas características no tienen metas u objetivos claros (Gutiérrez-García et al., 2006).

La prevalencia de ideación suicida en adolescentes, aparece con mayor frecuencia en las mujeres, lo cual, está relacionado con que puedan externarlo con mayor facilidad; teniendo además el doble de riesgo que los hombres cuando hay presencia de baja autoestima y síntomas depresivos (Jiménez, Mondragón, & González-Forteza, 2007).

Al momento de pedir ayuda, se ha observado una diferencia dependiendo del sexo, en el caso de las mujeres tienden a buscar ayuda en primer término con sus familias y sus amigas; por su parte, los hombres, buscan apoyo dependiendo del conflicto que tengan. A pesar de esto, se observa que el apoyo por parte de sus familias es más eficaz en ambos sexos, manifestando niveles más bajos de malestar emocional (González-Forteza, Salgado, & Andrade, 1993).

Factores de riesgo y de protección ante el suicidio

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo, son aquellos atributos o cualidades de una persona que se encuentran unidos a una mayor probabilidad de dañar su salud (Gómez, 2008), en el caso del comportamiento suicida, se trata de aquellos factores que pueden predecir el peligro de que suceda dicha conducta, aumentando la vulnerabilidad para el desarrollo de ésta, dependiendo de la interacción entre el individuo y su medio ambiente (Buendía et al., 2004; Chávez-Hernández et al., 2011).

A nivel mundial, dentro de los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida, se encuentran el deterioro en la capacidad para hacer frente a situaciones agudas o crónicas de estrés, momentos de crisis, violencia de género y maltrato a menores; sin embargo, cabe señalar que no necesariamente quien presente algún factor de riesgo, puede presentar comportamiento suicida (OMS, 2014).

Wolf (2016) indica como factores de riesgo de la conducta suicida las siguientes señales particulares: afirmaciones de impotencia, desesperanza y devaluación, comentarios sobre suicidio, preocupación por la muerte, cambios repentinos de ánimo, pérdida de interés en cosas que antes le eran importantes, visitas o llamadas a personas significativas, dejar asuntos resueltos, regalar objetos preciados, dolor emocional o físico intenso, intentos previos de suicidio y consumo de sustancias ilícitas.

En la Tabla 2, se aborda una clasificación de los factores de riesgo en suicidio, propuesta por el National Center of Suicide Prevention (2003 como se citó en Chávez-Hernández et al., 2011).

Tabla 2

Factores de riesgo

Clasificación	Factores
Personales	Abuso de alcohol/drogas Aislamiento, acting out Trastornos emocionales, bajo autocontrol Confusión en la orientación sexual Pérdida de relaciones significativas Conductas compulsivas y obsesivas Dificultad de socialización Pérdida de identidad Sentimientos de impotencia, ineficacia o desesperanza Embarazo no deseado Humillación Mitos sobre el suicidio Enfermedades terminales
Conductuales	Tentativas suicidas Agresividad Huir de casa Fracaso académico Pereza Gusto peculiar por el tema de muerte
Familiares	Historia familiar de suicidio Cambios significativos en la dinámica y estructura familiar Consumo de alcohol/drogas en la familia Relaciones distantes Expectativas de los padres poco realistas Violencia intrafamiliar Conducta parental ambigua Padres deprimidos/suicidas Abuso físico, emocional o sexual
Medioambientales	Estigma vinculado con la búsqueda de apoyo Carencia de acceso a servicios de ayuda Acceso fácil a herramientas autodestructivas Aislamiento social Cambios constantes en la dinámica diaria Muertes inesperadas o suicidios de allegados Encarcelamiento Niveles elevados de estrés Exposición a altos niveles de violencia

Nota. Adaptado de “*Prevención del suicidio en jóvenes. Salvando vidas*” por A. Chávez-Hernández, M. Cortés, C. Hermosillo & M. Medina, 2011, México: Trillas, pp. 31-32.

De manera general, el perfil de los adolescentes que cometen intento de suicidio o suicidio consumado, es que cuenten con ciertos desencadenantes a: (a) nivel clínico, abuso en el consumo de sustancias adictivas como alcohol o drogas, algún trastorno psiquiátrico como depresión, ansiedad o brotes psicóticos; (b) nivel ambiental, ambiente familiar y social deteriorado, rompimiento amoroso, dificultad para asumir un rol sexual, fracaso escolar o bullying; y (c) nivel psicológico, características de personalidad impulsiva, baja autoestima, inestabilidad o dependencia emocional (Echeburúa, 2015).

Específicamente en la población mexicana, algunos estudios han encontrado como características que incrementan el riesgo de conducta suicida: el vivir fuera de las zonas metropolitanas, las personas no católicas, los migrantes que estaban de regreso, las personas no casadas y solteras, los de menor escolaridad, el grupo de jóvenes, los subempleados (Borges et al., 2012; Borges et al., 2009), quienes cuentan con el antecedente de algún tipo de trastorno mental como trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor o distimia (García et al., 2010; Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya, González-Gallegos, & Amezcua-Fernández, 2005), el vivir solo, la ingesta de alcohol previo a la tentativa, antecedentes familiares de alcoholismo, intentos de suicidio previos, poseer una enfermedad crónica incapacitante, así como, antecedentes familiares de intento de suicidio (García et al., 2010).

En el caso de los adolescentes mexicanos, se destacan como factores de riesgo individuales, alteraciones en el comportamiento sexual siendo precoces y promiscuos, embarazos no deseados, el haber sido víctimas de abuso sexual o violación, dificultades en su rendimiento escolar, la deserción escolar, problemas en sus relaciones con figuras de autoridad y fracaso en el noviazgo. También se encuentran presentes los intentos previos de suicidio, trastornos mentales, consumo de sustancias adictivas, desesperanza, baja autoestima, pérdidas financieras y antecedentes familiares de suicidio o pérdida temprana de alguno de los padres (Buendía et al., 2004; Chávez-Hernández et al., 2011; Hernández, Rebutillo, Danauy, & Bess, 1999; OMS, 2014; Pérez-Barrero, 1999).

Otros factores estresantes que aumentan el riesgo suicida son las pérdidas de seres queridos, discusiones familiares, así como los problemas laborales o legales (Gutiérrez-García et al., 2006).

Otro determinante que incrementa la prevalencia de conducta suicida en la población mexicana al menos una vez en la vida son las personas que no cuentan con algún vínculo de pareja o matrimonial, especialmente entre los más jóvenes (Borges et al., 2009).

También, contar con intentos previos de suicidio eleva la posibilidad de cometerlos nuevamente siendo más probable su consumación, o bien, provocar lesiones físicas a largo plazo, causando gran sufrimiento a nivel psicológico (Borges et al., 2012).

Ciertas características que incrementan el riesgo de intento suicida en personas con antecedentes de ideación suicida son: el abuso o dependencia de alcohol o drogas, síntomas de depresión moderada y ansiedad (Baca-García & Aroca, 2014), problemas de conducta, abuso sexual y violencia en la pareja (Borges et al., 2012).

De acuerdo con una investigación llevada a cabo con adolescentes mexicanos (Arenas-Landgrave, Lucio, & Forns, 2012), se observa que los jóvenes que no cuentan con características resilientes, tienen una mayor probabilidad de presentar malestar emocional asociado a conductas suicidas. En cuanto al sexo, los hombres muestran síntomas vinculados con ansiedad, tensión y angustia, dificultades en la toma de decisiones, presencia de pensamientos obsesivos, sentimientos de tristeza, desesperanza e ideación suicida, baja autoestima y pocos planes a futuro. Por su parte, las adolescentes, demuestran su ansiedad o estrés a través de somatizaciones, junto con sentimientos de desesperanza, abatimiento, apatía, y problemas de conducta o desadaptación en su entorno familiar.

En otra investigación realizada con adolescentes mexicanos (Serrano & Flores, 2005), los varones muestran niveles considerables de ideación suicida, al percibir mayor estrés con la pareja, la familia y su entorno social, así como por utilizar estrategias de afrontamiento con respuestas agresivas hacia su pareja, familiares y

amigos. Mientras que en el caso de las mujeres, a mayor nivel de estrés con su pareja y con su entorno social, al igual que el uso de estrategias de afrontamiento agresivas y evasivas con la pareja aumenta su ideación suicida.

Factores de protección.

Por su parte, los factores de protección, son las circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud integral del individuo, ayudando a mejorar la capacidad de recuperación, a partir de situaciones o elementos que provean a los individuos las herramientas necesarias para evitar situaciones de riesgo, es decir, el fortalecimiento de estos factores será un objetivo para prevenir el suicidio (Chávez-Hernández et al., 2011; Gómez, 2008; OMS, 2014).

Se ha observado como factores protectores ante la conducta suicida estilos de afrontamiento positivos o productivos, la esperanza, la autoeficacia, el apoyo social y la efectividad en la obtención de los recursos materiales (Rivera-Heredia & Andrade, 2006).

Como factores sociales y familiares, se encuentra tener relaciones sociales sólidas, contar con apoyo familiar, las creencias religiosas o espirituales, poseer animales domésticos, utilizar estrategias de afrontamiento positivas que promuevan el bienestar y estar en tratamiento médico o psicológico (OMS, 2014).

En cuanto al nivel socioeconómico, se ha visto que las personas en niveles más altos, tienen un riesgo más bajo, sin embargo, no es estadísticamente significativo (Borges et al., 2012).

En los adolescentes, aquellos que poseen una capacidad de autocontrol y de recuperación del equilibrio tienen menos posibilidades de cometer conductas autolesivas, al igual que aquellos que saben hacer uso de sus redes de apoyo y solicitar ayuda cuando lo necesiten (Rivera-Heredia & Andrade, 2006). De igual manera, aquellos jóvenes que no sean emocional, ambiental y biológicamente vulnerables, tendrán menor riesgo de imitar la conducta autodestructiva (Wolf, 2016).

Capítulo 2. Duelo

“Todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio”

Neimeyer, 2014

Definición

Desde una postura psicoanalítica, se define al duelo como:

La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. (...) el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo. (Freud, 1917/2012, p. 243).

Para Tizón (2004), el duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos, psicosociales, sociales, antropológicos y económicos que se ponen en marcha después de la pérdida de una persona amada con la que el sujeto en duelo, el deudo, se encontraba psicosocialmente vinculado.

De acuerdo con Worden (2004) el duelo es un proceso dinámico y multifactorial que evoluciona en el tiempo, se trata de una experiencia en donde una persona que ha perdido a un ser querido tiene que adaptarse a esta pérdida, refiriéndose principalmente a las pérdidas por fallecimiento.

Por otro lado, Barreto y Soler (2007) se refieren al duelo como el dolor emocional que se experimenta tras haber perdido algo o a alguien significativo en la vida de las personas, utilizando los términos “pena” o “aflicción” para describir su

respuesta emocional más característica; se trata de un proceso “normal” con un tiempo límite y con una evolución generalmente favorable.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) habla del Duelo no complicado (V62.82-Z63.4) cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido, donde el individuo en duelo considerará su ánimo deprimido como normal, llegando a presentar en ocasiones síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

Otra definición es aquella donde, se entenderá por duelo al proceso cognoscitivo que implica el afrontamiento y reestructuración de los pensamientos sobre la persona fallecida, la experiencia de pérdida y el mundo cambiado en el que debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida de ahora en adelante (Stroebe, 1992 como se citó en Worden, 2004).

El duelo es un proceso con una duración de tiempo indeterminada, en el que se presentan experiencias que varían de una persona a otra, dependiendo de las circunstancias de la muerte y la relación con el fallecido, en el que habrán altas y bajas. Durante este periodo, se despliega una desorganización general que afecta la capacidad de funcionamiento y abarca todos los niveles: emocional (angustia, tristeza), cognoscitivo (dificultad de concentración, incredulidad), conductual (dificultad para dormir, agitación) y relacional (contacto con los otros cambiante); por lo que, probablemente no sea la misma persona durante un tiempo, puesto que este evento, constituye un momento de crisis en la vida del doliente, no obstante, con el paso del tiempo, el funcionamiento regresa a la normalidad (Neimeyer, 2014; Wolf, 2016).

Se observa que, cuando se presentan mayores dificultades es durante el primer año después de la muerte, ya que el sobreviviente tiene que verse enfrentado a eventos significativos como cumpleaños, vacaciones, aniversario de la muerte, etcétera. Posterior a este periodo, se continúa con el proceso de duelo durante un tiempo más largo, que puede durar de meses hasta años, con la aparición de “picos de duelo”, que son una parte normal de la habituación a la muerte del ser querido, por

lo que no debe tomarse como una regresión en la resolución de este proceso (Neimeyer, 2014).

En cuanto a la finalización, normalmente se habla de periodos que oscilan entre uno y dos años, sin embargo, resulta difícil determinar cuándo ha terminado realmente; se considera como momento clave aquel en que la persona es capaz de mirar hacia el pasado y recordar con afecto sereno al fallecido y la historia compartida sin dolor, sin necesidad de reactivar recuerdos intensos, cuando puede volver a invertir sus emociones en la vida y en otros, recuperando el interés por las cosas cotidianas, logrando obtener nuevamente gratificación con lo que hace (Barreto & Soler, 2007; Bowlby, 1997; Neimeyer, 2014; Worden, 2004).

Modelos explicativos

Modelos psicoanalíticos o psicodinámicos.

Se centra fundamentalmente en los componentes intrapsíquicos del duelo y lo define como un proceso doloroso de identificación, des-investimento de lo perdido y re-investimento de nuevas relaciones internas y externas (Tizón, 2004).

La teoría psicodinámica entiende el duelo como la retirada de la libido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable (Barreto & Soler, 2007).

Desde esta mirada, en el duelo la gente está inmersa en un estado de tristeza profunda, en donde su capacidad de funcionamiento está disminuida. El principio de realidad señala que el objeto amado ya no existe, por lo que se demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Durante el proceso de duelo se pretende renovar los vínculos con el mundo externo a la par que se reconstruye el mundo interno (Wolf, 2016).

Dentro de este modelo se consideran como fenómenos necesarios del duelo: un profundo y abatimiento doloroso, un desinterés por el mundo externo, pérdida en la capacidad de amar, anhedonia, identificación con el objeto perdido, ambivalencia y

tendencia a describir momentos según el modelo de las reacciones infantiles frente a la pérdida (Tizón, 2004).

Por su parte, Freud (1917/2012) señala que el duelo intenso, será aquella reacción frente a la pérdida de un ser querido, que abarca un gran dolor, carencia de interés por lo exterior y por lo que le recuerde al fallecido y disminución en la capacidad de elegir otro objeto de amor, "(...) esta inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses" (p. 242). Esta inhibición del yo y como consecuencia la restricción de las pulsiones de vida, minimiza a la par que se elabora el duelo, por lo cual, el yo se libera y se desinhibe de nuevo.

El doliente no se abate sólo por la pérdida del objeto, también lo hace por la pérdida de una parte del self, de diversos niveles de vinculación que tienen como consecuencia involucrarse en la formación de esa relación, etcétera (Tizón, 2004).

El duelo será entonces un camino hacia la liberación del individuo de las ataduras que lo mantienen unido al fallecido, por lo se desligará de manera gradual, a través de un trabajo en el que se comprometa activamente en una serie de tareas que lo confronten con sus pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida, de esta forma conseguirá una posible resolución (Freud, 1917/2012; Payás, 2010).

Modelos psicosociales.

Para este modelo, el duelo es considerado como un proceso natural por el que los individuos tendrán que transitar al enfrentarse a las pérdidas y las separaciones, por lo que tratarán de adaptarse a nivel individual y externo. De manera interpersonal, se desarrolla un proceso de duelo con signos o síntomas determinados. En cuanto a la sociedad, se afronta el duelo, mediante rituales culturales que cambian de un sitio a otro (Nomen, 2009).

Dentro de los trabajos que se encuentran en este modelo, a diferencia de los psicoanalíticos, se proporciona una idea más exacta del trabajo del duelo, en el que se establecen tareas específicas a cumplir, las cuales incluyen la disolución de los

vínculos emocionales con el fallecido, el reajuste al medio sin la presencia física de la persona perdida y el establecimiento de nuevas relaciones (Tizón, 2004).

Para esto, es importante tener en cuenta que las manifestaciones del duelo no son directas, universales ni generalizables, sino que están mediadas por la cultura. De estos factores externos no se podría deducir la intensidad del dolor privado, ni asumir propuestas simplistas (Tizón, 2004).

Modelos cognitivos.

Plantean el proceso del duelo como una forma de afrontamiento activo que incluirá diferentes facetas a considerar. El individuo vivirá el duelo desde sus creencias y valores, con unas emociones, actuando de una determinada manera y en un contexto concreto (Nomen, 2009).

La teoría cognitiva considera que los sujetos construyen su realidad y sus significados en relación con los acontecimientos de su vida. El ajuste al duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas (Barreto & Soler, 2007).

De la adaptación adecuada al duelo, depende de cumplir con ciertas tareas, este tipo de tareas recalca que la persona en duelo es un agente durante la adaptación a la pérdida, incluso si no es consciente de las tareas que afrontará (Tizón, 2004).

Esta perspectiva para de la idea del duelo como algo necesario, un proceso que involucra un importante sufrimiento, que sin embargo, puede ser aliviado a través del consejo y/o por psicoterapia de apoyo. El elaborar el duelo incluye aceptar la experiencia total del dolor y el sufrimiento mental que este implica, al igual que el sufrimiento adicional que surge durante las tareas del duelo. El duelo debe ser comprendido a partir de las demandas que se han de afrontar durante el duelo en lugar de un conjunto de metas a alcanzar (Tizón, 2004).

Duelo normal y sus características

Para Barreto y Soler (2007), el proceso de duelo “normal”, no se trata de una patología, sino que, por el contrario, su elaboración puede significar un mayor grado de madurez personal.

El duelo normal o no complicado, se caracteriza por diversos rasgos que son esperados en el transcurso de este proceso, pueden incluir múltiples síntomas en las áreas de la vida de los individuos, ya sea a nivel cognitivo, conductual, emocional y/u orgánico (Nomen, 2009), abarcando un amplio rango de sentimientos y conductas, dentro de estas se encuentran: algún tipo de malestar somático o corporal, culpa en relación al fallecido o en las circunstancias relacionadas con la muerte, hostilidad, incapacidad para recobrar su funcionalidad después de la pérdida y preocupación por la imagen del fallecido (Worden, 2004) entre otras.

Algunas otras características o manifestaciones particulares del duelo normal, son las propuestas por Barreto y Soler (2007) y Worden (2004), los cuales, dividen los comportamientos normales del duelo en categorías generales (ver Tabla 3).

Tabla 3

Categorías de los comportamientos normales del duelo.

Categoría	Manifestaciones	Descripción
Sentimientos	Tristeza.	Sentimiento más común en estas personas.
	Enfado.	Se experimenta con frecuencia posterior a la muerte, siendo desconcertante para el deudo. Puede provenir de: (a) frustración por no poder hacer nada para evitarlo y (b) como experiencia regresiva.
	Culpa y autorreproche.	Debido a no haber hecho lo suficiente para prolongar su vida y pasar por alto alguna situación. La culpa puede ser irracional.
	Ansiedad.	Esta puede provenir de: (a) el temor de los sobrevivientes por no poder cuidar de sí mismos y (b) hacer conciencia de la posibilidad de la muerte propia.
	Soledad.	Es habitual que los sobrevivientes hablen de este sentimiento.
	Fatiga.	Se puede experimentar como apatía o indiferencia, siendo restrictiva en lo cotidiano.
	Impotencia e insensibilidad.	Debido a lo estresante del evento, presente en las fases primeras de la pérdida.
	Shock.	Usual en las muertes repentinas.
	Alivio.	Es normal después de un periodo de enfermedad.
	Anhedonia y desinterés.	Implica la ausencia de sentimientos, probablemente debido a lo desbordante de la carga emocional a afrontar.

Sensaciones físicas	<p>Sensación de vacío. Opresión en el pecho y garganta. Hipersensibilidad al ruido. Sensación de despersonalización. Falta de aire. Dolor de cabeza. Debilidad muscular. Falta de energía. Sequedad en la boca.</p>	
Cogniciones	<p>Incredulidad. Confusión.</p> <p>Preocupación, rumiaciones. Sensación de presencia del fallecido. Alucinaciones.</p>	<p>Primer pensamiento tras el conocimiento de la muerte. Dificultad para ordenar los pensamientos, en la concentración y olvido de cosas.</p> <p>Pensamientos obsesivos del difunto, tornándose intrusivos constantemente o incluso imágenes. Se puede creer que el fallecido aún sigue con el doliente.</p> <p>Son experiencias tanto visuales como auditivas que son pasajeras.</p>

Conducta	Trastornos del sueño.	Implican dificultad para dormir y despertar a horas tempranas del día.
	Trastornos alimenticios.	Ingesta de alimentos en exceso o escasez, con cambios observables en el peso.
	Dificultad de concentración.	La distracción puede llegar a realizar cosas que finalmente les produzcan incomodidad o daño.
	Aislamiento social.	Las personas mantienen su distancia de los demás, se trata de un suceso pasajero.
	Soñar con el fallecido.	Es frecuente que se tengan sueños con el fallecido, variando entre pesadillas y tranquilos.
	Evitar recordatorios del fallecido.	Tanto lugares como las cosas que pueden ocasionar dolor (lugar del fallecimiento, objetos de la persona perdida).
	Llamar o hablar con el fallecido.	Conducta de búsqueda del fallecido, llamándolo en voz alta.
	Suspirar.	Sensación de falta de respiración.
	Llorar.	Como una conducta para el alivio del estrés emocional.
	Visitar lugares o llevar objetos que recuerden al fallecido.	Este comportamiento expresa el miedo a olvidar al fallecido.

Nota. Adaptado de “*Muerte y duelo*” por P. Barreto & M. Soler, 2007, España: Síntesis, p. 16. Y de “*El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*” por W. Worden, 2004, México: Paidós, pp. 28-39.

Es importante señalar que, a pesar de que exista una amplia variedad de conductas y manifestaciones propias del duelo normal, esto no implica que todas las personas experimenten todas estas reacciones (Barreto & Soler, 2007) ni con la misma intensidad o duración, sino que dependerá de una gama diversa de elementos.

A continuación, se indican algunos factores que podrían proteger a las personas del posible desarrollo de un duelo complicado y beneficiar la resolución adaptativa de este, dentro de estos se encuentran (Barreto, de la Torre, & Pérez-Marín, 2012; Barreto, Yi, & Soler, 2008):

- *Características personales:* se refiere a la madurez con que el sobreviviente afrontará la pérdida, si tiene buena salud tanto física como mental (autocuidado, autoestima, confianza), predominio en sus sentimientos de utilidad, capacidad para planificar actividades, así como aspectos espirituales con los que cuenta.
 - *Resiliencia:* esta variable suele presentarse con frecuencia en personas que viven la pérdida de un ser querido; e implica que se puedan mantener niveles estables de funcionamiento psíquico, saludable y la capacidad para generar alternativas ante las dificultades.
- *Relación con el fallecido:* algunas características son la edad del fallecido, que el sobreviviente tuviera un apego seguro con el fallecido, no ser un familiar allegado (padres, pareja, hijos), el alto nivel de desarrollo familiar y la participación que se tenía en el cuidado del paciente.
- *Características de la muerte:* cuando se trata de una muerte prevista o anticipada, de corta duración de la enfermedad, enfermedad con control sintomático y se contara con el conocimiento del pronóstico de la enfermedad.

- *Aspectos relacionales:* que se tenga un alto apoyo familiar y social, elevado nivel de comunicación con familiares y amigos, posibilidad o capacidad para expresar la pena y que se trate de una pérdida socialmente aceptada.
- *Otros aspectos:* haber tenido duelos previos resueltos y sin antecedentes psicopatológicos.

Duelo complicado

El duelo complicado se manifiesta de diferentes maneras y se le han puesto varias etiquetas, a veces se le llama: patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado.

De acuerdo con Horowitz (1980 como se citó en Worden, 2004) el duelo anormal o patológico se refiere a la intensificación del duelo al nivel en el que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución, sino que llevan a repeticiones estereotipadas o interrupciones frecuentes de la curación.

Tizón (2004) diferencia entre duelo complicado y duelo patológico, donde el primero, se refiere a cuando, por las variables intervinientes se pronostica una probabilidad alta de complicaciones y dificultades en algunas de las fases. Mientras que en el segundo, el duelo ha dado lugar a un trastorno mental de los catalogables como tales en las clasificaciones.

El DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) define el Trastorno de Duelo Complejo Persistente, como un trastorno que se caracteriza por la pena intensa y persistente, así como por reacciones de luto. Los criterios diagnósticos propios de este tipo de duelo, se encuentran aún en fase de propuesta, por lo que se localizan en la sección del manual dedicada a las condiciones que requieren de un mayor estudio, dichos criterios propuestos son los siguientes (ver Tabla 4):

Tabla 4

Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Duelo Complejo Persistente

Criterios propuestos

- A. El individuo ha experimentado la muerte de un familiar hace al menos 12 meses.
- B. Desde el fallecimiento, ha experimentado al menos uno de los siguientes síntomas, casi diariamente o en grado intenso o perturbador y ha persistido durante al menos 12 meses después de la muerte:
 - 1. Anhelo persistente por el fallecido.
 - 2. Dolor intenso por la separación.
 - 3. Preocupación por el difunto.
 - 4. Preocupación por las circunstancias de la muerte.
- C. Desde el fallecimiento, ha experimentado por lo menos seis de los siguientes síntomas, casi diariamente o en un grado intenso o perturbador:

Angustia reactiva a la muerte

- 1. Dificultades marcadas para aceptar la muerte.
- 2. Experimentar incredulidad o entumecimiento emocional sobre la pérdida.
- 3. Dificultad para recordar positivamente al fallecido.
- 4. Tristeza o enojo relacionado con la pérdida.
- 5. Evaluaciones desadaptativas sobre uno mismo en relación con el fallecido o la muerte (por ejemplo, culpa).
- 6. Evitación excesiva de los recordatorios de la pérdida (por ejemplo, evitación de las personas, lugares o situaciones relacionadas con el fallecido)

Interrupción de la identidad social

- 7. Deseo de morir para estar con el fallecido.
- 8. Dificultad para confiar otras personas desde la muerte.
- 9. Sentirse solo o separado de otras personas desde la muerte.

10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin la presencia del fallecido, o la creencia de que no se puede funcionar sin el fallecido.
 11. Confusión sobre el rol de uno en la vida, o un sentido disminuido de la propia identidad (por ejemplo, sentir que una parte de sí mismo murió con el difunto).
 12. Dificultad o renuencia para seguir intereses desde la pérdida o planear para el futuro (por ejemplo, amistades, actividades).
- D. La alteración provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento.
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o no acorde con las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad.

Especificar si:

Con Duelo traumático: posterior a una muerte que ocurrió bajo circunstancias traumáticas (por ejemplo, el homicidio, el suicidio, el desastre o accidente), hay pensamientos persistentes, frecuentes y angustiantes, imágenes o sentimientos relacionados con las características traumáticas de la muerte, incluyendo los últimos momentos del difunto, el grado de sufrimiento y las lesiones mutilantes o la naturaleza malintencionada o intencional de la muerte.

Nota. Adaptado de “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*” por American Psychiatric Association, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Association, pp. 789-792. Y de “Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations” por A. Jordan & B. Litz, 2014, *Professional Psychology: Research and Practice*, p. 182.

De acuerdo con Worden (2004) existen varias maneras de hacer un perfil del duelo complicado, describiéndolo en cuatro apartados:

- a) *Duelo crónico*: su duración es excesiva y nunca se llega a una conclusión satisfactoria. La persona es consciente de que no puede continuar. Durante este se presentan emociones intensas y prolongadas, que imposibilita a las personas organizarse y retomar sus vidas, dentro de las que se encuentran los autorreproches, ansiedad y depresión; la dificultad para resolver el duelo se vincula con la rigidez en el pensamiento de creer que las cosas deben ser como uno quiere (Wolf, 2016).

- b) *Duelo retrasado*: también llamados inhibidos, suprimidos o pospuestos. La persona puede tener una reacción emocional en el momento de la pérdida, pero no lo suficiente. Tiempo después puede experimentar los síntomas del duelo respecto a una pérdida posterior e inmediata, siendo la intensidad de este excesiva.
- c) *Duelo exagerado*: está asociado con las respuestas exageradas, donde las personas que experimentan la intensificación de un duelo normal se sienten desbordadas y recurren a conductas desadaptativas.
- d) *Duelo enmascarado*: se presenta en aquellas personas que experimentan síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida.

Por otro lado, en ocasiones, las respuestas de los sobrevivientes después de la muerte de un ser querido, pueden ser parecidas a las respuestas de estrés postraumático, sin embargo, esto no implica que se desarrolle un duelo complicado, como por ejemplo, recuerdos intrusivos, sueños recurrentes con malestar, sufrimiento ante recuerdos u objetos que recuerden al fallecido, conductas disruptivas, entre otras (Payás, 2010).

Factores que impiden su resolución

Existe una gran diversidad de factores que intervienen en cómo se vive la pérdida de un ser querido y en el significado que se le dará a ésta (Wolf, 2016) la presencia de estos factores, pueden dificultar la resolución del duelo (Barreto & Soler, 2007) algunos de ellos son los siguientes:

- *Factores situacionales*: son aspectos de las circunstancias de la muerte que afectan el curso del duelo (Barreto & Soler, 2007). El duelo puede complicarse cuando: la muerte involucra realizar varios cambios, se pospone el duelo por circunstancias extraordinarias, hay muertes múltiples, es una muerte violenta, inesperada y repentina, se desconoce la causa, es causada por un accidente, homicidio o suicidio, se trata de una muerte ambigua, si se encuentra el cuerpo

tras la muerte, mal manejo de la noticia, no hay cuerpo presente, si se descubren secretos después de la muerte, entre otros (Wolf, 2016).

- *Factores personales*: se refieren a las variables individuales del sobreviviente que influyen en el proceso de recuperación de una pérdida (edad, género, personalidad, salud previa, religiosidad, escasez de intereses, duelos previos no resueltos, etc.) (Barreto & Soler, 2007). La pérdida se experimentará dependiendo del momento de vida en el que se encuentre el deudo y de las situaciones que se estén viviendo en ese momento. Por ejemplo, cuando una madre pierde a su hijo, el cuidado de sus otros hijos puede significar diversas cosas para cada una. Tener a otros hijos, puede ser una condición abrumadora, complicándose cumplir con esta tarea (Wolf, 2016).
- *Factores interpersonales*: se refiere a los aspectos relevantes de la relación con el fallecido y con la red social, se incluyen: parentesco, relación ambivalente o dependiente, ausencia de apoyo social, recuerdo doloroso, etcétera (Barreto & Soler, 2007). En cuando a la relación con el fallecido, se trata de un elemento que puede influir de diferente manera en el proceso, entre más complicada sea la relación, se complicará más el duelo (relaciones dependientes, conflictivas); mientras que tener diversas y establecidas redes de apoyo y comunicación, facilitará pasar el duelo (Wolf, 2016).

Cabe destacar que, cada persona afronta la adversidad de la pérdida y, por lo tanto, la resolución del duelo de diferente manera, por lo que, para poder saber cómo responderá alguien a una pérdida, se deben conocer diversos mediadores que influyen en la complicación del duelo (Barreto & Soler, 2007; Barreto et al., 2012; Barreto et al., 2008; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004):

- *Características personales del doliente*. Están relacionadas con la edad de la persona (juventud o vejez), si cuenta con antecedentes de alguna enfermedad física o psíquica, así como sentimientos de culpa por la muerte del fallecido.

- *Relación con el fallecido.* El parentesco identifica la relación que el sobreviviente tenía con el fallecido (hijo, padre, cónyuge, etcétera), por lo que dependiendo de quién era la persona fallecida y lo significativo que era para el sobreviviente, se elaborarán duelos diferentes en cada persona. Por ejemplo, si cuentan con un bajo nivel de desarrollo familiar.
- *La naturaleza del apego.* Incluye saber lo siguiente:
 - a. *La fuerza del apego:* implica la intensidad del afecto que se tenía por el fallecido. Por lo tanto, existirá un incremento proporcional entre la intensidad de la relación afectiva y el aumento en la gravedad de la reacción emocional.
 - b. *La seguridad del apego:* qué tan necesario era el fallecido para darle una sensación de bienestar al sobreviviente.
 - c. *La ambivalencia de la relación:* en cualquier relación sintoma, se puede amar a la persona al mismo tiempo que coexisten sentimientos negativos. Sin embargo, cuando los sentimientos negativos sobrepasan a los positivos, habrá una reacción emocional más difícil en el duelo, destacándose los sentimientos de culpa.
 - d. *Los conflictos con el fallecido:* se refiere tanto a los conflictos que se tenían cercanos al momento de la muerte como al historial de conflictos, pudiendo existir cuestiones pendientes de resolver.
 - e. *Relaciones de dependencia:* la persona se adaptará de acuerdo a qué tan dependiente era del difunto para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana.
- *Manera de morir.* La elaboración del duelo se ve influida por cómo murió la persona. Con respecto a los supervivientes de muertes por suicidio, se ha visto que atraviesan por momentos difíciles al afrontar el duelo.

Dimensiones asociadas con el tipo de muerte:

- a. *Proximidad*: lugar donde se produjo la muerte, si fue cerca o lejos.
- b. *Muerte imprevista o esperada*: los supervivientes de muertes imprevistas se les dificulta más afrontar la pérdida que las personas que fallecen con previo aviso.
- c. *Muerte violenta o traumática*: dependiendo de los factores relacionados con la muerte se dificulta o facilita la expresión emocional, en especial el enojo y la culpa.
- d. *Pérdidas múltiples*: la pérdida de varios seres queridos a la vez o en un periodo corto de tiempo, posibilita una “sobrecarga de duelo” en la cual existe mucho sufrimiento y dolor.
- e. *Muertes evitables*: cuando la muerte es evitable, afloran sentimientos de culpa.
- f. *Muertes ambiguas o inciertas*: se refiere a cuando la persona no sabe con seguridad si su ser querido está con vida o no, encontrándose en una constante incertidumbre de no saber si conservar las esperanzas o elaborar un duelo.
- g. *Muertes estigmatizadas*: se consideran muertes estigmatizadas al suicidio, por SIDA, por mencionar algunas, donde el sobreviviente percibe un apoyo social escaso.

Cuando se trata de la muerte inesperada de un ser querido, para los dolientes, la noticia de la pérdida, es discrepante con el mundo interno de seguridad y protección, puesto que implica una amenaza que genera sentimientos profundos de miedo y/o desesperación. Ellos, posiblemente hayan tenido otras experiencias de sufrimiento vinculadas con pérdidas, lo que anticipa la probabilidad de revivir la experiencia de malestar, de esta manera, para evitarlo, se activa un proceso de control defensivo con

mayor grado de supresión o represión, que inhiben la contemplación consciente de la realidad (Payás, 2010).

- *Antecedentes históricos.* Es importante conocer si se han tenido pérdidas previas, así como la manera en que se elaboraron esos duelos.
- *Variables de personalidad.* De acuerdo con Bowlby (2003), se debe tomar en cuenta la estructura de la personalidad del superviviente para entender su respuesta ante la pérdida.

Variables a considerar:

- a. *Edad y sexo de la persona:* de acuerdo con algunos estudios, las mujeres experimentan duelos distintos y con diferentes resoluciones, ya que reciben mayor apoyo social por parte de los hombres.
- b. *Estilo de afrontamiento:* es decir, cómo cada persona afronta una situación estresante o adversa, por lo que el duelo estará mediado por los estilos de afrontamiento del sobreviviente, predominando estrategia pasivas (Barreto et al., 2012; Neimeyer, 2014; Worden, 2004).
- c. *Estilo del apego:* dependiendo del tipo de apego que se tenga, conducirá a distintos sentimientos. Si se tiene un apego saludable, se conducirá a sentimientos de pena ante una pérdida; y cuando existe un apego menos saludable, se conduce a sentimiento de ira y culpa y a un duelo traumático.
- d. *Estilo cognitivo:* Worden (2004) encontró que el optimismo y la capacidad de redefinición en padres superviviente, están asociados a niveles más reducidos de depresión en los primeros dos años después de la muerte.
- e. *Fuerza personal (autoestima y eficacia personal):* dependiendo del valor que cada persona tiene sobre sí misma afrontará la situación de muerte, teniendo la capacidad de influir en su propia vida, así como la imposibilidad o incapacidad para expresar el dolor por la pérdida.

- f. *Mundo de supuestos*: ciertas muertes pueden desequilibrar las creencias y valores de una persona, provocándole una crisis espiritual y haciendo que dude sobre lo que es verdadero y bueno. No obstante, ciertas nociones del mundo pueden fungir como factores protectores que permitan a la persona asimilar la pérdida.
- *Variables sociales y familiares*. Dentro de éstas se encuentran las siguientes:
 - a. *Disponibilidad de apoyo*: la percepción de falta de apoyo emocional, social y familiar que se recibe de los demás, dificultará la resolución del duelo.
 - b. *Apoyo satisfactorio*: se refiere a la percepción de apoyo tanto social como familiar que tiene el sobreviviente, así como la satisfacción que recibe por parte de éstos y el bajo nivel de comunicación que mantiene con las personas a su alrededor.
 - c. *Desempeño de roles sociales*: dependiendo del número de roles sociales que desempeñe una persona influirá en la adaptación a la pérdida de un ser querido.
 - d. *Recursos religiosos y expectativas éticas*: se deben conocer los antecedentes sociales, étnicos y religiosos del superviviente para predecir cómo una persona va a elaborar un duelo.

Cuando hay una pérdida, se busca de manera natural, el apoyo de las personas más cercanas que puedan comprender los sentimientos de tristeza que se están teniendo en ese momento, así como poder contar con alguien con quien compartir, expresar y hablar de la experiencia dolorosa, esto con el fin de sentir un alivio y darle una explicación a lo que sucedió. Si la persona recibe este apoyo, se aumenta la probabilidad de que haya una recuperación mejor, de ocurrir lo contrario, se pueden elevar los sentimientos de inadecuación debido a la incapacidad de su entorno por reconocer y validar el sufrimiento (Payás, 2010).

- *Tensiones actuales.* Se refiere a los cambios que las personas o las familias sufren después de la muerte, ya que se da una desorganización en su estructura, al tener que adaptarse simultáneamente a las crisis que surgen.

Fases del proceso del duelo

El proceso de duelo es dinámico, pues implica movimiento, cambio, riesgo y oportunidad (Wolf, 2016); se trata de un conjunto de cambios psicológicos, psicosociales y emocionales fundamentalmente, por los que se elabora internamente la pérdida, así como, un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor (Tizón, 2004).

Ya se ha señalado que el duelo es un proceso que se desarrollará a través del tiempo y, como experiencia, se vivirá en cada persona de diferente manera, sin embargo, se han visto características comunes en los diferentes momentos desde la muerte del ser querido, de ahí que, diversos autores hayan desarrollado una gran variedad de propuestas para intentar dar explicación a este proceso, ya sea mediante etapas (Kübler-Ross, 1972/2014), tareas (Worden, 2004) o fases (Bowlby, 1997; Neimeyer, 2014) por las que transitan las personas que experimentan la pérdida de alguien amado.

Bowlby (1997) menciona que la forma en que los individuos responden a la pérdida de un familiar cercano muestra que sus respuestas pasan por una sucesión de fases. A pesar de esta distinción de fases, no existen límites definidos entre cada una de ellas, pudiéndose oscilar durante algún tiempo entre ellas. Las cuatro fases son las siguientes:

1. *Fase de embotamiento:* se trata de un periodo que va desde las primeras horas posteriores a la muerte hasta una semana después, aproximadamente. En esta etapa, se tienen las reacciones inmediatas a la muerte.
2. *Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida:* el periodo de duración de esta etapa va de algunos meses hasta años. Aquí el doliente empieza a dimensionar la realidad de la pérdida, comenzando a sentir intenso anhelo, llanto constante,

gran angustia, inquietud, insomnio, pensamientos obsesivos del ser querido, ambivalencia entre realidad e incredulidad (confusión), entre otros.

3. *Fase de desorganización y desesperanza*: implica una necesidad de suprimir patrones previos de pensamiento, sentimiento y acción antes de formar nuevos. Durante esta fase, se hace conciencia de la que implica la pérdida y pueden presentarse sentimientos vinculados con depresión.
4. *Fase de reorganización*: se inicia un periodo en el que se examina la situación nueva y se consideran las probables formas de afrontamiento, redefiniéndose a sí mismo y la situación.

Para Kübler-Ross (1972/2014), el duelo consta de cinco etapas que funcionan como mecanismos de reacción ante dicha situación:

- *Negación y aislamiento*: se trata de una respuesta temporal, que permite a las personas ser funcionales; se describe como un estado de shock, en donde hay un ensimismamiento ante la incredulidad del suceso.
- *Ira*: este sentimiento es acompañado por rabia, resentimiento y envidia, que puede ser desplazado y proyectado hacia otros.
- *Pacto/Negociación*: implica posponer el dolor, con la inclusión de una promesa implícita que puede estar relacionada con culpa silenciosa.
- *Depresión*: proveniente de la imposibilidad de continuar negando la muerte y de la necesidad de afrontar la realidad. Se comienza a tomar conciencia de que la vida sigue aunque no esté la persona querida.
- *Aceptación*: finalmente hay una resignación y aceptación de la pérdida.

Por su parte, Worden (2004) propone el uso de tareas para la resolución del duelo, considerando que éstas implican que la persona ha de ser activa y puede hacer algo, contando con un término, dando al sobreviviente la sensación de fuerza y esperanza. Estas tareas se pueden revisar y adaptar con el tiempo, y también abordar

varias a la vez. Además, contempla las influencias provenientes del exterior que influyen en el duelo. Las cuatro tareas del duelo son:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.

La primera tarea implica aceptar y afrontar la realidad plena de que la persona está muerta y que no volverá, siendo el reencuentro con ella imposible. Aceptar la realidad de la pérdida implica tanto una aceptación intelectual como emocional, ya que en ocasiones las personas pueden ser conscientes intelectualmente de la pérdida mucho antes de que emocionalmente puedan aceptarla verdaderamente (Worden, 2004).

A pesar de esto, algunas personas se encuentran en un proceso de negación, no aceptando que la muerte es real, bloquean la realidad, negando el significado y la irreversibilidad de la pérdida (Dorpat, 1973 como se citó en Worden 2004). En otras ocasiones, pueden verla como menos significativa de lo que en verdad es o acabar con todos los recuerdos del fallecido.

En el caso de los padres que pierden a un hijo, pueden conservar la habitación como estaba antes de la muerte, situación común en la mayoría de los casos, sin embargo, cuando se prolonga durante varios años se convierte en negación. En ocasiones, los padres pueden tener un efecto de distorsión, en el cual ven a la persona fallecida en uno de sus hijos, lo cual conlleva un efecto amortiguador de la intensidad de la pérdida, pero raramente es satisfactorio y dificulta la aceptación de la realidad de la muerte (Worden, 2004).

2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

En la segunda tarea del duelo, es necesario poder reconocer el dolor tanto emocional como conductual que está asociado a la pérdida, para poder trabajar en éste, ya que de no hacerlo se puede manifestar en ciertos síntomas o en conductas disfuncionales que prolonguen el curso del duelo (Worden, 2004).

La interacción con la sociedad, puede mandar mensajes sutiles en los cuales la persona cree que no debería sentirse de esa manera, por lo que niega la necesidad de elaborar el duelo desde el aspecto emocional (Pincus, 1974 como se citó en

Worden, 2004). La negación en esta etapa es no sentir, presentándose de muchas maneras, entre las cuales se encuentra: un bloqueo en los sentimientos y el dolor, evitación de pensamientos y momentos dolorosos que les recuerden a esa persona, idealización y estimulación sólo de pensamientos agradables del fallecido, y el uso de alcohol o drogas (Worden, 2004).

Dentro de los sentimientos más comunes asociados a la pérdida y que deben trabajarse al experimentar el dolor del duelo, se encuentran la tristeza, la disforia, la angustia, la ira, la culpa y la soledad (Worden, 2004).

3. *Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.*

En esta tarea, se deben abordar tres áreas de adaptación tras la muerte de la persona querida, las cuales son:

- a) *Adaptaciones externas:* el cómo influye la muerte en el comportamiento cotidiano de la persona. Esta adaptación a la nueva situación, va a depender de cómo era la relación con el fallecido, así como de los diversos roles que desempeñaba.
- b) *Adaptaciones internas:* el cómo influye la muerte en la definición que se hacen de sí mismos. Las personas deben adaptarse a redefinir su propio sentido de sí mismos, en su amor propio y en su sensación de eficacia personal. Si no logran esta adaptación, pueden percibirse como inútiles, inadecuadas, incapaces o personalmente en quiebra.
- c) *Adaptaciones espirituales:* el cómo influye la muerte en los valores, creencias y supuestos sobre el mundo que mantiene la persona. Se busca un significado para dar sentido a la pérdida y recuperar cierto control (Worden, 2004).

Fracasar en esta tarea, implica no lograr adaptarse a la pérdida. Se lucha contra uno mismo fomentando su impotencia, no desarrollando habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose de los demás y no asumiendo las exigencias de su medio (Worden, 2004).

4. *Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.*

La cuarta tarea implica encontrar un lugar para la persona fallecida que permita al sobreviviente estar vinculado con éste, de un modo que no le dificulte seguir su vida. En el caso de los padres que han perdido a un hijo, estos tienen la necesidad de seguir vinculados con sus hijos fallecidos, por lo que la tarea de los padres debe ser dar continuidad a los recuerdos relacionados con su hijo, pero haciéndolo de una forma que permita continuar con su vida después de la pérdida (Worden, 2004).

El poder relacionarse de nuevo con otros, depende de que el sobreviviente logre encontrarle al fallecido un lugar apropiado en su vida psicológica que deje espacio para los demás.

El entorpecimiento en esta tarea se da al mantener el apego con el pasado en lugar de seguir formando nuevos. Muchas personas se quedan bloqueadas en esta tarea, dándose cuenta de que su vida se detuvo cuando se produjo la pérdida.

Finalmente, Neimeyer (2014) realiza una crítica a los modelos tradicionales que plantean la explicación del proceso de duelo a través de “etapas”, considerando que se crea la idea de que todos los dolientes experimentarán el mismo proceso para su recuperación, por lo que propone un esbozo del ciclo del duelo, con patrones generales de respuesta, centrados en el significado que cada uno le dará a su duelo, donde la intensidad y la duración pueden variar dependiendo de la pérdida, este inicia con el conocimiento de la muerte de la persona significativa y se desarrolla a través de una etapa vital de ajustes consecuentes, este patrón implica las siguientes fases:

- *Evitación*: se presenta primordialmente cuando hay muertes intensas; en un primer momento, asimilar esta pérdida puede ser difícil y provocar conmoción, aturdimiento, pánico o confusión, sentimientos que podrían dificultar hacer conciencia del fallecimiento por lo doloroso de éste. Los dolientes pueden comportarse como si el ser querido aun siguiera vivo (teniendo evocaciones constantes del fallecido), estas reacciones son normales ante la muerte, evidenciando la dificultad para asumir la realidad cuando se trata de muertes traumáticas.

Algunos síntomas físicos, que se pueden presentar en esta fase, son aturdimiento o irrealidad, escuchar la voz de las personas muy lejos y sensación de alejamiento de los objetos cercanos. Dentro de los síntomas conductuales, se muestran desorganizados y distraídos, al igual que, indisposición para realizar sus actividades diarias. Mientras que los emocionales comienzan a surgir de manera más vívida, cuando se hace más conciencia de la muerte, dentro de estas reacciones se encuentran reclamos hacia quienes se consideran los responsables (médicos, extraños, el fallecido, Dios), irritabilidad, resentimiento, control emocional frente a otros, negación de la muerte, dolor y angustia embargadoras. Al final, lo que sucede es que los sobrevivientes comienzan gradualmente a acostumbrarse a la pérdida, no pudiendo negarla más y comprendiendo las implicaciones emocionales que tiene para ellos (Neimeyer, 2014).

- *Asimilación*: una vez que se ha podido externalizar la ira y la evitación, se manifiestan síntomas intensos en varios contextos de la vida del doliente, vinculados con la soledad, la tristeza y desesperación, provocados por la ausencia del ser amado, las personas tienden a mantener un contacto limitado con su contexto social y sus actividades diarias, centrando la mayor parte de su atención a la elaboración de este duelo, también tienen experiencias intrusivas (imágenes/pensamientos/pesadillas).

De los síntomas depresivos que caracterizan esta etapa, hay presencia de tristeza intensa, llanto impredecible, complicaciones para dormir y en el apetito, disminución en sus intereses y motivaciones, dificultad para concentrarse, anhedonia y desesperanza, ansiedad, sensación de irrealidad y/o alucinaciones. Las repercusiones del estrés en la salud física incluyen nerviosismo, embotamiento, náuseas, trastornos de la digestión, quejas corporales ambiguas de dolor, acentuación de enfermedades, problemas cardiovasculares, entre otros. En todo caso, la gran mayoría de los deudos logran superar este estrés a la par que se asimila la pérdida (Neimeyer, 2014).

- *Acomodación*: después de ir procesando gradualmente la angustia y la tensión de la fase anterior, se inicia un proceso de aceptación de la muerte, surgiendo preguntas relacionadas con lo que hará de su vida a partir de ese momento, a pesar de esta aceptación, seguirán presentes la añoranza y la tristeza durante algún tiempo, sin embargo, la persona recobraré paulatinamente su funcionalidad, su autocontrol emocional, los hábitos alimenticios y los ciclos de sueño vuelven a la normalidad.

Después de la desaparición de los síntomas fisiológicos, se recupera la energía poco a poco, canalizándola al logro de metas, lo cual, permite “empezar el largo proceso de reconstrucción del mundo social que ha quedado destrozado tras la pérdida no <<reemplazando>> a la persona fallecida, sino ampliando y fortaleciendo (...) relaciones que encajen con la nueva vida a la que tenemos que adaptarnos” (Neimeyer, 2014, p. 37).

Durante este proceso, se tienen periodos de tristeza y culpa, en la mayoría de los casos es importante tener equilibrio entre los recuerdos del fallecido y poder pensar en lo que hará el resto de su vida, surgiendo la necesidad de reajustes, además se debe tener en cuenta que esta fase no es constante, sino que pueden haber retrocesos ante algún recuerdo intenso.

Elaboración del duelo por muertes inesperadas

Las muertes inesperadas ocasionan mayores dificultades en la elaboración del duelo que aquellas que son esperadas o anticipadas. Este duelo se vincula con manifestaciones depresivas intensas y duraderas, enfermedades preexistentes, el debut de nuevos padecimientos y la asunción de conductas de riesgo para la salud (Pérez-Barrero, 2010), debido principalmente a lo súbito de la muerte, que producirá una situación de shock, aminorando la capacidad de afrontamiento de forma que la funcionalidad tarda en recuperarse. Este tipo de muertes provoca en el doliente sentimientos de pérdida de control y de confianza en el mundo en el que había tenido fe (Barreto & Soler, 2007).

Sumado a lo anterior, la noticia de la muerte de un ser querido no anticipada, es discrepante con el mundo interno de seguridad y protección, que amenaza con generar sentimientos profundos de miedo y/o desesperación. Además de esto, el sobreviviente, posiblemente haya tenido otras experiencias de sufrimiento vinculadas con pérdidas, lo que anticipa y aumenta la probabilidad de revivir la experiencia de malestar, por lo que, para evitarlos, se activa un proceso de control defensivo con mayor grado de supresión o represión, que inhiben la contemplación consciente de la realidad (Payás, 2010).

Dentro de las muertes inesperadas se incluyen las provocadas por accidentes, homicidios, las muertes súbitas y el suicidio (Pérez-Barrero, 2010). En este trabajo, se describirán únicamente las muertes por suicidio.

Duelo por suicidio.

Se considera que el duelo por suicidio de un familiar es una de las crisis más difíciles de afrontar en cualquier familia. Este tipo de duelo plantea realidades que no suelen estar presentes en las demás muertes, debido a que los suicidios ocurren por lo general en el domicilio y suelen ser descubiertos por alguno de los familiares, también se producen indagaciones oficiales molestas de las circunstancias de la muerte y se da un relativo aislamiento inicial a la familia (Díaz, Martínez, & Bobes, 2004).

El duelo por suicidio, tiene características parecidas a otros tipos de duelo, sin embargo, las reacciones que se manifiestan debido a la situación serán más intensas y con variables únicas. Este periodo, tiende a ser más largo y complejo en su elaboración, asimismo, el deudo se encuentra con una serie de dificultades, entre ellas la percepción de menor apoyo social, aunado a la sensación de rechazo. Se trata de un evento trágico al cual es difícil adaptarse emocional y personalmente, que se puede complicar debido a los sentimientos de incertidumbre, confusión e inadecuación causado por las reacciones de los otros (Wolf, 2016).

De manera particular, se han encontrado reacciones específicas del duelo que muestran los dolientes ante este tipo de pérdida, entre las que se encuentran, ciertos rasgos de depresión, ideación suicida, síntomas de estrés postraumático y ansiedad;

junto con niveles elevados de rechazo, vergüenza y estigma, provocados regularmente por la necesidad de ocultar la causa de la muerte, asumiendo la culpa por la pérdida (Sveen & Walby, 2008).

Uno de los más preocupantes riesgos asociados a la exposición de un suicidio, es la alta probabilidad de otro suicidio en alguien más, siendo especialmente elevado el riesgo entre los miembros de la familia sobreviviente. Se considera que, a pesar de que perder a un hijo o un esposo por cualquier causa de muerte incrementa el riesgo suicida, el perderlos por suicidio conlleva un riesgo mayor, especialmente cuando algún miembro de la familia manifiesta ideación suicida, intentos previos o ha sido hospitalizado por alguna enfermedad psiquiátrica (Jordan & McIntosh, 2011).

Jordan y McIntosh (2011) llegan a seis conclusiones generales sobre el duelo en situaciones de suicidio, las cuales son las siguientes:

1. Las reacciones de duelo por suicidio son generalmente no patológicas.
2. Se han observado más similitudes que diferencias entre los sobrevivientes por suicidio y los sobrevivientes de otro tipo de muertes.
3. Es posible que haya un pequeño número de reacciones del duelo que sean diferentes o únicas, para los sobrevivientes de suicidio y que estas reacciones distintivas constituyan lo que se conoce como síndrome del sobreviviente.
4. El curso del duelo de los sobrevivientes por suicidio puede diferir de otros tipos de duelo a través del tiempo.
5. Algunas veces después del segundo año, las diferencias en el tiempo llegan a ser mínimas o indistinguibles de otros grupos de sobrevivientes.
6. La relación de parentesco de los sobrevivientes con el fallecido, especialmente la cercanía, la calidad de la relación y el tiempo que haya pasado desde el suicidio posiblemente sean factores importantes en el duelo.

De acuerdo con Jordan (2001) existen ciertos aspectos cualitativos del duelo por suicidio que lo hacen diferente de otros tipos de muerte por tres aspectos:

(1) Contenido temático: se trata de darle sentido a la muerte, hacen un gran esfuerzo por encontrarle un significado a la pérdida del ser amado, aparecen sentimientos de culpa por la muerte del familiar, al igual que sentimientos intensos de abandono, rechazo y hostilidad contra el fallecido; (2) Procesos sociales implicados: los sobrevivientes tienen una visión negativa de sí mismos y son juzgados por los demás, surgen sentimientos intensos de culpa, responsabilidad y censura; y (3) Impacto del suicidio en la familia: aumenta el riesgo de suicidio para los sobrevivientes.

En lo concerniente a este tipo de duelo, este puede clasificarse dentro de los denominados “*Duelos desautorizados*”, que son aquellos que no son socialmente reconocidos ni públicamente expresados, donde a las personas no se les da el derecho a experimentar su duelo y por lo tanto, no reciben el apoyo de su red social o los beneficios que obtendrían habitualmente en otras situaciones de duelo. Además, este tipo de duelos, son considerados de riesgo para desarrollar un duelo complicado debido a la presencia de sentimientos de culpa, vergüenza, inadecuación, falta de apoyo social y de rituales significativos (Payás, 2010).

Se distinguen cuatro categorías de duelo desautorizado (Payás, 2010):

1. La relación no es reconocida: en donde los lazos de vinculación no son valorados socialmente como significativos, considerando que este tipo de duelo no requiere atención especial (muerte de un amante, relación homosexual, de un paciente, etc.).
2. Pérdida no reconocida: cuando quien muere no es reconocido como significativo (un animal, personas en coma, muerte perinatal, etc.).
3. Doliente excluido: cuando el individuo no está definido socialmente o se considera que es incapaz de realizar el duelo (persona con discapacidad mental, adulto mayor o un niño).

4. Circunstancias particulares de la muerte: influyen en cómo la sociedad limita el apoyo al sobreviviente (muertes estigmatizadas como suicidio u homicidio, VIH, sobredosis, etc.).

La desautorización junto con la falta de comprensión y apoyo vivida durante el periodo de muerte y de duelo, en ocasiones puede producir un daño igual o mayor que el mismo suceso trágico, lo que se considera como trauma acumulativo en el duelo, el cual se define como “el resultado del fracaso en el papel del entorno social y familiar como escudo protector en el curso del desarrollo del duelo” (Payás, 2010, p. 58).

Es importante destacar que, no todas las personas que se suicidan son iguales, por lo que, el impacto en los sobrevivientes no siempre es el mismo. El curso individual, la intensidad y las experiencias del duelo son complejas, siendo afectadas por muchas variables potenciales, una de ellas es la manera de morir (Jordan & McIntosh, 2011).

Las variables que toman relevancia particularmente en el duelo por suicidio son estresores como lo repentino, no anticipado, violento, traumático y estigmatizado de la naturaleza de la muerte. La relación entre el fallecido y el doliente, tanto en la calidad como en su parentesco o el tipo de relación que tenían; los recursos para afrontarla, el soporte social, así como la participación y disponibilidad en programas de intervención como una terapia grupal; la dinámica familiar, la cultura, la raza y etnia; la personalidad de el doliente; las estrategias de afrontamiento que utiliza y los métodos del sobreviviente; y el género y edad del deudo (Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006)

Como ya se ha mencionado, en este tipo de duelo, se pueden distinguir ciertas particularidades y sentimientos que lo diferencian de otros tipos de muertes. De manera específica, es importante señalar que, a pesar de que no todas las cualidades tienen una investigación estadísticamente significativa, la mayoría cuentan con un soporte a partir de la experiencia clínica y de las anécdotas de los propios sobrevivientes, dentro de estas características se encuentran las siguientes (Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004):

1. *El enojo*: este sentimiento puede estar dirigido hacia el fallecido, hacia uno mismo o hacia otros. Dentro de las causas del enojo en los sobrevivientes se encuentran: (a) que se vive como un rechazo público, (b) creer que el suicida tenía la finalidad de provocar dolor en otros y (c) considerar que el fallecido no pensó en el dolor que provocaría su muerte y el estigma que se generaría a partir de ésta (baja autoestima) (Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004).
2. *La culpa*: que surge por la incapacidad de no haberlo detenido, aunado a este sentimiento se le suma la frustración y la impotencia, que pueden conducir a duelos no resueltos, enfermedades físicas, depresión, ansiedad, así como dificultades en sus relaciones interpersonales, especialmente con su familia. El doliente, percibe que fue abandonado y rechazado por el fallecido, considerando que hizo algo mal y se le está castigando por eso, apareciendo autoacusaciones y asumen la responsabilidad de la acción del suicida, teniendo el sentimiento corrosivo de que había algo que ellos debían o podían haber hecho para evitar la muerte; llegando incluso a obsesionarse con pensamientos como “y si...” o “si solo...” (Bobes, 2004; Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004).

La culpa es una forma de negación cuando se atribuye a otros lo sucedido, deslindando al fallecido de la decisión de quitarse la vida, al mismo tiempo que se le idealiza, es decir, se evita dirigir el enojo hacia él. Dentro de las personas más culpadas: en primer lugar, están los miembros de la familia, especialmente los padres y de los dos, la madre; otros señalados de esta manera, son los encargados del cuidado y atención del suicida (médicos, psicólogos, amigos y otros parientes) (Wolf, 2016).

Objetivos de culpar a otros: (a) visualizar las consecuencias de los actos de otros en lugar de las propias, (b) tener la sensación de control y estructura, (c) desplazar el enojo hacia alguien más y (d) proteger al muerto (Wolf, 2016).

También puede estar relacionada con sentimientos de enojo, por creer que alguien más fue responsable de la muerte, nombrando a un chivo expiatorio, a quien sea más sencillo dirigir estos sentimientos de culpa y enojo (Jordan & McIntosh, 2011).

A esto, Wolf (2016) señala que el sobreviviente “puede ser responsable parcialmente de la relación que tuvo con esta persona que se quitó la vida, pero la responsabilidad total del suicidio es solo de quien lo lleva a cabo” (p. 83).

3. *Alivio*: las relaciones interpersonales y la interacción diaria con el fallecido por lo general está asociado con vidas disruptivas y problemáticas, por lo que, con la muerte, los problemas disminuyen o desaparecen. En este caso, los sobrevivientes pueden experimentar tanto alivio como culpa por este sentimiento (Jordan & McIntosh, 2011).
4. *El miedo*: el principal miedo que experimentan los deudos es a sus propios impulsos autodestructivos, al creer que están predestinados a pasar por la misma situación que su ser querido (Worden, 2004).
5. *Shock e incredulidad*: para algunas personas la muerte puede parecer irreal, quizá se les dificulte entenderlo o producir sentimientos de entumecimiento, especialmente por lo repentino e inesperado de la muerte (Jordan & McIntosh, 2011).
6. *Vergüenza y estigma social*: “el suicidio se convierte en un tema tabú, que estigmatiza no solo al suicida, sino también a los sobrevivientes” (Wolf, 2016, p. 84). Dentro de los sentimientos específicos que experimentan los dolientes se encuentra la vergüenza, que surge como resultado del estigma social, esta presión emocional que se percibe afectará la interacción que se tenga con sus vínculos sociales y especialmente, con la familia. También, pueden sentirse aislados, debido a que las personas a su alrededor no saben qué decir o cómo acercarse y ayudar; este aislamiento, puede llevar a las personas a negar sus necesidades y evadir el tema, por el miedo a ser juzgados o incomodar a la gente (Jordan & McIntosh, 2011; Wolf, 2016; Worden, 2004).

Se considera que entre más apego se haya tenido con el suicida, mayor vergüenza y preocupación se sentirá alrededor de la posible predisposición emocional que tenga una persona a suicidarse, además los sobrevivientes cargarán durante el resto de su vida con el estigma del suicidio (Wolf, 2016).

7. *Problemas de apoyo social y/o aislamiento*: las familias podrían verse astilladas y más perturbadas como resultado de la pérdida, podrían sentirse más cercanas o experimentar una combinación compleja de ambas. Otras personas dentro de la vida de los sobrevivientes quizá sientan incertidumbre respecto a qué hacer o decir al respecto y puedan sentir incomodidad al interactuar con las personas después de la muerte, por lo cual no pueden proveer diversas formas de soporte social, evitando el contacto con el sobreviviente. Otra posible fuente de disminución en el soporte social, tiene que ver con sentimientos de culpa, vergüenza y estigma por parte de los sobrevivientes puede resultar en su aislamiento de los demás y los rituales pueden proveer la oportunidad de apoyo de otros (Jordan & McIntosh, 2011).

Si el entorno es incapaz de identificar y responder al dolor del sobreviviente tanto en el momento en que se produce la muerte como durante el periodo de duelo, se genera en el individuo sentimientos de alienación, aislamiento y sufrimiento, al ser devaluado, minimizado, descalificado y rechazado por su ambiente social, como su familia, amigos y conocidos, siendo poco empáticos con las necesidades y demandas emocionales del deudo (Payás, 2010).

Posibles causas de la falta de apoyo social: (a) las personas más cercanas a los sobrevivientes pueden distanciarse por la falta de recursos para proporcionar ayuda o por el temor a no saber qué decir o hacer, (b) cuando los dolientes mantienen su distancia de los otros y permanecen herméticos, se puede interpretar como una señal de no necesitar ayuda, y (c) por conductas que se aprecian como inapropiadas por parte de los demás, percibiéndolas como insensibles, ofensivas, con falta de comprensión y empatía (Wolf, 2016).

8. *La necesidad de encontrar una explicación*: los dolientes se encuentran en una búsqueda constante de explicaciones y señales que probablemente no vieron con anterioridad del “por qué” de la muerte, se trata de una necesidad de darle significado a la pérdida, complicándoseles darle un sentido a esta, no logrando comprender que el suicidio es un acto complejo y multicausal que involucra el mundo interno del suicida con el contexto del momento en que decidió terminar con su vida (Jordan & McIntosh, 2011; Wolf, 2016).

Ante esto, la incertidumbre que embarga a los sobrevivientes con respecto a la decisión del ser querido de suicidarse, complica y prolonga el duelo, ya que, se encuentran en una búsqueda persistente de respuestas que nunca serán suficientes, lo que generará ansiedad en ellos. Esta tarea de tratar de entender la razón del suicidio es tan desgastante que se incrementa la vulnerabilidad de los dolientes para afrontar el proceso de duelo pendiente.

9. *Ocultar la causa de la muerte*: probablemente vinculado con los sentimientos de vergüenza y estigma, o por el deseo de proteger la memoria de la persona fallecida (Jordan & McIntosh, 2011).
10. *El pensamiento distorsionado*: existe una necesidad de ver la conducta suicida como una muerte accidental, en ocasiones, la familia es quien implanta la idea falsa de lo que en realidad sucedió y, cuando alguien lo nombra como un suicidio, los familiares se molestan con los demás al necesitar verlo como una muerte accidental o natural, resultando en una conducta que complica el duelo a larga (Worden, 2016).
11. *Posibles intentos de suicidio*: para algunos dolientes el duelo, se vive como un proceso que no tiene fin y no es de extrañar que la única salida que encuentran para aliviar el insoportable dolor sea la propia muerte. De acuerdo con Robinson (como se citó el Wolf, 2016), “una vez introducido el suicidio como esquema de referencia, el sobreviviente se vuelve más vulnerable a considerarlo como una alternativa” (p. 93). Por lo general, no se concretiza la conducta suicida, sin embargo, desarrollan comportamientos autodestructivos, al mostrar menos

interés en cuidar de su vida, involucrándose intencionalmente en actos de autoagresión. Es importante considerar que, a pesar de que un suicidio sea considerado por otros como una salida, esto no es una pauta general; para que suceda es necesario que se tengan una serie de características individuales, ambientales y sociales (Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016).

12. *El carácter repentino de la pérdida*: la pérdida de un ser querido de manera repentina puede conducir a un aumento de la experiencia de shock y de la sensación de irrealidad acerca de la pérdida, junto con un periodo más prolongado de prueba de realidad donde las confrontaciones con las implicaciones de la muerte pueden tomar su lugar. Esto podría ser llamado el elemento de shock del duelo repentino (Jordan & McIntosh, 2011).

Esta situación, llega a tomar el atributo de crisis, al ser prematura, inesperada o trágica, de esta manera, al entrar en estado de shock, la primera respuesta emocional será la negación. Esta condición puede hacer sentir al doliente más vulnerable, impotente y con menos seguridad y potencial de controlar su ambiente, viviendo en constante preocupación y a la expectativa de cualquier otro evento doloroso e impactante, incrementando los síntomas de ansiedad. También implica realizar diversos movimientos en las áreas de su vida como ajustes en el estilo de vida, en sus relaciones sociales, la situación económica, etcétera (Wolf, 2016).

13. *El carácter violento de la muerte*: al tratarse del suicidio, este siempre se tratará de un acto violento cargado de agresión hacia el cuerpo mismo, sin importar el método que se utilice, pues finalmente se llegará a la muerte. Se ha visto que, para las personas es más difícil procesar una muerte por suicidio cuando se utilizan métodos más violentos como dispararse, ahorcarse, lanzarse a las vías del tren, entre otras; existiendo una correlación entre lo violento de la muerte por suicidio y el proceso de duelo, por lo que a mayor daño por el propio suicida, más intenso será el duelo (Wolf, 2016).

Por otro lado, existe evidencia creciente de que las muertes violentas y repentinas de una persona amada lleva consigo un riesgo aún mayor para desarrollar un duelo complicado (Jordan & McIntosh, 2011).

14. *El carácter ambiguo de la muerte*: puede llevar al deudo a tener sentimientos de ambivalencia de amor-odio hacia el fallecido. El cariño es común en la mayoría de los duelos, no obstante, el enojo es específico para los casos de suicidio, que estará dirigido a uno mismo (conductas autodestructivas o depresión), para el suicida o a otros (culpar a otros del suicidio o proyectar en otros el enojo) (Wolf, 2016).

Sveen y Walby (2008), concluyen que la forma en que los sobrevivientes reaccionarán ante la muerte del ser querido dependerá del motivo que llevó al suicidio, así como de las circunstancias de la muerte.

Sobrevivientes.

Jordan y McIntosh (2011), definen a un sobreviviente o superviviente por suicidio como “alguien que experimenta altos niveles de autopercepción de malestar psicológico, físico y/o social por un periodo considerable de tiempo después de la exposición al suicidio de otra persona” (p. 7). Dentro de esta misma definición, se pueden incluir a las personas que son muy apegadas al fallecido, con una estrecha relación psicológica y que demuestran una gran aflicción por la pérdida, independientemente del parentesco que tengan.

También se considerarán sobrevivientes, aquellos que viven la muerte de alguien querido por alguna otra causa, sea natural, por accidente u homicidio, es decir, cualquier persona allegada al fallecido, dentro de los que se incluyen a los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que le asistía (Bobes, 2004; Pérez-Barrero, 2010; Wolf, 2016).

Es posible que el dolor y el anhelo sean comunes en la experiencia de los sobrevivientes por suicidio como en otros tipos de muerte, pero independientemente del modo en que ocurrió la muerte, la persona se ha ido para siempre, y los dolientes

deben confrontarse y ajustarse a este irreversible cambio en sus vidas (Jordan & McIntosh, 2011).

Ser sobrevivientes frecuentemente lleva consigo un número negativo de consecuencias que trascienden a un simple duelo o síntomas psiquiátricos, que incluyen cambios a largo plazo en su identidad y en la narrativa de su vida como resultado de la muerte, es decir, son individuos que son significativamente afectados a nivel personal debido a la causa del deceso (Jordan & McIntosh, 2011). Debido a que no solo se tienen que afrontar el dolor de la pérdida, sino que se enfrentan con una serie de emociones adicionales, como la vergüenza de tener que revelar el motivo real de la muerte de ser querido o el sentimiento de culpa por lo que pudieron hacer y ya no realizarán (Echeburúa, 2015).

Otras consecuencias desencadenadas por la exposición al suicidio están vinculadas con que los sobrevivientes se vuelven especialmente vulnerables a desarrollar duelo complicado o traumático, depresión, ideación suicida y/o trastorno de estrés postraumático. Estos efectos aparecen más fuertemente en familias que pierden a un miembro por suicidio, pero también en sobrevivientes no familiares, particularmente en adolescentes (Jordan & McIntosh, 2011).

Sumado a esto, el suicidio de un ser querido es vivido con un profundo dolor emocional y particular, que puede parecer desgarrador y mortal, este surge en momentos específicos de la vida, por lo que cada uno lo experimentará de diferente manera (Wolf, 2016). De acuerdo con Shneidman (1990 como se citó en Wolf, 2016), “el suicida deja su esqueleto psicológico en el closet emocional de los sobrevivientes” (p. 78), al experimentar una serie de sentimientos y preguntas alrededor del por qué de la decisión, las cuales en la mayoría de los casos quedarán sin responder.

En cuanto a las preocupaciones o problemas que surgen después del suicidio se encuentran: dificultades familiares, especialmente para mantener las rutinas ya establecidas, siendo los problemas más frecuentemente mencionados; también se presentan estresores, como problemas financieros; síntomas psiquiátricos, como

depresión; y problemas relacionados con el duelo, como problemas para expresar la aflicción (Jordan, Feigelman, McMenemy, & Mitchell, 2011).

Por otro lado, se ha visto que, muchos de los sobrevivientes reconocen que tenían noción del riesgo suicida de estas personas, habiendo observado señales de advertencia por parte del fallecido, éstas pueden ser más obvias cuando se presenta un evento detonador que rectifica el plan suicida, sin embargo, cabe destacar que estos detonadores no siempre se presentan en todos los comportamientos suicidas, por lo que no se trata de una muerte súbita e inesperada, sino anunciada por el propio individuo desde mucho tiempo antes del desenlace fatal (Chávez-Hernández et al., 2011; Pérez-Barrero, 2010).

A nivel de la red social, los sobrevivientes de suicidio son vistos de forma negativa por los otros, experimentando sentimientos de aislamiento y estigma, por lo que al darse cuenta de ésta estigmatización de parte de los demás se afecta su comportamiento, por ejemplo, evaden a las personas o mienten acerca de la causa de la muerte. Por otro lado, los mismos sobrevivientes se pueden auto-estigmatizar y apartarse de las interacciones potencialmente de apoyo con otros cercanos, juzgándolos negativamente como resultado del suicidio (Jordan & McIntosh, 2011; Jordan et al., 2011).

Afrontar una muerte por suicidio puede ser más difícil y más incómodo, especialmente el hablar con los miembros sobrevivientes de la familia, el poder expresarles simpatía o hablar con ellos acerca de la causa de la muerte. La incomodidad e incertidumbre que siguen a un suicidio pueden afectar las expresiones y acciones de apoyo para los sobrevivientes (McIntosh & Jordan, 2011).

Se ha encontrado que la gran mayoría de los sobrevivientes, manifiestan necesitar de una atención formal, como la asistencia de un psicoterapeuta; mientras que una minoría prefiere recibir el apoyo de sus familias y amigos ante esta situación. Sin embargo, algunas personas deciden obtener ambos tipos de atención, tanto a nivel profesional como familiar. Además, estas personas indican una necesidad significativamente mayor de ayuda o intervención profesional para sus dificultades de

duelo que las personas que pasan por un duelo por muerte natural (Jordan et al., 2011).

Etapas del duelo por suicidio.

Una característica que influirá en la elaboración de este duelo es la relación que el deudo tenía con el suicida, por ejemplo, si se tenía una relación activo-pasiva, con dependencia hacia su familia y dificultad para responsabilizarse de sí mismo, es más probable que en el duelo se presenten las manifestaciones con mayor intensidad, ya que, se tenía una relación duradera y fructífera para ambos (Pérez-Barrero, 2010).

Como ya se ha mencionado, aunque el duelo por suicidio tenga características afines a otros tipos, las reacciones que implican este acto serán más intensas, duraderas, complejas y con variables propias. A partir de estas particularidades, se propone un modelo de posibles etapas del duelo por suicidio, considerando que no necesariamente tienen que aparecer en el orden planteado ni con la misma intensidad en cada caso (Wolf, 2016):

1. *Shock*: por lo regular es la primera reacción que aparece ante esta situación y se presenta primordialmente como una respuesta somática, es decir, a nivel fisiológico, por ejemplo, parálisis, ganas de vomitar, dificultad para respirar, sentimiento general de moverse con lentitud, etcétera.
2. *Negación*: surge como una respuesta psicológica para protegerse de sentimientos y emociones que son intolerables. Durante el duelo, este mecanismo puede fungir de dos maneras: ya sea favorable y funcionalmente, cediendo progresivamente conforme el deudo hace frente a este proceso; o puede ser tan dañina y disfuncional, en donde las consecuencias conduzcan a la persona a distorsionar la realidad, impidiéndole avanzar en la resolución del duelo. Cuando se presenta un suicidio, se niega la muerte misma o la causa de esta, por lo tanto, se niega el suicidio, pero se acepta que la muerte ocurrió por otra causa (homicidio, accidente).

Otro tipo de negación es la consciente, donde se conoce y acepta el motivo de la muerte, sin embargo, se niega ésta a las demás personas, con el fin de proteger la imagen del fallecido y a la familia, ante lo cual, se complica el proceso de duelo por el tabú y el estigma que se crea alrededor de la muerte (Wolf, 2016).

3. *Alivio*: en este sentido, puede ser posible que el suicidio sea el resultado de un periodo prolongado de dolor, no solo del propio suicida, sino también de sus familiares, ya sea por una enfermedad física/mental o por una intensa situación desgastante, que por lo general, conduce a sentimientos de culpa. Se trata de una reacción usual posterior a un proceso que fue destructivo tanto a nivel emocional como económico.
4. *Culpa*: este sentimiento es propio del duelo por suicidio y puede presentarse por dos razones: (1) debido a la responsabilidad que se siente por este y (2) por los sentimientos desencadenados después de la muerte (alivio/enojo).
5. *Depresión*: surge después de que el sobreviviente sea consciente de que la muerte en verdad ocurrió por suicidio, desencadenándose síntomas vinculados con un cuadro de depresión clínica, no llegando a cumplir con los criterios de un trastorno, dentro de éstos síntomas se encuentran: inapetencia, dificultad o exceso de sueño, apatía, tristeza, ansiedad, irritabilidad, falta de cuidado a sí mismo y a otros, riesgo de intentos de suicidio, principalmente.

Un rasgo importante de señalar es que durante el periodo de depresión, se presenta niveles elevados de preocupación, la cual se puede manifestar de diversas formas: (a) sueños diurnos: donde se fantasea con la muerte, teniendo pensamientos rumiantes de que se pudo hacer algo para evitarlo o que el fallecido está fuera de casa y regresará, estos sueños son considerados respiros emocionales; (b) identificación: inconscientemente los dolientes comienzan a realizar los hábitos o actuar como lo hacía el fallecido, tornándose destructivo si se vuelve rígido para no enfrentar la pérdida; (c) sueños de duelo: acerca de cómo fue la muerte, pueden sentirse muy vívidos e intensos, confundiendo la realidad de la persona. Estos pueden ayudar a sanar y a resignificar la pérdida, debido a que el sobreviviente obtiene

emociones que cuando está despierto no se manifiestan; (d) rituales: que permitan o impidan al deudo elaborar el duelo; (e) memoria selectiva: el sobreviviente propicia diversas condiciones para mantener vivo el recuerdo de la persona querida como, creer ver al fallecido, evocarlo al oler su ropa o perfume, realizar sus pasatiempos favoritos, etcétera; y (f) idealización: se le atribuyen al fallecido rasgos especiales (grandeza/perfección) que dificultan la elaboración del duelo (Wolf, 2016).

Finalmente, hay que señalar que a pesar de que no todos los duelos son patológicos o complicados, todos los sobrevivientes tendrán que hacer frente a una serie de situaciones que podrían dificultar la resolución de este, además las fases del duelo no siempre serán tan claras (Wolf, 2016).

Capítulo 3. La familia ante el duelo por suicidio

“Puedes ser responsable parcialmente de la relación que tuviste con esta persona que se quitó la vida, pero la responsabilidad total del suicidio es solo de quien lo lleva a cabo”

Wolf, 2016

Definición

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española la familia es el “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (RAE, 2016).

La familia puede ser considerada como una célula de desarrollo social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes (Estrada, 2012), donde se creará y consolidará una democracia, solucionando o acentuando crisis sociales, en la cual, la mayoría encontrará afecto y seguridad (Valladares, 2008). Se trata de un sistema liberador que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto, preparándolos para la formación de otra unidad. Como pequeña sociedad, permite a sus miembros ensayar y fracasar, al encontrarse en un ambiente protector, tolerante, firme y cariñoso, siendo un medio flexible, que contiene y establece límites (Estrada, 2012). Ésta será un apoyo incondicional que promueve la unidad y se encargará de la búsqueda de significados ante circunstancias que implican una dificultad (Gómez, 2008).

Es descrita como una unidad de personalidades en interacción que forman un sistema de emociones y necesidades entrelazadas entre sí (Estrada, 2012); se trata de un grupo natural donde se propiciará el crecimiento y apoyo, a través de reglas comportamentales y funciones dinámicas que estarán en constante interacción (Valladares, 2008), las cuales, constituirán la estructura familiar, que medía el funcionamiento de sus miembros, facilitando así la interacción recíproca, generando los elementos necesarios para estimular la individuación y socialización, el desarrollo

de la identidad, así como la adquisición de las primeras experiencias, valores y concepción del mundo, al mismo tiempo que se fomenta un sentimiento de pertenencia (Minuchin & Fishman, 2004; Valladares, 2008), recibiendo la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, psicológica y social, considerándose a la familia una unidad primaria de salud (Membrillo & Rodríguez, 2008).

Por su parte, el funcionamiento familiar será aquel proceso dinámico a través del cual la familia esbozará sus estrategias para resolver los problemas que se presenten, estableciendo un clima emocional y, una capacidad de equilibrio y cambio a lo largo de su ciclo vital (Estévez, Musitu, & Herrero, 2005).

La dinámica de la familia se verá afectada con la aparición de crisis, dándose cambios dinámicos y transformándola, ya que atravesará por importantes modificaciones tanto a nivel estructural como funcional, por lo tanto, la familia tendrá que ser flexible y contar con las habilidades suficientes para afrontar dichos cambios, permitiendo el adecuado desenvolvimiento de sus miembros (Valladares, 2008).

Ciclo vital

Al considerarse a la familia como un sistema abierto (Valladares, 2008), ésta contará con un ciclo evolutivo, que tiene las características de ser discontinuo, dinámico y sin un tiempo determinado en cada etapa; a través del cual irán apareciendo una serie de crisis en los momentos de transición que los llevará al cambio, sin embargo, el objetivo es permitir un desarrollo en los miembros de la familia que finalmente los conduzca a un equilibrio (Membrillo, 2008).

Estrada (2012), propone seis fases que componen el ciclo vital de la familia, cada una de las cuales tendrá sus propias características: (a) desprendimiento, (b) encuentro, (c) los hijos, (d) la adolescencia, (e) el reencuentro y (d) la soledad y la muerte. Para este trabajo se describirá únicamente la fase de adolescencia, en la que se pondrá a prueba la flexibilidad del sistema al combinarse varios factores: hay una mayor incidencia a que se presenten problemas emocionales serios en los hijos y los padres pueden volver a revivir su propia adolescencia.

Cada etapa del desarrollo por la que transitan los padres con los hijos va a ir cambiando de acuerdo a aspectos tanto biológicos como socio-emocionales, debido a esto, se deberán llevar a cabo adecuaciones en las funciones de los padres, así como, un proceso de adaptación a nuevos requerimientos sociales y familiares en los hijos (Heredia & Lucio, 2010).

El objetivo de esta etapa, es que los adolescentes logren madurez en su desarrollo, adquiriendo su propia identidad del yo y preparándolos para el desprendimiento de sus familias y puedan formar la propia (Estrada, 2012), para esto, tendrán que pasar por una serie de cambios, como lo son las exigencias psicosociales, las cuales, pondrán a prueba su desarrollo psicológico, debido a que influirán en su autoconfianza, ansiedad, autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento (González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002).

Familia y adolescencia.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, cuando en la familia se tienen hijos adolescentes, las relaciones que se establezcan con estos van a ser de vital importancia para la adquisición de su independencia, autonomía y el desarrollo de su personalidad, para lo cual deben comenzar a separarse gradualmente de los padres, adquiriendo nuevas responsabilidades (Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya, González-Gallegos, & Amezcua-Fernández, 2005). El adolescente tendrá nuevas demandas, surgiendo la necesidad de hacer renegociaciones entre ambas partes, llegando a acuerdos mutuos (Mendizábal & Anzures, 1999) sin embargo, estos cambios no se harán sin atravesar por crisis, por lo que todo el sistema tendrá que afrontar la transición, llegando a generar estrés por el desequilibrio que se da entre las exigencias del adolescente y los recursos con los que cuenta la familia, por tal motivo, se deberá llevar a cabo una sincronización para ajustar el rol de la familia a la nueva situación y permitir la diferenciación y autonomía del joven (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya, & González-Gallegos, 2005).

A pesar que durante esta etapa adolescente se presenten conflictos entre padres e hijos, la mayoría de las veces las relaciones entre estos siguen siendo

afectuosas y estrechas, por lo que únicamente se deberán realizar ciertos acomodados ante las transformaciones inminentes que vivirán, pasando de una marcada jerarquía a una mayor igualdad y equilibrio de poder (Oliva, 2006).

Por su parte, algunas de las dificultades por las que atravesará la familia se encuentran, la rivalidad que se puede generar entre el padre y su hijo varón, ya sea porque este le supera o por sentimientos de minusvalía e inferioridad que se generan en el hijo al no poder alcanzar las expectativas que se tienen en él. Por su parte, en el caso de las madres, puede ocurrir que éstas se den cuenta que existen otras mujeres que atraerán la atención de sus hijos, o que sus hijas ya no las vean como único modelo a seguir (Estrada, 2012).

Al momento en que crecen los hijos adolescentes, éstos van sufriendo cambios y separándose del sistema familiar, provocando que todo el sistema tenga movimientos radicales, requiriendo el apoyo mutuo de la pareja para transitar por esta etapa, a través de la aceptación del cambio y afrontándolo con madurez (Estrada, 2012) es decir, que puedan elaborar el duelo por el hijo en transición de niño a adolescente, siendo conscientes de que no volverá a esta etapa. Lo ideal durante esta, es que los padres puedan soltar a sus hijos a pesar de lo doloroso que pueda suponer para ambos o alguno de los dos.

Los cambios que se den de manera intrapersonal entre padres e hijos, provocará una perturbación en el sistema familiar, el cual, se volverá más inestable, provocando un incremento en la variedad de patrones de interacción, de esta manera, las discusiones se intercalarán con momentos de armonía y expresión de emociones positivas (Oliva, 2006).

Como ya se ha mencionado, los cambios que se dan a través de los diferentes ciclos vitales de la familia, serán vistos como crisis inevitables, que pueden ser de dos tipos: (a) naturales, donde la familia nace, crece, se desarrolla y muere; y (b) circunstanciales, que no necesariamente van a la par del ciclo vital familiar, éstas aparecen repentinamente, como los desastres naturales, la muerte o el suicidio (Wolf, 2016).

Durante la adolescencia, los hijos manifestarán comportamientos oposicionistas a las peticiones de los padres, prefiriendo la compañía de su grupo de pares para autoafirmarse o bien, experimentando conductas en las que se pongan en riesgo. Este riesgo incrementa cuando uno de los padres es restrictivo y el otro flexible, ocasionando el envío de dobles mensajes y, por lo tanto, confundiendo a los hijos, de tal manera que se oponen al padre que es restrictivo o prefieren evitar la relación por lo confuso de la situación (Gómez, 2008).

Algunas situaciones que precipitan el riesgo en la relación con los padres, es la falta de comunicación y el distanciamiento emocional con los hijos, impidiéndoles participar en el ambiente familiar, provocando que estos no se sientan parte del sistema, así como, el temor que surge en los adolescentes por incentivar la comunicación con sus padres, lo que en ocasiones los encamina a mentirles (Gómez, 2008). Además, de que el adolescente en esta etapa, comienza a tener pensamientos más críticos, que utilizarán en las discusiones familiares, provocando que sus padres se molesten y respondan de manera impulsiva (Oliva, 2006).

En conclusión, la familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa de problemas (Estrada, 2012) ya que, será a través de los estilos de crianza, la relación con los hijos, así como la presión por parte del sistema familiar que se establecerán situaciones relacionadas con malestar emocional, y más directamente con el intento suicida del adolescente (Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005).

Suicidio adolescente.

Las familias con problemáticas suicidas, se caracterizan por una falta de unidad tanto a nivel físico como emocional requerido frente a situaciones cotidianas, contando con dificultades en la comunicación entre sus miembros de manera clara y directa, de la misma manera, no logran expresar sus emociones adecuadamente y, por lo tanto, su habilidad para negociar conflictos, afrontar las crisis, pedir o dar ayuda y realizar cambios en función de la situación son escasas (Chávez-Hernández et al., 2011; Guibert & Torres, 2001).

Cuando ocurre un suicidio en la familia, ésta se puede ver afectada de dos maneras, una en donde se vea a la propia unidad familiar como una variable que influyó en que se produjera la acción suicida, y la otra es, que una vez llevada a cabo esta, el sistema sufrirá una serie de modificaciones como resultado del impacto de la pérdida (Guibert & Torres, 2001).

Cerel y Aldrich (2011) encuentran tres tipos de familias en las que ha ocurrido un suicidio: (a) familias funcionales, caracterizadas por la falta de evidencia de conflictos dentro de la familia o psicopatología, usualmente el suicida tenía alguna enfermedad física crónica; (b) familias encapsuladas, se observan psicopatología y conflicto únicamente en el fallecido y no en otros miembros de la familia; y (c) familias caóticas, muestran evidencia clara de psicopatología en múltiples miembros de la familia y/o agitación antes del suicidio.

De esta manera, se ha visto que, cuando los adolescentes perciben poca comunicación y apoyo, así como baja supervisión por parte de sus padres, estos presentarán mayores problemas emocionales (Betancourt & Andrade, 2011), entre ellos se encuentran la depresión, las autolesiones, la conducta suicida y/o el suicidio consumado.

En el caso de la sintomatología depresiva de los adolescentes, existen diversos factores familiares que contribuyen a su ocurrencia y continuidad, los cuales, incluyen factores genéticos, psicopatología parental, estilos de crianza y prácticas parentales (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura, & Rojas, 2012).

La presencia de depresión en los jóvenes provoca que estos posean una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos de sí mismos, elevada autocrítica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima, sumado a que cuenten con una familia en la que se sientan excluidos (Cañón, 2011).

En investigaciones realizadas tanto en México como en países latinos (Andrade et al., 2012; Betancourt & Andrade, 2011; Florenzano et al., 2009), se encontró que el control psicológico de los padres es el predictor principal de síntomas depresivos en los adolescentes de ambos sexos; influyendo mayoritariamente en las mujeres que en

los hombres; por lo que, aquellos jóvenes que carecen de la supervisión de sus padres, tendrán mayor posibilidad de ser influenciados por el ámbito social para desarrollar conductas de riesgo (Florenzano et al., 2009).

De manera específica, en la población correspondiente a la Ciudad de México, se observa la aparición de sintomatología depresiva en mujeres adolescentes, al estar presente un alto control psicológico por parte de la madre y el padre, una baja comunicación con ambos padres (Andrade et al., 2012; Pérez et al., 2013) y una escasa supervisión del padre (Betancourt & Andrade, 2011). Por otro lado, en el caso de la población masculina, se muestra sintomatología depresiva al existir una alta percepción de control psicológico por parte de ambos padres, por un bajo fomento de autonomía del padre (Andrade et al., 2012) y una baja supervisión paterna (Betancourt & Andrade, 2011).

Es decir, a mayor imposición y control psicológico, aumenta la sintomatología depresiva. Por el contrario, cuando el adolescente percibe mayor apoyo, comunicación, autonomía y control conductual de ambos padres, habrá menor sintomatología depresiva (Andrade et al., 2012).

En cuanto a las autolesiones en los adolescentes, en los hombres la presencia de un alto control psicológico por parte de ambos padres determina esta conducta; mientras que en las mujeres, la baja supervisión del padre, junto con un alto control psicológico de ambos padres influyen en la presencia de autolesiones (Betancourt & Andrade, 2011). Además, las mujeres tienden mayormente al uso de este tipo de conductas que los hombres (González-Forteza et al., 2009).

La conducta suicida se convierte en un medio por el cual el adolescente, comunicará su malestar emocional, ya que no sabe o no puede expresar lo que necesita, careciendo de estrategias de afrontamiento adecuadas (Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005), como lo son tener respuestas de afrontamiento agresivas y no resolutivas (González-Forteza, Ramos, Caballero, & Wagner, 2003). Dicho comportamiento, la mayoría de las veces es ocultado por la familia debido al gran impacto que les produce este evento, pues no sólo se vive como una experiencia

dolorosa sino que se considera una situación estigmatizada socialmente (Rivera-Heredia & Andrade, 2006).

Dentro de las principales variables predictoras de ideación suicida en las adolescentes se encuentran el estilo materno negligente, la baja autoestima, la frecuencia de conflictos con la madre y/o el padre (Sarmiento & Aguilar, 2011), que los padres discutan por problemas económicos (González-Forteza et al., 2003), pertenecer a una familia fragmentada (González-Forteza et al., 2009), el déficit de afecto y comunicación paternos y el control psicológico materno (Pérez et al., 2013).

Mientras que en los adolescentes hombres, la baja autoestima, el estilo negligente y control psicológico materno son los principales predictores de ideación suicida; sin embargo, el impacto materno, es mayor en las hijas que en los hijos (Pérez et al., 2013; Sarmiento & Aguilar, 2011), también el déficit en la comunicación y afecto paterno, al igual que los que están expuestos a manipulación y falta de límites o normas claras por parte de la madre (Pérez et al., 2013).

Cuando existe presencia de ideación suicida y/o depresión en la familia, menor es la habilidad que ésta tendrá para manejar y solucionar problemas, así como la disminución en los patrones de control de conducta, dificultándose la estabilidad del funcionamiento familiar efectivo y óptimo (Eguiluz & Ayala, 2014).

Finalmente, el suicidio consumado, en la mayoría de los casos, tomará por sorpresa a la familia observándose una desorganización en ella, donde las repercusiones dependerán de la función, el rol y la importancia del fallecido (Wolf, 2016).

Después del suicidio, la familia puede desarrollar diferentes pautas de interacción entre las que se encuentran (Wolf, 2016):

1. El chivo expiatorio: se buscan culpables del suicidio con el objetivo de quedar libre de ésta, no se descansa hasta no señalar a alguien, creándose un conflicto interno, puesto que por lo regular, se forman coaliciones de dos en contra de un tercero.

2. Guardar un secreto imposible: se pretende guardar el motivo de la muerte como un secreto ante los demás que están fuera de la familia, para evitar se estigmatizados, corriendo el riesgo de quedar doblemente estigmatizada, no solo por el suicidio sino por la mentira.
3. El mito de la supervivencia: hay una resistencia a asumir que la muerte fue por un suicidio, manteniendo la firme creencia de que se debió a otra causa distinta y evitando lo relacionados con este tema tabú.
4. Cerrar filas: quiere decir que la familia entera se aísla totalmente de sus relaciones sociales, con el objetivo de no ser estigmatizados, por lo que, los miembros quedan libres de culparse entre ellos y se mantienen unidos, convirtiendo a los demás en “enemigos”.
5. El rey/la reina de la montaña: el suicida obtiene simbólicamente mayor poder y jerarquía en la familia, con su muerte hay un espacio que tendrá que llenar alguien que tenga mayor capacidad, ante lo cual, se desatará una lucha constante por el poder, tratando de alcanzar este ideal.
6. La conspiración del silencio: como su nombre lo indica, todos mantienen silencio y no hay comunicación entre ellos, cada uno afrontará su propio proceso de duelo por su cuenta, impidiendo este aislamiento que se apoyen entre sí, a pesar de esto, también los libra de tener la carga emocional de los otros.
7. ¿Quién quiso más?: se entra en una competencia inconsciente sobre quién amó más al fallecido, quién fue más amado por este o quién sufrió más por la pérdida.
8. Vamos a doler por siempre: se llega al acuerdo de guardar luto indefinidamente, se tiene la idea de que si ya no se sufre por la pérdida, ya no amará a ese ser querido y por lo tanto, lo olvidará.
9. Idealizar o condenar: se genera un ideal de lo que era o hacía el suicida, olvidando sus defectos o conflictos que se pudieran tener con él.

10. Huye mientras puedas: se mudan de ciudad o casa con la finalidad de no vivir la secuela del suicidio, es más frecuente si ocurrió en el hogar. Este cambio puede significar perder los recuerdos (amorosos y dolorosos) y la seguridad de lo familiar.

Suicidio de un hijo.

La muerte de un hijo será uno de los estresores más impactantes de la vida, lo es más al perderlo por suicidio. Cuando se presenta la muerte de un hijo, los padres comúnmente, consideran que el orden la vida se ha alterado, puesto que se espera que sean ellos quienes mueran antes que los hijos, haciendo parecer estas pérdidas muy injustas y absurdas (Wolf, 2016).

La experiencia de los adultos que han tenido una pérdida significativa en sus vidas por una muerte debida a suicidio cuenta con las características propias de un duelo por suicidio (McIntosh & Jordan, 2011). En cuanto a los padres, se presentarán síntomas como hostilidad, negación, depresión y por lo general, se refieren a su muerte como un accidente y no como un acto predeterminado por su hijo (Díaz et al., 2004). Por otro lado, el sentimiento predominante es la culpa, al creer que no fueron lo suficientemente buenos para evitar el suicidio de su hijo y que no cumplieron apropiadamente con el objetivo de cuidar de él (Wolf, 2016).

Irremediablemente, los progenitores iniciarán una búsqueda de respuestas que les ayuden a entender lo que sucedió. También sentirán temor de ser juzgados y responsabilizados por la muerte de su hijo, por lo que, buscarán señalar a otros por esto, principalmente, se culparán entre la preja, surgiendo problemáticas entre ellos (Wolf, 2016).

De acuerdo con McIntosh y Jordan (2011) los padres son a menudo más culpados y responsabilizados por la muerte que aquellos que mueren por cualquier otro tipo de muerte. Cabe destacar que no todos los padres que son culpados por la pérdida, reaccionan con la misma intensidad, pudiendo incluso parecer más perturbados emocionalmente. Éstas mismas actitudes, generalmente también son

expresadas por aquellas personas que ya conocían a alguien que previamente había perdido a alguien por suicidio o que ya conocían a un sobreviviente.

Por otro lado, cuando se tienen otros hijos, estos pueden sentirse vulnerables e inseguros, por la capacidad de los padres para cuidar de ellos, volcándose en comportamientos de rebeldía, imitando las conductas del hermano muerto, complaciendo a los padres para tratar de llenar el vacío que dejó su hermano o limitarse la comunicación adecuada entre ellos (Wolf, 2016).

En el caso de los padres que pierden a sus hijos por suicidio, McIntosh y Jordan (2011), distinguen cuatro particularidades:

1. Dolor general y angustia psicológica

Se ha visto mayor sintomatología y angustia psicológica en un promedio de seis a nueve meses después de la muerte en padres que han perdido a sus hijos por suicidio en una edad de 18 a 35 años. También se ha encontrado que entre 3 y 5 años después de la muerte los conflictos durante el duelo comienzan a disminuir, lo cual es considerado un largo periodo de tiempo para recuperarse, a diferencia de lo observado en un duelo normativo. Por otro lado, los padres que tienen conflictos en su relación con el hijo fallecido son más propensos a experimentar grandes dificultades en su duelo (Feigelman, Jordan, & Gorman, 2008).

De igual manera, la gran mayoría de los padres que pierden a un hijo por suicidio reportan niveles significativos de reacciones traumáticas de duelo posterior a 18 meses de la muerte (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003).

Se ha observado que seis meses después de la muerte, la mayoría de las madres de adolescentes que se suicidan exhiben síntomas de depresión e inicios de depresión mayor en comparación con madres de un grupo control. Incluso tres años después de la muerte del adolescente, las madres continúan exhibiendo síntomas de depresión (Brent et al., 1993 como se citó en McIntosh & Jordan, 2011).

2. Culpa, vergüenza y estigma

En el caso de los padres, hay expectativas y responsabilidades asociadas con la paternidad y la crianza de los hijos que afecta en cómo ellos y otros reaccionan cuando los hijos mueren por suicidio. De esta manera, se les responsabiliza por su muerte. Este sentimiento de responsabilidad por la muerte sea quizá el aspecto más sobresaliente del duelo (McIntosh & Jordan, 2011).

Los progenitores se culpan a sí mismos por la pérdida; en otras ocasiones, los demás miembros de la familia culpan al niño que muere y a los doctores más que a los padres. Regularmente, los padres presentan primeramente culpa seguido de sentimientos de soledad (McIntosh & Jordan, 2011).

A veces, los padres y quienes interactúan con ellos permanecen en silencio acerca de la muerte del niño, ya sea evitando o nunca mencionando al hijo que murió. Similarmente, los papás se sienten con la misma obligación de quedarse callados; este silencio podría obstaculizarles el proceso de duelo, así como disminuir el soporte social disponible (McIntosh & Jordan, 2011).

Las tres principales fuentes de culpa que se han observado en los padres son: (a) la causa de la muerte, se refiere a las acciones realizadas o no por los padres que los hacen sentir que pudieron contribuir a la muerte de su hijo; (b) la crianza de los hijos, indica los sentimientos acerca del tipo de estilo de crianza que emplearon, considerando que pudieron ser más amorosos o, quizá sentimientos negativos o de ambivalencia hacia el hijo; y (c) debido a alguna enfermedad, se centra en que sienten que no proporcionaron lo necesario para el cuidado de su enfermedad, o por no estar presentes cuando falleció (McIntosh & Jordan, 2011).

3. Buscar entender ¿por qué?

Los progenitores y sus familias siguen luchando con la pérdida, pero tienen que reanudar en gran medida su vida cotidiana, aunque con un continuo dolor y ansiedad. Ellos siguen lidiando con encontrar una respuesta racional a lo que pudieron hacer (McIntosh & Jordan, 2011).

4. Funcionamiento familiar

Dentro de la familia pueden ocurrir ambos resultados, tanto negativos como positivos, sin embargo, los padres sobrevivientes por lo general tienen experiencias negativas ante la adaptación a la muerte (Séguin, Lesage, & Kiely, 1995 como se citó en McIntosh & Jordan, 2011).

Existe cierta evidencia de que en las familias que cuentan con niños menores en las que ha ocurrido un suicidio, se experimentan altos niveles de confusión y eventos estresantes como la separación de la pareja, problemas con la ley o violencia doméstica previo a que el suicidio tuviera lugar (Cerel & Aldrich, 2011).

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida, presentes principalmente en el ámbito familiar, demuestran lo multifactorial que es éste y cómo contribuyen al incremento de incidencia del suicidio tanto en los niños como en los adolescentes (Sherr, 2002). Por lo tanto, a mayor número de factores de riesgo, mayor será la probabilidad que presentará un individuo de intentar suicidarse. Sumado a esto, las variables parentales que se vinculan con el desarrollo de conductas de riesgo en los hijos, ofrece un panorama en el que se puede entender cómo la familia tiene un papel importante para transmitir las pautas necesarias de comportamiento para que los jóvenes se envuelvan o no en conductas que atenten contra su propio bienestar (Palacios & Andrade, 2008).

A nivel familiar, se encuentra como factor de riesgo la disfunción familiar, el desempleo de los padres, el maltrato a menores, la mala comunicación con los padres y el bajo rendimiento escolar (Chávez-Hernández et al., 2011; Guibert & Torres, 2001; Sherr, 2002).

En cuanto a la disfuncionalidad familiar (ambiente frustrante y/o estresante), la falta de redes de apoyo (carencia de manifestaciones afectivas en el hogar e inadecuada comunicación), la ausencia de alguno o ambos de los padres, ya sea por divorcio o separación, el abuso físico o sexual, la inestabilidad, la discordia y la

violencia entre los miembros (Buendía et al., 2004; Cañón, 2011; González-Forteza et al., 2009; Guibert & Torres, 2001; Hernández et al., 1999; Mendizábal & Anzures, 1999) son consideradas algunos de los principales factores de riesgo suicida en los adolescentes, puesto que dificultan la interacción con los hijos (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández et al., 2005). Sumado a esto, la falta de aceptación y un mayor control psicológico por parte de los padres incrementa el riesgo de presentar sintomatología depresiva (Florenzano et al., 2009).

Los adolescentes que presentan riesgo suicida, evalúan a sus familias con pocos recursos de afrontamiento ante situaciones que lo que requieran, con predominio de dificultades en el contacto emocional y presencia de conflictos de poder entre sus miembros (Guibert & Torres, 2001). Se observa también el desarrollo de conductas problemáticas, ante la percepción de una mala relación e imposición del padre y por la baja supervisión por parte de la madre (Palacios & Andrade, 2008).

Por su parte, la tensión familiar surge como una resultante del desempleo de alguno de los padres, así como de las dificultades severas a nivel económico, por lo que se incrementa la probabilidad de que el adolescente busque soluciones equivocadas (Sherr, 2002; Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005).

Destacan enfermedades crónicas en alguno de los miembros de la familia, los padres que manifiestan alguna psicopatología (depresión), los hermanos que están involucrados en actividades antisociales, o algún tipo de adicción en alguno de los familiares, como alcoholismo (Mendizábal & Anzures, 1999; Pérez-Barrero, 1999; Monge, Cubillas, Román, & Abril, 2007; Sanz et al., 2009). La muerte de alguno de los padres, provoca la aparición de rasgos de sumisión, inseguridad y tendencias suicidas (Sanz et al., 2009).

Las familias extremadamente rígidas y con límites impermeables (Mendizábal & Anzures, 1999), con un ambiente familiar negativo (autoritario, hostil, rígido o violento) (Monge et al., 2007), ausencia de cohesión y armonía entre sus miembros (Hernández et al., 1999), expresión de afecto hacia los hijos inadecuado y la falta de apoyo (Buendía et al., 2004), ocasiona que no sean capaces de actualizar su

funcionamiento de acuerdo a estas necesidades que surgen, ya que, son familias impredecibles que no saben qué normas aplicar en determinado momento (Eguiluz & Ayala, 2014; Guibert & Torres, 2001) y, por lo tanto, influyen en la crianza de los hijos, ya que los padres tienden a ejercer un fuerte control sobre el adolescente, no permitiendo que tomen sus propias decisiones, en un intento por conducirlos ellos mismos, desarrollándose así una serie de desacuerdos inevitables entre padres e hijos, resultando en un manejo inadecuado de los conflictos familiares, tendiendo a la agresividad, pasando de discusiones leves hasta la pérdida de control por parte de alguno de los miembros de la familia y por lo tanto, fungiendo como un factor de riesgo más para el intento suicida (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández et al., 2005; Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005).

Se ha visto que se incrementa el riesgo de conducta suicida cuando en las familias hay presencia de simbiosis sin empatía, lo que significa que hay una falta de individuación y un apego excesivo, dificultando el establecimiento de límites que diferencien a una persona de otra, además de estar cerradas a la influencia del exterior, ya que temen que los demás puedan alterar su aparente equilibrio, centrándose únicamente en sus conflictos. También aumenta el riesgo al existir patrones de comunicación de “doble vínculo”, propiciando una comunicación confusa y paradójica, por la falta de congruencia en sus mensajes verbales y no verbales (Eguiluz & Ayala, 2014; Guibert & Torres, 2001).

La existencia de antecedentes de suicidios familiares y de amigos en el contexto del adolescente incrementa las posibilidades de ideación suicida (Chávez-Hernández et al., 2011; Hernández et al., 1999; Sanz et al., 2009), presentándose principalmente en la figura del tío (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández et al., 2005; Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005).

Uno de los factores de riesgo al que se debe prestar mayor importancia es cuando el adolescente presenta sentimientos de incompreensión, ya sea al percibir rechazo por parte de su familia o preferencia de los padres por alguno de sus hermanos (Monge et al., 2007) ya que, al no saber cómo expresar sus emociones, en la mayoría de las ocasiones lo hace a través de la agresión, lo que provoca que la

familia responda de la misma manera, volviéndose menos cálidos y comunicativos con el adolescente, fomentando un círculo vicioso, donde el joven encontrará en el comportamiento autodestructivo un medio para liberar sus sentimientos (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández et al., 2005).

Como factores de riesgo para el desarrollo de depresión en los hombres, se encuentra el estrés en el ambiente familiar, que incluye discusiones y prohibiciones; y en las mujeres, la baja autoestima, la impulsividad, estrés por sentirse en desventaja con los amigos, la percepción de poco interés por parte de su padre sobre sus amistades y la mala comunicación con su mamá (Pérez et al., 2007).

Es decir, los conflictos en la familia aumentan el comportamiento suicida, promoviendo que los adolescentes ideen o intenten el suicidio, al haber ausencia de factores de protección por parte de la familia (Monge et al., 2007).

A manera de resumen, algunas de las principales características de las familias que propician el desarrollo de conductas suicidas (Quintanar, 2007), son las siguientes (ver Tabla 5):

Tabla 5

Características de las familias con miembros con conductas suicidas

Características	Especificaciones
Inhabilidad para aceptar cambios necesarios.	Intolerancia a la separación. Relación simbiótica. Fijación de patrones infantiles.
Roles conflictivos y fiaciones en etapas del desarrollo anteriores a la familia.	
Estructura familiar alterada.	Sistema familiar cerrado. Prohibiciones para tener relaciones íntimas con el exterior. Aislamiento de la persona potencialmente suicida en la familia. La fragilidad como una característica familiar.
Dificultades afectivas.	Patrón agresivo con dificultades para expresar la agresión. Depresión familiar.
Relaciones intrafamiliares desbalanceadas.	Chivo expiatorio. Vínculos sadomasoquistas y relación de doble vínculo. Individuo con potencial suicida se torna como el síntoma.
Dificultades transaccionales.	Alteraciones en la comunicación. Exceso de secretos.
Intolerancia a la crisis.	

Nota. Adaptado de “*Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*” por F. Quintanar, 2007, México: Pax, p. 136.

Factores de protección.

Se entenderá por recurso a aquella propiedad, que se posee y se moviliza, al proveerse, recibirse o intercambiarse; por lo tanto, la manera en que un grupo enfrente una situación, para otro podría servirle o no (Rivera-Heredia & Andrade-Palos, 2006).

En el caso de la familia, ésta fungirá como un escenario en el cual los individuos irán adquiriendo una autoestima, un sentido de sí mismos y experimentarán bienestar psicológico en su vida frente a los conflictos y situaciones que puedan generarles estrés. Como fuente de apoyo y protección psicosociales, ejercerán un efecto protector

frente a diversos conflictos, facilitando la adaptación de los miembros a la nueva situación (Valladares, 2008).

En investigaciones realizadas con adolescentes (Florenzano et al., 2009; Oliva, Parra, Sánchez-Queija, & López, 2007), se encontró que cuando los hijos perciben mayor afecto por parte de sus padres y tienen una buena comunicación con ellos, a partir de la supervisión, exhiben un buen desarrollo psicosocial, mayor bienestar emocional y mejor ajuste en su conducta, siendo más probable que alcancen el objetivo de prevenir los problemas de conducta.

Entre los factores de protección con los que cuenta el ambiente familiar en el intento suicida adolescente, destacan la buena relación existente a nivel parental, lo que ayuda al óptimo funcionamiento familiar y a afrontar adecuadamente las crisis. De igual manera, al existir una buena comunicación entre los miembros de la familia, se desarrolla seguridad y certeza, estimulando el crecimiento de cada uno de los miembros (Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005) y promoviendo una alta autoestima en los hijos (González-Forteza et al., 2003).

Las relaciones intrafamiliares en las que hay una mayor unión y apoyo, donde se permite la expresión de las emociones, promueven la percepción de menores dificultades y protección en los jóvenes por parte de sus familias (Rivera-Heredia & Andrade-Palos, 2006).

Otros factores a destacar, son las buenas relaciones que se establezcan con los hermanos y con otros familiares, la congruencia en el discurso de los padres, además que fomenten en los hijos la búsqueda de las figuras paternas cuando tienen que solucionar problemas, a través de una comunicación abierta y un vínculo afectivo estrecho, lo que contribuirá a que los adolescentes transiten por esta etapa de una mejor manera, consolidando su identidad, desarrollándose favorablemente (Gómez, 2008).

De acuerdo con Pérez et al., (2013), los padres serán componentes indispensables en el desarrollo de los adolescentes, fungiendo como factores de

protección dependiendo del estilo parental que utilicen, al evitar que sus hijos se envuelvan en distintas conductas de riesgo y en especial en conductas suicidas.

Con lo anterior, cuando se cuenta con un estilo parental comunicativo y afectivo, manteniendo buena relación con los padres, se tiende a un desarrollo emocional y psicológico más óptimo, impulsando mayor autoestima, autonomía y menos vulnerabilidad a presentar depresión e ideación suicida, al mismo tiempo que se crea mayor confianza en sí mismos y mayor capacidad de autocontrol. De igual manera, el uso del control conductual por parte de los padres, este se puede comportar como un factor protector (Pérez et al., 2013).

En un ambiente familiar en el que se dé una interacción entre sus miembros de manera positiva, especialmente entre padres e hijos, con una menor imposición de los padres y una buena supervisión hacia los jóvenes, ayudará a la prevención de conductas de riesgo (Palacios & Andrade, 2008).

La tarea de la familia será permitir la individualización del adolescente, esto lo logrará a través de elaborar la transición por la que está pasando el adolescente, asumiendo los cambios necesarios en la dinámica familiar, para lo cual se tendrá que propiciar un soporte familiar abierto (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández et al., 2005).

Se ha observado que los adolescentes se ajustan mejor al observar a su familia de manera cohesiva, organizada, donde puedan expresar sus emociones y se sientan animados a independizarse de ellos. En un ambiente familiar ideal, se tiene una buena comunicación, eficaz y positiva, que provea a los jóvenes de apoyo y oportunidades para expresar y tener sus propias opiniones y cuestionamientos, que le permitan generar proyectos que pueda compartir en su contexto familiar (Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2013).

Cuando se cuenta con mayor aceptación por parte de los padres, se incrementa la iniciativa para relacionarse con otros fuera del hogar, al mismo tiempo que disminuyen los síntomas depresivos, fomentando de esta manera el desarrollo del adolescente de manera adecuada. Para esto, las figuras parentales tendrán que poder

establecer jerarquías y límites claros, sin caer en el hostigamiento, roles definidos y una capacidad de adaptación al cambio, de esta manera, los hijos se sentirán protegidos y aceptados por ellos (Florenzano et al., 2009; Guibert & Torres, 2001).

Duelo y afrontamiento familiar

Duelo en la familia

Worden (2004), menciona que al evaluar el duelo dentro de la familia, se tienen que tomar en cuenta tres áreas primordiales: (1) *la posición funcional o el papel que representaba el fallecido dentro de la familia*, por ejemplo, el enfermizo, el que establece valores familiares, el chivo expiatorio, etcétera, por lo que, si la persona fallecida poseía una posición funcional significativa, la pérdida generará un gran malestar al equilibrio familiar, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes; (2) *integración emocional de la familia*, cuando se trata de familias con una buena integración, se les podrá ayudar a afrontar la muerte del ser querido con poca ayuda externa, mientras que en familias poco integradas, llegan a presentar reacciones de duelo mínimas al momento de la muerte, sin embargo, a través de tiempo responderán con diferentes síntomas físicos, emocionales o sociales que les generarán problemas; y (3) *cómo facilitan o dificultan la expresión emocional las familias*, es importante comprender cuál es el valor que los miembros otorgan a las emociones y a la comunicación entre ellos, lo que propicia que permitan a sus integrantes expresar sus sentimientos o no, cuando las familias mantienen las emociones alejadas, pueden propiciar que se llegue a una resolución inadecuada del duelo.

Por su parte, Walsh y McGoldrick (1991 como se citó en Worden, 2004), consideran que deben estar presentes al menos tres tareas para que las familias puedan adaptarse a la muerte de la persona amada: (1) tiene que existir un reconocimiento de la pérdida y de las experiencias de duelo específicas de cada integrante de la familia; (2) la familia tiene que reorganizarse volviendo a asignar roles a cada miembro o renunciando a ellos, minimizando la sensación de desorganización; y (3) los integrantes constituirán una nueva familia conservando al mismo tiempo sentir la conexión con la persona fallecida.

Cuando los padres pierden a un hijo, se enfrentarán a dos retos importantes, el primero, es aprender a vivir sin la presencia de su hijo, que incluye una manera diferente de interactuar con los demás y, el segundo, implica interiorizar una representación interna de su hijo que funcione como consuelo (Klass, 1988 como se citó en Worden, 2004).

La muerte de un hijo, es una pérdida difícil de sobrellevar tanto para los padres como para la familia como sistema, puesto que afecta directamente el equilibrio familiar y en ocasiones, puede provocar reacciones patológicas (Tizón, 2004; Worden, 2004).

Es así que, se considera que los padres deben obtener asistencia profesional a nivel familiar debido a cómo es afectada esta por el suicidio del menor, ayudarles a tratar con problemas en su red social y para manejar las reacciones personales ante la aflicción provocada. Sumado a esto, se ha observado que los padres estresados regularmente se sienten profundamente traumatizados y deprimidos después del suicidio, por lo que se sienten incapaces de movilizarse para buscar ayuda profesional. Para esto, se recomienda que los servicios de salud ofrezcan atención especializada de manera rutinaria a todas las personas que han sufrido traumas provocados por el duelo y que los proveedores de tales servicios deban llegar proactivamente a los nuevos sobrevivientes (Jordan et al., 2011).

En el caso de los hijos sobrevivientes, éstos se vuelven el eje de temores y respuestas inconscientes de los padres, con el objetivo de aliviar sus sentimientos de culpa, además de poder controlar mejor su destino o protegerlos; llegando incluso a posicionarlo en el lugar del hijo fallecido, como un sustituto, además de dotarlo de las cualidades de este (Tizón, 2004; Worden, 2004).

Posterior a la pérdida, se presenta un periodo de tiempo en el que puede dejarse de lado a los demás hijos, en ocasiones, se cree que estos son muy chicos para comprender la muerte o que necesita protección de una situación que percibe como traumática; o por el contrario, no se les proporciona la suficiente atención debido

a que sus padres se encuentran en un estado anímico en el que no pueden ofrecer ayuda (Worden, 2004).

La muerte de un hijo perturba la estructura del sistema familiar, provocando un gran conflicto, cambiando la expresividad emocional y la cohesión entre sus miembros, alterando la adaptabilidad del sistema, cambiando sus sentimientos y fantasías básicas, al igual que altera todos los elementos de la dinámica dentro de la familia. Cabe destacar, que no sólo se altera las relaciones familiares a nivel interno, sino también con su red social, ya que, los amigos y personas cercanas no saben cómo responder ante la muerte y de qué manera pueden apoyarlos (Tizón, 2004).

Miles y Demi (1991, como se citó en Worden, 2004), proponen cinco tipos de culpa que experimentarán los padres que pierden a un hijo: (a) cultural, a nivel social, se espera que los padres cuiden de sus hijos, por lo que, encontrarse frente a la pérdida, los enfrenta directamente con la expectativa social; (b) causal, si alguno de los padres tiene responsabilidad directa por la muerte de su hijo, por negligencia real o percibida o, si la muerte se debe a causa de alguna enfermedad hereditaria; (c) moral, debido a que los padres consideran que la muerte fue debida a cierta infracción moral en su experiencia vital presente o pasa; (d) de supervivencia, se presenta con mayor frecuencia cuando el padre o el hijo experimentaron el mismo accidente, donde el padre sobrevive y el hijo no; y (e) de recuperación, los padres se sienten culpables cuando han terminado su duelo y quieren seguir adelante, creyendo que deshonoran la memoria de su hijo, por lo que la sociedad podría juzgarlos de forma negativa.

A pesar de que ambos padres pierden a su hijo, el proceso de duelo se presentará de distinta manera en cada uno, esto debido a la relación particular que cada quien tenía con el hijo, además de los diferentes estilos de afrontamiento. Por otro lado, cada uno tiene que entender su particular forma de expresar su duelo y el de su pareja, donde para uno podría ser más fácil afrontarlo que para el otro. Como consecuencia, las divergencias, provocarán tensión en la relación de pareja, y a su vez, producirán conflictos y alianzas con los demás integrantes de la familia (Worden,

2004). La elaboración se vuelve más difícil cuando los padres se encuentran separados o divorciados (Tizón, 2004).

Cuando los padres van a terapia, alguno de ellos puede ir a la fuerza o asistir solo para apoyar al otro; por lo general, es el padre quien no desea recibir ayuda de agentes externos, considerando que no sirve de nada pensar de más en el pasado, especialmente cuando es doloroso, limitándose de hablar del dolor que manifiestan; por otro lado, los hombres comunican menor información emocional a los demás que las mujeres, pues de manera social se espera que sean ellos quienes funjan como la principal fuente de apoyo de su familia, así como, controlar las expresiones emocionales que sean abrumadoras (Worden, 2004).

Definición de afrontamiento.

Para poder entender el proceso de afrontamiento, es importante conocer primero la definición de estrés, para Lazarus y Folkman (1991), el estrés es un proceso interaccional que se origina a partir del conjunto de relaciones particulares que se generan entre la persona y la situación producida, que será valorada por la persona como agravante o excedente de sus propios recursos de ajuste, poniendo en riesgo su bienestar personal. Las respuestas de estrés, serán el resultado de la transacción entre las presiones que se perciben del medio y los recursos de afrontamiento que se consideran disponibles (Vázquez, Crespo, & Ring, 2000).

A partir de esta definición, Lazarus y Folkman (1991), proponen el Modelo Transaccional del Estrés, el cual, da mayor relevancia a los factores psicológicos, especialmente los cognitivos, que servirán como mediadores entre los estresores y las respuestas que se tengan ante estos.

Mediante la evaluación cognitiva que se haga de las situaciones estresantes, los individuos valorarán continuamente el significado de lo que sucede, buscando su bienestar personal; además, dependiendo de esta, se determinará si una situación potencialmente estresante, llegará a producir o no estrés en la persona (Sandín, 2009).

Para poder determinar si un acontecimiento será estresante o no para la persona, se identifican tres tipos de valoraciones de la situación: primaria, secundaria y reevaluación (Lazarus & Folkman, 1991; Morrison & Bennett, 2008; Paris & Omar, 2009; Sandín, 2009) (ver Tabla 6 y Figura 1).

Tabla 6

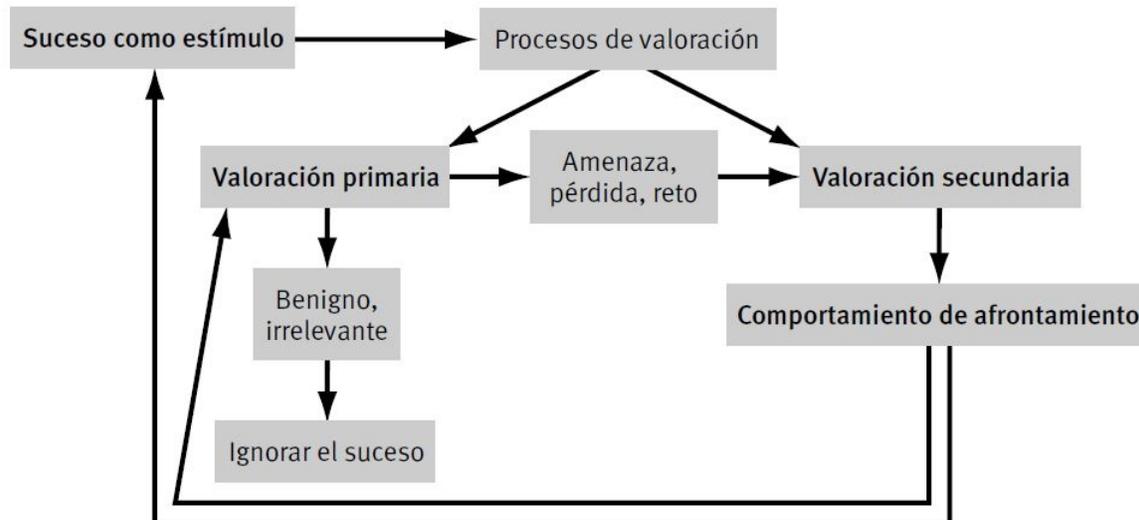
Tipos de evaluación de acuerdo a la situación

Evaluación primaria	Evaluación secundaria	Reevaluación
Primer mediador psicológico del estrés, en donde se identifica si la situación es relevante o no.	Valoración de los propios recursos para afrontar el evento estresante.	Procesos de feedback que se presentan conforme se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas.
Se valoran las consecuencias presentes o futuras del acontecimiento.	Se consideran las posibilidades de respuestas para enfrentar el problema.	Permite que se originen correcciones de valoraciones previas.
Se muestra ante la presencia de algún tipo de demanda externa o interna.	La reacción ante el estrés depende de los recursos con los que cuente la persona.	
Da lugar a cuatro modalidades de evaluación (y tres tipos de estrés):	A partir de los recursos con los que se cuenten, se puede sentir:	
<ul style="list-style-type: none"> - Amenaza - Daño-pérdida - Desafío - Beneficio 	<ul style="list-style-type: none"> - Asustado - Desafiado - Optimista 	

Nota. Adaptado de “Manual de psicopatología. Volumen II” por A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, 2009, España: McGraw Hill, p. 9. Y de “Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar” por L. Paris & A. Omar, 2009, *Psicología y Salud*, p. 168.

Figura 1

Modelo Transaccional del Estrés

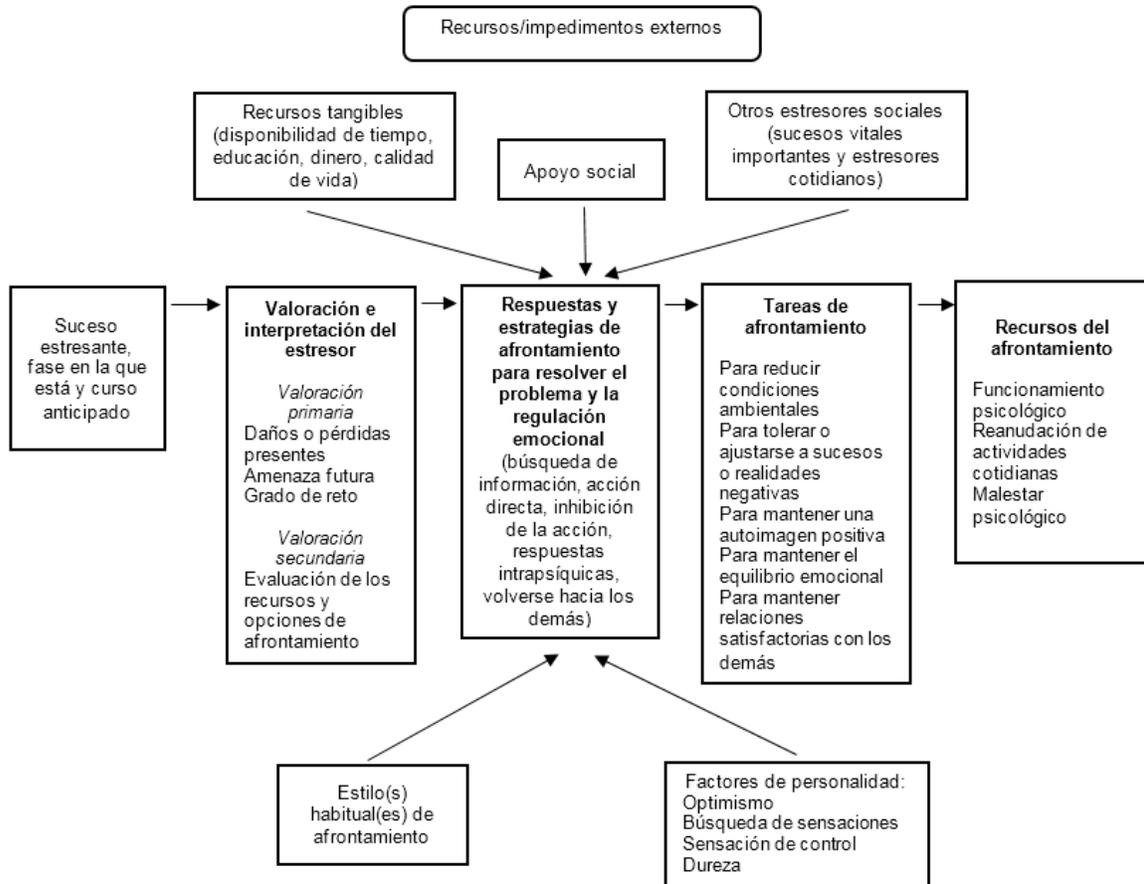


Adaptado de *“Psicología de la salud”* por V. Morrison & P. Bennett, 2008, Madrid: Pearson Education, p. 366.

De esta manera, se definirá el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1991, p. 164). Son una serie de respuestas y esfuerzos encaminados a disminuir de alguna manera las características aversivas de las situaciones estresantes, con la finalidad de poder manipular las demandas del entorno, independientemente de cual sea su resultado. En la Figura 2, se puede apreciar cual es el proceso de afrontamiento desde el Modelo Transaccional del Estrés.

Figura 2

Proceso de afrontamiento



Adaptado de “*Medición clínica en psiquiatría y psicología*” por A. Bulbena, 2000, Barcelona: Masson, p. 429.

Al considerar el afrontamiento como un proceso, implica asumir ciertos principios: (1) el afrontamiento tiene que separarse de los resultados, no se debe considerar como procesos adaptativos o desadaptativos, este va a depender de múltiples factores; (2) el proceso depende del contexto y varía en función del significado adaptativo y las características de otras amenazas; (3) algunas estrategias serán más estables o consistentes que otras dependiendo de las situaciones estresantes; (4) existen dos funciones principales de afrontamiento, una focalizada en el problema y una en la emoción; y (5) el afrontamiento depende de la valoración de poder controlar la condición estresante o no (Lazarus & Folkman, 1991; Sandín, 2009).

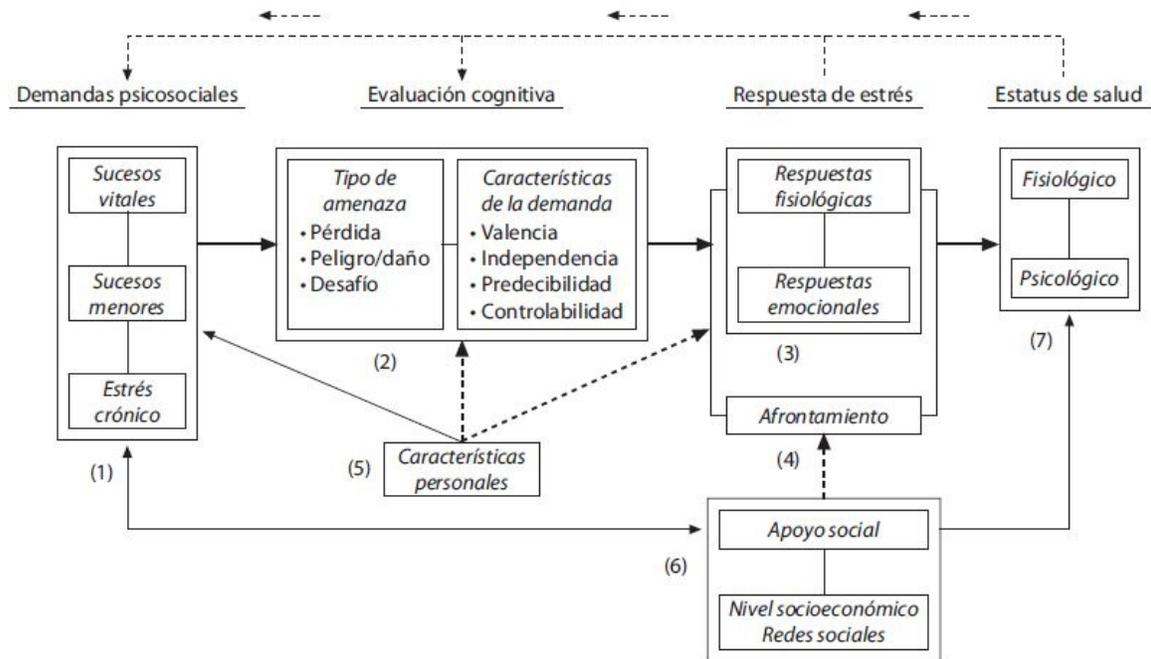
También, es importante tener en cuenta tres aspectos básicos del afrontamiento: (a) es un proceso que cambiará dependiendo de los resultados exitosos o no que se hayan obtenido con anterioridad ante un evento estresante; (b) no se trata sólo de una respuesta automática o fisiológica también es aprendida a través de la experiencia; y (c) se necesita un esfuerzo para manejar el evento y restablecer el equilibrio o adaptarse a la situación (Piemontesi & Heredia, 2009).

Por otro lado, Schwarzer y Schwarzer (1996) consideran que para poder comprender el concepto de afrontamiento, es necesario tomar en cuenta tres términos clave: (a) el afrontamiento no se trata solo de una conducta que deba ser llevada a cabo por completo, también puede ser cualquier esfuerzo o intento realizado; (b) el esfuerzo puede ser tanto una conducta visible como cogniciones; y (c) la valoración cognitiva que se haga del evento, ya sea como un desafío o una amenaza, serán prerequisites para comenzar el afrontamiento (como se citó en Piemontesi & Heredia, 2009).

Por otro lado, desde el Modelo Procesual del Estrés (Sandín, 2009; Tobón, Vinaccia, & Sandín, 2004), proponen que el estrés es una ausencia de equilibrio entre las demandas que se tienen por parte del contexto y los recursos que poseen las personas para afrontarlas. Este modelo asume que el estado de salud y la calidad de vida son consecuencia de la forma en cómo la persona experimenta y maneja las demandas psicosociales mediante una evaluación cognitiva de ellas y las estrategias de afrontamiento utilizadas, en las que influyen una serie de variables moduladoras y mediadoras. Y, de acuerdo a cómo se afronten los eventos estresantes, es que se presentará en menor o mayor riesgo de que se altere la salud física y mental (Núñez, Tobón, Vinaccia, & Arias, 2006). En la Figura 3, se muestran los siete componentes básicos, los cuales son los siguientes (Sandín, 2009):

Figura 3

Modelo procesual del estrés y relaciones entre los siete componentes básicos



Adaptado de “Manual de psicopatología. Volumen II” por A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos, 2009, España: McGraw Hill, p. 11.

1. *Demandas psicosociales*: son los agentes principales causantes del estrés, provenientes del exterior, pudiendo incluir además estresores ambientales. El estrés psicosocial, se refiere a los sucesos mayores o vitales (pérdida de trabajo), sucesos menores (estrés cotidiano) y el estrés crónico (estrés laboral).
2. *Evaluación cognitiva*: es la valoración que efectuarán las personas en relación a la demanda psicosocial, ésta suele implicar regularmente una forma de amenaza para el sujeto, pudiendo ser consciente o no. Existen dos tipos de facetas vinculadas con esta evaluación del estresor: dependiendo del tipo de amenaza provocada por la demanda psicosocial, las cual dependerá de la naturaleza de la demanda, de las características del individuo o de ambas, pudiendo ser amenazas de pérdida, de un peligro inminente o de desafío; y dependiendo de las características de la demanda, como la valencia (positiva o negativa), la independencia (independiente o dependiente de las acciones del

individuo), la predecibilidad (ocurrir de manera esperada o inesperada), y la controlabilidad (poder controlar o no la demanda).

3. *Respuesta de estrés*: incluye las respuestas fisiológicas (implican el sistema neuroendócrino y el sistema nervioso autónomo), psicológicas (de tipo emocional, como respuestas de ansiedad o depresión) y componentes cognitivos y motores.
4. *Afrontamiento*: se trata de los esfuerzos conductuales y cognitivos que utiliza el individuo para enfrentar las demandas estresantes y suprimir el estado emocional de estrés. Este será una variable mediadora del estrés, al activar o reducir las respuestas de estrés, mediando entre los efectos de los estresores y las respuestas que se den a estos.

El afrontamiento funciona para cambiar la situación de la que surgen los estresores, ya sea para modificar el significado de la misma, para reducir el grado de amenaza o disminuir los síntomas del estrés. Es decir, “el afrontamiento constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores (...) como a sus propias respuestas fisiológicas, psicológicas o sociales” (Sandín, 2009, pp. 11-12).

*Nota: podría decirse que el afrontamiento es la última etapa del proceso del estrés propiamente dicho, estas cuatro fases interactúan continuamente en un proceso dinámico.

5. *Características personales*: serie de variables que influyen sobre las cuatro etapas anteriores, que serán relativamente constantes en la persona, diferenciándolos de un individuo a otro (por ejemplo, percepción, empleo de diferentes habilidades, capacidades o recursos frente a las amenazas estresante). Éstas pueden determinar tanto la valoración que se haga de las demandas psicosociales como de las estrategias de afrontamiento a utilizar, mediando las respuestas del estrés a través de la elección de los mecanismos de afrontamiento.

6. *Características sociales*: las más relevantes son el apoyo social, el nivel socioeconómico y las redes sociales. El apoyo social, también puede ser considerado como una estrategia de afrontamiento, que hace referencia a las acciones llevadas a cabo por otros para favorecer al individuo y de las que este hace uso para enfrentar las dificultades de su vida. Por su parte, las redes sociales, son la totalidad de los recursos sociales de las que dispone la persona.
7. *Estatus de salud*: tanto a nivel psicológico como fisiológico, se trata del resultado del proceso y va a depender del funcionamiento de las fases anteriores.

Mediante este modelo, no se pretende proponer un nuevo enfoque terapéutico sino establecer el uso de los ya existentes a partir de la investigación básica con un marco interdisciplinario, posibilitando la conexión entre ésta y la intervención clínica, al integrar datos, esquemas, técnicas y métodos de diferentes disciplinas (Tobón, Núñez, & Vinaccia, 2004).

Estilos y estrategias.

Los estilos y las estrategias de afrontamiento serán aquellos facilitadores u obstáculos, con los que cuentan las personas y que utilizan para interactuar de forma efectiva con los demás, donde los estilos serán formas estables o conscientes para afrontar situaciones de estrés, mientras que las estrategias, son las conductas o respuestas más específicas que se modifican dependiendo de la situación (Castaño & León del Barco, 2010).

Estilos.

Los estilos de afrontamiento son predisposiciones personales para enfrentar las situaciones, siendo responsables de la preferencia que cada uno tenga para usar ciertas estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional (Fernández-Abascal, 1997). Esta propensión personal de utilizar determinadas estrategias antes diversas situaciones, llevan a mantener lo mejor posible la

estabilidad del afrontamiento, más que el cambio en el uso de estrategias (Piemontesi & Heredia, 2009; Sandín, 2009; Vázquez et al., 2000).

Dentro de algunos estilos de afrontamiento que se han investigado, están los siguientes (Vázquez et al., 2000):

1. Personas evitativas y personas confrontativas: ya sea al buscar información o realizar una acción concreta ante el problema que se presente. Se considera que un estilo evitativo es de más utilidad ante amenazas a corto plazo, a diferencia del confrontativo, que es más útil ante situaciones que se repiten o que perduran a lo largo del tiempo, pudiendo servir para anticipar soluciones ante posibles riesgos.
2. Catarsis: mediante el habla y la expresión de las inquietudes, se puede reducir con el paso del tiempo la probabilidad de la aparición de rumiaciones obsesivas, así como de que se presente un incremento en la actividad fisiológica.
3. Uso de estrategias múltiples: debido a la diversidad en la naturaleza de los estresores, requiriendo de estrategias de afrontamiento distintas, de esta manera, al manejar de manera adecuada y flexible varias estrategias, aumenta la probabilidad de obtener una solución con buenos resultados.

Por su parte, Fernández-Abascal (1997), propone tres dimensiones básicas donde sitúa diversos estilos de afrontamiento:

1. De acuerdo al método empleado se pueden distinguir:
 - a. Estilo activo, que moviliza esfuerzos para las diferentes soluciones que se tengan ante la situación.
 - b. Estilo pasivo, se fundamenta en no hacer nada directamente sobre el acontecimiento.
 - c. Estilo evitativo, en el que se intenta evadir o huir del evento y/o sus consecuencias.

2. A partir de la focalización del afrontamiento se distinguen:
 - a. Estilo dirigido al problema, donde se alteran las circunstancias responsables de que se presente la amenaza.
 - b. Estilo dirigido a la respuesta emocional, para disminuir o eliminar la reacción emocional producida por la situación.
 - c. Estilo dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación, realizar una reevaluación del problema.
3. Finalmente, de acuerdo a la actividad movilizada en el afrontamiento, es posible diferenciar:
 - a. Estilo cognitivo, sus principales esfuerzos son de tipo cognitivo.
 - b. Estilo conductual, sus esfuerzos primordialmente se conforman por conductas manifiestas.

Estrategias

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se van a emplear en cada situación y contexto, siendo variables dependiendo del evento desencadenante y la naturaleza del estresor, es decir, se establecerán en función de la percepción que la persona tenga de la situación a afrontar (Castaño & León del Barco, 2010; Fernández-Abascal, 1997; Lazarus & Folkman, 1991; Vázquez et al., 2000) y de los recursos con los que se cuenten, estos últimos son las capacidades internas o externas que cada persona posee para enfrentar dicha circunstancia estresante, los cuales, pueden ser una influencia para la elección de las estrategias de afrontamiento utilizadas y pueden ser distinguidos como se muestra en la Tabla 7 (Piemontesi & Heredia, 2009).

Tabla 7

Recursos de afrontamiento

Recursos	Descripción
Físicos y biológicos	Se trata de aquellos elementos del ambiente y de los propios recursos del individuo.
Psicológicos o psicosociales	Incluyen la capacidad intelectual del sujeto, su nivel de dependencia o autonomía, sus creencias, valores y habilidad para resolver problemas.
Recursos sociales	Comprenden tanto las habilidades sociales como el apoyo social. Son las redes de relación establecidas que permiten alternativas eficaces para afrontar las consecuencias.

Nota. Adaptado de “Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición”, por S. Piemontesi & D. Heredia, 2009, *Anales de psicología*, 25(1), p.103.

Estas estrategias son vistas como procesos activos que se encuentran en constante cambio, cuyo objetivo es manejar lo mejor posible el dolor que implica la experiencia traumática (Payás, 2010).

Es importante considerar que, el afrontar una situación no implica que se garantice una solución, el uso de este puede tener éxito o no (Fernández-Abascal, 1997), a pesar de estos resultados, las estrategias no deben ser vistas como adaptativas o desadaptativas, lo esencial es saber cuál es el modo particular de afrontamiento del que se vale cada persona ante circunstancias determinadas que tenga consecuencias adaptativas para ésta, de esta manera, se evita utilizar categorías indiscriminadas de adaptativo o desadaptativo (Payás, 2010; Piemontesi & Heredia, 2009).

Normalmente, desde la perspectiva transaccional, se pueden distinguir tres tipos generales de estrategias:

1. *Afrontamiento orientado a la resolución de problemas*: aquellas directamente dirigidas a manejar, alterar o solucionar el problema que está causando el malestar y hacerlo menos estresante, actuando sobre el ambiente o sobre uno mismo (Lazarus & Folkman, 1991; Sandín, 2009). Este tipo de estrategias suelen utilizarse en condiciones de estrés controlable e incluye el afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, crecimiento personal, aceptación, entre otras (Zeidner, 1995 como se citó en Piemontesi & Heredia, 2009; Amarís et al., 2013).
2. *Afrontamiento orientado a la regulación emocional*: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, cambiando el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, reduciendo o eliminando la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional (Lazarus & Folkman, 1991; Sandín, 2009). Estas estrategias usualmente se manifiestan al percibir niveles de estrés controlables, como los son la búsqueda de apoyo social, centrarse en las emociones, desahogarse, atención selectiva, extracción de valores positivos de los sucesos negativos, entre otras (Zeidner, 1995 como se citó en Piemontesi & Heredia, 2009; Amarís et al., 2013).
3. *Afrontamiento orientado a la evitación*: implica la utilización de estrategias evitativas, donde se rodea o evade la situación de estrés, se aprecian principalmente en los caso en que el individuo aplaza el afrontamiento activo, haciendo acopio de sus propios recursos psicosociales, antes de afrontar activamente la situación, algunas de estas estrategias pueden ser el distanciamiento conductual, negación, etcétera (Zeidner, 1995 como se citó en Piemontesi & Heredia, 2009; Amarís et al., 2013).

De manera amplia, se pueden distinguir una gran diversidad de estrategias de afrontamiento, las cuales, generalmente están determinadas por los diferentes

instrumentos realizados para este fin, de toda esta gama, resaltan las siguientes como las más relevantes (ver Tabla 8) (Fernández-Abascal, 1997):

Tabla 8

Estrategias de afrontamiento

Estrategias	Definición
Reestructuración cognitiva	Supone el uso de estrategias cognitivas que modifiquen el significado de la situación de estrés, siendo menos molesta o preocupante (Castaño & León del Barco, 2010).
Búsqueda de apoyo social	Propensión a averiguar de qué manera los demás pueden brindar información o consejo sobre cómo solucionar un conflicto (Fernández-Abascal, 1997).
Reevaluación positiva	Estrategia de afrontamiento activa centrada en crear un nuevo significado de la problemática, intentando tomar todo lo positivo que pueda tener el evento (Fernández-Abascal, 1997).
Reacción depresiva	Se trata de aquellos elementos que llevan a la persona a sentirse desbordada por la situación, siendo pesimistas sobre los resultados que se pueden obtener (Fernández-Abascal, 1997).
Negación	La idea de aceptar el problema es ausente, siendo evitado al distorsionarlo al momento de realizar la valoración (Fernández-Abascal, 1997).
Planificación	Movilizarse para poder modificar la situación, con un acercamiento analítico y racional a la problemática (Fernández-Abascal, 1997).
Conformismo	Se trata de una tendencia a la pasividad, autopercepción de falta de control sobre sí mismo ante las consecuencias del problema, así como para poder aceptar el resultado (Fernández-Abascal, 1997).
Desconexión mental	Utilización de distractores cognitivos para evitar pensar en la problemática (Fernández-Abascal, 1997).
Desarrollo personal	En donde están insertos elementos para visualizar el acontecimiento de forma relativa, de autoestímulo y con un aprendizaje positivo, dirigido principalmente al desarrollo personal (Fernández-Abascal, 1997).
Control emocional	Uso de recursos centrados en regular y ocultar los sentimientos del individuo (Fernández-Abascal, 1997).

Distanciamiento	Supresión de los pensamientos por los efectos emocionales que la situación problemática genera (Fernández-Abascal, 1997).
Supresión de actividades distractoras	Esfuerzo para paralizar la realización de cualquier actividad, dificultando concentrarse en la búsqueda de información para elaborar la valoración del evento estresante (Fernández-Abascal, 1997).
Refrenar el afrontamiento	Posponer algún tipo de afrontamiento hasta que se considere contar con una mayor y mejor información sobre el acontecimiento (Fernández-Abascal, 1997).
Evitación	Quiere decir que la persona no hará nada para prever que cualquier acción que tome empeore la situación o por considerar que el problema no tiene solución (Fernández-Abascal, 1997).
Resolución de problemas	Mediante la elaboración de una acción directa y racional para solucionar la situación (Fernández-Abascal, 1997).
Desconexión comportamental	Evadir cualquier tipo de respuesta o solución al problema (Fernández-Abascal, 1997).
Expresión emocional	Se trata de volcar las manifestaciones expresivas hacia otras personas de la respuesta emocional causada por la situación (Fernández-Abascal, 1997).
Apoyo social emocional	Encontrar en otros de apoyo y comprensión emocional de la situación a enfrentar (Fernández-Abascal, 1997).
Respuesta paliativa	Incluye conductas que pretenden evitar el evento estresante (Fernández-Abascal, 1997).

Nota. Adaptado de “Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal”, por E. Castaño & B. León del Barco, 2010, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), pp. 245-257. Y de “Cuaderno de prácticas de motivación y emoción” por E. Fernández-Abascal, Madrid: Pirámide, pp. 189-206.

Afrontamiento y duelo.

Las estrategias de afrontamiento ante el duelo, emergerán como un intento de manejar el impacto emocional, siendo independientes de los resultados, donde una estrategia específica no predecirá por sí misma el resultado que tendrá el duelo (Payás, 2010).

La muerte de alguien querido es vivida como una situación de estrés que sobrepasa las capacidades de respuesta psicológica con las que cuenta el individuo, comprometiendo la salud y el bienestar del afectado, surgiendo la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento más complejas. Sumado a esta situación de

muerte, se considera que no es lo mismo obtener información del fallecimiento debido a un accidente automovilístico que por una enfermedad a través de la cual se le ha podido acompañar, haciéndose evidente que el nivel de estrés y la dificultad de afrontamiento serán mayores en situaciones de no anticipación (Payás, 2010).

Se considera que el hecho de que los dolientes tengan estilos de afrontamiento adaptativos frente a situaciones difíciles, aumenta la probabilidad de que presenten respuestas similares cuando se encuentren frente a pérdidas importantes, mientras que, cuando se posean estilos de afrontamiento frágiles, se tendrán duelos más prolongados e intensos (Neimeyer, 2014).

Las respuestas de afrontamiento que se presenten durante el duelo tendrán una función determinada que tendrá que ser identificada y evaluada, y a través de una minuciosa exploración de la experiencia subjetiva (conductas, pensamientos, sentimientos o pensamientos), esclarecer si se trata de estrategias que contribuyen a que el proceso se desarrolle de forma natural o desadaptativa. Además, se sugiere que la efectividad del afrontamiento puede ser independiente de la sintomatología, en ocasiones, para que sea eficaz, se aumentará la sintomatología, y en otras se deberá disminuir (Payás, 2010).

Un afrontamiento puede no ser productivo, cuando aporta significado, contribuye al cambio o al crecimiento, en un momento dado es efectivo como protección de la persona frente a la escalada de síntomas excesivos. Algunas estrategias pueden ser inefectivas durante el proceso de elaboración del duelo (evitación, momificación, etc.) sin embargo, si en ese momento del duelo o para esa persona en concreto la tarea primordial es la protección temporal ante un exceso de sufrimiento, entonces se trata de mecanismos estratégicamente útiles. La evaluación que se haga de la funcionalidad de las estrategias, se hará tomando en cuenta las necesidades de procesamiento en el momento que se presente el duelo en cada persona, además de las tareas concretas que esté afrontando, es decir, para poder determinar si las respuestas de afrontamiento son efectivas, se tiene que evaluar su eficacia en el fomento de la asimilación del acontecimiento de pérdida (Payás, 2010).

A partir del Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo, el cual será revisado con mayor profundidad más adelante, surge una categorización multidimensional de los afrontamientos en situaciones de duelo (Payás, 2010):

1. *Clasificación tipológica según el tipo de reacción predominante.* Son un intento de procesar información de tipo traumático, así como la sintomatología asociada, donde sus esfuerzos como efectividad funcional dependerá del resultado final, de acuerdo a esta reacción predominante, los individuos responderán al dolor que genera la pérdida a través de estrategias de afrontamiento en las que se puede presentar: (a) respuestas somático-sensoriales (agitación, sudoración, anestesia, temor, etc.); (b) respuestas emocionales (enfado, tristeza, aflicción, culpa); (c) respuestas cognitivas (racionalización de lo sucedido, rumiaciones obsesivas, sublimación de la experiencia); y (d) respuestas conductuales (mantenerse ocupado, visitar lugares significativos, ir deprisa, realizar actividades de riesgo, etc.).
2. *Clasificación según su función de evasión o aproximación a la experiencia emocional (regulación del nivel de exposición).* Al afrontar las situaciones de pérdida, se producirán dos tipos de pulsiones, la necesidad de que el sistema no se active por encima del umbral de síntomas que ocasionen un sufrimiento intolerable al individuo y la necesidad de conservar una sintomatología activa lo suficiente para que se presente un procesamiento de manera adecuada. De esta manera, el afrontamiento de acuerdo con el efecto en la graduación del nivel de contacto con la experiencia de pérdida, será de dos tipos: (a) estrategias de desconexión-evasión (máxima distorsión-inhibición), aquellas cuyo objetivo es ayudar al sobreviviente a evitar el contacto con la realidad emocional de la pérdida, aminorando de esta manera el nivel de sintomatología, es decir, evitar el dolor de la ausencia del vínculo que se tenía con la persona querida; estas estrategias funcionan para distorsionar, inhibir o alterar la información traumática, desactivando el procesamiento; y (b) estrategias de conexión-confrontación (mínima distorsión-inhibición), se trata de afrontamientos cuyo objetivo es contribuir a que los deudos entren en contacto

directo con la experiencia emocional de la muerte, por lo que su efecto es incrementar los síntomas fisiológicos-emocionales, por ejemplo, recordar aspectos de la circunstancia de la muerte, acudir al lugar donde ocurrió la muerte, hablar con los allegados sobre la añoranza de su ser querido, expresar culpa por las condiciones de la muerte, etcétera; éstas estrategias se definen por no deformar la realidad, activando el procesamiento con una distorsión mínima.

3. *Clasificación secuencial según su función procesual.* Dentro de esta clasificación se incluyen estrategias de: (a) recepción y asimilación del *input*, (b) asignación y asimilación del peso emocional, (c) asignación y asimilación de la significación cognitiva y (d) asignación y asimilación del nuevo esquema.

Payás (2010), propone una serie de estrategias con diferentes funciones encadenadas en el tiempo del duelo: en un primer momento posterior a la muerte del ser amado, se presentan un conjunto de respuestas más automáticas, que difícilmente se hacen conscientes, predominando mecanismos de input (disociación, somatizaciones, pensamientos intrusivos, pesadillas) y de asignación emocional (minimización de la importancia del acontecimiento, mantenerse activo para controlar el malestar, conductas de riesgo), las cuales irán progresivamente dejando paso a estrategias que impliquen un mayor control, en donde se integre lo emocional con los significados (añorar a la persona fallecida y llorar por él, recordarlo, visitar lugares). Ya para las últimas etapas del duelo, se presentarán estrategias con propiedades más cognitivas, suscitando la reflexión madura sobre el acontecimiento (encontrar un significado a la experiencia, promover un crecimiento o cambio, abrirse a nuevas relaciones), y que favorecen la posibilidad de cambios internos en forma de nuevos esquemas tanto internos como externos, que tienen como resultado decisiones y cambios.

Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo (PDA)

El Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento del Duelo (PDA), surge a partir de la teoría cognitiva del estrés de Lazarus y Folkman, del modelo de afrontamiento bimodal

del trauma de Horowitz y de la teoría del vínculo de Bowlby, de esta manera se ofrece una perspectiva integrada de ajuste al duelo, con la inclusión de una propuesta que clasifica distintos tipos de duelo complicado (Stroebe & Schut, 1999). El modelo propone que el afrontamiento adaptativo está compuesto de confrontación-evitación de la pérdida y restauración de estresores. También sugieren que existe una necesidad de tener breves períodos de descanso del duelo en sí, es decir, poder tomar un “respiro” de enfrentar cualquiera de los factores estresantes, fungiendo de igual manera, como un afrontamiento adaptativo, ya sea para afrontar las nuevas tareas/demandas o para mantenerse ocupados mediante actividades significativas para ayudar a restaurar un sentimiento de equilibrio y bienestar. También, permite una clasificación que describe las maneras en que la gente aborda las condiciones ante la pérdida de la persona amada (Lund, Caserta, Utz, & de Vries, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

De acuerdo a este modelo, durante el proceso del duelo se presentan dos tipos de factores estresantes y mecanismos de afrontamiento (Lund et al., 2010; Payás, 2010; Stroebe & Schut, 1999):

1. Los mecanismos orientados hacia la pérdida.

Se trata de procesos de afrontamiento directamente enfocados a elaborar la muerte y, por lo tanto, el estrés atribuido a la pérdida misma, incluyendo varios de los sentimientos y comportamientos vinculados al duelo que tienden a dominar al principio de este, pero que puede reaparecer después y esporádicamente durante el proceso (añoranza, recuerdos rumiativos del fallecido, viendo fotos, etc.) es decir, la persona se verá confrontada con la experiencia misma, enfocándose en el vínculo que tenía con el fallecido, presentando pensamientos rumiativos sobre las vivencias con el fallecido y las circunstancias de la muerte. Durante este, están involucrados una serie de reacciones emocionales, con reminiscencias de doloroso anhelo y de la felicidad que la persona amada le producía. Uno de estos mecanismos es la reconstrucción de significados, a través del cual se contribuye a redefinir la posición del fallecido en la vida del doliente (Lund et al., 2010; Payás, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

2. Los mecanismos de orientación hacia la restauración:

Se refieren a estrategias utilizadas para afrontar los estresores secundarios que tienen lugar como consecuencia directa del duelo, como lo son asumir nuevos roles, identidades y desafíos relacionados con la nueva situación después de la pérdida. Al morir un ser querido, no sólo hay dolor por la pérdida, también hay un periodo de ajuste a los cambios que surgen como consecuencias secundarias, por lo que en ocasiones estas fuentes adicionales, aumentan considerablemente el estrés provocado por la muerte del ser querido, causando ansiedad extrema y malestar adicional. Se trata de mecanismos cuyo foco de atención está fuera de la experiencia de pérdida e incluye regularmente la necesidad de dominar nuevas tareas, tomar decisiones importantes, cumplir con las nuevas expectativas y tener una mayor iniciativa de autocuidado. También estarán involucradas una serie de reacciones emocionales, vinculadas con el afrontamiento de estas tareas de restauración, es así que, si estos mecanismos progresan de manera efectiva, emergen creencias de autoeficacia que ayudan a facilitar una mayor confianza, independencia y autonomía necesaria para gestionar su vida cotidiana, conduciendo a un resultado de sensación de crecimiento personal, a través de la inmersión en nuevas tareas de la vida diaria y en actividades que proporcionen breves periodos de descanso a su dolor emocional (Lund et al., 2010; Payás, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

Existe evidencia de que participar en actividad física, contar con proyectos personales u otras actividades de ocio y socializar con otros, constituye una importante fuente de restauración y descanso para los afligidos (Lund et al., 2010).

Finalmente, la clave para tener éxito en el proceso de duelo es la oscilación, la cual, tiene lugar entre estos dos tipos de mecanismos o estilos (confrontación-restauración); en ocasiones, los deudos afrontarán la pérdida, en otras, se evitarán los recuerdos, o incluso, se buscará el alivio a través de la concentración en otras cosas. Esta oscilación se va a dar a corto plazo y también en el tiempo a lo largo de todo el proceso de duelo (Payás, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

El tener un balance entre ambos mecanismos, implica que no se puede permanecer conectado con la pérdida, ni tampoco evitar siempre todo lo relacionado con ésta. Sin embargo, la confrontación con ciertos aspectos de la muerte que no se habían tomado en cuenta, también puede ser adaptativo, mientras que la evitación de otros que generan mucha ansiedad también puede serlo. Este proceso cognitivo tiene la función de un mecanismo regulador, de esta manera, quienes no muestran oscilación se adaptan menos a la muerte del ser querido (Payás, 2010; Stroebe & Schut, 1999).

En cuanto a los diferentes tipos de duelo complicado que surgen a partir de este modelo, se pueden distinguir tres tipos: duelo crónico, duelo inhibido, pospuesto o ausente y estrés postraumático (Payás, 2010).

El duelo crónico, se caracteriza por la presencia de síntomas de gran intensidad que perduran en el tiempo y por la falta de mejora aparente, predominando estilos de afrontamiento orientados hacia la pérdida y con poca oscilación hacia la restauración. Este tipo de personas tienen un historial de vinculación insegura-ansiosa, dependiente de los padres y parejas, además, si la relación ha sido complicada, con momentos intermitentes de enfado o riñas y otros de alivio, cuando los individuos se encuentren en duelo, se puede presentar una combinación de alivio seguido de autorreproche, resentimiento y culpa (Payás, 2010).

En *el duelo inhibido, pospuesto o ausente*, la persona es incapaz de responder a la muerte de forma inmediata, teniendo una sensación de anestesia emocional, en donde no es capaz de llorar, por lo que, las respuestas de duelo se inhiben o se posponen para el futuro. Ellos tienden a centrarse solamente en tareas de restauración, evitando todo aquello que los pueda conectar con la situación dolorosa. Se presentan estilos de vinculación insegura-evitativa o desapegada, donde los individuos muestran muy poca o nula respuesta emocional, ya que son incapaces de conectarse con sus propias emociones (Payás, 2010).

Mientras que, *el trastorno de estrés postraumático*, se presenta como resultado de muertes no anticipadas y muy traumáticas (suicidios, homicidios o pérdidas

múltiples), donde por lo general, las personas responderán con niveles elevados de ansiedad, por la constante reexperimentación intensa de la situación traumática y los esfuerzos frecuentes para evitar los recuerdos intrusivos, presentando un proceso de oscilación alterado por la fluctuación entre las intrusiones y evitaciones, asociado a personas con un vínculo inseguro-desorganizado (Payás, 2010).

Para poder diferenciar si las estrategias de confrontación o evitación son adaptativas, se necesita observar si éstas contribuyen a que el proceso se desenvuelva de manera saludable, por lo que se trataría de estrategias de restauración. De esta manera, un *duelo ajustado* desde este modelo, implica que exista una oscilación equitativa entre la confrontación y la restauración, donde la resolución del duelo tendrá lugar si se da una transición gradual a mecanismos de restauración (Payás, 2010).

Afrontamiento familiar y suicidio.

De acuerdo con Louro (2005), el afrontamiento familiar es:

La capacidad de la familia de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud (...), se expresa en el modo en que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital y tiene buen ajuste a las exigencias de desarrollo evolutivo. (p. 335).

Este afrontamiento, ejemplifica una dinámica de grupo (la familia), en donde se busca regular las tensiones a las que se enfrenta, al mismo tiempo que se garantiza el bienestar de los miembros (Amarís et al., 2013). Éste implicará algo más que las respuestas de la familia a determinado estresor, se trata de una serie de interacciones dentro del sistema y de transacciones entre ésta y la sociedad; el afrontamiento, no se creará en un solo instante, sino que irá cambiando a lo largo del tiempo, variando

dependiendo del estresor, de la severidad de este, la perturbación que tenga en la familia y los recursos intrafamiliares con los que cuenten (Ruano & Serra, 2000).

El afrontamiento familiar va a implicar esfuerzos cognitivos y/o conductuales que se dirijan al manejo de sucesos estresantes o de la tensión que se genere dentro del sistema (McCubbin, Hunter, & Dahl, 1975 como se citó en Amarís et al., 2013). En el sistema, este esfuerzo tiene como propósito entender los eventos que los afectan, para que de esta manera se pueda tomar una acción sobre este, donde los procesos interaccionales se establecen por los roles que representa cada miembro, así como por las expectativas que tienen entre ellos (Amarís et al., 2013).

A nivel familiar, en las estrategias de afrontamiento se tienen en cuenta ciertas dimensiones de análisis: en la primera, la realidad subjetiva de la familia es considerada como una entidad en sí misma; y la segunda, hace alusión a que la naturaleza interaccional del afrontamiento es más importante en la familia (Amarís et al., 2013; Ruano & Serra, 2000).

El *Modelo de Resistencia de Ajuste Familiar y Adaptación* de McCubbin & McCubbin (1993), propone que la familia vive dos fases frente al estrés: una de resistencia, que se refiere a los esfuerzos que lleva a cabo la familia para disminuir el impacto del estresor; y otra de adaptación, donde los esfuerzos que los llevan a definirse como un sistema, servirán para recuperar el equilibrio perturbado por el suceso estresante, por lo que, la adaptabilidad se alcanzará en el momento en que se disminuya la diferencia entre las demandas de la familia y los recursos con los que cuentan. En ambas fases, las estrategias de afrontamiento serán uno de los diferentes componentes que van a interactuar y determinar el proceso y resultado familiar frente a un estresor, afrontando crisis normativas o no-normativas con el objetivo de recuperar o mantener el equilibrio y asegurar el bienestar de los miembros del sistema (como se citó en Ruano & Serra, 2000; Amarís et al., 2013).

Retomando los factores de riesgo a nivel familiar, estos aumentarán la vulnerabilidad propiciando la aparición de conductas autodestructivas en sus miembros, lo que debilitará su base afectiva de la personalidad que obstruirá el

desarrollo eficaz de los mecanismos autorreguladores, afectando la capacidad regenerativa del sistema para amortiguar y modificar su acción y efecto, ya que estos factores anularán la energía de la mayoría de los recursos de afrontamiento de los que podría disponer la familia en ausencia de los mismos (Guibert & Torres, 2001).

Como ya se mencionó anteriormente, la adolescencia, implica para la familia un periodo de cambios significativos, en donde se ponen a prueba los recursos de todos los miembros, por lo que, las reservas del momento y las extensas obligaciones pueden disminuir el uso de estas estrategias tanto en los padres como en las madres. De esta manera, las estrategias más útiles, de mayor a menor, son: 1) Reestructuración, 2) Adquisición de apoyo social, 3) Búsqueda de apoyo espiritual, 4) Movilización para conseguir apoyo formal y 5) Evaluación pasiva (Ruano & Serra, 2000).

A continuación, se definirán cada una de las estrategias anteriores, distinguiendo entre estrategias internas (las que practican las familias a partir de sus propios recursos), se trata de la de Reestructuración y la de Evaluación pasiva; y estrategias externas (llevadas a cabo con recursos provenientes de fuentes exteriores de la familia), que son la de Adquisición de apoyo social, Búsqueda de apoyo espiritual y Movilización para conseguir apoyo formal (Amarís et al., 2013).

La estrategia de Reestructuración en la familia, es la habilidad que tienen los miembros para superar un desafío que puede ser visto como un estresor; este evento, puede suponer una evaluación cognoscitiva o la reevaluación del suceso estresante, cuya función es neutralizar el impacto, al minimizar la amenaza, modificar el significado de la situación y modificar la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente (Lazarus & Folkman, 1991). También se refiere a la habilidad que tiene la familia para identificar y seleccionar qué sucesos pueden ser alterados con éxito y cuáles están fuera de control (Ruano & Serra, 2000).

La Evaluación pasiva es, la habilidad que tienen las familias para aceptar situaciones problemáticas, disminuyendo su reactividad (Amarís et al., 2013).

En cuanto a la estrategia de Adquisición de apoyo social, se trata de una estrategia de afrontamiento familiar, que puede implicar la habilidad para solicitar y recibir ayuda de fuentes informales (parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.), sirviendo como un amortiguador ante situaciones que pongan en riesgo el bienestar, fungiendo como una respuesta moduladora (Ruano & Serra, 2000).

La estrategia de Búsqueda de apoyo espiritual, es la capacidad familiar de poder adquirir apoyo espiritual (Amarís et al., 2013).

Finalmente, la Movilización para conseguir apoyo familiar, es la capacidad de la familia para buscar recursos dentro de la comunidad y aceptar ayuda de los demás (Amarís et al., 2013).

Como se ha visto, tanto los padres como las madres de adolescentes, consideran más útiles en situaciones de tensión, las estrategias de reestructuración y obtención de apoyo social, seguido por evaluación pasiva, búsqueda de apoyo espiritual y, finalmente, movilización familiar para conseguir ayuda. A pesar de esta percepción de las estrategias de afrontamiento, los padres utilizan mayormente las estrategias de evaluación pasiva, la búsqueda de apoyo espiritual y la movilización familiar para conseguir ayuda, siendo la de reestructuración la menos utilizada (Ruano & Serra, 2000).

En esta misma investigación, se observan diferencias significativas en cuanto al sexo de los padres y su nivel de estudios, donde las mujeres con estudios universitarios medios o superiores, valoran más útil la estrategia de reestructuración, que las que poseen estudios primarios y secundarios. Mientras que los varones que tienen estudios universitarios superiores valoran con más utilidad esta misma estrategia que los que cuentan con estudios primarios, secundarios y universitarios medios (Ruano & Serra, 2000).

En una investigación realizada en madres mexicanas (Heredia & Lucio, 2010) se observa que a través del trabajo reflexivo que realizaron dentro de un grupo terapéutico, hay un mejoramiento en la relación que tenían con sus hijos adolescentes, mejorando no solo la comunicación con ellos sino también su propia actitud al referirse

a ellos. Se concluye con este estudio que, los padres necesitan de un espacio en el cual puedan descargar la tensión acumulada al expresar sus sentimientos y pensamientos que tengan en relación al cómo afrontar los conflictos que surgen con sus hijos adolescentes, evitando dirigirse a ellos de manera incorrecta, ya que, al darse el cambio en su actitud éste se verá reflejado en la comunicación que se tiene con los hijos.

El que los padres puedan reconocer cuáles son los factores de riesgo a los que se exponen sus hijos y la relación que mantienen con ellos, posibilita que desarrollen actitudes proactivas que beneficien el surgimiento de factores de protección (Heredia & Lucio, 2010). Si la familia se mantiene unida, podrá afrontar más saludablemente la pérdida por suicidio, considerando que una buena estructura familiar logra contener a sus miembros ante el dolor y salir adelante de este (Wolf, 2016).

Capítulo 4. Enfoques de intervención para el duelo por suicidio

Resíntesis psicológica

Resnick (1972) plantea la resíntesis psicológica para dar explicación al proceso de reparación posterior al suicidio de un familiar, planteándolo desde un punto de vista terapéutico. Dicho proceso consta de tres fases (como se citó en Díaz et al., 2004):

1. *Fase de resucitación:* es la fase inicial del duelo, en donde un profesional de la salud mental se pondrá en contacto con los familiares de la víctima en el menor plazo posible y durante las primeras semanas. De no hacerlo, los sobrevivientes podrían entrar en negación o aplazarlo lo más que puedan.
2. *Fase de rehabilitación:* se ayuda a los sobrevivientes a aprender nuevas formas para afrontar su pérdida, periodo que podría durar hasta dos meses. Dentro de los aspectos a trabajar en esta fase se encuentran los sentimientos de culpa y hostilidad que puedan llegar a surgir, previniendo que se establezcan distorsiones en los dolientes.
3. *Fase de renovación:* es la fase final del duelo, en donde se espera que los sobrevivientes comiencen a sustituir los recuerdos del suicidio por nuevas relaciones objetales y nuevos vínculos.

La resíntesis psicológica llegará a su fin en el primer aniversario del suicidio, donde se comenzará nuevamente el proceso de duelo por un periodo más corto de tiempo, donde el terapeuta comunicará a la familia que estará disponible si llegasen a necesitarlo (Díaz et al., 2004).

Asesoramiento para supervivientes de suicidio

Cuando se asesora a supervivientes después de un suicidio, es importante recordar que este tipo de muerte es una de esas pérdidas de las que no se puede hablar, tanto para los dolientes como para sus allegados, por tal motivo, el profesional de la salud, tendrá el objetivo de ayudarles a llenar ese vacío producido por lo limitante de la comunicación con los demás (Worden, 2004).

Mediante este asesoramiento, se busca facilitar el proceso de duelo, con el objetivo de mejorar y dar alivio al sufrimiento de las personas afectadas por el evento, ayudándolas a adaptarse a la nueva situación en un periodo de tiempo razonable (Payás, 2010). Dicha intervención con los sobrevivientes puede incluir lo siguiente:

- Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los demás: como ya se ha mencionó en el capítulo dos, la culpa es de los sentimientos propios del duelo por suicidio que llevan más tiempo asimilar. Se sabe que parte de esta culpa puede no ser realista, por lo que al verse confrontada con la realidad, el sobreviviente tenga una sensación de alivio, sucediendo lo mismo cuando se culpabiliza a otros de los sucedido. Sin embargo, en otras ocasiones, la persona es realmente culpable, donde el terapeuta tendrá que propiciar el afrontamiento de estos sentimientos válidos. También se recomienda la participación de familiares (Worden, 2004).
- Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones: para lograr esto, los dolientes tienen que afrontar la realidad del suicidio, puede funcionar el utilizar palabras como “se suicidó” o “se colgó”. Cuando se trata de testigos que presenciaron el acto, es posible que manifiesten imágenes intrusivas del evento juntos con síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático; por el contrario, si no se estuvo presente, el acto imaginado puede ser más intenso que el real; ante estas situaciones, se sugiere que éstas imágenes sean comentadas para confrontarlas con la realidad, posteriormente, se irán desvaneciendo con el tiempo. En cuanto a las distorsiones, hay que redefinir cómo se veía al fallecido comparándolo con la realidad (Worden, 2004).
- Explorar fantasías de futuro: es decir, cómo cree que le afectará la pérdida del ser querido en el futuro a través de confrontarlo con la realidad, buscando formas de afrontarla (Worden, 2004).
- Trabajar el enfado: al permitirse expresar su enojo y la ira que les produjo el suicidio, podrán a la par reforzar el control sobre estos sentimientos (Worden, 2004).

- Confrontar la sensación de abandono con la realidad: en el caso del duelo por suicidio, este abandono puede ser vivido como devastador, puesto que en este caso la persona fue quién decidió y causó su muerte (Worden, 2004).
- Ayudarles en sus intentos de encontrar el significado de la muerte: durante el proceso se encuentra presente la necesidad de buscar una respuesta al motivo por el cual su persona amada se quitó la vida y saber cuál era su estado de ánimo cuando lo hizo (Worden, 2004).

Para lograr este asesoramiento, el terapeuta tendrá que tener en cuenta que el proceso de duelo se manifestará con distintas características en cada persona y estará determinado por múltiples factores, los cuales ya fueron examinados en el capítulo 2; también se sugieren algunas premisas adicionales cuando se asesoren a personas con esta problemática (ver Tabla 9).

Tabla 9

Sugerencias adicionales de intervención

Sugerencias
*Contactar a la persona o la familia, antes de que comiencen las distorsiones, especialmente porque los mitos familiares son rápidos.
*Tener cuidado con el sobreviviente, ya que, en ocasiones pueden rechazar al terapeuta con el fin de seguir con una autoimagen negativa.
*La mayoría de los dolientes consideran que nadie los comprende a excepción de que haya pasado por algo similar. Si hay varias personas con una experiencia parecida se podría realizar un grupo.
*El asesoramiento sugiere incluir a la familia y sus allegados.

Nota. Adaptado de “*El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*” por W. Worden, 2004, México: Paidós, pp. 157-158.

Tomando como base las tareas del duelo, el objetivo de la terapia de proceso de duelo es identificar y resolver los conflictos por la separación de la persona amada que impiden la realización de las tareas correspondientes en personas cuyo duelo no se presenta, se retrasa, se da de manera excesiva o prolongada (Worden, 2004).

De manera específica, el cómo los padres que pierden a sus hijos transitan por las tareas del duelo, se puede dar de la siguiente forma (Worden, 2004):

- En la tarea 1 (aceptar la realidad de la pérdida), se da una lucha entre creer o no que su hijo ha muerto, saben que el niño está muerto, pero no quieren creerlo, aferrarse a las posesiones de su hijo es un reflejo de esta lucha, pueden incluso dejar intacta la habitación de su hijo durante varios años.
- En la tarea 2 (trabajar las emociones y el dolor de la pérdida), se presentan emociones intensas como ira y culpa, lo que esperan los padres es poder expresar estas emociones en un ambiente donde se sientan escuchados con empatía.
- En la tarea 3 (adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente), se espera encontrar cierto significado a la muerte del hijo, ya sea, a través de creencias religiosas, filosóficas, tratando de encontrar una manera de honrar su recuerdo, participando en actividades en donde apoyen a otras personas, trabajar en grupos de autoayuda, entre otros, los cuales les ayudan a conservar recuerdos buenos de su hijo y que disminuyan el estrés.
- Finalmente, la tarea 4 (recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo), puede ser una etapa difícil para los padres, surgiendo una dificultad en la búsqueda de equilibrio en sus vidas. El recolocar a su hijo puede llevar a una autoconciencia importante y a un probable crecimiento personal, pudiendo superar su dolor y seguir con su vida, sin tener la sensación de deshonorar la memoria del hijo.

Terapia familiar

Se considera que la terapia familiar es uno de los recursos psicoterapéuticos de mayor eficacia para la atención del suicidio, sin embargo, se encuentra bastante subutilizado para tratar este tipo de problemática, debido a que los profesionales de atención del suicidio, no siempre cuentan con entrenamiento en terapia familiar (Emmerich como se citó en Quintanar, 2007).

En el enfoque sistémico, se recomienda que las familias tengan una atención psicológica, cumpliendo con ciertas metas (Eguiluz, 1995 como se citó en Quintanar, 2007):

1. Flexibilizar los límites en las familias tanto a nivel interno como externo.
2. Trabajar las posibles tensiones que se desarrollen entre los subsistemas, incluso el individual.
3. Fomentar la aceptación de los procesos de individuación y diferenciación de cada integrante.
4. Cambiar el rol del paciente identificado, así como los intercambios entre los miembros.
5. Promover una comunicación clara y directa entre todos.
6. Propiciar el contacto emocional entre ellos.
7. Lidiar con la ansiedad que se genere por los cambios en los subsistemas.
8. Facilitar la expresión de las cargas emocionales.
9. Crear esperanza entre los miembros.

Postvención/intervención familiar en duelo

Después de un suicidio, es muy común que los miembros de la familia deseen discutir cuestionamientos y preocupaciones acerca de sus ser amado con un tratamiento clínico. A menudo, no están seguros de si el contacto está “permitido” o si ellos deben esperar a que el contacto sea iniciado por la clínica de tratamiento. Cuando el suicidio ocurre en el ámbito hospitalario, los profesionales, están preocupados sobre cómo las familias reaccionarán a ellos, a los contratos de confidencialidad y a la posibilidad de una demanda. De esta manera, ambos, tanto los familiares como los profesionales, mantienen una comunicación limitada y artificial, si acaso la comunicación llegara a ocurrir (McGann, Gutin, & Jordan, 2011).

A nivel individual y grupal, los objetivos de la postevnción son promover el duelo sano y conmemorar el fallecimiento para todos los miembros que han sido afectados en la comunidad (Berkowitz, McCauley, Schuurman, & Jordan, 2011).

Es importante señalar que actualmente, la estigmatización en torno al suicidio, lleva a que muchas personas se abstengan de pedir ayuda (OMS, 2014). Por tal motivo, se presta atención a la intervención posterior al suicidio (postvención) en la cual, se brinda apoyo a las familias y amigos que han perdido a un ser querido por suicidio (Sherr, 2002).

Sherr (2002) presenta dos clases predominantes de intervención posterior:

1. *La autopsia psicológica*: incluye un intento de “reconstruir” el estado de ánimo de los difuntos antes del suicidio; se utiliza para recabar información relacionada con la persona fallecida y así intentar aclarar los acontecimientos que conducen hasta el suicidio, para lo cual, se habla con las personas más allegadas a la víctima. La investigación realizada, permitirá planear programas de prevención e intervención temprana para la población en riesgo alto (Jordan, 2011; Sherr, 2002).
2. *El trabajo con las víctimas sobrevivientes*: es decir, el trabajo para la elaboración del duelo en la familia, con el fin de poder aliviar los efectos de la tensión en los sobrevivientes, ya que esta población se vuelve un grupo muy vulnerable, al elevarse la probabilidad de suicidios en los familiares con antecedentes suicidas (Sherr, 2002).

Shneidman (1976 como se citó en Díaz et al., 2004), planteó la postvención como una intervención cuyo objetivo es reducir, en los sobrevivientes, los efectos que trae consigo el trauma de perder a un familiar por suicidio; de esta manera, se les podrá ayudar a vivir de manera más funcional y con menor malestar emocional. El propósito es prevenir el riesgo suicida que conlleva la muerte por suicidio, a través del trabajo del proceso de duelo, propiciando el espacio necesario para que puedan expresar sentimientos ocultos, es decir, los afectos de carácter negativo, como lo son la rabia, la vergüenza y la culpa. Para el trabajo terapéutico, se recomienda (Díaz et al., 2004):

- Comenzar el trabajo terapéutico lo más pronto posible después de la muerte por suicidio, puesto que los sobrevivientes manifiestan poca resistencia y tienen un mayor deseo de trabajar.
- Hay que explorar cuáles son las emociones negativas predominantes en los sobrevivientes, en las fases menos agudas.
- El terapeuta debe proporcionar información verídica acerca de la situación, fungiendo como contraste con la realidad.
- Llevar a cabo una valoración médica del paciente con el fin de buscar signos de deterioro físico o psiquiátrico.

Por su parte, la OMS (2014) propone algunas estrategias para contrarrestar los factores de riesgo que se encuentran asociados al suicidio, conocidas como estrategias de prevención selectivas, que estarán dirigidas a grupos vulnerables, como las personas que han padecido traumas o abuso, los afectados por desastres naturales y los familiares de suicidas. Proponiendo el uso de guardianes entrenados para ayudar a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda telefónica.

McGann et al. (2011), realizan una serie de recomendaciones para abordar a una familia después de un suicidio, las cuales están basadas en tres principios de superación: (1) el conocimiento y la preparación son esenciales y nada se puede hacer a prisa; (2) cada caso o situación es diferente y puede abordarse teniendo en cuenta las diferencias individuales, históricas y culturales; y (3) en caso de duda, hacer uso del lado empático y compasivo al decidir a cual nivel de involucramiento se tendrá con la familia. Las recomendaciones son las siguientes:

1. Conocimiento y preparación: no hagas esto solo

Antes de contactar a la familia, el clínico debe pensar cuidadosa y críticamente acerca de las circunstancias del suicidio, sobre la relación que tenían con el fallecido, sus valores culturales y la familiaridad que tengan con los profesionales de la salud. Esto con la finalidad de poder establecer un plan detallado para alcanzar en la intervención (McGann et al., 2011).

Se recomienda que los terapeutas busquen a algún supervisor o colega que esté informados sobre el tema para recibir apoyo personal. El poder contar con un profesional con los conocimientos y la capacidad de escuchar sin juicios o parcialidad puede ser un componente esencial para los terapeutas en su proceso de recuperación psicológico (McGann et al., 2011).

Es importante poder contar con otra persona que funja como co-facilitador (co-terapeuta) al acompañar al terapeuta responsable cuando se reúne con la familia, especialmente cuando el especialista no se encuentra en control suficiente de sus emociones. Sin embargo, es importante considerar que la presencia de una segunda persona puede ser mal interpretada por la familia, por lo que, la decisión de introducir a alguien más se debe de acordar en función del nivel de comodidad del terapeuta y de la familia (McGann et al., 2011).

Contar con un tercero objetivo, puede facilitar la comunicación, al mismo tiempo que cuida que los objetivos de la terapia se cumplan, ofreciendo información y perspectiva sobre aquellos factores relacionados con el suicidio, sugiriendo en algún momento recursos y estrategias para los sobrevivientes (McGann et al., 2011).

2. Alcance compasivo (contacto inicial)

Generalmente, se realiza el primer contacto con la familia vía telefónica, por lo que al establecer el acercamiento, el terapeuta debe dejar su nombre y número telefónico, así como ofrecer cualquier ayuda adicional que se encuentre dentro de sus posibilidades para proporcionarles (McGann et al., 2011).

3. Creación de una reunión

Si la familia desea establecer una reunión, el terapeuta debe decidir antes de tiempo si él/ella, otra institución o colega, o ambos, deben atenderlos. Esta decisión puede basarse en los deseos de la familia, en el nivel de confort del terapeuta y el grado de ánimo de la familia (McGann et al., 2011).

Si se encuentran divisiones dentro de la familia que sean incómodas o problemáticas, se puede ofrecer la atención de manera individual para evitar tensiones entre los miembros (McGann et al., 2011).

En los primeros días después del suicidio, la familia probablemente se encuentre en shock y se sienta incapaz de manejar una sesión psicológica. Adicionalmente, se aconseja que se puedan esperar de una a tres semanas antes de tener un contacto cara a cara, tiempo en el que quizá la familia pueda organizar sus pensamientos, sentimientos y preguntas, así como pensar a quién más podrían invitar a las sesiones. Este tiempo puede ser valioso para el terapeuta, pues permite que él o ella busquen una consulta adecuada que les permita ordenar sus propios pensamientos y sentimientos (McGann et al., 2011).

4. Conduciendo la reunión familiar

Puede haber varias metas para una reunión familiar después de un suicidio, las cuales dependerán de diversas circunstancias, entre ellas se incluyen: escuchar las historias de cada uno de los miembros de la familia, resolver las preguntas acerca del ser amado, procesar la pérdida juntos, hablar acerca de cómo la familia está afrontando, educar a la familia acerca de los aspectos únicos del duelo en los sobrevivientes, planear la terapia y proveer de información acerca de los recursos y referencias adicionales (McGann et al., 2011).

El terapeuta debe tener en mente cuál es la mejor manera de poder ayudar a la familia y que puedan alcanzar un bienestar psicológico (McGann et al., 2011).

Una recomendación es estar preparados para expresiones de enojo, pudiendo ofrecerles un espacio en el que se les pueda permitir descargarlos, más no necesariamente hay que estar esperando éstas reacciones. Trabajar sobre la comprensión del dolor emocional subyacente a la expresión de la ira, puede ayudar a indagar sobre la fuente. De esta manera, como terapeuta se debe ser consciente de que la ira es una reacción razonable, apropiada y comprensible posterior al suicidio de un ser querido (McGann et al., 2011).

Los sobrevivientes pueden sentirse muy avergonzados, estigmatizados y solos, por lo que el trabajo del terapeuta será ayudarlos a normalizar sus reacciones, haciéndoles saber que su dolor podría llegar a ser más intenso, prolongado y complejo; y que las preguntas concernientes al por qué de la muerte son bastante comunes. De forma paralela, se les alienta a que si en el futuro presentan sentimientos que no pueden manejar pueden obtener ayuda del mismo terapeuta (McGann et al., 2011).

Como ventaja de la atención psicológica, se incluye que se provee cierta información acerca del ser amado, se ofrece psicoeducación acerca del suicidio y del duelo por suicidio, haciendo una evaluación de los sobrevivientes para encontrar las necesidades específicas de cada uno y se sugieren recursos y/o referencias basadas en sus necesidades. Esta asistencia puede incluir referencia a otros colegas que tengan experiencia en atención a dolientes por suicidio, a grupos de apoyo o libros que tengan como objetivo el apoyo a sobrevivientes (McGann et al., 2011).

5. Tratando a la familia

Después de tener un primer acercamiento con la familia, se debe considerar si se establecerá un tratamiento a largo plazo para la elaboración del duelo. Para los terapeutas puede ser tentador tratar a uno o varios miembros de la familia después de un suicidio y en algunas circunstancias, esto podría ser valorado por la familia (McGann et al., 2011).

Una vez que se decide tener un tratamiento continuo con un individuo o con la familia, se debe estar totalmente seguro de que se trata de la mejor opción para trabajar el duelo de la familia y no solamente por ser la mejor opción para cumplir las propias necesidades terapéuticas, ya que, pueden existir muchas motivaciones para el trabajo con los sobrevivientes que pueden contribuir a este deseo (McGann et al., 2011).

Algunas razones de los terapeutas para querer trabajar con estas familias es que se puede hacer más por las necesidades del terapeuta que por las necesidades de la propia familia. Si se opta por llevar a cabo un tratamiento, se cree que se debe proseguir una vez que se ha tenido una consulta con un colega con experiencia,

analizando los propios conflictos de aflicción y contratransferencia, los factores culturales, las necesidades de la familia, así como las posibles referencias a las que podrían ser derivados los sobrevivientes en determinado momento (McGann et al., 2011).

Si el terapeuta decide que es capaz de trabajar con la familia, es importante que siempre se les ofrezca la opción de atenderse con alguien más, ya que muchas familias llegan a creer que tienen la obligación de trabajar con ese terapeuta (McGann et al., 2011).

6. Seguimiento y evaluación

Una vez finalizado el tratamiento, es aconsejable tener alguna sesión de seguimiento con la familia. Si existe incomodidad para tener esta sesión sin un acuerdo previo, se sugiere que sea llevada a cabo en una fecha importante como cumpleaños o el aniversario de la muerte. Porque los sobrevivientes por lo general, sienten incomodidad al discutir la pérdida con las personas a su alrededor, por lo que al ser escuchados por el terapeuta pueden tener un trabajo más profundo (McGann et al., 2011).

Si la familia se muestra ambivalente o con sentimientos de enojo hacia el terapeuta o con un deseo de olvidar la muerte de su ser amado asociada con el tratamiento y el suicidio, es apropiado y útil para el terapeuta concluir el contacto con la familia después de la primera reunión (McGann et al., 2011).

Si el tratamiento con la familia comienza a sentirse difícil o llega a un punto muerto, el terapeuta puede considerar una consulta adicional o bien, canalizarlos; sin tener que sentir culpa o verlo como un fracaso (McGann et al., 2011).

McGann et al. (2011), sugieren que los terapeutas utilicen el principio de superación de la compasión sobre precaución, al igual que una cuidadosa consideración de las circunstancias únicas de la diada terapeuta-familia, cuando tomen la decisión acerca del tipo y la extensión del contacto familiar. Si esto se hace,

el proceso de duelo para ambas partes puede ser facilitado y orientado hacia la sanación para todos los interesados.

Psicoterapia integrativa-relacional

El objetivo de esta terapia es atender a las necesidades básicas que experimentan, en general, los dolientes ante una situación de duelo, especialmente al hablar de la pérdida de sus seres queridos y del proceso que viven con las personas que les ofrecen su apoyo. Dichas necesidades, se manifestarán en el aquí y ahora de manera implícita a través de gestos, lenguaje no verbal, expresión facial; o explícitamente, como solicitar apoyo, ayuda y escucha verbalmente (Payás, 2010).

Si el terapeuta sensible responde a ellas, creará las condiciones que garantizan el espacio de seguridad donde la persona pueda vivir su experiencia de duelo con mucha menos necesidad de estrategias de distorsión-inhibición y con un intervalo de tolerancia cada vez mayor. (Payás, 2010, p.230).

A continuación, se describe de qué manera en psicoterapia se deben atender cada una de las necesidades fundamentales de las personas en duelo. Estas ocho necesidades están presentes a lo largo del trabajo terapéutico y surgen como respuesta de las situaciones de pérdida, con el objetivo de aprender a manejar el dolor vinculado con la pérdida de la relación dentro de otra relación de apoyo (Payás, 2010):

1. Ser escuchados y creídos en toda su historia de pérdida.

Implica poder colocarle palabras al malestar, por lo que, escuchar permite que el otro platique su historia como surja. La persona en duelo tiene necesidad de que las escuchen y le crean en lo que están viviendo, siendo el papel del entono poder brindarles un medio para que expresen sus sentimientos y pensamientos, mediante un acompañamiento cálido y de apoyo, que transmita comprensión y empatía (Payás, 2010).

A pesar de que, en muchas ocasiones, lo que el deudo tiene por decir carezca de lógica, lo importante está en poder validar su vivencia emocional subjetiva, que permitirá crear un ambiente de seguridad, confianza y respeto, en el que se sienta protegido y se permita expresar su vulnerabilidad (Payás, 2010).

Para esto, el terapeuta tendrá que crear un espacio de seguridad en donde el deudo aprecie que está creyendo en lo que dice sin ponerlo en duda, es decir, que se sienta escuchado en su dolor. También tendrá como tarea, identificar las áreas en las que no está siendo validado por su entorno, respondiendo afectiva y empáticamente, con la finalidad de que la persona se sienta aceptada y respetada (Payás, 2010).

Es indispensable que el terapeuta se encuentre atento a la posibilidad de que aparezcan pensamientos destructivos ante situaciones de evitación, que le generen incomodidad y no tenga la capacidad de poder controlarlos, esto con la finalidad de que pueda integrar la experiencia negada o reprimida, logrando desprenderse de los sentimientos de culpa, identificando el dolor que está oculto (Payás, 2010).

Una característica importante del terapeuta del duelo es la capacidad de proveer un sentimiento de seguridad, mediante el respeto que muestra por la vulnerabilidad de la persona, su fragmentación y desestructuración que los embarga especialmente, en las primeras etapas del duelo (Payás, 2010).

2. Ser protegidos y tener permiso para expresar emociones.

La dificultad que se muestra para poder conectar con las emociones más difíciles, está vinculado con haber experimentado la falta de protección por parte de una figura de apoyo que fuera estable y fuerte. Es así que, las personas que han perdido a alguien, tienen la necesidad de sentirse sostenidas cuando expresen sus emociones, sin importar cuál sea (Payás, 2010).

Los dolientes esperan contar con alguien que les permita sentirse vulnerables, con quien se sientan en confianza y con la seguridad de que serán contenidos. Aquí, el terapeuta debe fungir como una figura de protección y guía que pueda cubrir la necesidad del individuo de poder descontrolarse, dejando que exprese sus

sentimientos de tristeza, aflicción, miedo, enfado que lo puede estar embargando. Dejarlos gritar, llorar, enojarse o sentirse culpables, a pesar de que sean emociones incómodas, no implican necesariamente la presencia de un duelo complicado (Payás, 2010).

El proporcionar a los pacientes un espacio de protección y permiso, permite que se los pueda acompañar en los sentimientos y reacciones que surjan, de esta manera, lo lograrán revivirlas con alguien que sepa sostenerlos. Al admitir que aparezcan estas emociones, se está reconociendo su valor y la precisión de que sean manifestadas y se hagan conscientes (Payás, 2010).

Payás (2010), destaca:

Sólo si el terapeuta es capaz de proveer un espacio de seguridad, protección y estabilidad, el paciente se sentirá suficientemente seguro como para profundizar en su experiencia de trauma y accederá a pensamientos, sentimientos y recuerdos no explorados que fueron reprimidos y yacen en el subconsciente. (p. 235).

3. Ser validados en la forma de afrontar el duelo.

El terapeuta a la par que facilita la expresión de las emociones, debe ir validando dichos sentimientos como algo natural y propio del proceso por el que está pasando. Puede ser incluso de manera no verbal, que se transmita al deudo lo normal de sus emociones y pensamientos (Payás, 2010).

El hecho de que el terapeuta se muestre interesado por el bienestar de la persona, provoca que ésta se sienta aceptada por alguien que le brinde estabilidad, protección y apoyo durante su proceso terapéutico (Payás, 2010).

Validar también quiere decir que se posee la capacidad de darle un sentido a los pensamientos, sentimientos y las conductas de afrontamiento que presenta el doliente, por muy absurdos que puedan parecer. Tampoco implica que siempre se

estará de acuerdo con lo que el paciente diga o haga, de lo que se trata es de afirmar que esa es su manera de experimentar el evento, mostrando interés en cómo es ésta experiencia (Payás, 2010).

Es preciso que el terapeuta conozca y escuche a profundidad lo concerniente a la manera en que los individuos afrontan la pérdida, antes de poder asegurarles que “entienden”, para esto, no juzgarlos y validar sus experiencias subjetivas como algo propio de todos los humanos, permitirá realizar la exploración pertinente para observar la función de una estrategia como una defensa inconsciente que le ayude a aminorar su malestar (Payás, 2010).

4. Estar en una relación de apoyo desde la reciprocidad.

La reciprocidad no necesariamente quiere decir que el terapeuta tenga que haber pasado por la misma experiencia que el paciente, más bien, implica que el doliente se sienta acompañado por una persona que comprende el dolor por el que está pasando y, además, que cuenta con el conocimiento necesario de cómo es ese dolor (Payás, 2010).

De parte del terapeuta, la reciprocidad involucra que haya hecho un recorrido propio a través de sus pérdidas, únicamente de esta manera, podrá reconocer y validar la experiencia subjetiva del paciente, donde se establezca una relación más allá de transmitirle palabras como “te entiendo” o “me imagino que”, sino que mediante el uso de la empatía, pueda transmitir que “sabe”, porque ha estado en una situación similar (Payás, 2010).

En las sesiones se puede hacer uso del relato de las propias experiencias, siempre y cuando sea de utilidad para afianzar la relación terapéutica. En caso de que sea el paciente quien pregunte sobre la vivencia de pérdidas del terapeuta, éste podrá contestar con sinceridad, indagando el porqué del interés y cuál es su necesidad de esta reciprocidad (Payás, 2010).

El terapeuta, al manifestar las propias vivencias, provoca que el paciente se sienta que su relato es presentado frente a una persona semejante, porque ha tenido

vivencias similares y comprende por lo que está pasando. Esta coincidencia servirá para facilitar el proceso de duelo (Payás, 2010).

5. Definirse en la forma individual y única de vivir el duelo.

Dentro de las situaciones de duelo es vital que las personas logren autodefinirse, esto debido a que, por lo general, las reacciones de malestar emocional que vive cada persona son únicas y llegan a ser negadas, desautorizadas o minimizadas por las personas a su alrededor (Payás, 2010).

De esta manera, el terapeuta tendrá como meta satisfacer esta necesidad de autodefinición, apoyando firmemente las manifestaciones de identidad del paciente, es decir, validar las múltiples formas propias que el individuo tiene durante su proceso de duelo (Payás, 2010).

El terapeuta debe permanecer siempre muy sensitivo a la necesidad que el doliente tiene de autodefinición, se explorará aquello que no se pudo permitir en el pasado y apoyarlo para las decisiones futuras. Como psicoterapeuta, hay que evitar emitir las propias opiniones sobre lo que está bien o no en el duelo, ya que cada persona tiene una manera única de transitar por este proceso; permitirle la autodefinición, implica que pueda explorar cuál es la mejor manera para cada doliente de acuerdo a su marco de referencia (Payás, 2010).

Permitir la autodefinición en los paciente en duelo, quiere decir que el terapeuta permanezca abierto con curiosidad a cómo es la vivencia personal de cada uno y no permitir que la teoría o la experiencia profesional de pérdidas intervenga en cómo se supondría que se debe sentir la persona, qué se debe hacer en un buen duelo y qué no se debe hacer. El terapeuta tendrá que tomar la experiencia de pérdida del paciente desde un principio (Payás, 2010).

6. Sentir que la experiencia de duelo impacta en el otro.

De acuerdo con Payás (2010), la necesidad de que exista un impacto en los que rodean a la persona que perdió al ser querido, “es una necesidad relacional que

tiene que ver con la posibilidad de que se dé o no la integración de la experiencia” (p. 244).

Posterior a la muerte, el doliente tendrá que escuchar y controlar los comentarios devaluadores y minimizadores que surjan, probablemente por la incapacidad de los otros para mostrar empatía por el dolor que sienten por su pérdida. Es por esto que el terapeuta tendrá que dar una respuesta de reciprocidad, demostrando que hay un interés por lo que el paciente diga, es decir, que existe resonancia. Este comportamiento del profesional, provocará que en el doliente disminuyan los sentimientos de soledad e incomprensión, ya que, el espacio terapéutico puede ser el único lugar en el que se permita explorar y expresar sus sentimientos libremente (Payás, 2010).

Es importante que cuando el paciente se encuentre expresando sus emociones dolorosas, el terapeuta se muestre impactado por lo que escucha, esto quiere decir que, responda empáticamente para que la persona sepa que puede contar con alguien cuando tenga un gran malestar, alguien que se preocupa por éste, de esta manera, se abre la posibilidad de que se ponga en contacto con sus emociones que pueden resultar incómodas o dolorosas, logrando integrarlas (Payás, 2010).

7. Estar en una relación donde el otro tome la iniciativa.

Payás (2010), rescata que el marco de trabajo terapéutico, no debe manejarse desde la idea de no gratificar al paciente ni rescatarlo, buscando la autorresponsabilidad de este, evitando que se haga dependiente del terapeuta; por el contrario, en el caso de las personas que se encuentran en duelo, éstas tienden a mantenerse inactivas y poco disponibles para iniciar un contacto terapéutico, especialmente al principio del proceso de duelo, es por esto que, el terapeuta no debe esperar que el individuo se haga cargo de todo lo que implica la terapia.

En algunos pacientes, resulta bastante reparador el experimentar que el terapeuta sea quien lleve el control y que en ocasiones sea él quien se responsabilice por los cambios que ocurran dentro del proceso terapéutico. En los primeros encuentros que se tengan con el paciente, el terapeuta puede establecer un contacto

físico más cercano, como colocarse al lado de éste, tomarlo de la mano o comentarle que se encuentra ahí para él; estas conductas transmitirán al doliente que está siendo escuchado, comprendido y validado (Payás, 2010).

Cuando se inicia la terapia, para los pacientes puede ser difícil identificar los temas de duelo a trabajar dentro del espacio, el terapeuta entonces, tomará la iniciativa para dirigir las actividades hacia una dirección determinada, proponiendo tareas de duelo concretas (Payás, 2010).

También, hay ocasiones en las que la necesidad de que sea alguien más quien tome la iniciativa, exhibe aquello que el deudo no obtuvo de la persona que falleció, por lo tanto, el terapeuta tendrá que responder a esos recuerdos dolorosos que abre el paciente reparando el contacto que se perdió (Payás, 2010).

8. Poder expresar amor y vulnerabilidad.

Durante el trabajo terapéutico, las personas en duelo aprenden y se permiten sentir dolor, logrando descubrir aquellos sentimientos de amor que se encuentran debajo del dolor, el enfado y la desesperación (Payás, 2010).

El final del duelo, se irá perfilando cuando haya un incremento de la conciencia del doliente y la mejora en su capacidad de sentir, dar y recibir amor. Por lo que, será necesario que durante el proceso aprenda a expresar el afecto perdido y que pueda poner en palabras lo que no recibió (Payás, 2010).

Desde este modelo de terapia integrativa, el hecho de que el terapeuta esté abierto a aceptar las expresiones afectivas del paciente como algo genuino y natural dentro de la relación terapéutica es algo totalmente aceptable, siempre que el terapeuta tenga muy claro que estas estas expresiones son parte del proceso de curación y de la relación íntima y sana que se tiene durante el duelo (Payás, 2010).

Capítulo 5. Método

Justificación y planteamiento del problema.

En los últimos años ha crecido el interés por el tema del suicidio e intento suicida en adolescentes, especialmente por el incremento que se ha presentado no solo a nivel mundial, sino también en México (Eguiluz et al., 2010). De acuerdo con las estadísticas del INEGI, el mayor número de suicidios consumados se concentra en las edades correspondientes entre los 15 y 24 años (INEGI, 2005; 2011).

A pesar de toda la información que se ha podido recabar sobre el tema del suicidio adolescente, poco se ha publicado a nivel nacional sobre el cómo viven los familiares sobrevivientes el suicidio de los jóvenes, en especial, los padres. Existiendo mayor información acerca de la pérdida por suicidio del cónyuge o de alguno de los padres (Bowlby, 1997; Worden, 2004). Sumado a esta carencia de información, en nuestro país, las instituciones a las cuales llegan los familiares que pierden a un miembro por suicidio no cuentan con los recursos profesionales suficientes ni con un plan concreto de intervención que permita dar la atención necesaria a este tipo de demandas que requieren de una atención especializada como lo es la postvención, siendo sumamente necesario la disponibilidad de planes de intervención y prevención clínicos para el abordaje de la problemática tanto del suicidio, como del duelo por suicidio, que de respuesta a esta necesidad (Cruz & Arenas, 2017).

De esta manera, este trabajo pretende contribuir, mediante el análisis de un estudio de caso, a la investigación de las principales necesidades que tienen los sobrevivientes ante este tipo de crisis y la manera en que se puede intervenir con las familias involucradas.

El estudio de caso presentado se centra en cómo una madre elabora el duelo por el suicidio de su hijo adolescente. Dicha intervención, se planteó bajo un enfoque de Terapia Integrativa, dentro del cual se aplicó una evaluación inicial, proponiéndose como focos de intervención, el duelo materno, la sensibilización con respecto al tema de suicidio, la identificación y expresión de emociones asociadas a la pérdida de su hijo y cómo estos aspectos repercuten en su forma de relacionarse con los demás,

especialmente con su familia. Sin embargo, cabe señalar que durante el proceso terapéutico se presentaron diversos factores que imposibilitaron la continuación y por ende la conclusión del tratamiento, por lo tanto, se analizará cómo estos factores influyeron en la deserción y como tal, en la elaboración del duelo por la muerte de su hijo.

Se plantea trabajar sobre este tema especialmente porque el acto suicida en la familia es un comportamiento difícil de comprender por parte de los sobrevivientes, dificultándoseles las formas de afrontar la pérdida (Díaz et al., 2004; Pérez-Barrero, 2010; Wolf, 2016) por lo cual, cobra mayor importancia entender las respuestas de las personas que son íntimamente afectadas por esta conducta.

Como parte de la relevancia dentro de la práctica clínica, este trabajo podrá contribuir como fuente de información para la atención de casos vinculados a la problemática del suicidio adolescente. Especialmente, por la creciente demanda de atención psicológica que involucra la pérdida de hijos en las familias por muertes violentas e inesperadas, representando motivos de consulta relativamente nuevos en los Centros Comunitarios de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología.

Finalmente, tanto el trabajo terapéutico como el análisis del caso, permitió que se vislumbrara la posibilidad de retomar y adaptar una propuesta de atención para aquellos consultantes sobrevivientes de un duelo por suicidio que asistan a dichos centros comunitarios.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en la resolución del duelo materno en un caso de suicidio adolescente?

Objetivos

General.

Analizar los factores que influyen en la resolución del duelo materno en un caso de suicidio adolescente.

Específicos.

- Identificar los factores personales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.
- Identificar los factores situacionales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.
- Identificar los factores interpersonales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.
- Describir las características propias del duelo por suicidio en la paciente.
- Analizar los factores personales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.
- Analizar los factores situacionales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.
- Analizar los factores interpersonales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.
- Analizar los factores que impidieron la conclusión del proceso terapéutico.
- Proponer un plan de intervención dirigido a los familiares sobrevivientes por el suicidio de un hijo adolescente.

Hipótesis conceptuales

Los sobrevivientes del suicidio se vuelven especialmente vulnerables a desarrollar duelo complicado o traumático, depresión, ideación suicida y/o trastorno de estrés postraumático (Jordan & McIntosh, 2011).

Una característica que influirá en la elaboración de este duelo es la relación que el deudo tenía con el suicida (Pérez-Barrero, 2010).

No todos los duelos por suicidio, desencadenan en patológicos o complicados, sin embargo, todos los sobrevivientes tendrán que hacer frente a una serie de situaciones que podrían dificultar la resolución de éste (Wolf, 2016).

Variables

Definición conceptual:

Duelo por suicidio

El duelo por suicidio es aquel que posee características similares a otros tipos de duelo, pero las reacciones ante este acto son más intensas y tienen variables propias. Este tipo de duelo tiende a ser más largo y complejo, y el deudo enfrenta diversas dificultades, ya que percibe que tiene menos apoyo social y en ocasiones siente un cierto grado de rechazo. Asimismo constituye una difícil tarea de adaptación emocional y personal hacia un evento trágico. La tarea se complica por los sentimientos de incertidumbre, confusión e inadecuación que le provocan las reacciones de los demás. (Wolf, 2016, p. 94).

Factores que influyen en la resolución del duelo

Son diversos factores personales, situacionales e interpersonales que intervienen en cómo se vive la pérdida de un ser querido y en el significado que se le dará a ésta (Wolf, 2016). La presencia de dichos factores puede dificultar la resolución del duelo (Barreto & Soler, 2007).

Definición operacional:

Duelo por suicidio

En este tipo de duelo se pueden distinguir ciertas particularidades, reacciones y sentimientos que manifiestan los sobrevivientes después de un suicidio, diferenciándolo de otros tipos de muertes (Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2016; Wolf, 2016; Worden, 2016). Estos elementos se evaluaron mediante la aplicación de pruebas proyectivas, de personalidad, al igual que con entrevistas psicológicas y el análisis del discurso de la paciente:

- *El enojo*: desencadenado debido a que se vive como un abandono o un rechazo público, por creer que la persona que se quitó la vida tenía la finalidad de provocar dolor en otros o por considerar que no pensó en el dolor que provocaría su muerte y el estigma que se generaría a partir de ella (Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004).
- *La culpa*: se experimenta al cuestionarse sobre lo que hizo, lo que no hizo o al imaginar lo que se pudo haber hecho para evitar la muerte, llegando a generar pensamientos obsesivos como “y si...” o “si solo” (Bobes, 2004; Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016; Worden, 2004).
- *El miedo*: debido a sus propios impulsos autodestructivos, considerando que están predestinados a pasar por la misma experiencia que su ser querido (Worden, 2004).
- *Shock e incredulidad*: la muerte puede parecer irreal y probablemente se les dificulte entender lo que está pasando, por lo que, se llegan a producir sensaciones de entumecimiento, dificultad para respirar, movimientos lentos, entre otros (Jordan & McIntosh, 2011; Wolf, 2016).
- *Vergüenza y estigma social*: a partir del estigma social, los dolientes manifiestan sentimientos de vergüenza, siendo una presión emocional que afectará la interacción que se tenga con los vínculos sociales y en especial con la familia (Jordan & McIntosh, 2011; Wolf, 2016; Worden, 2004).

- *Problemas de apoyo social y/o aislamiento:* las personas dentro de la vida de los sobrevivientes, quizá sientan incertidumbre respecto a qué hacer o decir al respecto, mostrándose incómodos al interactuar con las personas después de la muerte, evitando el contacto con el sobreviviente. También pueden sentirse aislados, porque las personas a su alrededor no saben qué decir o cómo acercarse y ayudarlos, lo cual, lleva a los dolientes a negar y evadir el tema y sus necesidades, por el miedo a ser juzgados o incomodar a los demás (Jordan & McIntosh, 2011; Wolf, 2016).
- *La necesidad de encontrar una explicación para entender el “por qué”:* se buscan constantemente explicaciones y señales del motivo de la muerte, se vuelve una necesidad el poder darle un sentido a la pérdida, complicándose el comprender el acto suicida (Jordan & McIntosh, 2011; Wolf, 2016).
- *Posibles intentos de suicidio:* puede ser la única salida que encuentren los dolientes para aliviar el intenso dolor que sienten por la muerte de la persona amada (Jordan & McIntosh, 2011; Neimeyer, 2014; Wolf, 2016).
- *El carácter repentino de la pérdida:* se vive como una crisis por ser prematura, inesperada o trágica, se entra en un estado de shock, siendo la primera respuesta emocional la negación (Wolf, 2016).
- *El carácter violento de la muerte:* se trata de un acto violento cargado de agresión hacia el cuerpo mismo, para las personas es más difícil procesar una muerte por suicidio cuando se utilizan métodos más violentos (Wolf, 2016).
- *El carácter ambiguo de la muerte:* lleva al doliente a manifestar sentimientos ambivalentes de amor-odio hacia el fallecido (Wolf, 2016).

Factores que influyen en la resolución del duelo

Los factores que llegan a influir en cómo se llevará a cabo la resolución del duelo, fueron evaluados mediante la aplicación de pruebas proyectivas y de personalidad, así como, a través de entrevistas con la paciente y el análisis de su discurso. Los factores que se tomaron en cuenta en este trabajo fueron los siguientes:

- *Factores personales*: se refieren a las variables individuales del sobreviviente que influyen en el proceso de recuperación de una pérdida. La pérdida se experimentará dependiendo del momento de vida en el que se encuentre el deudo y de las situaciones que se estén viviendo en ese momento (Barreto & Soler, 2007; Wolf, 2016). Dentro de estos factores se incluyen los siguientes mediadores:
 - *Características personales del doliente*: vinculadas con los antecedentes de alguna enfermedad física o psíquica, así como los sentimientos que se desencadenen al momento de la muerte.
 - *Antecedentes históricos*: es importante conocer si se han tenido pérdidas previas, así como la manera en que se elaboraron esos duelos.
 - *Variables de personalidad*: se debe tomar en cuenta la estructura de la personalidad del superviviente para entender su respuesta ante la pérdida.
Variables a considerar:
 - Edad y sexo de la persona: se ha observado que las mujeres experimentan duelos distintos y con diferentes resoluciones, ya que reciben mayor apoyo social por parte de los hombres.
 - Estilo de afrontamiento: el duelo estará mediado por los estilos de afrontamiento del sobreviviente, predominando estrategias pasivas.
 - Fuerza personal (autoestima y eficacia personal): dependiendo del valor que cada persona tiene sobre sí misma afrontará la situación de muerte, teniendo la capacidad de influir en su propia vida, así como la imposibilidad o incapacidad para expresar el dolor por la pérdida.
 - Mundo de supuestos: ciertas muertes pueden desequilibrar las creencias y valores de una persona, provocándole una crisis espiritual y haciendo que dude sobre lo que es verdadero y bueno.

- *Tensiones actuales:* se refiere a los cambios que las personas o las familias sufren después de la muerte, ya que se da una desorganización en su estructura, al tener que adaptarse simultáneamente a las crisis que surgen.
- *Factores situacionales:* son aspectos de las circunstancias de la muerte que afectan el curso del duelo (Barreto & Soler, 2007).
 - *Manera de morir:* la elaboración del duelo se ve influida por cómo murió la persona, si ocurrió cerca o lejos de los sobrevivientes, si fue imprevista, traumática o estigmatizada.
- *Factores interpersonales:* se refiere a los aspectos relevantes de la relación con el fallecido y con la red social.
 - *Relación con el fallecido:* el parentesco identifica la relación que el sobreviviente tenía con el fallecido (hijo, padre, cónyuge, etc.) por lo que dependiendo de quién era la persona fallecida y lo significativo que era para el sobreviviente, se elaborarán duelos diferentes en cada persona.
 - *La naturaleza del apego:* incluye la intensidad del afecto que se tiene por el fallecido, qué tan necesaria era la persona para que el sobreviviente pudiera tener una sensación de bienestar, si existía ambivalencia en la relación, así como, los conflictos que se tenían con el fallecido.
 - *VARIABLES SOCIALES Y FAMILIARES:* dentro de éstas se encuentran las siguientes:
 - Disponibilidad de apoyo: la percepción de falta de apoyo emocional, social y familiar que se recibe de los demás, dificultará la resolución del duelo.
 - Apoyo satisfactorio: se refiere a la percepción de apoyo tanto social como familiar que tiene el sobreviviente, así como la satisfacción que recibe por parte de éstos y el bajo nivel de comunicación que mantiene con las personas a su alrededor.

Muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico accidental.

Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo.

Tipo de diseño

Estudio de caso.

El estudio de caso es un diseño de investigación, en el que se hace uso de procesos cuantitativos, cualitativos y/o mixtos para analizar detallada e integralmente a un sujeto y de esta manera poder dar respuesta al planteamiento del problema, comprobar las hipótesis y/o desarrollar teorías, con ayuda de la utilización de diferentes métodos. Este tipo de investigación se define por su objeto de análisis y no por un método específico, en donde el caso será la unidad de análisis (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014).

Se trata de un informe que se obtiene al trabajar con una persona, grupo, comunidad u organización, éste tipo de investigación busca ilustrar un problema y/o encontrar los medios para resolverlo (American Psychological Association [APA], 2010).

Frecuentemente, se hace uso de datos cualitativos, obteniendo la información a través de diversas fuentes como la observación, entrevistas, pruebas psicológicas y registros de archivo. Los estudios de caso pueden llegar a describir la aplicación y resultados de un tratamiento determinado, ofreciendo una importante fuente de información sobre los individuos (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2007).

Participante

Se trata de una mujer de edad adulta de 40 años, que para fines de confidencialidad se le asignará el nombre de Sara. Acude a un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología, debido a que 9 meses atrás su hijo mayor

de 15 años se suicidó y se le dificultaba elaborar su pérdida, así como, vincularse adecuadamente con su otro hijo de 12 años.

Escenario

El trabajo terapéutico se llevó a cabo en uno de los Centros Comunitarios de Atención Psicológica, que forma parte de los Centros de Formación en la Práctica de la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos de la Facultad de Psicología de la UNAM. La intervención se realizó en un consultorio de dimensiones apropiadas para el trabajo, que contaba con dos sillones y un escritorio.

Instrumentos

Como parte de la evaluación inicial, se aplicaron diferentes pruebas psicológicas, con el fin de obtener información de diferentes áreas de la vida de la paciente, se incluyeron las siguientes pruebas proyectivas y de personalidad.

- Autobiografía (Portuondo, 1970)

La autobiografía, es una técnica que se puede utilizar para la evaluación de la evaluación de los principales rasgos de personalidad y para tener una mejor comprensión de los aspectos más conflictivos del individuo. Se le pide a la persona que escriba en una hoja blanca tamaño carta, su propia biografía. Su interpretación se puede dividir en cuatro áreas: temas sobresalientes, actitudes más marcadas, conflictos y expresiones patológicas (Portuondo, 1970).

- Dibujo de la Figura Humana (DFH) (Machover, 1963).

El test del Dibujo de la Figura Humana, es una técnica grafoproyectiva, en el que se le otorga a la persona una hoja blanca y un lápiz, pidiéndole que “dibuje una persona”, para que al finalizar realice el dibujo de una persona del sexo contrario a la que acaba de hacer. El dibujo es una representación o proyección de la personalidad y del papel que ésta desempeña en su alrededor (Portuondo, 2010).

- Persona Bajo la Lluvia (Querol & Chaves, 2013).

La prueba de Persona bajo la lluvia, es una técnica grafoproyectiva. Para su aplicación es necesaria una hoja blanca y un lápiz, donde se le solicita a la persona que “dibuje una persona bajo la lluvia”. Con este dibujo se busca observar la imagen corporal de la persona mientras se encuentra bajo condiciones ambientales que son desagradables o tensas, donde la lluvia representa el elemento perturbador (Querol & Chaves, 2013).

- Test de Frases Incompletas (FIS) (Sacks & Levi, 1967).

El Test de Frases Incompletas, es una prueba semiestructurada que es considerada como técnica proyectiva y psicométrica, consta de 60 frases incompletas, que están agrupadas en cuatro áreas (adaptación familiar, sexual, relaciones interpersonales y autoconcepto), que a su vez se dividen en actitudes, siendo un total de 15 actitudes, cada una contará con 4 frases. Al momento de aplicarlo, se le solicita a la persona que complete las frases contestando con lo primero que se le ocurra (Barragan, Brugman, Montenegro, & Benavides, 1989).

A nivel cuantitativo, se realiza una valoración de las respuestas en cada una de las actitudes, determinando el grado de perturbación emocional presente o no; la puntuación es la siguiente: 2 puntos (seriamente perturbado), 1 punto (levemente perturbado), 0 puntos (ningún trastornos significativo observado) y “X” (datos insuficientes). Por su parte, en el nivel cualitativo, se realiza un diagnóstico psicodinámico del examinado, en el que se incluyen aspectos de su estructura de personalidad, tales como su adaptación emocional, su nivel de maduración, el nivel de realidad y el modo de respuesta de este (Barragan et al., 1989).

- Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2-RF (Lucio, Durán, Heredia, Arenas, & Martínez, 2015).

El Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 RF, cuenta con 338 reactivos, repartidos en 51 escalas: 9 pertenecen a las escalas de validez y 42 a las sustantivas, éstas últimas se dividen en escalas de Orden Superior (OS), Clínicas Re-

estructuradas (CR), Problemas Específicos (PE) somáticos/cognitivos, Problemas Internalizados y Externalizados, Problemas Interpersonales, Intereses Específicos y Cinco Escalas de Psicopatología (PSY-5) (Lucio et al., 2015).

Las correlaciones test-retest y los valores de consistencia interna de la mayoría de las escalas sustantivas, sobrepasan los valores alfa de .80, los cuales se obtuvieron de la muestra normativa. Los datos psicométricos apuntan que solo 51 de las escalas del MMPI-2 RF arrojan mediciones confiables y validas sobre la validez del protocolo, aspectos de personalidad y psicopatología (Lucio et al., 2015).

Las escalas de validez, determinan las posibles amenazas para establecer si el protocolo es interpretable o no. Por su parte, en las escalas sustantivas se pueden interpretar tanto las puntuaciones altas ($T \geq 70/80$) como las bajas ($T < 39$), dependiendo de la escala, además en algunas se podrán utilizar las puntuaciones medias (T 65-79/aprox.) (Lucio et al., 2015).

Procedimiento

El primer contacto que se tuvo con la paciente (Sara), fue debido a que ésta había sido referida por la terapeuta de su hijo menor (Sergio), al considerar que necesitaba trabajar de manera personal el duelo por el suicidio de su hijo mayor (Roberto).

Como primer momento, se sensibilizó a Sara con respecto a la importancia de tener un proceso terapéutico propio, en el cual, pudiera aclarar algunas inquietudes con respecto al tema del suicidio de su hijo y de esta manera, comenzar a elaborar este duelo, considerando además que esta situación estaba empezando a afectar las diversas áreas de su vida, especialmente, la relación que tenía con Sergio y su esposo.

Posterior al establecimiento del contrato terapéutico, se procedió a la realización de la evaluación psicológica, para tener una referencia acerca de la problemática de Sara, el como afectaba en su vida diaria y las principales necesidades de ésta en ese momento de su ciclo vital, para poder establecer los objetivos de tratamiento a seguir.

Al finalizar la evaluación, se hizo una devolución con la paciente sobre los resultados obtenidos en ésta. A partir de dichos resultados, quedaron establecidas las metas del trabajo terapéutico, las cuales fueron: la elaboración del duelo por el suicidio de su hijo, las dificultades que estaba teniendo en su regulación emocional, así como el manejo adecuado de las relaciones familiares e interpersonales.

Se tuvo un total de 11 sesiones con una duración de una hora, de las cuales se dedicaron tres a sensibilizarla con respecto al tema de suicidio, cinco de evaluación y tres de tratamiento, cabe señalar que Sara dejó de asistir a su proceso, lo que provocó que se prestara atención a los posibles motivos que la llevaron a esta deserción y, conduciendo al objetivo de este reporte, que es la identificación de los factores que intervienen en la resolución del duelo de la paciente, los cuales, se irán puntualizando en el análisis del caso, permitiendo así la elaboración de una propuesta de atención para aquellos consultantes sobrevivientes de un duelo por suicidio.

En la siguiente sección, se expondrá el caso clínico de Sara, en el que se aborda brevemente los aspectos relevantes de su historia clínica, la integración de la batería psicológica que se aplicó, remarcando especialmente la interpretación de los perfiles del MMPI-2-RF. También, se hace alusión al trabajo terapéutico que se realizó con ella, es decir, desde la impresión diagnóstica, los focos de intervención establecidos y se puntualizan algunos datos importantes de las sesiones que se tuvieron con ella, todo esto con el fin de tener un panorama amplio de todas las áreas de su vida, permitiendo realizar un análisis del caso a profundidad que posibilite llevar a cabo los objetivos del presente trabajo.

Caso clínico

1. Presentación del caso

a. Ficha de identificación

- Nombre: Sara
- Edad: 40 años
- Fecha de nacimiento: Julio de 1974
- Sexo: Femenino
- Escolaridad: Carrera Comercial
- Estado civil: Unión libre
- Ocupación: Hogar
- Nacionalidad: Mexicana

b. Motivo de consulta

Como motivo de consulta inicial en su solicitud de admisión, reporta: “La pérdida de mi hijo y para poder ayudar a mi hijo Sergio. Mi hijo de 15 años se quitó la vida hace 9 meses y me es muy difícil su pérdida y quiero apoyar a mi hijo Sergio de 12 años pero no sé cómo y tengo miedo de cómo tratarlo” (sic).

En la primera sesión que se tiene con ella, refiere como su motivo de consulta lo siguiente: “La relación que tengo con mi familia no es muy buena, sufro de violencia familiar, mi esposo es una persona difícil, lo he querido dejar pero no puedo, (...) también me cuesta trabajo seguir por la muerte de mi hijo Roberto, (...) y siento que ya no somos una familia” (sic).

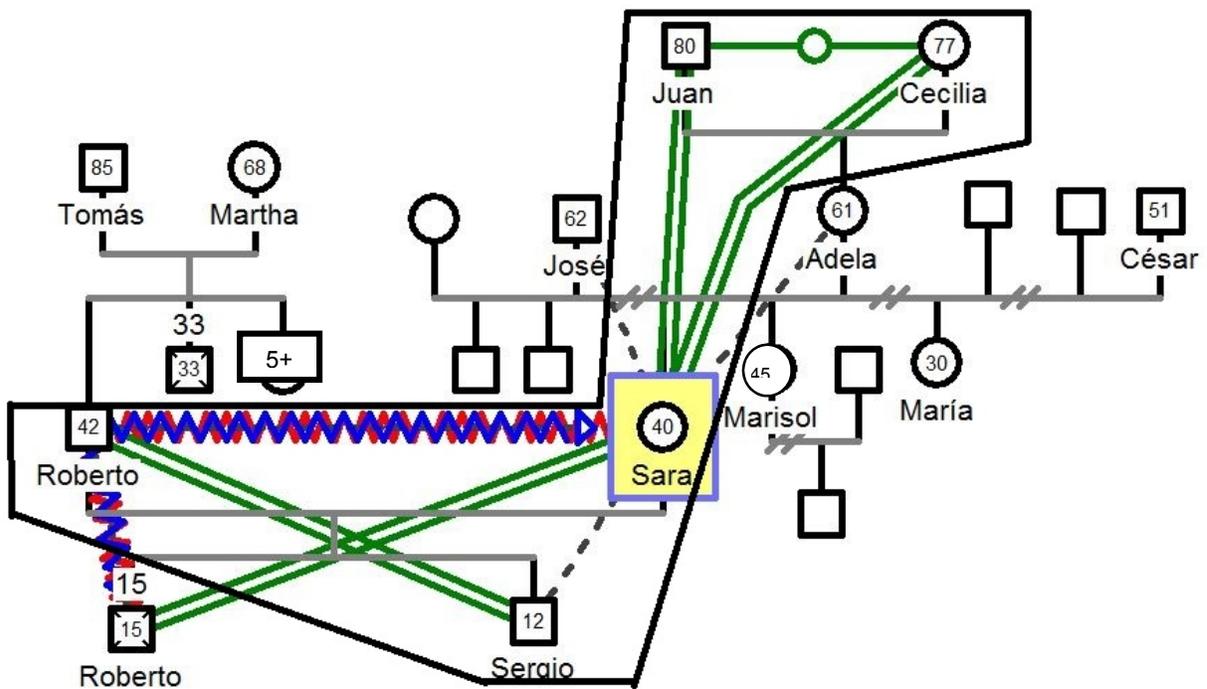
Lo que a Sara principalmente le interesa es mejorar la relación con su esposo y poder ayudar a su hijo Sergio.

Considera que la razón por la que ocurrió el suicidio de Roberto, fue por la mala relación que tiene con su esposo. Por otro lado, refiere “creo que ya no puedo sola y tengo miedo de que mi hijo de 12 años quiera hacer lo mismo que su hermano” (sic).

c. Descripción de la paciente

Sara es una mujer de edad aparente a la cronológica, de estatura media, complexión robusta y tez morena. Se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona. Acude a las sesiones vestida de manera casual, por lo general de jeans, blusa, chamarra y zapatos. Presenta buen aliño e higiene personal. Posee fluidez verbal y su tono de voz es adecuado y claro. Durante las primeras sesiones se muestra cooperadora, atenta, abierta al hablar y con disposición al trabajo terapéutico, sin embargo, con el paso de las sesiones se empieza a mostrar defensiva, evitativa e incluso retadora, mostrando conductas de acting out, manifestándose resistente a su proceso terapéutico.

d. Genograma



e. Historia clínica

Eventos significativos:

Hace 9 meses, Sara pierde a su hijo mayor, después de que éste se quitara la vida al colgarse de la litera de su habitación. Cabe destacar que, previo a que Roberto se suicidara, su hermano Sergio le mostró una foto a su mamá de una imagen de marihuana que le encontró a Roberto al revisar sus cosas, al suceder esto, Sara expresa no poder creer que su hijo tuviera eso en su posesión, por lo que habló con él y le dijo: *“hay Roberto en que estas metido ahora, ahorita vas a ver que llegue tu papá”* (sic), en ese momento es cuando él se encierra en su cuarto. Sara comenta que escuchó ruidos como si movieran muebles y pensó que su hijo estaba enojado y que no quería hablar con nadie, por lo que creyó que estaba moviendo su litera, para que nadie entrara. Tiempo después, Sara entró a la habitación de su hijo y es cuando lo encuentra colgado.

Dinámica familiar:

Actualmente, Sara tiene una relación poco armoniosa principalmente con su esposo y su hijo Sergio, con quienes tiene frecuentes enfrentamientos, especialmente por la actitud que ellos muestran hacia ella, por ejemplo, ser muy celosos cuando algún hombre la voltea a ver o le habla, cuestionándola al respecto, por lo que Sara no se siente cómoda con esa situación, considerando que es una conducta exagerada por parte de ambos, deseando que no fueran de esa manera y cambiaran ese comportamiento.

Por un tiempo su esposo estuvo en la cárcel, situación que la condujo a trabajar para poder sacar adelante económicamente a su familia, siendo así durante cinco años. Sara comenta que el tiempo libre que tenía en esa época lo dedicaba a las visitas semanales a su esposo en la cárcel, dejando de lado el cuidado de sus hijos, produciéndose así una crianza periférica, distante y descuidada hacia ellos, por lo que, para compensar sus ausencias les compraba todo lo que querían, tratando de esa manera de disminuir la culpa que sentía por abandonarlos largos periodos de tiempo.

De manera personal, la falta de Roberto en casa cuando estuvo en prisión, el cuidado de sus hijos y su trabajo, la desgastaron de manera considerable a nivel moral y económico, hasta que perdió su trabajo, para dedicarse por completo al hogar y sus hijos, sin embargo, aunque ya estaba todo el tiempo en casa con ellos, Sara consideraba que era como si no los conociera, además de que estos no la respetaban ni la obedecían y tenían peleas constantes entre ellos, no estando tampoco su esposo para ayudarla.

Al volver su esposo a casa, Sara menciona que a pesar de que él observaba los problemas entre sus hijos, él los ignoraba y en algunas ocasiones cuando se encontraba molesto, les gritaba, en especial a Roberto y a ella.

Cuando Roberto entró a la adolescencia, ella notó un cambio considerable en su forma de ser, estando siempre de malas y peleando con ella y su hermano; a partir de esto, Sergio le reprochaba por querer más a su hermano y defenderlo siempre, considerando que este era su hijo consentido.

Finalmente, a partir de que Roberto se quita la vida, dentro de la familia comienzan a distanciarse cada vez más, evitando hablar de la muerte de Roberto, siendo un tema incómodo para ellos, ya que no saben de qué manera poder seguir conviviendo entre ellos como una familia, por lo que, Sara siente que ya no son una familia, sino que solamente son personas individuales conviviendo, comentando: “solo somos Roberto, Sergio y yo” (sic).

Antecedentes familiares:

Los padres de Sara se casaron a una corta edad, su mamá tenía 19 años y su papá 21, después de tres años conciben a su primera hija (Marisol) y cinco años después a Sara. Su infancia la vivió en casa de sus abuelos maternos, donde vivían todos. Posteriormente, cuando Sara tenía once años, su madre se fue un día de su casa y no volvió, evento muy significativo para ella, sintiendo el abandono por parte de su mamá. Meses después, su madre vuelve embarazada de otra persona, naciendo su hermana María, lo que ocasionó el divorcio de sus padres y, como consecuencia, ella

se queda a vivir en la casa de sus abuelos con su hermana Marisol, recibiendo la visita de su papá cada quince días y cada quince días a su mamá.

Dentro de su familia de origen, no se reporta presencia de enfermedades heredofamiliares o de alguna condición médica significativa.

En cuanto a la familia de su esposo, se destaca como significativo para este caso, la presencia de antecedentes de suicidio en dos familiares lejanos y un hermano de él (padrino de su hijo Roberto).

Ámbito escolar:

Sara asistió al kínder y a la primaria, considerando que no fue una buena estudiante, donde lo que más se le dificultaba eran las matemáticas. Al entrar a la secundaria, logra ingresar a la escuela que ella quería, que era la más prestigiada de entonces, sin embargo, no la terminó porque no iba, no hacía nada y no trabajaba, esto debido a que no tenía quien le pusiera reglas, y sus abuelos lo único que podían hacer era permitirle vivir en su casa.

Relata que durante la secundaria, era una adolescente con conductas rebeldes, lo que la llevó a no terminar sus estudios; por esta razón, su padre la metió a estudiar la secundaria en sistema abierto, pero de igual manera no acabó la escuela. Posteriormente, su madre, la ingresa a una carrera técnica en la escuela de Comercio, pero también la abandonó, faltando sólo un semestre, esto debido a que estaba saliendo con un novio y porque no era algo que la ilusionará. No le llamaba la atención estudiar algo, situación que le provocaba aburrimiento y por esa razón, no concluía sus estudios, optando por trabajar.

Ámbito social:

Sara refiere que únicamente tiene una amiga desde hace 15 años, esto debido a que sus demás amigas se fueron a vivir a Estados Unidos y ya no volvió a verlas desde entonces, ni tampoco se ha comunicado con ellas, prefiriendo que sean los demás quienes la busquen, pues no le gusta interrumpir en las actividades de las demás personas.

Los fines de semana sale con su hermana a comer y al centro comercial, y los domingos, por lo regular, va con su esposo y su hijo a algún lado, aunque casi siempre son sólo ella y su esposo ya que Sergio prefiere quedarse en casa.

A pesar de que sale habitualmente con su hermana, la relación que mantiene con ella es superficial y distante, no percibiendo tanta confianza hacia ella, manteniéndose reservada de lo que puede decirle, pues la describe con un carácter difícil, sintiéndose ante su presencia juzgada y censurada, además de que las amistades de ésta no le agradan a Sara y tampoco ellos a ella. Sin embargo, desde la muerte de su hijo, la busca para no estar sola con su esposo y su hijo.

También tiene una prima, a la cual considera su confidente y le platica siempre todo de ella y viceversa, sin embargo, no vuelve a mencionarla dentro de las sesiones.

Relaciones sentimentales:

Su primer novio lo tuvo cuando tenía 14 años y él tenía 16, con esta relación Sara menciona verse con él casada, no obstante, se trataba de una persona agresiva, mitómana, posesiva y celosa. A pesar de esto, lo veía muy atractivo, a tal grado que no sabía porque él se encontraba saliendo con ella. Cuando estaba con él tuvo su primer relación sexual y también empezó a consumir marihuana, posterior a esto, describe su relación como tormentosa, pues peleaban constantemente llegando incluso a golpearse, situaciones que llevan a Sara a terminar con él. La relación que existía entre ellos era como de una pareja casada, ya que, convivían mucho tiempo juntos, salían de viaje, la llevaba a pasear y le compraba cosas que necesitaba.

Después de este novio, durante la adolescencia y etapa posterior, tuvo varios novios más, pero solo tres fueron significativos para ella. Refiere que cambiaba uno por otro. Posteriormente, conoció a otro chico que era amigo de su primer novio, con él sólo estuvo durante un año, relatando que él no era guapo, aunque sí tenía dinero y carro, lo cual, la hacía sentir muy bien porque la llevaba a todos lados. Estando con él probó más drogas y alcohol, terminando con esta relación porque era una persona muy fría con ella y le disgustaba tener relaciones sexuales.

Finalmente, conoció a Roberto, su esposo, en su trabajo de la agencia automotriz, refiriendo que fue él quien la buscó para que salieran. Tuvieron una relación de noviazgo de un año, hasta que se embarazaron, a partir de este hecho, se deciden a vivir juntos. Al poco tiempo, comienzan las peleas debido a que Roberto no quería hacerse responsable del bebé (Roberto) y toman la decisión de vivir cada quien en su casa, así que Sara vuelve a la casa de sus abuelos maternos. Un año después, le exige a Roberto que se vayan los tres a vivir juntos, yéndose a una casa que les dieron sus suegros.

Una vez estando en su propio hogar, Sara describe a Roberto como un hombre agresivo tanto con ella como con su hijo, sobre todo cuando tomaba, siendo un hábito constante, que afloraba un comportamiento explosivo, agresivo, muy celoso y con un mal carácter, llegando incluso a golpearla y correrla de su casa, sin importar si eran altas horas de la noche. Ante esta conducta de parte de Roberto, Sara se asustaba mucho puesto que, además podía destruir muebles por lo enojado que se encontraba. En las ocasiones que su esposo la corría de su casa, ella regresaba a casa de sus abuelos hasta que él iba a buscarla, a los dos o tres días para pedirle perdón por lo sucedido y volvía con él.

Tres años después de haberse ido a vivir con Roberto, se embaraza de su segundo hijo (Sergio), al principio ella no quería tener al bebé, llegando a pensar en perderlo, desistiendo de esto debido a que la convencieron de que no lo hiciera.

Su esposo estuvo en la cárcel un año debido a la compra de una camioneta robada que hizo, no estando enterado de esto y durando todo ese año mientras se hacían las averiguaciones de su inocencia.

Área sexual:

Cuando tenía 4 años su padre abusa de ella, tocándola. Conforme fue pasando el tiempo, le pedía que ella lo tocara a él y que lo masturbara. Le hacía comentarios en los que se le insinuaba, diciéndole que era bonita y que le gustaba mucho, además de que era muy parecida a su madre. Insinuaciones que cesaron cuando su padre se enfermó del hígado y ella tuvo a su primer hijo.

El abuso ocasionó que las relaciones sexuales de Sara con sus parejas, las percibiera como algo sucio, incómodo y desagradable, puesto que no era algo placentero, teniendo recuerdos del abuso que sufrió por parte de su padre.

Actualmente, las relaciones sexuales con su esposo son buenas y placenteras, teniendo confianza y comunicación entre ellos por si se presenta algo que no les agrade.

Ámbito económico y laboral:

Después de salirse de la escuela de comercio, ingresa a varios trabajos de vendedora, donde la metía su madre, mencionando que trabajaba por lo regular en tiendas de alto prestigio, aunque sólo duraba poco tiempo en los trabajos.

Cuando ingresa en la empresa automotriz, a los 24 años, trabajaba como recepcionista, hasta que se embarazó de su primer hijo, durando sólo dos años en este empleo, el cual era bien pagado, le daban prestaciones y asistía durante pocas horas.

Posterior al nacimiento de Sergio, empiezan a tener problemas económicos por la pérdida de trabajo de Roberto, teniendo que entrar a trabajar ella para compensar el faltante económico y sustentar los gastos del hogar. Entrando a trabajar en una guardería durante un año, cuando ella tenía 30 años, pero para ella era muy pesado el trabajo debido a que tenía que cuidar a muchos niños.

En la guardería, conoció a unas personas que le pidieron que trabajara de manera particular como niñera en su casa, estando a cargo de dos niñas durante aproximadamente cuatro años, recibiendo un mejor sueldo que en su trabajo anterior.

Actualmente, para solventar sus gastos monetarios, ella tiene un microbús que compró cuando su esposo salió de la cárcel, el cual renta y, de lo que gana por este, lo ahorra para poder pagar lo que le gusta y algunos gastos de hogar, en caso de que su esposo se termine el dinero.

Por parte de su esposo no recibe un gasto, por lo que ella se solventa sus propios gastos a partir de la renta del microbús y de venderle a su esposo el coche que había comprado, además hay veces en las que le pide prestado dinero a su papá y ya no se lo paga.

Área de la salud:

Sara comenta que siempre ha sido una persona muy sana, a excepción de cuando se lastimó su pierna, tiempo durante el cual se mantuvo en cama mientras se recuperaba.

Desde que tenía 14 años, padeció de migrañas, las cuales, hasta la actualidad le provocan vómito y diarrea, cuando se encuentra en periodos de intenso estrés y preocupación. No obstante, no le dio seguimiento a este padecimiento, creyendo que fue debido a que en su casa no le dieron la atención suficiente, no volviendo al médico y prefiriendo esperar a que se le pasen los síntomas.

Hace poco tiempo, comenzó a notar que había días en los que despertaba muy hinchada de la cara, yendo al doctor para saber qué tenía, por lo que al hacerle estudios, vieron que tenía hígado graso, colitis, así como, dificultades para respirar, aunque solo es por momentos.

2. Evaluación psicológica

Se realizó una evaluación psicológica con la paciente, en la que se destacan aspectos significativos de ésta, la integración se puede visualizar a detalle en el Anexo 1.

3. Impresión diagnóstica

Rasgos del Trastorno de Duelo Complejo Persistente, específico por Duelo traumático debido a suicidio.

4. Focos de intervención

- Sensibilización con respecto al tema del suicidio.
- Identificación y expresión de emociones, asociadas a la pérdida del hijo.
- Manejo adecuado de las relaciones familiares e interpersonales.
- Elaboración del duelo.

5. Proceso terapéutico

a. Número de sesiones

Sensibilización	Historia clínica	Evaluación	Intervención	Faltas	Total de asistencias
3	3	2	3	5	11

b. Enfoque terapéutico

Debido al tema de duelo, se planeó realizar una intervención bajo un modelo de Terapia integrativa (Corsi, 2006), con la finalidad de poder abarcar las diversas áreas de la vida de la consultante que se vieron mayormente afectadas después del suicidio de su hijo, sin embargo, debido al abandono del proceso terapéutico, no se logró profundizar en dicho proceso como se tenía planeado.

Siguiendo con el modelo de Corsi (2006) en la primera fase del proceso terapéutico, se realizó una evaluación de la paciente con la finalidad de dar un orden a la información proporcionada por ella tanto en las entrevistas iniciales como en la historia clínica y la batería psicológica que le fue aplicada. Con base en esta evaluación, se lograron establecer los focos terapéuticos antes mencionados.

Análisis del caso

Se presenta el análisis del caso únicamente de las fases de sensibilización, de la diagnóstica y de las tres sesiones de intervención, esto debido a que, como ya se mencionó con anterioridad, la paciente dejó inconcluso su tratamiento, lo cual también se examinará, determinando cuáles fueron las posibles causas por las que abandonó el proceso.

De esta manera, se lograrán los objetivos que se plantearon previamente, analizando en un primer momento, dentro de la fase de sensibilización y la diagnóstica, los siguientes: (1) identificar los factores personales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo; (2) identificar los factores situacionales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo; e (3) identificar los factores interpersonales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo. Posteriormente, en la fase de intervención, se abordarán los objetivos de: (4) describir las características propias del duelo por suicidio en la paciente; (5) analizar los factores personales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo; (6) analizar los factores situacionales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo; (7) analizar los factores interpersonales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo; y (8) analizar los factores que impidieron la conclusión del proceso terapéutico.

a. Fase de sensibilización y diagnóstica

1. *Identificar los factores personales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.*

- Factores personales, dentro de estos se pueden identificar los siguientes:
 - *Características personales del doliente*: como antecedentes de salud de Sara, previos al suicidio de su hijo, se encontraba su fractura de pierna, a partir de la cual se percibía como deprimida. Al momento de la muerte, ella prefirió no levantarse de su cama y la embargaban pensamientos de muerte,

además de experimentar el suicidio como una agresión hacia ella. También, observaba que sus emociones se intensificaron a partir de ese evento.

- *Antecedentes históricos:* cuenta con un historial de duelos no resueltos, como lo son el abandono que sufrió por parte de sus padres cuando era niña, el abuso sexual que sufrió de su padre y no dejar a sus parejas hasta no tener a alguien más.
- *Variables de personalidad:*
 - Sexo de la persona: a pesar de que lo esperado sea que las mujeres sean quienes reciban mayor apoyo, no fue así en el caso de Sara, se sentía señalada y estigmatizada por las personas cercanas a ella.
 - Estilo de afrontamiento: se observa en Sara la utilización de un estilo de afrontamiento tendiente a lo pasivo y evitativo.
 - Estilo de apego: de acuerdo con la información recabada de la paciente, se podría distinguir un estilo de vinculación inseguro-ansioso, debido a que Sara se mostraba ambivalente hacia el acercamiento que mostraba hacia sus hijos.
 - Fuerza personal (autoestima y eficacia personal): muestra una personalidad reservada, insegura, pasiva, con baja autoestima, propensa a culparse y pesimista.
 - Mundo de supuestos: Sara dejó de verle sentido a la vida sin la presencia de su hijo, por lo que las metas a futuro que tenía, consideraba que ya no era posible cumplirlas.
- *Tensiones actuales:* se cambiaron de casa después de la muerte de su hijo, yéndose a vivir a la casa de sus abuelos. Tenía peleas constantes con su esposo, al grado de que él se fue de su casa después de una pelea. Con su otro hijo, se le dificultaba saber de qué manera poder acercarse a él, por temor a que pudiera quitarse la vida como su hermano.

2. Identificar los factores situacionales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.

- Factores situacionales:

- *Manera de morir:* debido a que la muerte de su hijo fue por suicidio, se incrementaban las dificultades para afrontar la pérdida. También se destaca que hubo una pelea previa entre ella y su hijo antes de que se suicidara, lo que se podría considerar como el desencadenante de la conducta.

3. Identificar los factores interpersonales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.

- Factores interpersonales:

- *Relación con el fallecido:* el fallecido era el hijo de Sara, hacia el cual mostraba mayor afecto e identificación, sintiendo un gran dolor por su pérdida.
- *La naturaleza del apego:* Sara mostraba una gran intensidad de afecto hacia su hijo, por lo que su pérdida fue muy devastadora. Su presencia era primordial para ella debido a que se identificaba con él, lo que disminuía su malestar en la convivencia con su esposo y su otro hijo. A pesar de esto, podía llegar a mostrar un estilo de crianza negligente hacia Roberto. Previo a la muerte, tuvo una pelea con él, lo que pudo ser el desencadenante de su decisión.
- *Variables sociales y familiares:* dentro de éstas se encuentran las siguientes:
 - Disponibilidad de apoyo: ella percibía una constante falta de apoyo tanto emocional, como social y familiar, evaluando negativamente lo que la gente llegaba a decirle o cuestionarle.

- Apoyo satisfactorio: no se sentía satisfecha con el apoyo social y familiar que recibía de las personas a su alrededor, además de contar con un limitado nivel de comunicación con los otros, lo que se llegaba a prestar a malos entendidos.

b. Fase de intervención

4. Describir las características propias del duelo por suicidio en la paciente.

A continuación se describen las particularidades del duelo por suicidio que fueron identificadas en Sara, ejemplificadas a partir de algún fragmento de las sesiones donde puedan ser visualizadas cada una de estas características.

- Enojo.

Manifestaba enojo al experimentar el suicidio de su hijo como un abandono hacia ella y no considerar que la estaba dejando sola. *“Como si hubiera dicho ‘no los quiero’, (...) no creo que mereciera eso, porque no lo trataba mal” (sic)*. Además, refiere, *“sentí mucho coraje con Roberto por haberme hecho esto, porque yo lo quería mucho y siempre lo defendía de su papá y le pega menos que a Sergio” (sic)*.

Incluso podía mostrar enojo debido a que, durante la semana posterior al suicidio, Sergio soñó con su hermano, en el cual le decía que los quería mucho y que lo perdonaran por lo que había hecho, pero que siempre los iba a cuidar. Ante esta situación, Sara mostró molestia porque su hijo no hubiera ido a su sueño para despedirse de ella.

- Culpa.

Se culpaba por tener días en los que se sentía muy bien, considerando que no debería sentirse de esa manera, ya que su hijo no estaba vivo. Por lo cual, no salía a fiestas puesto que expresaba no sentirse lista para salir, ni si quiera cuando eran familiares, ya que esto implicaba bailar, divertirse, no creyendo que fuera el momento aún para esto.

También, podía llegar a culparse por no haber hecho algo para prevenir su muerte, al manifestar: *“Era algo que yo no sabía, si yo hubiera sabido que mi niño tenía esa tendencia a hacerlo o que mi hijo decía que de verdad lo iba a hacer, yo lo hubiera metido a una terapia, hubiera encontrado una manera de ayudarlo, pero yo no lo sabía, yo lo supe desgraciadamente hasta que pasó” (sic).*

Se sentía culpable por desear tener dinero y envidiar las posesiones materiales de sus cuñadas, cuando murió su hijo, la gente los apoyó brindándoles una gran cantidad de dinero, por lo que pensaba: *“de que me sirve, no me sirve de nada, prefiero no tener nada, con tal de que mi hijo estuviera vivo” (sic).*

En la semana que se suicidó Roberto, tenía pensamientos vinculados con la pérdida de alguien, *“si me faltara alguien estaría mejor, me sentiría más tranquila” (sic)*, ideaciones relacionadas con la posible muerte de sus abuelos, quienes ya son mayores, se sumaba a esto, síntomas físicos como cólicos estomacales intensos que le duraron durante tres días, considerando que podía morirse, hasta el día que falleció Roberto, agregando *“creía que era yo, pero jamás mi hijo (...) hubiera preferido que fuera yo la que muriera y no mi hijo” (sic)*. Lo que podría significar que se culpaba indirectamente por desear la muerte de alguien.

- Miedo.

Mostraba miedo por sus propios pensamientos de muerte, pudiendo tener el mismo destino que su hijo, mencionando: *“Me pasa más en las noches, porque fue cuando sucedió como a eso de las 9 de la noche, sobre todo en días lluviosos o nublados, a veces en las noches en el balcón veo al cielo negro, y pienso ‘quisiera morirme en este momento, para ya no pensar y no sentirme triste, preferiría no estar, debería de morirme ahorita, me debería aventar’, pero me da miedo aventarme, a veces he pensado, ‘si mi hijo lo hizo porque yo no’. Yo creo que por eso lo evito todo, porque yo sé que si pienso y pienso voy a terminar haciéndole así, por eso prefiero evitarlo todo y borrarlo” (sic).*

- Shock e incredulidad.

En un primer momento después de la muerte de su hijo, Sara se encontraba en un estado de shock e incredulidad; especialmente porque nunca imaginó que lo que estaba haciendo su hijo en su cuarto era quitarse la vida. Ella describe que no podía llorar, no lograba verse de qué manera se encontraba, diciéndose a sí misma: *“no, él no está muerto, no está muerto” (sic)*, al momento de ir al panteón se levantó y continuó con su rutina como todos los días, se bañó y se arregló, lo cual, fue estigmatizado por los demás, ocasionando que se sintiera vulnerable, impotente, que disminuyera su seguridad y se encontrara en un estado constante de preocupación y ansiedad.

Es por esto que se cuestionaba, *“Por qué yo no pude estar así tan mal, por qué no me pude poner así como loca, pero es por mi forma de ser o porque yo sentía que no me caía el 20, incluso en la delegación nos dijeron, tienen que ir los dos a reconocer el cuerpo, y yo ya no fui solo fue mi esposo” (sic)*.

Ante la insistencia de sus cuñadas para que llorara, no lograba hacerlo posiblemente por el entumecimiento en el que se encontraba al no poder asimilar lo que sucedió, *“solo lloraba por ratitos y se me quitaba, sentía el sentimiento atorado en el pecho. Obviamente a mí me dolió hasta el alma y todo, pero yo decía, porque no me pude como otras personas (...)” (sic)*.

- Estigma social.

Sara percibía un gran estigma social, especialmente de parte de las personas cercanas a ella, lo que ocasionaba que se molestara por los comentarios que le llegaban a hacer, mediante los cuales responsabilizaban a la familia por el suicidio de Roberto.

Cuando se encontraban en el panteón, llegó arreglada, por lo que percibió la crítica de las personas, comentando: *“(...) la gente me criticó y decía ay hasta se bañó, ay hasta se pintó, y bueno yo al momento hice lo normal como yo soy, yo veía a mi esposo y como lo veía más mal, y decía a la mejor yo soy la que está mal o yo soy mala o porque yo no puedo llorar como él, van a pensar que yo no quiero a mi hijo,*

cuando soy la mamá, yo sentía ese sentimiento de toda la gente me va a ver y van pensar que yo no quise a mi hijo o que yo tuve la culpa, no sé, yo tenía esos sentimientos” (sic).

Posteriormente, cuando se encontraba a la gente que la conocía en la calle se sentía juzgada y culpada por lo que sucedió, mencionando: *“Es un poco triste que de repente la gente cuando se da ese tipo de casos, la gente juzga sin saber, sin conocer, que den por hecho las cosas y digan es que ellos eran malos... y que yo tenga que andar justificando” (sic).*

- Problemas de apoyo social y aislamiento.

Sumado al punto anterior, se observaban problemas de apoyo social, lo que provocaba aislamiento tanto dentro de la familia como fuera de ésta. La falta de apoyo familiar, se presentaba por parte de su madre y de su esposo, quienes la culpaban debido a que Roberto se suicidó cuando estaba a su cuidado. Por otro lado, dentro de la familia no hablaban entre ellos sobre cómo se sentían con la muerte de Roberto, y tampoco Sara había querido tocar el tema, sintiéndose incómoda de poder expresar sus sentimientos por considerar que su hijo y su esposo se podían burlar de ella. Además de evitar ir a su casa para no tener recuerdos dolorosos de su hijo.

En cuanto a la falta de apoyo social, le provocaba malestar que las personas estuvieran preguntando constantemente por la muerte de su hijo y por tener que estar dándoles explicaciones sobre lo que le pasó. Estas circunstancias que fue experimentado, le disgustaban pues creía que *“la gente sólo se enfoca en que fuimos malos padres y por eso mi hijo se suicidó” (sic)*; por lo cual, constantemente tenía que debatirse entre saber que lo ocurrido no fue su culpa y considerar que quizá hizo algo malo, encontrándose en un estado de confusión por no saber qué pensar.

- Necesidad de encontrar una explicación para entender el “por qué”.

Surge en ella una necesidad de encontrar una explicación para entender el “por qué”, siendo su primera acción entrar al *Facebook* de Roberto para poder encontrar una respuesta. Al revivir constantemente lo que sucedió, intentaba encontrar de qué

manera podría haberlo evitado, comportamiento que quería detener debido a que la hacía sentir mal, reconociendo que no era bueno para ella seguir reviviéndolo.

Dentro de su familia, algunos le habían dicho que ya no debía de estar indagando más acerca de lo que ocurrió con su hijo, pues solo se haría más daño. Aun así Sara continuó con ciertos pensamientos rumiativos: *“Yo sé que ya pasó y todo, y por más que me dicen y todo, de repente me vuelve a la mente preguntas se sí será por esto, será por lo otro” (sic).*

- Posibles intentos de suicidio.

No se observa como tal una intencionalidad suicida en Sara, sin embargo, hay presencia de ideas vinculadas con su propia muerte, refiriendo: *“A veces pienso que si pienso mucho en él (Roberto) o en todo lo que me pasó, preferiría morirme, preferiría estar muerta para no pensar, por eso no quiero pensar en eso, porque cuando pienso en eso me da tanta tristeza y dolor que preferiría estar muerta, cuando pienso en su pérdida y que ya no lo voy a volver a ver, me quiero morir yo también (...)” (sic).*

Pareciera que sus deseo de morir se presentaban mucho antes de la muerte de Roberto, desde sus pensamientos vinculados con una enfermedad terminal como posibilidad de tener cáncer por los cólicos tan fuerte que tenía; también síntomas físicos como el adormecimientos de las extremidades, taquicardias y malestar en el hígado, lo cual la llevaba a concluir que moriría. Hasta su deseo por querer morir joven: *“Qué va a ser de mi vida cuando me quede sola, prefiero morirme joven. No me gustaría llegar a viejita y vivir tantos años y causar lástima, como que no” (sic).*

- El carácter ambiguo de la muerte.

Debido al carácter ambiguo de la muerte, Sara mostraba sentimientos de ambivalencia hacia Roberto, teniendo sentimientos de amor y cariño por él, aunque también estaba presente un intenso dolor y enojo por su muerte. Es decir, demostraba un intenso cariño y amor hacia su hijo por todo lo que representaba para ella, sin embargo, también sentía un gran enojo hacia él por haberla abandonado y no considerar que la iba a lastimar si ya no se encontraba con ella.

- El carácter violento de la muerte.

El carácter violento de la muerte, provocaba que Sara tomara la decisión de Roberto como una agresión hacia ella, *“como si hubiera dicho no los quiero, (...) no creo que mereciera eso, porque no lo trataba mal, siempre lo defendí, lo quería mucho y a veces pienso ¿Por qué me hiciste esto? (...) con él sentía una conexión especial, Roberto era un reflejo de mí, era como yo (...) y a veces cuando abrazo a Sergio pienso que es Roberto” (sic).*

El verlo en la cama y en el ataúd, eran imágenes impactantes para ella, por lo que, prefería poder bloquearlo de su mente, embargándola sentimientos de tristeza que la hacían llorar, por lo que debía decirse a sí misma, *“no, no ya pasó, no hay nada que pueda hacer” (sic).*

- El carácter repentino de la pérdida.

Al poseer un carácter repentino la pérdida, Sara tuvo una reacción de shock y negación inicial, mencionando: *“no tenía idea de lo que iba a hacer, sino no me hubiera despegado de él” (sic).* El día que murió Roberto, Sara decidió no ver su cuerpo, *“porque sentí que ese ya no era mi hijo, y quería recordarlo como era” (sic).*

5. Analizar los factores personales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.

- Factores personales:

- *Características personales del doliente:*

Previo a la muerte de su hijo, Sara percibió que la dinámica en su familia comenzó a desestabilizarse después de la fractura de su pierna, ya que, a partir de este evento se vio afectado el cuidado que le daba a sus hijos, no estando tan pendiente de ellos; además, refería que su esposo no la apoyaba con ellos. De esta manera, la atención de Sara se enfocó únicamente en la recuperación de su pierna pues corría el riesgo de perderla, éste acontecimiento lo notó como un momento clave en sus vidas puesto que lo vivió como un periodo de gran estrés, en donde *“entré en un periodo de depresión y es cuando las cosas se vienen abajo” (sic).*

Dicha situación, la hizo sentirse culpable por no haber dedicado el tiempo suficiente para observar mejor a su hijo y *“darse cuenta de lo que estaba pasando”*, considerando que si ella hubiera prestado mayor atención a algún indicador de que su hijo se quería suicidar, le habría buscado ayuda. En la **Sesión #7**, comenta: *“Era algo que yo no sabía, si yo hubiera sabido que mi niño tenía esa tendencia a hacerlo o que mi hijo decía que de verdad lo iba a hacer, yo lo hubiera metido a una terapia, hubiera encontrado una manera de ayudarlo, pero yo no lo sabía, yo lo supe desgraciadamente hasta que pasó” (sic).*

Posterior al suicidio de Roberto, ella manifestó que prefería mantenerse acostada y no tenía ánimo de levantarse, además de la aparición de pensamientos vinculados con su propia muerte, por ejemplo, querer quitarse la vida como su hijo y se sentía sin ganas de vivir, pensando: *“no tiene caso estar porque mi hijo no está conmigo” (sic)* sin embargo, no consideraba tener el valor necesario para terminar con su vida.

El suicidio fue visto por Sara como una agresión hacia sí, refiriendo: *“como si hubiera dicho ‘no los quiero’, (...) no creo que mereciera eso, porque no lo trataba*

mal (sic); y se llegó a cuestionar: “¿Por qué me hiciste esto?” (sic). Su pérdida es vivida como un abandono, debido a que sentía una gran identificación con su hijo, llegando a decir “Roberto era conmigo y Sergio con su papá. (...) Me veía reflejada en Roberto, era como verme a sí misma, (...) no me pasa lo mismo con Sergio, porque él es igual a su papá” (sic).

Otro factor a destacar fue, que observó un cambio en la intensidad de sus emociones después de la muerte, siendo éstas más intensas en comparación a cómo eran previo al suceso, especialmente ante ciertas situaciones que le provocaban reacciones diferentes. Antes se consideraba una persona muy sensible, ya que ante cualquier situación que veía que le provocaba tristeza (por ejemplo, películas tristes) lloraba; posteriormente, ya no era de esa manera, comentando en la **Sesión #6**: “Como que todo lo que me dolía, ya no me duele, como que digo, lo peor que me pudo haber pasado en la vida, ya me pasó, entonces esto para mí ya no es nada, como que me hizo ser más fría más fuerte, no sé” (sic).

- *Antecedentes históricos:*

Se destaca que Sara ha tenido duelos previos no resueltos, como el abandono que sufrió por parte de sus padres cuando era pequeña, algo a lo que constantemente hacía alusión a lo largo de las sesiones, considerando que era debido a esta situación que ella no sabía cómo acercarse emocionalmente a sus hijos, ya que, sus padres nunca fueron así con ella y no aprendió a hacerlo.

Durante la **Sesión #2** menciona: “Se me dificulta acercarme a Sergio, yo creo que es debido a que mis padres tampoco fueron muy cercanos a mí, pues se separaron cuando era muy chica, dejándome al cuidado de mis abuelos, así que siempre hice lo que quise de mi vida, de milagro no me pasó nada (...) yo consumía alcohol y también probé las drogas, no sé si éstas sean las razones por las cuales no sé cómo dirigirme a mi hijo” (sic). Se observa cómo ante un evento de abandono por parte de las figuras parentales, su respuesta se volcó hacia conductas autodestructivas, como una manera de expresar sus sentimientos de desamparo, frustración o ira (Buendía et al., 2004) o bien, como una forma indirecta de dañar a las

personas que le causaron dolor (mamá y papá), propio de las personas con este tipo de conductas (Sullivan & Everstine, 2000).

En cuanto a la partida de su madre de casa, ésta se fue cuando Sara tenía 11 años, sintiendo gran enojo hacia ella por no cumplir con su papel como madre y no protegerla cuando su padre abusó de ella, sentimiento que conservó hasta el presente, manifestando rencor por no haber tenido un modelo de madre a seguir, juzgándola por estar con varias parejas después de su padre. En la **Sesión #10** hace referencia al ideal de padres que ella hubiera esperado tener, tomando como ejemplo a sus abuelos: *“Para mí, mi abuelito es una persona perfecta que nunca agredió a mi abuelita, ni se dejaron nunca, a diferencia de mi mamá quien me abandonó cuando era pequeña y se casó cuatro veces (...). Mi mamá siempre vivía sólo para sus parejas y sólo nos mandaba dinero. (...) nunca tuve la atención de mis papás porque nos abandonaron con mis abuelitos” (sic).*

Por su parte, la visión que tenía de su padre va a en dos sentidos: el primero es el enojo que sintió por haberla dejado al cuidado de sus abuelos después del divorcio y recibir sus visitas esporádicamente; y por otro lado, se encuentra el tema del abuso sexual de su parte del que fue víctima, acto hacia el que experimentó un gran rencor y frustración que, en la mayoría de las ocasiones es negado y reprimido, llegando a referir en la **Sesión #2**: *“no es que hubiera abusado de mí, (...) él sólo me tocaba. (...) ahora ya lo perdoné y lo quiero mucho” (sic).*

El abuso comenzó cuando ella tenía alrededor de 4 años, nunca hubo penetración, no obstante, su padre hacía que ella lo tocara y lo masturbara. Sumado a estas conductas, él le decía que era bonita y que le gustaba mucho, porque se parecía mucho a su mamá y ella no podía decirle que se detuviera; comportamiento que finaliza hasta que él se enfermó del hígado, sin embargo, las insinuaciones continuaron hasta que nació Roberto. En el transcurso de la **Sesión #10**, platica sobre las dificultades que tenía para impedir que siguiera la conducta abusiva: *“(...) yo no podía decirle que no se acercara, se detuvo hasta que me embaracé de Roberto, evadía sus insinuaciones y hablaba de algo diferente. Por eso, cuando nació Roberto*

lo lleva con él para que él viera que ya era madre y se detuviera. Le platicaba sobre mi vida para que viera que él sólo era mi papá” (sic).

Como consecuencia del abuso, Sara mencionaba que no disfrutaba al tener relaciones sexuales porque lo veía como algo sucio, no siendo placentero, agregando que, le venían a la mente los recuerdos de su padre. En la **Sesión #10** hablaba un poco más acerca del abuso, diciendo que: *“no podía entender cómo un padre podía hacer ese tipo de cosas, creía que él debía protegerme, (...) sólo me lo hacía a mí, a mi hermana no (...), era algo sucio, incómodo y feo para mí. (...) Trataba de no pensar en lo que sucedió porque no era algo que pudiera entender que pudiera suceder, porque los papás son incapaces de hacer algo así, yo veía a mi abuelito que él jamás sería así, él es un hombre de verdad” (sic).* De esta manera, hubo una mayor aceptación del malestar, enojo y confusión que le causó el abuso del que fue víctima, logrando manifestar qué implicó para ella estar reviviendo ese evento traumático.

Por otro lado, durante el transcurso de su vida, tuvo varias parejas, comentando: *“como que cambiaba uno por otro” (sic)*, lo que puede ser visto como un conflicto para permanecer sola, dificultándosele elaborar las pérdidas, por lo que buscaba que siempre hubiera alguien a su lado sin importar si se trataba de relaciones conflictivas y violentas, siendo así la mayoría de ellas; además, parece que hay una búsqueda de compensar la necesidad de afecto con la obtención de beneficios materiales por parte de sus parejas, por ejemplo, que le compraran cosas, tener cierto status socioeconómico, como que ellos tuvieran auto o la llevaran a pasear.

Esta situación de no estar sola, se repite en la relación que tiene con su esposo, pues manifestaba ya no estar a gusto con ésta, mencionando sentirse *“triste porque la persona que elegí para ser el padre de mis hijos me devalúe” (sic)*; sin embargo, no quería dejarlo, dando como explicación que no deseaba hacerle daño a Sergio, mostrándose confundida con su relación refiriendo: *“no sé qué es lo que quiero, si estar con mi esposo o no, (...) no lo quiero dejar para no dañar más a Sergio” (sic)*. En esta ocasión, no tenía a otra persona para cambiar la relación con su esposo, por lo que depositó esta responsabilidad en su hijo. Tomar la decisión de separarse podría tratarse de otra pérdida a la que no estaba lista para enfrentarse, puesto que hacerlo,

implicaría tener que responsabilizarse de sí misma y de su hijo, pudiendo no percibirse con las capacidades necesarias para lograrlo.

- *Variables de personalidad:*

- Sexo de la persona:

De acuerdo con lo observado en la literatura, se considera que hay una mayor tendencia a recibir ayuda de su red de apoyo, sin embargo, en el caso de Sara, éste es percibido por ella como limitado, especialmente por parte de las personas cercanas a ella. Esto debido a que la mayoría le hacían comentarios tratando de buscar responsables por la muerte de su hijo, declaraciones que le provocaban que dudara de lo que hizo, sintiéndose culpable por ello.

La reacción por parte de las demás personas le provocaba malestar emocional, comentando durante la **Sesión #7**, lo siguiente: *“Es un poco triste que de repente la gente cuando se dan ese tipo de casos, la gente juzga sin saber, sin conocer, que den por hecho las cosas y digan es que ellos eran malos (...) y que yo tenga que andar justificando”* (sic). Incluso es su misma madre, después de enterarse del suicidio de Roberto quien le reclamó por no haber cuidado bien a su nieto y haber provocado que se quitara la vida, culpabilizándola.

Esta estigmatización social, la pudo llevar a reconsiderar que quizá tenía la posibilidad de haber hecho algo más por su hijo, culpabilizándose por ello, siendo común que se piense que no fue lo suficientemente buena para evitar el suicidio, no cumpliendo de manera adecuada con el objetivo de cuidar de él (McIntosh & Jordan, 2011; Wolf, 2016).

- Estilo de afrontamiento:

Predominantemente, se observaba un estilo de afrontamiento tendiente a la evitación, principalmente cuando se enfrentaba a situaciones que no sabía cómo manejar, por ejemplo, cuando tenía desacuerdos con las personas a su alrededor, prefiriendo cortar la comunicación con ellos, considerando que los otros eran quienes debían disculparse, de otra manera, no volvía a establecer la comunicación con ellos, llegando

a comentar: *“Te vas, ya no te veo y pierdo relación con las personas. Cuando algo me molesta de una persona le dejo de hablar” (sic).*

En cuanto a la relación con su esposo, se notaba un patrón similar, cuando tenía una discusión con él, evitaba el conflicto hasta que las cosas volvían a ser como antes, no hablando de la problemática en ningún momento.

Cuando su hijo presenciaba las peleas entre ella y su esposo, no le aclaraba lo que sucedía entre ellos, refiriendo: *“doy por hecho que Sergio sabe que no es cierto (...) él sabe cómo es su papá de violento, además sólo se mete en las peleas cuando nos pegamos o lloramos” (sic).* Al igual que ocurría con su esposo, evitaba darle una explicación a Sergio sobre lo que ocurría entre ella y su papá. También, prefería no acercarse a él con la intención de no provocarle reacciones impulsivas, mencionando: *“no sé como tratar a Sergio, tengo miedo de hacerlo enojar, porque fue lo que pasó con Roberto y no quiero que vuelva a ocurrir lo mismo” (sic).*

De igual manera, ha evitado tomar la decisión de separarse de su esposo, por lo que implicaría tener que hacerse cargo por sí sola del cuidado de Sergio, dentro de lo que se encontraría tener que buscar un empleo para tener su propio ingreso económico. Para esto, en la **Sesión #6**, argumenta: *“No creo poder hacerme cargo por mí misma del cuidado de Sergio, por la actitud rebelde que tiene conmigo cuando su padre no está presente, estoy más tranquila con la presencia de su padre, para ayudarme por lo menos estando ahí, me hace sentir con más confianza con su presencia. (...). Tengo miedo de dejar solo a Sergio si me voy a trabajar (...) por eso quisiera estar bien con mi esposo, por el bien de Sergio” (sic).*

Desde la muerte de Roberto, utilizaba como una manera de afrontar el dolor que implicaba su pérdida, el pensar en otras cosas o distraerse en sus actividades, con el objetivo de no sentirse mal por su muerte, *“porque si no me deprimó” (sic).*

También refiere: *“Días después de la muerte de Roberto, y ahora también, sigo sintiendo mucha ansiedad y unas ganas intensas de estar comiendo algo, generalmente chatarra y a pesar de que haya terminado de comer, sigo sintiendo un vacío aquí [tocándose el estómago] como un hueco que nada puede llenar (...).*

También, últimamente me ha dado una compulsión por comprar cosas, como zapatos, ropa y accesorios, es como una necesidad de tener-tener (...). Para mí comprar es un gusto, un placer y una satisfacción, inclusive cuando mi papá me ve comprar ropa me dice que me ve mejor (...) no sé, es lo único que me hace sentir mejor” (sic). Pareciera, que realizaba estas acciones con la finalidad de poder llenar el vacío que sentía por la pérdida de su hijo y como una manera de no pensar en que le faltaba algo.

Una vez que reflexionó sobre las posibles causas que condujeron a su hijo a quitarse la vida, logró ver que no pudo percatarse de ciertas conductas que él tenía y que tal vez, requería de cierto tipo de ayuda, aunque *“eso ahora lo pienso pero es algo que sé que ya pasó y no puedo revertir. (...) Roberto estuvo viendo a una psicóloga, y pienso: porque ella no vio esos indicadores e hizo algo para evitarlo, si era ella la que hablaba con él” (sic).* Su manera de afrontar esta revelación que hizo es ambivalente, ya que, por un lado aceptó que hubo señales de riesgo y que era algo irreversible ahora; y por otro, responsabilizó a un tercero de no haber hecho algo para evitar la muerte de su hijo. Nuevamente evadiendo la parte de responsabilidad que le corresponde.

Finalmente, de acuerdo a la información recabada de Sara, se observa que ante ciertas situaciones podía recurrir a conductas autodestructivas, por ejemplo, cuando era joven después del abandono de sus padres, se volcó hacia el consumo del alcohol, drogas y relaciones conflictivas y violentas.

- Fuerza personal (autoestima y eficacia personal):

Las características propias que se pueden detectar en Sara son, que contaba con una personalidad reservada, insegura, pasiva y autocrítica; mostraba una baja autoestima, siendo propensa a culparse y con una actitud pesimista. Se suma a estas características el hecho de que estuvo expuesta a experiencias negativas que han desencadenado en ella una gran insatisfacción por las condiciones actuales de su vida (por ejemplo, la pérdida de su hijo, el abuso sexual y el abandono de sus padres).

También, a partir de la muerte de Roberto, comenzó a presentar una disminución en sus emociones positivas y anhedonia ante condiciones que antes le causaban placer, por lo que ahora, evita situaciones sociales y muestra un decremento en sus intereses.

Durante el siguiente fragmento de la **Sesión #8** se puede observar esta disminución de interés en la convivencia familiar, tanto por no sentirse preparada para permitirse disfrutar como por el miedo a que pudiera ser juzgada, en especial, por su hermana en quien parece no tener mucha confianza:

S: (...) casi no salgo a fiestas porque no me siento lista para salir, tampoco quiero salir a fiestas familiares porque implica bailar, divertirse y no creo que sea el momento aún.

T: ¿Qué cree que pudiera pasar si usted asistiera a una fiesta con su familia?

S: Con mi hermana no tengo tanta confianza, porque tiene un carácter difícil (...). Me sentiría juzgada por ella y siento que me puede censurar.

Cabe destacar que, la mayor parte del tiempo Sara se mostraba hacia los otros como una persona que necesitaba ser protegida y rescatada, la cual, ha recibido desde que recuerda el rechazo de las personas. Sin embargo, en ciertos momentos actuaba mediante conductas hostiles, primordialmente cuando se le decía algo que iba en contra de lo que ella pensaba o esperaba escuchar y recibir de los demás. Por ejemplo, al inicio de la **Sesión #4** se presenta lo siguiente:

T: ¿Cómo ha estado?, hace dos semanas que no nos vemos, ¿sucedió algo?

S: He estado bien, faltamos porque Sergio y yo nos enfermamos y la siguiente semana mi esposo no nos pudo traer y no sé llegar en camión y en taxi, me queda muy lejos.

T: Lo importante es que ya están aquí. Solo es importante que recuerde que si no habla al centro para cancelar sus sesiones se le puede dar de baja del servicio.

S: Bueno, pero lo que importa es que ya estoy aquí y ya no va a volver a pasar.

En otra ocasión, en la **Sesión #9** después de platicar de por qué creía que ya no eran una familia, comenzó a tener un ataque de tos, diciéndole a la terapeuta: “¿Si le abres a la ventana? Como que me estoy ahogando” (sic) [con un tono serio y tajante, hablándole en primera persona, cuando siempre lo hacía en tercera].

También, al observar su discurso surgen inconsistencias en lo que decía de sí misma, en un primer momento consideraba que “*tengo la sangre pesada, soy una persona sangrona y por eso mucha gente no me habla o me desairan cuando me ven*” (sic); posteriormente, agrega “*no sé porque las personas son así si no me conocen, siempre hay gente que te rechaza y que no le caes bien, ...que ni siquiera te dan la mano*” (sic). Ella no lograba notar que en ocasiones, la actitud que llegaba a mostrar a las demás personas era la que podía generar las conductas de rechazo hacia sí, culpabilizando completamente a los otros de que ella se sintiera excluida y agredida, generando así la razón por la cual creía que debía ser rescatada de quienes no estaban de acuerdo con ella.

- Mundo de supuestos:

Una vez que murió su hijo, Sara se cuestionaba cuál sería de ahora en adelante su proyecto de vida, ya que, antes su meta era trabajar para tener dinero y salir con sus hijos, pero después desde que no estaba su hijo ya no tenía esa motivación. Esto se puede ejemplificar durante la **Sesión #9**:

S: Antes mi meta era trabajar para tener dinero y salir con mis hijos, pero ahora desde que no está mi hijo ya no tengo esas ganas, porque con un solo hijo qué voy a hacer (...) tengo miedo a pensar que haré de mi vida en un futuro, porque yo ya había planeado mi vida con mis hijos, con un solo hijo me ha cambiado totalmente la vida.

T: Sé que es difícil el poder pensar en qué va a hacer ahora con su vida, cuando antes ya tenía toda una idea planeada de lo que quería, sin embargo, es importante que pueda comenzar a reajustar qué es eso que quiere para su vida, con la idea de que sólo está presente uno de sus hijos, además de las cosas que pueda hacer para usted también, distribuyendo su espacio y su tiempo para que pueda dedicárselo tanto a Sergio como a usted. Cuando perdemos a nuestros seres queridos, llega el momento

en el que uno tiene que ver su mundo desde otra mirada y reorganizarse a partir de ésta. Es normal que en ocasiones se pueda llegar a sentir atemorizada por no saber qué es lo que pasará en el futuro, por lo cual es importante que se visualice en el presente y que piense en qué puede hacer ahora para que eso que no le gusta se pueda cambiar.

*Nota: mientras se le comenta esto, hay un incremento en la tos que había estado teniendo durante algunos momentos de la sesión.

S: Me da un poquito de miedo e incertidumbre, pero sí creo que tiene razón en que tengo que vivir mi vida en el presente y no estarme anticipando.

- *Tensiones actuales:*

A partir de la pérdida de Roberto, se dieron varios cambios, dentro de ellos se encuentran: el mudarse a la casa de sus abuelos para no estar en la casa donde su hijo se suicidó; tener que adaptarse a la nueva dinámica familiar, es decir, que pudieran convivir los tres nuevamente como familia; la presencia evidente de ciertos conflictos y tensiones entre ella y su esposo, como las peleas constantes que llegaban a tener; y lo difícil que ha sido para ella vincularse más de cerca con Sergio.

El que no haya podido volver a su casa, está relacionado con la presencia de recuerdos dolorosos, por lo que prefirió quedarse en casa de sus abuelos, a pesar de que no se sentía cómoda ahí. Por ejemplo, en la **Sesión #6** refiere: *“Hay momentos en los que sí me siento un poco mejor, pero hay cosas por ejemplo, si veo algo que me recuerde a mi hijo pues no lo puedo evitar y me pongo a llorar, o si voy a la casa hay cosas que veo, cosas que me recuerdan y... pero ya son menos o sea como que ya son momentitos nada más, como que me desahogo y ya” (sic)*. De igual manera, se permitió llorar por la muerte de su hijo, no sólo dentro de la terapia sino también en su vida diaria, como una expresión de su malestar, lo cual no había logrado realizar con anterioridad.

Podía incluso afligirse cuando veía algo que vinculaba con su hijo o su pérdida, como hablar con gente que lo conoció o ver programas de televisión o películas. En la

Sesión #8, manifiesta: *“En ocasiones me siento triste por recuerdos o programas de televisión que me recuerdan a mi hijo y lloro. También la señora que me corta el pelo, el otro día me recordó cuando le cortaba el pelo a mi hijo y me puse a llorar” (sic).*

En cuanto a la relación con la familia, le fue complicado acoplarse nuevamente a la convivencia con su esposo y su hijo, puesto que en ese momento tenía una sensación de que ya no conformaban una familia. Se ejemplifica en el siguiente fragmento de la **Sesión #9**:

S: Desde que no está Roberto, se me dificulta salir sólo con mi esposo y Sergio, prefiero que vaya mi hermana o alguien más con nosotros, porque no nos veo juntos como una familia. Evito estar nosotros tres como familia, siento que ya no somos una familia (...) solo somos nosotros tres. Además, Sergio imita mucho a su papá, con sus actitudes y conductas, siendo grosero.

T: Si no son una familia, ¿entonces qué son?

S: Pues yo lo veo como si fuéramos Roberto, Sergio y Sara. Como que siento que sólo somos Roberto y yo, como que no hemos integrado a nuestros hijos con nosotros, creo que estamos mal. Nuestra familia se ha basado, en que si estamos bien Roberto y yo, todo está bien, pero si estamos mal él y yo o tenemos problemas, siento que no sé, como que todo se basa en él y yo, todo depende de nuestro estado de ánimo en cómo estemos él y yo.

En la **Sesión #5**, Sara y su esposo tuvieron una discusión, en la que le pidió que se fuera de la casa de sus abuelos, por lo que éste la amenazó con llevarse a Sergio con él, sin embargo, su hijo le dijo que prefería quedarse con su mamá. Sara agrega: *“antes ya le había pedido a mi esposo que se fuera de la casa, pero nunca lo había hecho hasta esta ocasión (...). Creo que él es una persona muy egoísta, todo lo que tenga que ver con nosotros no le toma importancia (...). Me preocupé cuando me dijo que se iba a ir de la casa, porque se iba a llevar a Sergio, entonces le dije que no le iba a permitir que se lo llevara, pero él insistió y mejor le pregunté a Sergio si quería irse con su papá o quedarse conmigo y prefirió quedarse” (sic).*

Por otro lado, mantenía un pensamiento constante en el que consideraba que en algún momento de su vida se quedaría sola, esto debido a las actitudes y conductas que Sergio mostraba con ella, comparándolas con la manera de ser de su esposo. Por lo cual, era probable que exhibiera cierto rechazo hacia Sergio y, como consiguiente que se le obstaculizara establecer una mejor relación con él, ya que incluso, era difícil para Sara poder notar que había momentos en los que Sergio la buscaba afectivamente. Esto se ejemplifica en la **Sesión #9**:

S: Yo ya me hice a la idea de que estoy sola, de que pase lo que pase él (Sergio) va a seguir a su papá y va a estar con su papá, entonces yo digo, como para qué si de todas maneras haga lo que haga y diga lo que diga, Sergio lo único que quiere de mí es que le compre cosas, como que siento que a mí solo me quiere para que le compre y le de lo que quiere económicamente, pero todo lo demás con su papá, como que se identifica con él, son muy muy parecidos.

T: Esto que observa de su hijo es muy importante. Sin embargo, también es importante que recuerde que cuando su esposo se fue de la casa, Sergio decidió quedarse con usted y no irse con su papá. Pareciera que él desea estar con su mamá también. A veces, pudiera dificultársele ver que su hijo la busca también a nivel emocional, como por ejemplo, cuando la abraza espontáneamente y le demuestra su cariño. ¿Qué piensa de esto?

S: No sé, pero siempre es lo que he pensado, pues es lo único que pide de mí creo yo. Yo sé que estoy mal, y no es que a Sergio lo rechace, pero me cuesta trabajo identificarme con él por su forma de ser, yo creo que como tiene muchas actitudes de su papá, para mí es como... no sé yo sé que está mal, es que cuando yo veía a 'Robert' era de otra manera y cuando veo a Sergio es como si viera a su papá, yo creo que a mi esposo le pasaba lo mismo con 'Robert'.

T: [silencio]

S: Con Roberto, mi esposo siempre le llamaba la atención, le gritaba y lo insultaba. Y a mí me pasa mucho con Sergio, si lo quiero y todo, pero hay una parte

muy pequeña que me cuesta, debido a su manera de ser (...) aunque me esfuerce por llevarme bien con él se me dificulta mucho.

Por su parte, constantemente considera que la razón por la que sigue su relación con su esposo es por el temor que tiene a que Sergio reaccione impulsivamente como su hermano, esto debido a que comienza a tener conductas parecidas a éste, como lo es mantener su distancia de ella (aislamiento), saber poco de lo que hace su hijo y dificultad para acercarse a él. En la **Sesión #6** dice: *“No quiero separarme de mi esposo hasta que Sergio se encuentre más grande, creo que la separación podría perjudicarlo, por la relación tan cercana que tiene con su padre” (sic).*

6. Analizar los factores situacionales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.

- Factores situacionales:

- *Manera de morir:*

Como primer punto a destacar, es que la pérdida de su hijo se trató de una muerte provocada por suicidio, la cual se considera como un fallecimiento violento, repentino y estigmatizado; además de ser ella quien lo encuentra colgado, siendo un gran impacto.

Debido a que la muerte ocurrió en la habitación de su hijo, esto provocó que decidieran irse a vivir a casa de sus abuelos. Es importante destacar que cuando Sara platicó sobre la mudanza, dijo lo siguiente: *“nos fuimos a vivir los cuatro” (sic)*, como si Roberto aún estuviera vivo, es decir, aún era difícil para ella poder asimilar que solamente estaba ella con su esposo y Sergio.

Previo al suicidio de Roberto, en varias ocasiones, Sergio le dijo a Sara que su hermano tomaba alcohol y fumaba marihuana, sin embargo, ésta nunca le quiso creer que su hijo hiciera eso, *“porque yo creía ciegamente en mi hijo” (sic)*. De esta manera, Sara le otorgaba una mayor credibilidad a Roberto sobre los comentarios y evidencias que tanto Sergio le refería, como ella ya había comenzado a notar, prefiriendo negar

las conductas de riesgo de Roberto, tratando de mantener la imagen idealizada de su hijo, al mismo tiempo que anulaba lo que Sergio le decía.

Algunos indicadores que pueden ser tomados como factores de riesgo del suicidio de su hijo se encuentran las verbalizaciones que éste le hacía a su madre o las conductas impulsivas y autodestructivas que llegó a ver Sara, por ejemplo, decirle que él también se suicidaría como su padrino.

En la **Sesión #8**, Sara reflexiona sobre los comportamientos de su hijo, llegando a la siguiente conclusión: *“Tengo recuerdos de él siendo berrinchudo, se golpeaba contra la pared cuando no estaban de acuerdo con lo que le decían, se golpeaba y no sabía porqué hacía eso. A lo mejor hubo conductas a las que no les di importancia y pienso que pude haber hecho algo para ayudarlo y pedir ayuda para él” (sic).*

De acuerdo con lo que Sara refería, Roberto se encontraba inmerso en un ambiente social de riesgo, en el que el consumo de sustancias era muy accesible, entre ellos, marihuana y alcohol, comenzaba a tener una vida sexual activa al encontrar en varias ocasiones la pastilla del día siguiente en los pantalones de Roberto, aislamiento de la familia nuclear, así como, salidas más frecuentes a fiestas en donde no había una moderación en el consumo de alcohol y tabaco. Situaciones de las que se enteró hasta después de la muerte cuando entró a su Facebook, al intentar encontrar una respuesta del por qué su hijo se había quitado la vida.

Es posible considerar, como un probable desencadenante del suicidio, un comentario que Sara le hizo a Roberto después de que Sergio le mostrara una foto de una marihuana que encontró en las cosas de su hermano, sin embargo, no es del todo claro si este fue el motivo por el cual Roberto decidió terminar con su vida, por lo que es una hipótesis presuntiva. Lo que ella le dijo a su hijo fue: *“hay Roberto en que estas metido ahora, ahorita vas a ver que llegue tu papá” (sic)*. Posterior a esto, él se encerró en su cuarto y Sara comenzó a escuchar ruidos como si estuviera empujando la litera, pensando que estaba moviendo su cama para que nadie entrara, comentando que nunca se imaginó que se estuviera ahorcando.

7. Analizar los factores interpersonales que influyen en la elaboración del duelo por el suicidio de un hijo.

- Factores interpersonales:

- *Relación con el fallecido:*

Al tratarse de una madre que pierde a su hijo por suicidio, se incrementa la dificultad para poder afrontar la pérdida, especialmente por la identificación y preferencia que tenía por él, *“yo me veía reflejada en Roberto, era como verme a mí misma, estaba muy orgullosa de él” (sic).*

Por lo que relata durante las sesiones, Sara por lo regular, mostraba mayor preferencia hacia Roberto que por Sergio, lo que ocasionaba competencia entre sus hijos, al defender a Roberto por encima de Sergio. Dichas muestras de distinción, se hacían evidentes ante su esposo y su otro hijo, quienes le reclamaban por este hecho. Desencadenando así, rivalidad constante entre sus hijos por el cariño de alguno de sus padres, Roberto buscaba la aprobación de su padre y Sergio el cariño de su madre, donde ninguno de los dos recibía lo que necesitaba.

La preferencia por Roberto, incluía defenderlo siempre de los ataques de su padre y de Sergio, llegando a decirle a su esposo: *“a mi hijo no le pegas” (sic).*

Cuando Sergio acusaba a su hermano por estar tomando alcohol o consumir drogas, Sara nunca le quiso creer, pues ella nunca consideró que su hijo pudiera tener ese tipo de comportamientos.

También, es importante destacar que cuando Sara se refería a Roberto lo hacía mediante su diminutivo ‘Robert’ o bien, diciendo ‘mi hijo’, mientras que cuando hablaba de Sergio, siempre lo hacía por su nombre.

- *La naturaleza del apego:*

Como ya se ha mencionado, Sara mostraba una fuerte identificación y preferencia por Roberto, *“con él sentía una conexión especial, Roberto era un reflejo de mí, era como yo” (sic).*

A pesar de esto, era una madre distante de sus hijos, que no lograba mostrar su cariño hacia ellos. Específicamente con Roberto, la atención que exhibía por él era ambivalente, puesto que por una parte, demostraba preocupación por su bienestar y su protección, al defenderlo de las agresiones de su padre y su hermano; pero por otro lado, no había un acercamiento directo ante las situaciones de riesgo que estaba presentando, pasándolo por alto.

Roberto era un hijo muy deseado por ella, depositando en él muchas fantasías, mencionando cuando se enteró que estaba embarazada: *“para mí fue un gusto, porque ya quería tener un hijo, me hizo muy feliz cuando nació, y siempre lo vi con amor y mucho cariño, y me daba tristeza, angustia y dolor tener que dejarlo para irme a trabajar” (sic)*. En comparación con Sergio, éste es un hijo no deseado ni planeado por Sara, llegando a pensar en abortarlo y agregando *“no me parecía traer a otro niño a sufrir” (sic)*.

Tan significativo era Roberto para Sara que, cuando este falleció y se encontró únicamente conviviendo con Sergio, se imaginaba lo siguiente: *“a veces cuando abrazo a Sergio pienso que es Roberto” (sic)*. Agregando: *“Con Sergio me cuesta un poco más de trabajo ser cariñosa, y no le puedo expresar mi cariño porque no sé cómo hacerlo, en cambio, con mi hijo ‘Robert’ todo era más fácil, no me costaba tanto trabajo relacionarme con él, como con Sergio (sic)*.

Aunque Sara, mostraba una idealización de Roberto, la convivencia que tenían ambos no era totalmente libre de conflictos, éste era un hijo retador hacia las figuras de autoridad, tanto con su padre como con ella. Le hacía reclamos constantes a su mamá por preferir a las niñas que cuidó durante un tiempo. Salía a fiestas aunque ella le decía que no podía salir, incluso Sara refería: *“se me dificultaba controlarlo más y saber en dónde estaba” (sic)*.

- *Variables sociales y familiares:*

- Disponibilidad de apoyo:

La manera en la que se enteraba de lo que comentaban las demás personas sobre el suicidio de su hijo, era directa o indirectamente, tratándose desde personas distantes (vecinos o conocidos) hasta cercanas (esposo, madre, tías, cuñadas).

A nivel familiar, tenía una percepción general de poco apoyo emocional por parte de ellos, principalmente de su esposo, su mamá, su hermana y su cuñada, quienes no la proveyeron de sustento emocional ante el evento trágico, recibiendo de su parte culpa, inseguridad y decepción.

En primera instancia, su esposo la culpó por la muerte de su hijo debido a que éste se había quitado la vida cuando se encontraba a su cuidado, diciéndole que no debió de haberlo dejado a su cargo. Actualmente, le era difícil poder hablar con su esposo y su hijo sobre la muerte de Roberto, *“con mi esposo es con el único que me causa conflicto hablar, no sé cómo se puede llegar a sentir, incluso con Sergio, no le he preguntado cómo se siente con lo de su hermano, tampoco quisiera tocar el tema, creo que los incomoda y siento que se burlan de mí” (sic)*. Tocar el tema de la pérdida de Roberto en la familia, podía generar incomodidad e inseguridad entre ellos, al no saber de qué manera abrir el tema por temor a que pudieran reaccionar de una manera desagradable.

Por su parte, cuando su madre se enteró de lo sucedido ésta le reclamó diciéndole que su nieto se quitó la vida porque su esposo y ella peleaban mucho frente a Roberto, culpabilizándolos por haber ocasionado que se suicidara. Con su hermana, no tenía confianza para poder expresarle lo que sentía por temor a ser juzgada y censurada por lo que dijera.

En cuanto a su cuñada, días después del fallecimiento, se la encontró en dos ocasiones en la calle, refiriendo que cuando la vio le hizo malas caras, lo que provocó que se sintiera “mal” y decepcionada, especialmente porque era una persona muy importante debido a que era la madrina de bautizo de Roberto, y cuando murió estuvo

apoyándola siempre, por eso no lograba entender porque le había hecho eso, agregando: *“no voy a buscar la palabra con ella nuevamente, y si ella lo hace no voy a volver a confiar en ella más, sería una relación superficial, y yo no soy capaz de lastimar de esa manera a nadie” (sic)*. Se le dificultaba poder confrontar a las personas cuando se comportaban de una manera no agradable para ella, prefiriendo evitar el contacto con los demás de forma indefinida, además de guardar cierto rencor.

Por otro lado, a nivel social, Sara escuchó varios comentarios que la gente hacía sobre el suicidio de su hijo, quienes estaban tratando de buscar culpables, pensando que lo sucedido fue debido a su esposo, por ser una persona tan violenta, por lo cual, este tipo de declaraciones le provocaban molestias. Incluso se encontró con personas conocidas que los llegaron a juzgar y responsabilizar por lo que le pasó a su hijo, comentando: *“Es un poco triste que de repente la gente cuando se dan ese tipo de casos, la gente juzga sin saber, sin conocer, que den por hecho las cosas y digan es que ellos eran malos (...) y que yo tenga que andar justificando” (sic)*. Esto provocaba que ella se volviera a cuestionar si realmente fue la culpable de lo que pasó o que quizá hizo algo malo, lo que ocasionaba en ella mucha confusión, refiriendo: *“Ya me siento más tranquila, pero después me hacen pensar cosas con lo que dicen” (sic)*.

El día que fueron al panteón, Sara platicaba que se despertó como todos los días, se metió a bañar y se arregló como si fuera un día normal, esto debido al estado de shock inicial en el que se encontraba, lo cual, es normal que suceda ante este tipo de muertes. No obstante, al llegar al panteón la gente comenzó a criticarla por haberse bañado y arreglado para ir, causándole una gran cantidad de sentimientos y pensamientos encontrados, por ejemplo: *“(...) la gente me criticó y decía ay hasta se bañó, ay hasta se pintó, y bueno yo al momento hice lo normal como yo soy, yo veía a mi esposo y como lo veía más mal, y decía a la mejor yo soy la que está mal o yo soy mala o porque yo no puedo llorar como él, van a pensar que yo no quiero a mi hijo, cuando soy la mamá, yo sentía ese sentimiento de toda la gente me va a ver y van pensar que yo no quise a mi hijo o que yo tuve la culpa, no sé, yo tenía esos sentimientos” (sic)*.

A partir de la atención psicológica que tuvo con una tanatóloga, Sara se dio cuenta de que *“me hacía sentir más mal y culpable, no me gustaba cómo me trataba, me sentía juzgada” (sic)*. Se mostraba con cierta suspicacia y desconfianza por lo que un profesional de la salud le estaba transmitiendo.

Hasta ese momento, Sara no se sentía satisfecha por la disponibilidad de apoyo que no le ofrecieron las personas a su alrededor, tanto sus familiares cercanos como la gente conocida o incluso la terapeuta con la que asistió.

- Apoyo satisfactorio:

Pareciera que en el ámbito familiar y social, no lograba percibir apoyo por parte de alguien en específico ante la muerte de Roberto, no teniendo a quien recurrir para poder hablar de ello. Su manera de manejarlo durante las semanas era llorando, expresando: *“como que me desahogo y ya” (sic)*. Sin embargo, no lograba elaborar ese malestar que la embarga.

En una ocasión, Sara les comentó a sus tías y su madre que hubiese preferido morir ella en lugar de su hijo, éstas la amonestan diciéndole que entonces quién hubiera cuidado de sus hijos si ella faltara. Los otros ante la ansiedad por su deseo de muerte, buscaban motivos para que ella continuara viviendo y viera su vida con un propósito.

Dentro del proceso terapéutico que se tuvo con ella, durante la **Sesión #2** manifestó sentirse tranquila por las explicaciones que se le daban respecto a las dudas que le surgían a partir de la muerte de su hijo, *“me siento un poquito mejor, respecto al fallecimiento, y más tranquila por la explicación que me dio la vez pasada, el que me aclaren las cosas me hace sentir más tranquila. (...) me siento a gusto y bien con que me traten bien, con respeto y sobre todo sin que me juzguen con mi proceso, no sé si es porque ustedes son jóvenes y tienen ganas de trabajar” (sic)*.

Al iniciar la **Sesión #8**, preguntó:

S: He estado escuchando algunas cosas que dice la gente y me surgió una duda, ¿lo de mi hijo era una enfermedad mental, pensar en la muerte?

T: El suicidio no es considerado una enfermedad mental, más bien tiene que ver con una gran cantidad de factores que lo pueden desencadenar, no hay una sola explicación del porqué las personas toman la decisión de quitarse la vida.

S: Hay gente que piensa que los que se quitan la vida son quienes tienen mente débil, no sé cómo es posible que por una situación que los rebasa ya quieren quitarse la vida. Pero entonces, ¿usted considera que mi hijo tenía una mente débil?

T: Bueno, yo no tuve la oportunidad de poder conocer a su hijo. Pero usted lo conoció bien, ¿usted que piensa, cree que su hijo tenía una mente débil?

S: Mi hijo no era de esa manera, si le costaban trabajo algunas cosas y se frustraba por no poder solucionar las cosas, por no poder controlar sus emociones, en especial el enojo, pero no creo que él tuviera una mente débil.

T: Claro, es importante que para que no se haga ideas erróneas acerca de su hijo y lo que le sucedió, pueda expresar estas dudas que le surgen después de escuchar lo que los demás dicen.

S: Yo sé que ya pasó y todo, y por más que me dicen y todo, de repente me vuelve a la mente preguntas se sí será por esto, será por lo otro.

Parece que el poder platicar dentro del espacio terapéutico acerca de las inquietudes, provocaba que se sintiera más tranquila y disminuyera la ansiedad que se llegaba a generar en ella durante la semana, cuando llegaban a surgirle nuevamente pensamientos vinculados con la muerte de su hijo o los cuestionamientos provocados por lo que las demás personas le decían.

8. Analizar los factores que impidieron la conclusión del proceso terapéutico.

Durante las primeras sesiones y la evaluación que se le realizó a Sara, ésta mostraba un considerable malestar emocional, que la motivaba al trabajo terapéutico. Sin embargo, hay que considerar que ella no pidió atención psicológica por sí misma, es decir, no contaba con un motivo de consulta propio, sino que fue canalizada por la terapeuta de Sergio, quien consideró importante que ella tuviera su propio proceso, de esta manera se comenzó el trabajo con ella.

Algunas características de personalidad que pudieron interferir en su compromiso con el tratamiento, son que se trataba de una persona que se caracterizaba por ser pesimista, que presentaba anhedonia significativa, al igual que la gran desconfianza que mostraba hacia los otros y diversos síntomas vinculados con depresión, características que se ha observado son propias de personas que tienden a abandonar la terapia (Lucio et al., 2015).

Debido a la desconfianza que tenía hacia los otros, especialmente cuando no respondían de la manera que ella quisiera, la podría llevar a dirigirse a los demás de manera hostil, hostilidad que empezaba a mostrar hacia la terapeuta conforme van pasando las sesiones. De igual manera, cuando se le pedían tareas de reflexión para que lo trabajara durante la semana, no las realizaba, argumentando que lo olvidaba.

Quizá el mismo trabajo que implicaba la terapia, al intentar conectar con las emociones dolorosas, requería que Sara se enfrentara con aquello a lo que no deseaba exponerse, pudiendo ser una experiencia confrontativa ante la que se mostraba a la defensiva, lo que, de acuerdo con Payás (2010) es una posible razón por la cual abandonara el proceso. A continuación, se muestra un fragmento de la **Sesión #10**, en donde se hace más evidente la hostilidad:

T: ¿Recuerda lo que se dejó de tarea la sesión pasada, acerca de pensar qué espera o quiere de una familia y si podía lo escribiera?

S: No me acuerdo (...). Pero creo que está bien, bien, sí, lo de escribirlo yo creo que me va a ayudar, no me lo había comentado, pero, seguramente sí me va a servir. [Utilizando un tono de fastidio].

Al creer que las personas estaban en su contra, se sentía mal por ello y cortaba la relación, agregando *“a veces la gente piensa otras cosas diferentes de nosotros, y a mí me gusta ser sincera y me molesta que la gente sea hipócrita (...) cuando algo me molesta de una persona le dejo de hablar”* (sic). Situación parecida al trabajo que hizo con una tanatóloga, cuando ésta le restó importancia a ella por darle más tiempo para hablar a su esposo, considerando que no debía de callarla, decidiendo así, dejar la terapia.

Sucede lo mismo cuando sentía que los demás la culpaban por los problemas que tenían, por ejemplo, cuando asistió con otra terapeuta que, de acuerdo con Sara, le dijo que era su culpa que su esposo estuviera molesto con ella la mayor parte del tiempo. Lo antes dicho, habla de un antecedente de procesos terapéuticos inconclusos en los que no se sentía cómoda ni escuchada, percibiendo un ambiente de rechazo, en el que se le daba mayor valía a lo que pensaba el otro; con la creencia de que recibía un trato injusto de la vida, perdiendo motivación para cambiar, por la idea de que no podía ser ayudada.

Otra característica de personalidad que, probablemente pudo obstaculizar el progreso en el tratamiento, es la indecisión y pasividad que mostraba, al creer que era incapaz de tomar decisiones y manejar efectivamente las crisis, incluso cuando se trataba de asuntos pequeños.

Esta dificultad para cambiar o sobre llevar sus problemas, la incapacitaba para alcanzar sus metas de vida, situación que se vinculaba con no tener un proyecto de vida propio, ya que, desde antes de la muerte de Roberto, Sara tenía un proyecto de vida depositado en el exterior, en el crecimiento y realización de los demás, dicho propósito era ver realizados a sus hijos y poder morir joven ya que no quería enfrentarse a tener una vida sola, es decir, tener que responsabilizarse de sí.

De esta manera, cuando se vio desprovista de su hijo ideal, volcó su energía en desear que Sergio fuera como su hermano, de esta manera, seguía teniendo un motivo para continuar existiendo (el cuidado de su hijo) y, al mismo tiempo, podía permitirse no sentir culpa por el rechazo que sentía hacia Sergio, al posicionarse en un rol de madre que buscaba su bienestar.

Es por esto que, al encontrarse en terapia, la cual, implica ponerse en contacto con uno mismo, le pudo haber generado angustia, debido a que ésta no era su concepción de vivir su vida a través de ella, sino a través de los demás y tampoco se encontraba en la disposición de querer realizar un cambio personal en su vida. No quería verse a sí misma, no se volteaba a ver, depositaba todo en el exterior y por lo tanto, se le dificultaba enfrentarse a la elaboración de su duelo. Pareciera que no es suficiente lo que tiene para que se sintiera mejor, y llenar el vacío que refería, a pesar de que adquiriría cosas materiales para contrarrestar su malestar, las cuales no eran suficientes, porque no le devolverían a su hijo. Esta negativa al cambio y continuar con su vida, se puede observar en la **Sesión #10**:

S: Algo que quiero bloquear es la muerte de mi hijo, cuando ya lo vi en la cama o en la caja, es algo que quiero olvidar, cuando me llegan esos pensamientos, cuando iban a cerrar la caja no me quise acercar porque no lo quería recordar, no me quería quedar con eso, prefiero evitarlo, quisiera olvidar ese día. Me siento mal, triste, lloro, me digo `no, no, ya pasó, no hay nada que pueda hacer`, me distraigo con otras cosas y trato de olvidarlo.

T: ¿Qué implicaciones tendría para usted olvidar cosas?

S: Para no sentirme mal, triste y no deprimirme. Se me olvida, se me pasa, aunque el sentimiento sigue ahí y todo. Prefiero dejarlo ahí como un pendiente, no sé hasta cuándo, pero no lo quiero.

T: Esto que dice de dejar pendientes, ¿qué efecto podría tener dejar pendientes sentimientos y pensamientos?

S: No lo sé, la verdad no lo sé (...). A veces pienso que si pienso mucho en él o en todo lo que me pasó, preferiría morirme, preferiría estar muerta para no pensar, por eso no quiero pensar en eso, porque cuando pienso en eso me da tanta tristeza y dolor que preferiría estar muerta, cuando pienso en su pérdida y que ya no lo voy a volver a ver, me quiero morir yo también (...). Me pasa más en las noches, porque fue cuando sucedió como a eso de las 9 de la noche, sobre todo en días lluviosos o nublados, a veces en las noches en el balcón veo al cielo negro, y pienso 'quisiera morirme en este momento, para ya no pensar y no sentirme triste, preferiría no estar, debería de morirme ahorita, me debería aventar', pero me da miedo aventarme, a veces he pensado si mi hijo lo hizo por qué yo no. Yo creo que por eso lo evito todo, porque yo sé que si pienso y pienso voy a terminar haciéndole así, por eso prefiero evitarlo todo y borrarlo.

T: ¿Qué la podría detener a hacer esto?

S: Sergio, porque no sería justo para él perder a su hermano y a su madre de la misma manera y no quisiera dejarlo con su padre, porque tiene muchos errores. Quiere sacarlo adelante y verlo realizado, que tenga una familia.

T: Y también, que pueda no solo esperar cosas para los demás sino también para usted misma. Pareciera, que este no querer ver lo que sucede y no querer estar, no se está viendo a sí misma tampoco, con sus propios temores, que en ocasiones podrían estar depositados en Sergio, por este miedo que tiene de que se quite la vida igual que su hermano, como usted lo piensa en ocasiones al decirse 'si mi hijo lo hizo, ¿yo por qué no?'

S: Sí, no pienso en mí, no pienso en qué voy a hacer, como que no me interesa ahorita, digo para qué. Antes pensaba las cosas y decía bueno quiero trabajar, quiero hacer muchas cosas, para mis hijos, yo veía mi vida futura y decía bueno cuando mi niño "Robert" ya esté en la prepa y mi hijo Sergio en la secundaria, yo ya voy a poder hacer cosas para mí y por mí, puedo entrar a trabajar, me gustaría hacer mi casa bonita. Pero desde que ya no está Roberto, ya no, como que todo eso se... Ahora tengo a Sergio, pero tengo miedo, digo cómo lo voy a dejar, que tal si por irme a

trabajar se mete en drogas o se mete en algo, no lo quiero dejar siento que está en una etapa difícil.

T: Pareciera que no sólo Sergio está en una etapa difícil, sino también usted, parece que aún no está preparada para dejar ir.

S: Soy yo, todavía no estoy lista. Me siento mal porque no sé cuándo voy a estar lista, no sé si llegará ese día en el que ya no tendré tanto miedo.

T: Y podrá salir adelante cuando se sienta lista y así podrá demostrarse a sí misma que puede salir adelante de esta situación.

S: Sí, tengo que salir adelante, no sé cuándo pero espero que pronto. Yo sé que me costará trabajo, yo lo que quiero es trabajar y hacer algo por mí, mi esposo me ha dicho que no y que si me meto a trabajar cada quien por su lado, pero yo sé que en algún momento si yo quiero lo hago. Quiero hacer algo, pero no sé cuándo sea el momento [Evita hablar del tema de la pérdida de su hijo, de nuevo vuelve a lo externo].

Por otro lado, en lo que se refiere a las relaciones con las personas cercanas a ella, responsabilizaba a Sergio de no querer seguir asistiendo a terapia, mencionando que él le había dicho que no estaba sirviendo de nada asistir. Incluso, llegó a comentar que, pese a que su hijo se encontraba recibiendo atención, era más rebelde y se le dificultaba más controlarlo, pues seguía sin obedecerla. Probablemente, estos comentarios eran una proyección de su propia necesidad de abandonar su proceso, sin embargo, al no querer responsabilizarse por esa decisión prefiere depositarla en su hijo, quien en un primer momento era el que estaba asistiendo a terapia, por ser el “síntoma” identificado.

De igual manera, comenzaron a tener problemas dentro de la familia, ya que, Sara comentaba que su esposo ya no quería cooperar activamente en la terapia de Sergio, por lo que únicamente los llevaría al centro, pero ya no entraría al espacio, lo que provocaba miedo en ella, al no saber de qué manera podría reaccionar su hijo; sumado a su preocupación, que su esposo le reclamara frente a Sergio por estar

teniendo una supuesta relación con otra persona, lo cual, Sara desmintió. Esto muestra, que la propia familia, intentaba sabotear los trabajos terapéuticos y por ende que se pudiera establecer un bienestar familiar.

Para la última sesión, al comenzar, se le preguntó si recordaba lo que se había acordado que se trabajaría, no recordándolo y tampoco realizó la tarea que se dejó previamente acerca de pensar de qué manera se sentía cuando se encontraba frente a situaciones que la hacían recordar la muerte de su hijo, argumentando que no la hizo debido a que *“no estoy acostumbrada porque son momentos que pasan y ya, y porque en la semana me sentí un poco mejor, solo el día de ayer me empecé a sentir mal”* (sic). Es posible que, la tarea que se dejó fuera difícil de realizar para ella, especialmente porque no se encontraba en un momento en el que estuviera dispuesta a rememorar eventos que implicaban un gran dolor a nivel emocional.

Por otro lado, durante esta última sesión que se tuvo con ella, refirió que la semana siguiente sería el cumpleaños de Roberto, lo cual se ilustra en el siguiente fragmento de la **Sesión #11**:

S: La próxima semana sería el cumpleaños de mi hijo, me da un poco de tristeza, mucha tristeza. El año pasado no me levanté ni lo abracé, era muy fría con ellos, me hubiese gustado festejarlo de otra manera, pero como ya estaba más grande ya no se prestaba para hacerle ciertas cosas. Este año ya estaría pensando en qué regalarle y cómo festejarlo. El saber que ya no le podré festejar me hace sentir mal.

T: Es común que se intensifiquen las emociones ante el recuerdo de su hijo en fechas importantes, en especial aquellas que son más personales, por el hecho de que ya no se pueden hacer cosas de la misma manera, sin embargo, se puede realizar algo simbólico en recordatorio. ¿Había pensado en algo?

S: No, la verdad es que no he pensado nada [en tono tajante] (...). No se me había ocurrido hacer algo en ese día, mi mamá le quería hacer una misa especial para ese día, pero ya no le dije nada, además no coincidía con el día que tiene que ir de visita mi mamá y se le complicaría ir varias semanas consecutivas... y como ese día que no se trabaja, la verdad no se me ocurrió nada.

El recordar una fecha de gran carga emocional para ella, provocó que se revivieran momentos muy significativos, en donde volvió a sentirse culpable por no haber hecho lo suficiente para su hijo y que ahora ya no podrá reparar, pues se trata de una situación irreversible. Este tipo de momentos, es normal que se presenten durante el primer año después de la pérdida de un ser querido, siendo denominados “picos de duelo”, por lo que no deben ser considerados una regresión en la resolución de este proceso (Neimeyer, 2014).

Después de la última sesión que se tuvo con Sara, no volvió al centro ni llamó para cancelar sus sesiones, se le llamó para saber si todo estaba bien y de ya no querer continuar con su proceso, poder tener una sesión de cierre, sin embargo, no fue posible comunicarse con ella, debido a que no contestaba su teléfono.

Propuesta de atención para consultantes sobrevivientes de duelo por suicidio

Como ya se ha abordado en el marco teórico, en México, son limitadas las investigaciones acerca del suicidio adolescente, siendo evidente la necesidad de prestar mayor atención a esta problemática, especialmente por el riesgo que se corre después de haber cometido un intento, puesto que aumenta la probabilidad de que se presenten nuevos hasta llegar a su consumación. Por lo tanto, las familias que viven este evento traumático, quedan vulnerables emocionalmente, surgiendo la necesidad de que sean atendidas a nivel psicológico.

Es así que surge la necesidad de brindar a los miembros sobrevivientes de la familia, un trabajo psicológico de postvención, es decir, una intervención cuyo objetivo sea reducir, en los sobrevivientes, los efectos que trae consigo el trauma de perder a un familiar por suicidio (Díaz et al., 2004). Intervención que es difícil encontrar en centros de atención psicológica, por lo específica que es ésta, sin embargo, es importante que en las instituciones en las que se brinde un servicio psicológico, se pueda ofrecer a estas personas, si bien no una intervención completa cuando no se tenga con los recursos necesarios para hacerlo, sí sea posible contar con las herramientas indispensables para brindarles un primer contacto que logre proporcionarles contención y apoyo, para que posteriormente se determine si será atendido dentro de la institución o será canalizado a un servicio más adecuado.

Como antecedente, en algunas investigaciones (Bartau, Maganto, & Etxeberría, 2001) se ha observado que el trabajo con los sobrevivientes surge como una necesidad para brindar recursos y alternativas que sean de utilidad para, además de prevenir problemáticas emocionales, también sea una manera de ofrecerles apoyo psicológico y ayudarlos a prevenir el desarrollo de problemáticas mayores cuando se trate de grupos vulnerables o en riesgo.

Desafortunadamente, los servicios de apoyo para los dolientes pueden llegar a ser inadecuados sino se conocen sus necesidades, esto puede suceder especialmente cuando no hay servicios disponibles para ellos o estos no existen, dificultándose el tiempo para buscarlos (Jordan et al., 2011).

Surge así la necesidad de brindar un adecuado servicio, debido a que los sobrevivientes a menudo se encuentran severamente deprimidos y traumatizados en las etapas iniciales del duelo, por lo que es importante que puedan tener acceso lo más rápido que sea posible (Jordan et al., 2011).

Cuando se brinda atención a estas víctimas, se tiene que considerar que la gente en duelo por suicidio necesita de diferentes tipos de servicios, ya que la manera de atravesar por el duelo será único para cada quien, por lo que, se debe tener en cuenta que un tipo de intervención no necesariamente encaja para todas las personas. Idealmente, se espera, que las intervenciones estén disponibles por un largo plazo, sin embargo, lo más común a nivel comunitario es una intervención breve o una intervención en crisis (Jordan et al., 2011).

A partir de lo anterior, Berkowitz et al. (2011) establecen como una meta de la postvención, usar la experiencia como un “momento de aprendizaje”, esto quiere decir, darse la oportunidad de educar a la institución y la comunidad sobre los factores contribuyentes del suicidio y la disponibilidad de recursos para obtener ayuda. Es decir, es importante que dentro de los centros de atención psicológica, se pueda brindar la información necesaria a todos los profesionales que puedan tener un primer contacto con este tipo de consultantes.

A continuación, se presenta una propuesta de atención para los sobrevivientes de un suicidio que acudan a pedir consulta a algún centro de atención psicológica, particularmente porque este tipo de atención es escasa en nuestro país, donde la mayoría de las veces se deja de lado a los dolientes que pierden a sus allegados por suicidio, debido a que se trata de una muerte estigmatizada a nivel social.

Para esto, se tomarán como base las recomendaciones realizadas por McGann y sus colaboradores (2011) así como la información que se ha encontrado respecto a la intervención con los sobrevivientes, cuando éstos acuden a consulta psicológica.

En primer lugar, cuando llega al centro una persona con este motivo de consulta, el terapeuta debe tener en mente tres principios básicos: (1) poseer un conocimiento y preparación previa, no se puede hacer de manera improvisada; (2) considerar que todos los casos son diferentes, por lo que su abordaje tendrá que realizarse teniendo en mente las diferencias individuales, históricas y culturales (Worden, 2004); y (3) si se tiene duda sobre cómo proceder, puede utilizar la empatía, decidiendo qué nivel de involucramiento se tendrá con el/los consultante(s) (McGann et al., 2011).

Una vez que llega al centro la persona o personas que requieren de la atención psicológica, se debe proceder de la siguiente manera, contemplando que estos puntos pueden ser abordados en más de una sesión:

1. Tener el conocimiento y la preparación necesarias.

Con la finalidad de establecer un plan detallado para llevar a cabo la intervención, el terapeuta debe pensar cuidadosa y críticamente acerca de las circunstancias del suicidio y sobre la relación que tenían con el fallecido. Lo cual, debe ser realizado antes de contactar a la familia (McGann et al., 2011).

Además, se tiene que tomar en cuenta que para los consultantes puede ser difícil hablar de este tipo de muerte, por esta razón, el terapeuta tendrá como objetivo ayudarles a llenar el vacío producido a través de la comunicación que se establezca con ellos, esto debido a lo limitada que es la comunicación con lo demás (Worden, 2004).

Para esto, el terapeuta responsable deberá contar con algún supervisor que posea un conocimiento sobre el tema para recibir una retroalimentación adecuada, imparcial y sin juicios (McGann et al., 2011).

Es importante poder trabajar con un co-terapeuta, que acompañe al terapeuta responsable cuando se reúna con la familia, especialmente cuando el especialista no se encuentra en control suficiente de sus emociones o se encuentre en aprendizaje. Sin embargo, la presencia de una segunda persona puede ser mal interpretada por la familia, por lo que, se debe de acordar con la familia si se siente cómodos con la presencia de un tercero (McGann et al., 2011) para lo cual, es bueno que se les pueda explicar los beneficios de que otro profesional se encuentre dentro del espacio.

El objetivo de contar con un co-terapeuta, puede facilitar la comunicación, al mismo tiempo que cuida que las metas de la terapia se cumplan, ofreciendo información y un punto de vista distinto sobre los temas que surjan durante la sesión (McGann et al., 2011).

2. Establecer el contacto inicial.

Generalmente, se realiza el primer contacto con la familia vía telefónica, por lo que al establecer el acercamiento, el terapeuta debe dejar su nombre y número telefónico, acordando la fecha y hora de la primer reunión (McGann et al., 2011).

Para la entrevista inicial, se sugiere que puedan estar presentes los miembros de la familia y los allegados que han sido afectados, esto con la finalidad de poder intervenir con todos aquellos que necesiten de un servicio psicológico (Worde, 2004) en especial, para tratar de disminuir la probabilidad de que sucedan más suicidios en la familia, al volverse un grupo vulnerable (Sherr, 2002).

3. Realizar una primer reunión con los miembros interesados.

Si en la primer reunión acuden varios miembros de la familia, se debe observar con atención si dentro de la familia están presentes divisiones que sean incómodas o problemáticas, el terapeuta puede ofrecer la atención de manera individual para evitar tensiones entre los miembros. Por lo cual se tendrá que decidir si él mismo continuará con el tratamiento o si alguno de los miembros será canalizado con otro terapeuta del mismo centro o a otra institución (McGann et al., 2011).

En caso de que la reunión que se lleve a cabo durante los primeros días después del suicidio, es aconsejable que haya un tiempo de esperar de una a tres semanas antes de volver a tener otro contacto, por lo cual, el terapeuta deberá prestar atención al desenvolvimiento de los miembros durante esta primera sesión, decidiendo si deja pasar unas semanas o se establece la siguiente sesión (McGann et al., 2011).

Para las personas que se encuentran en fase de evitación-negación, la terapia no puede estar orientada a hacer trabajo de duelo o a buscar un significado a lo sucedido. En estos momentos del duelo, las personas no toleran la confrontación, responden muy mal a los intentos del terapeuta de conectar con el dolor y suelen abandonar la terapia o el grupo de apoyo (Payás, 2010).

Se recomienda que si en este primer contacto que se tiene con la familia, ésta se muestra ambivalente, con sentimientos de enojo hacia el terapeuta, con un deseo de olvidar la muerte de su ser amado vinculada con el tratamiento y el suicidio, si el trato comienza a sentirse difícil o llega a un punto muerto, es apropiado y útil para el terapeuta concluir la sesión. Considerando establecer una consulta adicional o bien, canalizarlos, esto sin tener que sentir culpa o verlo como un fracaso (McGann et al., 2011).

4. ¿Cómo conducir la reunión familiar?

Entre las metas de la primer reunión familiar se incluyen: escuchar las historias de cada uno de los miembros de la familia, resolver las preguntas y dudas que tengas acerca del suicidio, hablar acerca de cómo la familia está afrontando la pérdida, utilizar psicoeducación acerca de los aspectos únicos del duelo en los sobrevivientes y planear el inicio de la terapia (McGann et al., 2011).

Se recomienda estar preparados para expresiones de enojo y culpa de los miembros, por lo que, se les debe ofrecer un espacio de seguridad, confianza y respeto en el que puedan permitirse descargarlas y expresar su vulnerabilidad, sintiéndose escuchados con empatía (Payás, 2010; Worden, 2004) más no necesariamente hay que estar esperando éstas reacciones.

Por otro lado, se debe ser consciente que el enojo o la ira son reacciones razonables, apropiadas y comprensibles en este tipo de duelos, ante lo cual, el terapeuta debe facilitar la expresión de sus emociones, validando éstos sentimientos como algo natural y propio del proceso por el que transitan (McGann et al., 2011; Payás, 2010).

Si el terapeuta logra responder de manera sensible a las reacciones de la familia y muestra interés en su experiencia, será más probable que visualicen un espacio de seguridad, protección y estabilidad en donde experimenten su duelo (Payás, 2010).

Debido a que los sobrevivientes en un primer momento pueden sentirse muy avergonzados, estigmatizados y solos (OMS, 2014) el trabajo del terapeuta será ayudarlos a normalizar estas reacciones, haciéndoles saber que su dolor podría llegar a ser más intenso, prolongado y complejo, sin embargo, el espacio terapéutico podría ser un lugar adecuado para que lo trabajen. Además, las preguntas concernientes al por qué de la muerte son bastante comunes (McGann et al., 2011).

También se les plantea que se realizará una evaluación de los miembros que ayude a encontrar las necesidades específicas de cada uno y de esta manera, se pueda sugerir un plan de tratamiento particular, así como buscar signos de deterioro físico o psiquiátrico (Díaz et al., 2004; McGann et al., 2011).

5. Establecimiento del tratamiento con la familia.

Después de tener el primer acercamiento con la familia, se debe considerar si se establecerá un tratamiento a largo plazo para la elaboración del duelo, lo cual será valorado entre el terapeuta y la familia, considerando la posibilidad de que no todos los miembros estén preparados o necesiten de la atención (McGann et al., 2011).

Antes de que el terapeuta realice el contrato con la familia, es importante que se les ofrezca la opción de atenderse con alguien más (McGann et al., 2011).

Cuando se opta por llevar a cabo un tratamiento, se debe tener una supervisión con el profesional elegido, con el cual se analizarán los propios conflictos de aflicción, la contratransferencia, los factores culturales, las necesidades de la familia, así como

las posibles referencias a las que podrían ser derivados los sobrevivientes en determinado momento (McGann et al., 2011).

6. Finalización del proceso, seguimiento y evaluación.

Una vez que finaliza el tratamiento, es aconsejable tener alguna sesión de seguimiento con la familia, para lo cual, se les informará que se tendrán estas sesiones después de transcurrido un tiempo, para poder evaluar cómo se dan sus avances o si tienen alguna recaída en la que necesiten ser apoyados (McGann et al., 2011).

Discusión

Tomando en consideración la revisión teórica que se realizó, la evaluación y el análisis del caso de Sara, se plantean las siguientes reflexiones y conclusiones:

Abordar el duelo por suicidio, requiere que se conozcan las reacciones particulares que experimentarán los sobrevivientes, pues al tratarse de una muerte inesperada y traumática, provoca la aparición de mayores dificultades para su elaboración, a diferencia de aquellas que son esperadas o anticipadas (Pérez-Barrero, 2010) requiriendo de una respuesta de atención especializada, como lo es la postvención.

La teoría nos dice que una persona sobreviviente del suicidio de un ser querido, será aquella que experimente niveles elevados de malestar emocional, físico y social posterior a la muerte del ser querido (Jordan & McIntosh, 2011), síntomas que exhibe Sara tras su pérdida, siendo además una madre que sentía un gran apego por su hijo, lo cual incrementaba su dolor e influía en su manera de afrontar el duelo (Barreto et al., 2012; Worden, 2004).

Dentro de los aspectos particulares de este tipo de duelo observables en la paciente, se distinguen los siguientes: shock inicial y la negación de la muerte de Roberto; la necesidad de darle sentido a la muerte de su hijo, buscando información en las redes sociales que le pudieran ayudar a darle respuesta a sus dudas y querer aclarar los mitos que escuchaba alrededor de las personas que se quitan la vida; se sentía culpable por no haber podido hacer algo más para prevenir su fallecimiento y tener momentos de satisfacción personal, sin embargo, al mismo tiempo, se mostraba molesta hacia éste por haberla abandonado y no pensar en ella cuando se suicidó (ambivalencia); percibía un gran estigma social alrededor del motivo de la muerte de Roberto, las personas a su alrededor la juzgaban y culpaban constantemente, por lo que evitaba hablar del tema, especialmente con su familia, en quien no encontraba un sólido apoyo; por otro lado, fue tal el impacto que tuvo el suicidio de su hijo, que ella se encontraba en un gran riesgo, por las ideas suicidas que tenía. Todo esto, concuerda con lo reportado por diversas investigaciones en cuanto a los aspectos que

caracterizan a las personas que experimentan un duelo por suicidio (Bobes, 2004; Jordan, 2001; Jordan & McIntosh, 2011; Jordan et al., 2011; Neimeyer, 2014; Sherr, 2002; Wolf, 2016; Worden, 2004).

De manera más específica, el duelo por suicidio de un hijo, forma parte de los llamados duelos desautorizados, que se caracterizan por la falta de comprensión, reconocimiento y apoyo social (Payás, 2010). En el caso de Sara, su entorno no le permitía experimentar su dolor, no percibía que su red principal de apoyo fuera suficiente para sostenerla en su sufrimiento y escuchaba constantemente comentarios estigmatizantes de sus conocidos, quienes la señalaban tanto a ella como a su esposo como los responsables, lo cual, de acuerdo con Payás (2010) puede ser considerado como trauma acumulativo, debido al fracaso del entorno tanto social como familiar para brindarle el soporte emocional necesario para sobrellevar su duelo.

Esto puede verse ejemplificado dentro del espacio terapéutico, cuando Sara comentaba en la mayoría de las sesiones, que no percibía apoyo de las personas que se encontraban a su alrededor, ni si quiera de su familia, sintiéndose juzgada y responsabilizada por el suicidio de su hijo, siendo algo propio en este tipo de casos (McIntosh & Jordan, 2011; Payás, 2010). De esta manera, como terapeuta se trataba de brindarle un espacio donde se sintiera escuchada, comprendida y no juzgada (Worden, 2004), además de proporcionarle la información que requería para esclarecer las dudas que le surgían respecto al tema del suicidio, especialmente por los mitos que escuchaba de las personas a su alrededor (Díaz et al., 2004; Pérez Barrero, 2005) lo cual provocaba que su ansiedad disminuyera.

La muerte de un hijo por suicidio es uno de los estresores más impactantes, tanto que ni siquiera existe una palabra que describa a los padres que pierden a un hijo, ya que lo esperado es que sean ellos quienes mueran antes, haciendo parecer estas pérdidas muy injustas y absurdas (Wolf, 2016). Es así como lo pensó Sara, prefiriendo incluso ser ella quien muriera en lugar de su hijo, experimentando la ausencia de Roberto como si se hubiera destruido una parte indispensable de sí, además de modificar la perspectiva que tenía sobre su futuro (Bucay, 2011) en la cual era muy importante la figura de él.

En el caso de Sara, pude distinguir diversas consecuencias a partir del suicidio de Roberto en las diferentes áreas de su vida: en la dinámica familiar, la pareja, la relación con su otro hijo y de manera personal.

En cuanto a la dinámica familiar, hubo una serie de modificaciones dentro del sistema resultado del impacto de la pérdida (Guibert & Torres, 2001; Tizón, 2004) adquiriendo características de las denominadas familias caóticas (Cerel & Aldrich, 2011) en donde la interacción entre Sara, su esposo y su hijo cambió y se desorganizó, dándose un fenómeno conocido como “la conspiración del silencio” (Wolf, 2016) en el que los tres se mantienen sin hablar nada acerca del suicidio de Roberto entre ellos, por lo que, cada uno vive su duelo de manera independiente, lo cual, fomenta que no se brinden apoyo entre sí. Evento, que probablemente esté vinculado con lo que se conoce como “huye mientras puedas” (Wolf, 2016) a partir del cual, hay una preferencia a cambiarse de la casa en la que sucedió el suicidio, esperando dejar atrás los recuerdos que les son tan dolorosos, sin embargo, al hacer esto, pudieron perder su estructura, estabilidad y seguridad familiar, ya que, la casa de sus abuelos en realidad no era un espacio propio de ellos.

En la relación de pareja, surgieron peleas constantes entre Sara y su esposo, que generaban violencia física y verbal por ambas partes, dichos conflictos los llevaron al punto en que él se fue a su casa, dejándola a ella y a Sergio en casa de sus abuelos, no sin antes discutir por quien se quedaría con su hijo; la presencia de estas disputas son propias en este tipo de duelos, debido al evento estresante (Cerel & Aldrich, 2011). Sumado a esto, su marido en algún momento la responsabilizó por el suicidio de Roberto, lo cual es propio entre la pareja cuando se busca dar una respuesta al porqué de la muerte de su hijo (Wolf, 2016) incrementando los problemas entre ellos.

Al perder un hijo, lo esperado es que la pareja se apoye entre sí para sobrellevar lo mejor posible la resolución del duelo (Worden, 2004) no obstante, entre Sara y su esposo, era reducida la ayuda que se brindaban y que ella percibía, lo cual, se sumaba a los elementos que conducían a que el proceso de duelo se dificultara.

Por otro lado, se observa un cambio en el cuidado que le brindaba a Sergio en comparación a como lo era antes del suicidio, siendo más difícil para ella hacerse cargo de él por su comportamiento, describiéndolo más rebelde, aislado y que casi no se comunica con ella, lo cual coincide con lo reportado por Wolf (2016) cuando se tienen otros hijos, agregando que el cambio de conducta puede deberse a que se siente vulnerable o inseguro por la capacidad de sus padres para cuidar de él, debido a que Sara no se encontraba en un adecuado estado de ánimo para poder brindarle el apoyo necesario (Worden, 2004) sin embargo, no se cuenta con los datos suficientes para saber esto, por lo que es sólo una especulación.

Referente a cómo se desarrolló el duelo en la familia, Worden (2004) resalta la importancia de detectar la manera en que se expresan y comunican las emociones dentro de los integrantes, en este caso, se ve limitada la expresión de sentimientos entre ellos, lo cual puede volverse un factor que complique la resolución adecuada del duelo en cada uno, por lo que, en algún momento podrían responder con diferentes reacciones físicas, emocionales o sociales en las que se generen dificultades.

Walsh y McGoldrick (1991 como se citó en Worden, 2004), consideran que deben estar presentes ciertos elementos en las familias para que éstas se adapten a la muerte de su ser querido, una de ellas implica que los miembros puedan construir una nueva familia, al mismo tiempo que conservan su conexión emocional con el fallecido, sin embargo, a Sara le era difícil visualizarse nuevamente como una familia, solo con Sergio y su esposo, por lo que, su conceptualización era que se trataban de tres personas conviviendo. Otro factor a considerar se refiere a la reorganización de roles, lo cual, no es muy claro en la estructura familiar; por último, no se aprecia de forma tan definida que se reconozcan las experiencias de duelo específicas en cada uno, es decir, pareciera que a nivel familiar, era difícil poder afrontar adecuadamente la pérdida de Roberto, lo cual, eventualmente repercutía en sus duelos individuales.

En el ámbito personal, la pérdida de su hijo fue difícil de afrontar para Sara, especialmente por lo significativo e importante que era para ella (Feigelman et al., 2008) siendo complicado reconstruir su vida sin tener a su ser querido, puesto que implicaba replantear su proyecto de vida a futuro, no logrando visualizarlo de otra

manera con esta ausencia, lo cual concuerda con lo mencionado por Worden (2004), con respecto al desequilibrio que se crea en las creencias y valores de las personas después de la muerte de un ser amado.

Otra característica particular de Sara, se vincula con la manera de relacionarse con los otros y las estrategias de afrontamiento que empleaba, en su caso, se trata de una mujer que tiende a ser socialmente introvertida, así como sumisa al establecer relaciones interpersonales, haciendo uso de estrategias de afrontamiento pasivas, por ejemplo, la evitación. Lo cual, provocaba que tuviera pocas relaciones sociales, sumado a esto, la estigmatización percibida de los otros, ocasionaba que evitara el contacto con los demás (Castaño & León del Barco, 2010) y por lo tanto, se veía desprovista de una red de apoyo sólida.

De acuerdo con lo planteado por Neimeyer (2014) acerca del afrontamiento mostrado generalmente por las madres, se esperaría que Sara acudiera a pedir ayuda con gente cercana y pudiera expresar abiertamente sus emociones. Sin embargo, muestra características propias del duelo masculino (Martin & Doka, 1996 como se citó en Neimeyer, 2014) al sentir enojo y culpa por no ser capaz de proteger a su hijo, probablemente por carecer de los recursos necesarios para dirigirse a los, propio de la desconfianza que manifiesta y que la limita a recibir o pedir ayuda de su medio.

Esto podría vincularse con lo observado durante las sesiones con ella, donde notaba que se le dificultaba conectar con las emociones asociadas al malestar producido por el suicidio de Roberto, como tristeza y enojo, lo cual, desde un punto de vista más psicodinámico, puede deberse a haber sido desprotegida por sus padres cuando era una niña, en un momento de gran confusión y dolor, en el que más necesitaba contar con una figura de apoyo fuerte y estable, detonando que su enojo y miedo a perder el control, inhibiera la expresión de sus emociones más dolorosas, tal como lo menciona Payás (2010).

Sumado a lo antedicho, muy a menudo los adultos que fueron desatendidos o rechazados en la infancia, tienen dificultades para expresar sus afectos, por lo que, en el curso de su vida han aprendido a crear muros de protección alrededor de sus

sentimientos. Sentir y manifestar los sentimientos supone una amenaza para ellos, pues los pone en situación de vulnerabilidad y despierta su miedo a ser agredidos de nuevo (Payás, 2010). Probablemente debido a estas circunstancias vividas en su infancia, fue que Sara se limitaba a demostrar sus emociones abiertamente a sus hijos, lo que pudo desarrollar en su lugar sentimientos de culpa por no haberle dicho a Roberto lo mucho que lo quería y lo orgullosa que estaba de él.

Payás (2010) propone ciertas estrategias con diferentes funciones vinculadas al proceso de duelo, comparando éstas con lo vivido por Sara, se observa la siguiente evolución en el uso de sus estrategias a lo largo del tiempo: posterior a la muerte de Roberto, se presentan respuestas más automáticas, predominando mecanismos de input, como somatizaciones (dolor de cabeza, afecciones estomacales), pesadillas y pensamientos intrusivos (como que pudo haber hecho algo más), respuestas de asignación emocional (realizar su rutina diaria como si no estuviera muerto su hijo, negar la pérdida, pensar en aventarse desde la ventana, comprar objetos y comer para llenar el vacío que sentía). En etapas intermedias, surgen estrategias que implican mayor control, en el que se integra lo emocional con los significados (extraña a su hijo, llorar por su muerte y lo recuerda, aunque aún le provoca dolor evocar pensamientos vinculados con él).

Parece que al momento de estar en el proceso terapéutico se encuentra en las etapas intermedias del duelo, puesto que no se observan indicadores de estrategias vinculadas con propiedades más cognitivas, que la lleven a la reflexión madura sobre la muerte de Roberto, en la que encuentre un significado a la experiencia, que logre promover el cambio y se abra a nuevas relaciones (Payás, 2010) más bien, se encuentra en un momento en el que se le dificulta establecer relaciones nuevas y estables, evita realizar cambios en su vida y no logra encontrarle un significado a su experiencia traumática ni a su vida misma.

Desde el modelo de proceso dual de afrontamiento del duelo, lo anterior tiene que ver con el hecho de que Sara, se encuentra más cargada a los mecanismos orientados hacia la pérdida, debido a que en la elaboración de su duelo se ve confrontada con la experiencia de la pérdida, es decir, con los sentimientos y

comportamientos que surgen a partir de la muerte de su hijo, especialmente por el vínculo que tenía con éste; y los sentimientos de ambivalencia de amor-enojo hacia él. Por otro lado, hay evidencia de poca oscilación a los mecanismos orientados hacia la restauración, en los que se espera que los dolientes puedan comenzar a realizar cambios, adaptándose a su vida sin la presencia de su ser querido, por lo que, para Sara este periodo de ajuste es difícil de sobrellevar, causándole mayor malestar y estrés tomar nuevas decisiones y tener que contar con una iniciativa de autocuidado, por lo que, estas características fungen como factores de riesgo para desarrollar posteriormente un duelo complicado (Lund et al., 2010; Stroebe & Schut, 1999).

En otro sentido, como mencionan Jordan y McIntosh (2011) uno de los principales factores de riesgo que corren las familias sobrevivientes, es que otros miembros manifiesten alguna conducta suicida. En el caso de Sara, llamaba la atención la presencia de ideación suicida, llegando incluso a considerar la posibilidad de quitarse la vida como una solución a su malestar emocional, pensamientos que, trascendían antes de la muerte de su hijo.

Otros aspectos que me parecen importantes señalar, son los asociados con posibles detonadores que llevaron a Roberto a quitarse la vida, de acuerdo con la información recaba desde las narraciones y reflexiones hechas por Sara, esto con la finalidad de contar con un panorama más amplio para poder entender mejor, el malestar emocional que estaba viviendo ella y de lo que pudo darse cuenta durante las sesiones.

En primera instancia, a nivel familiar, se observaba que el ambiente disfuncional pudo ser un potenciador de las conductas de riesgo, exhibidas por Roberto, como conductas autodestructivas o el suicidio mismo (Cerel & Aldrich, 2011; Guibert & Torres, 2001; Palacios & Andrade, 2008).

Siguiendo con lo anterior y de acuerdo a lo relatado por Sara acerca del comportamiento de Roberto, dentro de las conductas autodestructivas que concuerdan con lo reportado en las investigaciones de adolescentes que presentan riesgo suicida, se encuentran las siguientes: manifestar un deseo de quitarse la vida,

al igual que su tío (García et al., 2010; Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández et al., 2005; Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya et al., 2005; Wolf, 2016), conductas violentas e impulsivas hacia sí mismo, como golpearse contra la pared (Echeburúa, 2015; OMS, 2014); consumo de alcohol, tabaco y marihuana, y salidas más frecuentes a fiestas en donde era común la ingesta de sustancias (Baca-García & Aroca, 2014; Echeburúa, 2015; Wolf, 2016); aislamiento de su familia (Chávez-Hernández et al., 2011); el inicio de una vida sexual activa (Buendía et al., 2004; OMS, 2014); la violencia física y verbal que sufría por parte de su padre (Echeburúa, 2015); la poca comunicación y apoyo paterno hacia él (Betancourt & Andrade, 2011); además del ciclo vital en el que se encontraba, la adolescencia (Borges et al., 2012).

Finalmente, Sara también había notado indicios acerca de ciertas conductas autodestructivas que exhibía su hijo previo al suicidio de éste, lo cual, se confirma con lo reportado por Chávez-Hernández et al. (2011) y Pérez-Barrero (2010), sobre que los sobrevivientes admiten que tenían noción del riesgo suicida, al notar señales de advertencia que mostraba el fallecido, las que se hacen más evidentes cuando hay un evento desencadenante, por ejemplo, cuando Sara confronta a su hijo después de enterarse que poseía marihuana y este se encierra en su cuarto para suicidarse. Por lo que la muerte de Roberto no fue una muerte súbita e inesperada, sino que fue anunciada por éste con mucho tiempo previo al acto consumado.

Conclusiones

Después de haber elaborado el presente trabajo y a partir del caso analizado, fue posible llegar a las siguientes conclusiones: en primer lugar, se observan de manera clara aquellos elementos propios del duelo por suicidio, que lo distinguen de otros tipos de pérdidas, siendo de vital importancia poder hacer dicha distinción ya que, el abordaje terapéutico partirá de la llamada postvención, para lo cual, es indispensable tener este conocimiento previo.

Al contrastar la información recabada con las características particulares del caso analizado, fue posible distinguir ciertos elementos que lograban dar explicación al proceso por el que estaba pasando la paciente, lo cual, permitió diferenciar hasta qué punto el duelo de Sara dejó de ser un duelo “normal”, tomando características de uno complicado, asociado evidentemente a la situación de suicidio que dio un matiz distinto al cómo se fue dando su transcurso. De esta manera, es posible afirmar que sin el conocimiento teórico acerca de las peculiaridades que se pueden llegar a presentar en este tipo de casos, sería complicado realizar un diagnóstico diferencial que permita delimitar cuál será el curso de intervención que se tendrá con cada paciente.

A partir de la investigación realizada para la conformación del marco teórico, fue posible reflexionar sobre la información existente respecto al suicidio y las temáticas afines a éste. De esta manera, es posible notar que hay diversas investigaciones referentes a los factores vinculados al suicidio a nivel internacional, sin embargo, en México, no son tan abundantes, siendo incluso datos no tan actualizados.

Por su parte, al realizar una búsqueda más especializada respecto al duelo por suicidio, se descubrió que era aún menor la indagación que se ha realizado en relación a este tema a nivel mundial, por lo que, son pocos los investigadores que se han dedicado a revisar esta situación. En lo que se refiere al país, solo se encontraron datos con respecto a una clínica especializada en duelo por suicidio, que se encarga de la atención e investigación bajo un modelo propio de postvención, lo cual nos habla

de la carencia de datos existentes para atender a los sobrevivientes de la muerte por suicidio.

Aunado a esto, a pesar de haber encontrado diferentes enfoques terapéuticos para intervenir en casos de duelo, no están enfocados para atender situaciones de duelo provocado por el suicidio de una persona cercana, por lo que, al indagar sobre cómo intervenir con estos consultantes, se encontró que requería de ciertas particularidades para hacerlo, siendo aún más significativo poseer información actualizada.

Es por esto que, es de vital importancia que se siga promoviendo la investigación de este tipo de casos en el país, debido a la escasez de información respecto al duelo por suicidio, especialmente en población clínica, además de poder estar en constante actualización sobre las intervenciones psicoterapéuticas más adecuadas para este tipo de motivos de consulta.

Sumado a lo anterior, me parece que la demanda inminente de atención terapéutica requiere que se tenga un bagaje más amplio de conocimientos de los diversos enfoques terapéuticos que existen, es decir, que como terapeuta en formación se esté en una constante actualización de las intervenciones que se están realizando, así como, tener en claro cuál es el marco teórico y referencial desde el que se está abordando el caso.

En cuanto a la intervención terapéutica realizada, es posible destacar que no es una tarea sencilla el trabajo con estos clientes, debido a los múltiples factores que intervienen, desde las características de personalidad de la paciente, el motivo de consulta, las particularidades del ambiente e incluso la terapia misma con todos sus elementos, por lo cual, es indispensable que como terapeutas se cuente con las herramientas necesarias para dar una atención adecuada.

Un aspecto a considerar cuando se presentan este tipo de casos, es que en ciertas ocasiones la persona no tiene un motivo de consulta propio, ya sea porque no se encuentra listo para trabajarlo o porque no logra verlo, debido a que la pérdida de un ser querido por una muerte tan traumática, puede mover diversas situaciones tanto

a nivel personal, familiar o contextual, que es difícil abordar a la vez. Como lo menciona Payás (2010) algunos consultantes se llegan a encontrar en una fase evitación-negación en donde no es posible realizar un trabajo terapéutico encaminado a la resolución del duelo o buscar un significado de lo que ocurrió.

De esta manera, como terapeutas es crucial que se logre aceptar la decisión del paciente cuando este no se encuentra listo para tener un proceso psicológico, permitiendo que se vaya, ya que es natural que al sentir la terapia como una situación confrontativa, los lleve a abandonarla, teniendo la posibilidad de establecer una consulta de cierre o bien, canalizar, sin que como terapeutas se sienta culpa o se vea como un fracaso (McGann et al., 2011).

A pesar que dentro del espacio terapéutico se observen cosas que se pueden trabajar, el cliente no siempre lo verá o es algo que no quiere abordar, por lo que se debe aceptar, sin que la curiosidad misma del terapeuta pueda influir en la decisión, en todo momento hay que tomar en cuenta cuál es la mejor opción para la persona que está enfrente y no sólo para cumplir las necesidades terapéuticas.

Finalmente, en todo proceso psicoterapéutico, especialmente cuando se encuentra en formación, surge de vital importancia la supervisión clínica, con la finalidad de seguir paso a paso la formación de los profesionales de la salud mental, así como, la presencia de co-terapeutas que ayuden y apoyen en la atención psicoterapéutica (McGann et al., 2011) ya que, esto permite contar con un número mayor de miradas de un paciente, además de la del terapeuta responsable, que permitan aportar un panorama más amplio de cómo se está llevando el proceso y qué es mejor para la persona en tratamiento.

Limitaciones y sugerencias

Una de las limitaciones que se pudo encontrar en la elaboración de este trabajo, fue que al comenzar el proceso con “Sara”, no se contaba con la información necesaria acerca del motivo de consulta que manifestaba, es decir, el malestar emocional provocado por el suicidio de su hijo adolescente, por lo que se fue llevando el caso a la par que se reunía información que fuera de utilidad para orientar la intervención adecuadamente, lo cual, pudo haber influido en el proceso terapéutico.

Sumado a lo anterior, considero que desde la carrera y el posgrado, es complicado que a los estudiantes se nos prepare para intervenciones tan específicas como para este tipo de casos, por lo que al enfrentarnos a la práctica, hay que responder a la demanda de los pacientes en el momento, para lo cual es indispensable contar con una buena capacidad de análisis de los motivos de consulta, así como la supervisión individual y/o grupal, para poder decidir qué es lo mejor para la persona que asiste a pedir consulta terapéutica; de esta manera, creo que es importante que ante casos que requieran de un servicio más específico, antes de canalizar al consultante se le pueda proveer por lo menos, con una atención a nivel psicoeducativo y de sensibilización, ya sea para crear conciencia de lo significativo que es la atención psicológica personal o bien, para que puedan estar enterados del motivo por el que serán canalizados y aumente la probabilidad de que acudan a la nueva institución, con la finalidad de que no queden desprovistos del trabajo terapéutico que en muchos casos es necesario.

En este sentido, con base a lo ya revisado en la teoría y la reflexión que hago del caso, puedo mencionar que si volviera a enfrentarme con un paciente con un motivo de consulta referente a duelo por suicidio, formularía como primera instancia un plan de tratamiento, tomando en cuenta las particularidades de la persona que pueden influir en su elaboración del duelo, fomentando en gran medida la alianza terapéutica, tratando de evitar la deserción de la terapia, además de buscar los objetivos terapéuticos del paciente.

A partir de este trabajo, se obtuvo un gran aprendizaje y experiencia personal, puesto que al buscar información acerca de la problemática, se descubrió la poca investigación que existe en el país acerca de la postvención que se ofrece a los dolientes de un suicidio, siendo una intervención relativamente nueva en México, donde son pocos los profesionales que la llevan a cabo, tanto es así que, solo existe una clínica especializada en duelo por suicidio en la Universidad de Guadalajara, en donde se desarrolló un modelo propio de intervención basado en terapias contextuales cuyo objetivo es, alcanzar la flexibilidad en los pacientes que les permita enfrentar las consecuencias de vivir sin su ser querido y continuar con su vida, donde se ofrecen diferentes modalidades de atención psicológica (individual, familiar, intervención en crisis y psicoeducación) (Cruz, 2017).

Por otro lado, después de realizar la investigación teórica, el análisis del caso elegido y la propuesta de intervención elaborada, es posible sugerir que dentro de los Centros de Formación en la Práctica, se pueda implementar la “Propuesta de atención para consultantes sobrevivientes de duelo por suicidio” en el primer contacto que se tenga con ellos, hasta que se establezca dónde serán atendidos; para esto, es de vital importancia que todos aquellos profesionales que estén en contacto con los consultantes tengan una capacitación para dar un servicio adecuado, donde brinden contención y apoyo, además de poseer la información suficiente sobre el tema (Berkowitz et al., 2011).

También, es importante que los terapeutas en formación que se encuentren por primera vez con motivos de consulta que involucren el duelo por el suicidio de una persona cercana, consideren evitar en el interrogatorio inicial con el consultante, las siguientes preguntas: “¿qué necesita de la terapia?, ¿qué espera de las sesiones?, y/o ¿cómo sabrá que ha alcanzado los objetivos de la terapia?” ya que, de acuerdo con Payás (2010) esto puede llevar a un atropello terapéutico, especialmente cuando el individuo se encuentra en una fase de evitación o negación, pudiendo provocar que abandonen la terapia. Por eso, es necesario que se cree en un primer momento un espacio de confianza y respeto, en el que la persona tenga la seguridad de que no se

abordarán temas que sean amenazadores y dolorosos, esperando hasta que esté preparado para hablar sobre el tema del suicidio.

Finalmente, a partir de lo ya mencionado, es posible señalar la relevancia de contar con ciertos modelos de atención psicológica para casos como el duelo por suicidio que requieran de una atención particular (postvención) por lo cual, se requiere que se siga investigando al respecto para tener mayor fundamento y sustento sobre qué intervención es más funcional para esta población.

Referencias

- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde El Caribe*, 30(1), 123-145.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. México: Manual Moderno.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., & Rojas, R. M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio, E., & Forns, E. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(33), 51-74.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baca-García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Barragan, L., Brugman, A., Montenegro, M., & Benavides, J. (1989). *Pruebas de Frases Incompletas*. México: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barreto, P., & Soler, M. (2007). *Muerte y duelo*. España: Editorial Síntesis.
- Barreto, P., de la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección del duelo complicado. *Psicooncología*, 9(23), 355-368.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.

- Bartau, I., Maganto, J., & Etxeberría, J. (2001). Los programas de formación de padres: Una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-7.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II*. España: McGraw Hill.
- Berkowitz, L., McCauley, J., Schuurman, D., & Jordan, J. (2011). Organizational Postvention After Suicide Death. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 157-178). New York: Routledge.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.
- Bobes, J. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. México: Psiquiatría Editores.
- Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. España: Paidós.
- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. España: Morata.
- Bucay, J. (2011). *El camino de las lágrimas*. México: Océano Express.
- Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.

- Bulbena, A. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. México: Masson.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67.
- Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Cerel, J., & Aldrich, R. (2011). The Impact of Suicide on Children and Adolescents. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 81-92). New York: Routledge.
- Chávez-Hernández, A. M., & Leenars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.
- Chávez-Hernández, A., Cortés, M., Hermosillo, C., & Medina, M. (2011). *Prevención del suicidio en jóvenes. Salvando vidas*. México: Trillas.
- Corsi, J. (2006). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Cruz, J.I. (Enero, 2017). *Duelo complicado por suicidio*. Conferencia presentada en la Facultad de Psicología, UNAM.
- Cruz, J.I., & Arenas, P. (10 de Febrero de 2017). Duelo por suicidio. *Gaceta de la Facultad de Psicología, UNAM*, pp. 3.
- Cyrułnik, B. (2014). *Cuando un niño se da muerte*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, J., Martínez, S., & Bobes, J. (2004). Apoyo a los supervivientes de una crisis suicida. En J. Bobes, *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (págs. 300-304). México: Psiquiatría Editores.
- Durkheim, E. (1994). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.

- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies, 27*(2), 143-165. doi:10.1080/07481180302892
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica, 33*(2), 117-126.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P., & Polo-López, R. (2011). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies, 27*, 215-227.
- Eguiluz, L. (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* México: Pax.
- Eguiluz, L., & Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana, 22*(2), 72-80.
- Eguiluz, L., Córdova, M., & Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio. Su comportamiento y tratamiento.* México: Pax.
- Estévez, E., Musitu, G., & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental, 28*(4), 81-89.
- Estrada, L. (2012). *El ciclo vital de la familia.* México: Debolsillo.
- Feigelman, W., Jordan, J., & Gorman, B. (2008). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega: Journal of Death and Dying, 58*(4), 251-273.
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz, & F. Martínez, *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (págs. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Casassus, M., Sandoval, A., Santander, S., & Calderón, S. (2009). Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. *Revista Chilena de Pediatría, 80*(6), 520-527.

- Freud, S. (1917/2012). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras* (págs. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- García, H., Sahagún, J., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J., & González, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública, 12*(5), 713-721.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10*(2), 105-122.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema, 14*(2), 363-368.
- González-Forteza, C., Jiménez, J., Garfias, N., & García, F. (2009). Problemática suicida en familias fragmentadas. *Revista JOVENes*(32), 78-89.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema, 15*(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Salgado, N., & Andrade, P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental, 16*(3), 16-21.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental, 25*(6), 1-12.
- Guibert, W., & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 17*(5), 452-460.
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C., & Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, 29*(5), 66-74.

- Hernández, A., Rebutillo, G., Danauy, M., & Bess, S. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 372-377.
- Heredia, M. C., & Lucio, E. (2010). Aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento en la crianza de sus hijos adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 15, 61-68.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed. ed.). México: McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Estadísticas de intentos de suicidios y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Jiménez, J., Mondragón, L., & González-Forteza, C. (2007). Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *Salud Mental*, 30(5), 20-26.
- Jordan, A., & Litz, B. (2014). Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187.
- Jordan, J. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102.
- Jordan, J. (2011). Principles of Grief Counseling with Adults Survivors. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 179-223). New York: Routledge.
- Jordan, J., & McIntosh, J. (2011). Is Suicide Bereavement Different? A Framework for Rethinking the Question. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide*.

Understanding the Consequences and Caring for the Survivors (págs. 19-42).
New York: Routledge.

Jordan, J., & McIntosh, J. (2011). Suicide Bereavement: Why Study Survivor of Suicide Loss? En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 3-17). New York: Routledge.

Jordan, J., Feigelman, W., McMenemy, J., & Mitchell, A. (2011). Research on the Needs of Survivors. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 115-131). New York: Routledge.

Kübler-Ross, E. (1972/2014). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico*. México: Random House Mondadori.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Planeta.

Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 332-337.

Lucio, E., Durán, C., Heredia, M. C., Arenas, P., & Martínez, L. (2015). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 Forma Reestructurada. Manual técnico*. México: Manual Moderno.

Lucio, E., Durán, C., Heredia, M., Arenas, P., & Martínez, L. (2015). *Manual del MMPI-2 Rf*. México: Manual Moderno.

Lund, D., Caserta, M., Utz, R., & de Vries, B. (2010). Experiences and Early Coping of Bereaved Spouses/Partners in an Intervention Based on the Dual Process Model (DPM). *Omega*, 61(4), 291-313.

McGann, V., Gutin, N., & Jordan, J. (2011). Guidelines for Postvention Care with Survivors Families After the Suicide of a Client. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 133-155). New York: Routledge.

- McIntosh, J., & Jordan, J. (2011). The Impact of Suicide on Adults. En J. Jordan, & J. McIntosh, *Grief After Suicide. Understanding the Consequences and Caring for the Survivors* (págs. 43-79). New York: Routledge.
- Membrillo, A. (2008). Ciclos evolutivos. En A. Membrillo, M. Fernández, J. Quiroz, & J. Rodríguez, *Familia. Introducción al estudio de sus elementos* (págs. 87-105). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Membrillo, A., & Rodríguez, J. (2008). Definiciones y conceptos de familia. En A. Membrillo, M. Á. Fernández, J. R. Quiroz, & J. L. Rodríguez, *Familia. Introducción al estudio de sus elementos* (págs. 35-50). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Mendizábal, J., & Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General de México*, 62(3), 191-197.
- Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Argentina: Paidós.
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R., & Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(1), 45-51.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). Estrés, salud y enfermedad: teoría. En V. Morrison, & P. Bennett, *Psicología de la Salud* (págs. 359-430). Madrid: Pearson Education
- Neimeyer, R. (2014). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. México: Booket.
- Nomen, L. (2009). *El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.
- Núñez, A., Tobón, S., Vinaccia, S., & Arias, D. (2006). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el VIH/SIDA a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, 13(2), 105-116.

- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223.
- Oliva, A., Parra, Á., Sánchez-Queija, I., & López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología*, 23(1), 49-56.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Palacios, J., & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7(12), 7-18.
- Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. España: Paidós.
- Pérez, A., Uribe, I., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J., & Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde El Caribe*, 30(3), 551-568.
- Pérez-Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.
- Pérez-Barrero, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Pérez-Barrero, S. (2010). Los sobrevivientes o supervivientes. En L. Eguiluz, *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* (págs. 141-162). México: Pax.
- Piemontesi, S., & Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25(1), 102-111.

- Portuondo, J. (1970). *Cuatro técnicas en el Test de Apercepción Temática y la Autobiografía como técnica proyectiva*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Portuondo, J. (2010). *La Figura Humana. Test proyectivo de Karen Machover*. España: Biblioteca Nueva.
- Puentes-Rosas, E., López-Nieto, L., & Martínez-Monroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2), 102-109.
- Querol, S., & Chaves, M. (2013). *Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax.
- Quintanilla-Montoya, R., Haro, L., Flores, M., Celis de la Rosa, A., & Valencia-Abundiz, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en salud*, 5(2).
- Quintanilla-Montoya, R., Valadez-Figueroa, I., Valencia-Abundiz, S., & González de Mendoza, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 2(2), 112-116.
- Quintanilla-Montoya, R., Valadez-Figueroa, I., Vega-Miranda, J., & Flores-Ramírez, L. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud*, 16(2), 139-147.
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua española*. España: Espasa Calpe.
- Rivera-Heredia, M. E., & Andrade-Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.

- Ruano, R., & Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 16, (2), 199-206.
- Sandín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología* (Vol. II, págs. 3-42). España: McGraw Hill.
- Sanz, L., Gómez, M., Almendro, M., Rodríguez, C., Izquierdo, A., & Sánchez, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 501-521.
- Sarmiento, C., & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Serrano, M., & Flores, M. (2005). Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230.
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. México: McGraw-Hill.
- Sherr, L. (2002). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno .
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Sullivan, D., & Everstine, L. (2000). *Personas en crisis, intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Pax.
- Sveen, C.-A., & Walby, F. (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38(1), 13-29.

- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. México: Paidós.
- Tobón, S., Núñez, A., & Vinaccia, S. (2004). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesual del estrés. *Revista de Estudios Sociales*(18), 59-65.
- Tobón, S., Vinaccia, S., & Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(2), 81-98.
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., & González-Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.
- Valadez-Figueroa, I., Quintanilla-Montoya, R., González-Gallegos, N., & Amezcua-Fernández, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública de México*, 47(1), 1-2.
- Valladares, A. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 6(1), 4-13.
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (págs. 425-436). México: Masson.
- Wolf, J. (2016). *Superando el duelo después de un suicidio. Las experiencias de los que se quedan*. México: Pax.
- Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. España: Paidós.

A N E X O

ANEXO 1.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Características de Personalidad

A continuación, se describirán las características de personalidad de la paciente, con base a la evaluación realizada con el MMPI-2-RF, llevando a cabo un análisis de cada una de las escalas. De esta manera, las escalas de validez muestran que respondió a la prueba adecuadamente, comprendiendo los reactivos, no habiendo evidencias de sobre-reporte o sub-reporte, por lo que se trata de un perfil interpretable (ver Figura 1).

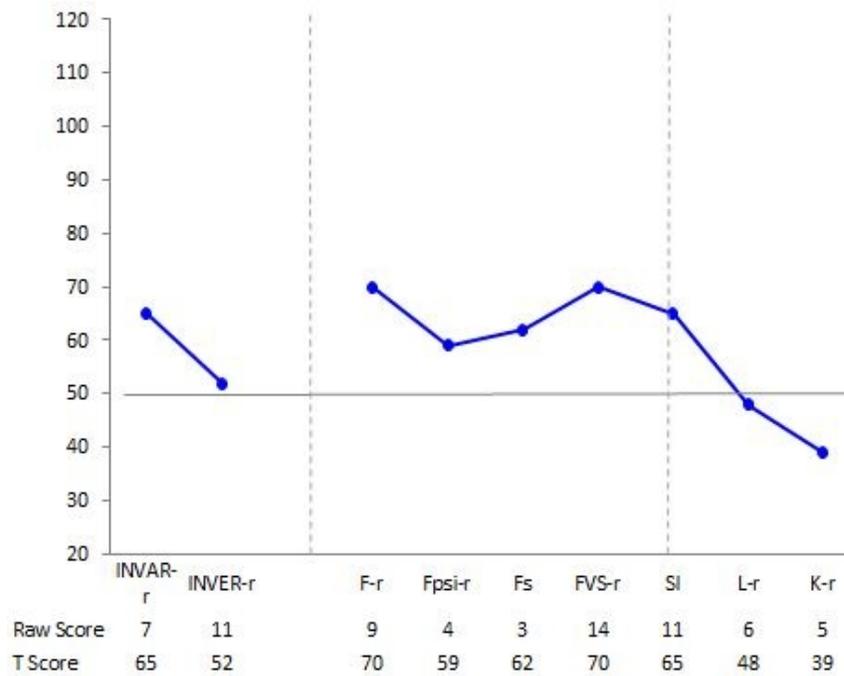


Figura 1. Escalas de Validez. INVAR-r = Inconsistencia de las respuestas variables; INVER-r = Inconsistencia de las respuestas "verdadero"; F-r = Respuestas infrecuentes; Fpsi-r = Respuestas infrecuentes de psicopatología; Fs = Respuestas infrecuentes somáticas; FVS-r = Validez del síntoma; SI = Escala de síntomas inconscientes; L-r = Virtudes poco comunes; K-r = Validez de adaptación.

Dentro de las Escalas de Orden Superior (ver Figura 2), la escala correspondiente a Alteración emocional/Problemas internalizados (AE/PI), se encuentra muy elevada, lo que significa que existe en Sara un considerable malestar

emocional, el cual, en ocasiones lo puede llegar a percibir como una crisis, pudiendo manifestar depresión, ansiedad y sentimientos de preocupación; dichas dificultades emocionales pueden motivar a la persona a tomar tratamiento. Se puede considerar una posible alteración emocional internalizada debido a las elevaciones de las escalas correlacionadas con ésta (CRd, CR2, CR7, ISU, Im/D, P/E, ANS, LCM, MEM, NEGE-r e INTR-r).

Mientras que, en las Escalas Clínicas Reestructuradas (ver Figura 2), se muestran elevaciones bastante significativas en varias de ellas, sobresaliendo una gran insatisfacción por las condiciones actuales de su vida, acompañada por sentimientos de tristeza e infelicidad. Al correlacionar la puntuación de la escala CRd con la elevación en ISU e IMD, se puede considerar un posible riesgo de ideación suicida, con dificultades para afrontar adecuadamente el estrés, baja autoestima, tendencia a preocuparse, con presencia de pensamientos obsesivos y una actitud de desesperanza y pesimismo sobre el futuro.

Indica múltiples quejas somáticas que pueden incluir dolores de cabeza, síntomas neurológicos y gastrointestinales, posiblemente como respuesta al estrés.

Por otro lado, reporta pérdida de experiencias emocionales positivas y pérdida de interés por actividades que antes le causaban placer, es decir, anhedonia significativa. Es una persona socialmente introvertida y desvinculada, pesimista, con pérdida de energía y síntomas abundantes de depresión, componentes que podrían interferir en su compromiso con el tratamiento psicológico.

Se muestra desconfiada de los otros, cree que los otros sólo ven por sus intereses y tiende a tener creencias cínicas, que probablemente interfieran en la relación terapéutica. A partir de esto, se puede dirigir a los demás de manera hostil y sentirse perturbada al estar en compañía de otros, por esta desconfianza, que la lleva a tener experiencias interpersonales negativas.

Es una persona que experimenta diversas emociones significativas como ansiedad, enojo y miedo. Por lo que, su conducta se ve inhibida debido a estas emociones, se puede observar rumiación excesiva e ideas intrusivas, tendencia al

acting out, problemas de sueño, preocupación excesiva, llega a percibir a los otros demasiado críticos, incluso es autocrítica y propensa a culparse.

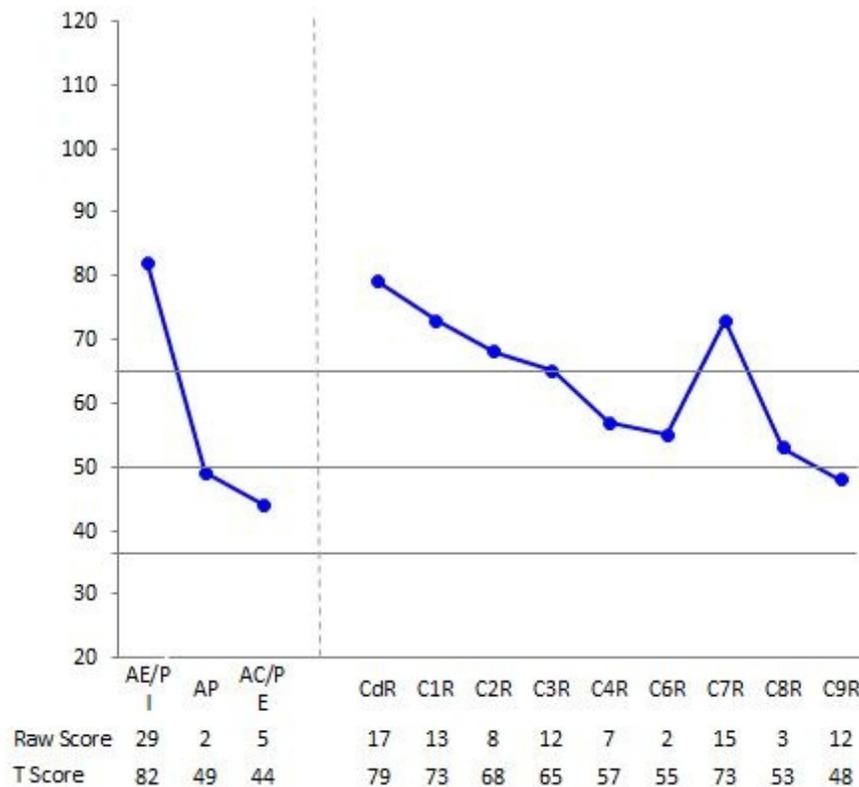


Figura 2. Escalas de Orden Superior (OS) y Escalas Clínicas Reestructuradas (CR). AE/P = Alteración emocional y problemas internalizados; AP = Alteración del pensamiento; AC/PE = Alteraciones de la conducta y problemas externalizados; Crd = Desmoralización; Cr1 = Quejas somáticas; Cr2 = Disminución de las emociones positivas; Cr3 = Cinismo; Cr4 = Conducta antisocial; Cr6 = Ideas de persecución; Cr7 = Emociones negativas disfuncionales; Cr8 = Experiencias aberrantes; Cr9 = Activación hipomaniaca.

Dentro de las Escalas de Problemas Específicos (PE) (ver Figura 3), muestra elevaciones significativas en casi todas las Escalas de problemas somáticos/cognitivos: Malestar (MAL), Quejas de dolor de cabeza (QDC), Quejas neurológicas (QNEU) y Quejas cognitivas (QCO). Lo que nos podría indicar que, mantiene mala salud, con sensación de debilidad o cansancio, estando propensa a tener dificultades en el sueño, fatiga y poca energía.

Algunos de los síntomas somáticos que presenta, son dolores de cabeza, quejas neurológicas vagas y un patrón difuso de dificultades cognitivas; que surgen como respuesta al estrés. Esto provoca que se preocupe por su salud física, que

experimente dificultades para concentrarse y tenga una baja tolerancia a la frustración.

Por otro lado, dentro de las Escalas de Problemas internalizados (ver Figura 3), las que muestran elevaciones clínicamente significativas son: Ideación suicida/deseos de muerte (ISU), Impotencia/desesperanza (Im/D), Desconfianza de sí mismo (DSM), Ineficacia (INE) y Preocupación/estrés (P/E). Éstas, nos podrían estar hablando que Sara ha tenido pensamientos de ideación suicida, vinculados con una constante preocupación por la muerte y el suicidio.

Tiene la creencia de que no puede cambiar o sobre llevar sus problemas y de que es incapaz de alcanzar sus metas de vida. Esto se acompaña por sentimientos de desesperanza, pesimismo y agobio, con la creencia de que recibe un trato injusto de la vida y una pérdida de motivación para el cambio, por la idea de que no puede ser ayudada.

Sara se percibe como inútil y con pérdida de confianza en sí misma, por lo que se siente inferior e insegura, presenta ideas obsesivas y se autocastiga. Es muy indecisa y pasiva, creyendo que es incapaz de tomar decisiones y manejar efectivamente las crisis, teniendo dificultades al tratar con asuntos pequeños e insignificantes, dicha indecisión puede interferir con el establecimiento de metas y su progreso en el tratamiento. Aunado a éstas características, también cuenta con niveles de estrés y preocupación por arriba del promedio.

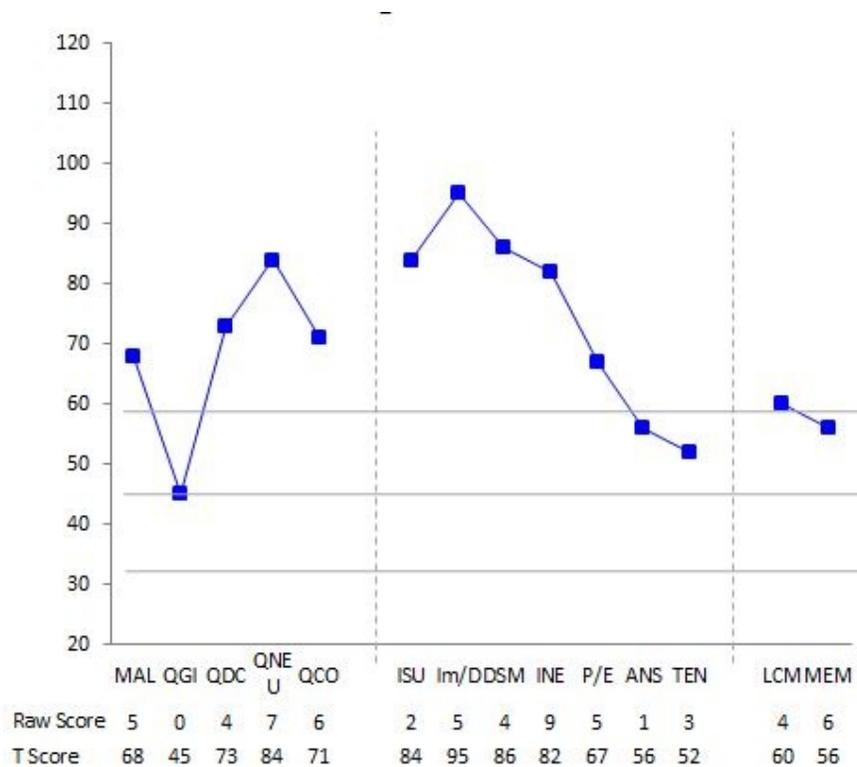


Figura 3. Escala de Problemas Específicos (PE) – Escalas de problemas somáticos/cognitivos y Escalas de problemas internalizados. MAL = Malestar; QGI = Quejas gastrointestinales; GDC = Quejas de dolor de cabeza; QNEU = Quejas neurológicas; QCO = Quejas cognitivas; ISU = Ideación suicida/deseos de muerte; Im/D = Impotencia/desesperanza; DSM = Desconfianza de sí mismo; INE = Ineficacia; P/E = Preocupación/estrés; ANS = Ansiedad; TEN = Tendencia al enojo; LCM = Limitaciones conductuales por miedos; MEM = Miedos específicos múltiples.

En las Escalas de Problemas Externalizados (ver Figura 4), no se obtiene ninguna elevación significativa en ninguna de ellas, sin embargo, la escala de Agresión (AG) se muestra ligeramente por debajo de la media, lo cual, podría indicar que en ocasiones podría llegar a perder el control de sus impulsos, involucrándose en conductas violentas hacia otros, experimentando especialmente enojo.

No presenta problemas con el abuso de sustancias ni problemas de conducta relacionados con el robo. Y mantiene niveles de energía y actividad adecuados la mayor parte del tiempo.

Las Escalas de Problemas Interpersonales (ver Figura 4), muestran elevaciones significativas en las escalas de Pasividad Interpersonal (PIP), Timidez (TIM) y Desapego (DES), indicando que Sara no es asertiva, sino más bien se trata

de una persona que tiende a la pasividad y sumisión en sus relaciones interpersonales, siendo sobre-controlada.

De igual manera, es tímida, ya que se avergüenza con facilidad y se puede sentir incómoda alrededor de los otros. Es socialmente introvertida y generalmente es ansiosa frente a esta situación, lo cual, se podría relacionar con el desagrado que siente hacia las personas y al estar cerca de ellas, interviniendo en la relación terapéutica y el progreso de logros en su tratamiento.

En cuanto a las Escalas de Intereses Específicos (ver Figura 4), no hay elevaciones significativas, teniendo poco o nulo interés por actividades u ocupaciones relacionadas con lo estético o literario y con la física o la mecánica. Sugiriendo una posible pérdida en intereses externos.

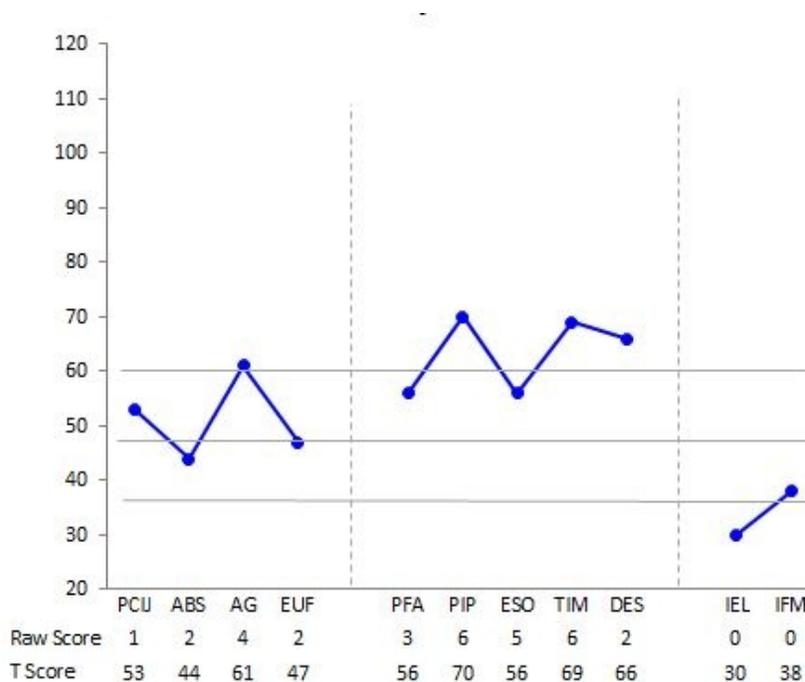


Figura 4. Escalas de problemas externalizados, de problemas interpersonales y de intereses específicos. PCIJ = Problemas de conducta infanto-juveniles; ABS = Abuso de sustancias; AG = Agresión; EUF = Euforia; PFA = Problemas familiares; PIP = Pasividad interpersonal; ESO = Evitación social; TIM = Timidez; DES = Desapego; IEL = Intereses estéticos-literarios; IFM = Intereses físico-matemáticos.

Por último, en el perfil de las Escalas de psicopatología de la personalidad (PSY-5) (ver Figura 5), Sara puntúa ligeramente por debajo de lo esperado en las escalas de Neuroticismo-revisada (NEGE-r) e Introversión/disminución de emociones

positivas-revisada (INTR-r). Lo cual indica que ha tenido experiencias de emociones negativas, dentro de estas emociones presenta ansiedad, inseguridad y preocupación; debido a éstas es inhibida, autocrítica, propensa a culparse y tiene ideas intrusivas constantes. También se observa una pérdida de emociones positivas, evitando situaciones sociales, con problemas significativos de anhedonia, falta de intereses y pesimismo.

Debido a la puntuación baja en la escala de Impulsividad-revisada (DISC-r), puede tratarse de una persona excesivamente reservada y con un nivel relativamente alto de conducta ajustada.

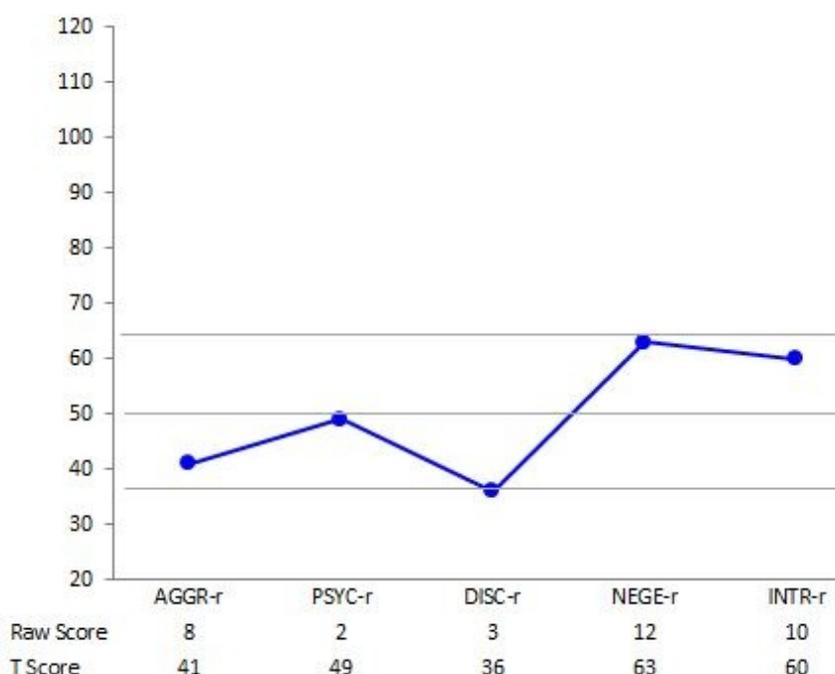


Figura 5. Escalas de psicopatología de la personalidad (PSY-5). AGGR-r = Agresividad-revisada; PSYC-r = Psicoticismo-revisada; DISC-r = Impulsividad-revisada; NEGE-r = Neurosis/emociones negativas-revisada; INTR-r = Introversión/disminución de emociones positivas.

Área intelectual

No se aplicó ninguna prueba que evaluara el nivel de funcionamiento intelectual de Sara, sin embargo, de forma cualitativa se puede decir que posee un nivel adecuado a su edad y nivel escolar.

Sara da la impresión de ser una persona adaptada y equilibrada, que puede manejar sin inconvenientes las adversidades que se le presenten, a pesar de este aparente bienestar que informa, se observan sentimientos de angustia e impotencia cuando se encuentra frente a situaciones desfavorables.

Tiene dificultades en su toma de decisiones, especialmente cuando implica el manejo de poder y jerarquías, en donde ella tiene que colocarse como figura de autoridad, dando su mejor esfuerzo para resolver el problema que se presente.

Por otro lado, posee pensamientos rumiantes relacionados con la muerte y el suicidio, que consumen una considerable parte de su tiempo, estos no solo están ligados al suicidio de su hijo, sino también con ideas acerca de su propia muerte, lo que provoca que su visión a futuro sea vaga e incierta.

Área percepto-motora o de daño orgánico

No existe presencia de daño orgánico, ni problemas evidentes a nivel perceptual.

Área afectiva

Tono afectivo

Sara, presenta un tono afectivo bajo y con constante malestar emocional, posiblemente vinculado con sentimientos de depresión, como tristeza, infelicidad, cansancio y fatiga. A partir de este estado emocional, busca constantemente su bienestar.

Muestra insatisfacción general por las condiciones actuales de su vida, no siendo suficientes para llenarla emocionalmente, sumándose al hecho de que en los últimos meses ha perdido experiencias emocionales positivas que la hacían sentirse mejor.

Por otro lado, se trata de una persona ansiosa e insegura, con sentimientos evidentes de culpa y arrepentimiento, generados por la muerte de su hijo.

Forma de demandar y expresar afecto

La forma en que Sara expresa su afecto hacia los demás es de manera apropiada y esperada socialmente, no obstante, cuando la situación no es como lo espera, muestra conductas de acting out, a partir de las cuales, aleja a las personas, por no responder como ella lo necesita, siendo despectiva y con una actitud de superioridad.

Espera que las otras personas u objetos puedan llenar el vacío emocional que siente, como por ejemplo, el ideal de una pareja que la provea de satisfacción emocional y sexual o bien, con la compra innecesaria de ropa y el consumo desproporcionado de comida.

Relacionado con su pareja, muestra rechazo sexual latente hacia él, así como rechazo emocional manifiesto, no siendo lo que ella quiere en este momento, buscando en otros hombres las características ideales para ella, incluso si se trata de actores, estando con su esposo únicamente por “conservar” el bienestar de su hijo, teniendo con él una relación de conveniencia para ella, puesto que de esta manera no tiene que responsabilizarse de su hijo ni de ella misma.

En cuanto su hijo, es ambivalente con su forma de ser hacia él, por un lado, quiere que este bien emocionalmente, pero por otro, lo mantiene alejado de ella a nivel afectivo por parecerse a su padre, tanto en físico como en carácter, características que le molestan de su esposo, esperando que sea diferente a éste e inclusive deseando en algún momento que hubiera sido él quien muriera en lugar de su hijo mayor, anulándolo y distanciándolo de sí.

Finalmente, el hecho de que siga viviendo en la casa de sus abuelos, la vuelve vulnerable a no estar responsabilizándose de sí misma y de su vida, evitando esta situación al preferir continuar en casa de sus abuelos, volviendo a ser una hija que necesita ser protegida y atendida por alguien más.

Características de control de impulsos

Sara presenta limitaciones en su control de impulsos, tendiendo a responder de forma agresiva e impulsiva, manifestando una baja tolerancia a la frustración, respondiendo de manera poco asertiva.

Así mismo, se le complica afrontar adecuadamente situaciones estresantes, manteniendo niveles elevados de ansiedad, preocupación y angustia, que la llevan al desarrollo de síntomas físicos.

Relaciones interpersonales

Con las figuras representativas de su vida, principalmente tiene conflictos para relacionarse con su padre y su madre. Referente al padre, su relación con éste es distante, periférica y superficial, puesto que lo ve de manera esporádica, a nivel emocional es ambivalente hacia éste, debido al abuso de su parte.

Por otro lado, con su madre, parece haber un conflicto mayor, ya que, se trata de una relación fracturada, al haberlos abandonado cuando era niña, actualmente, está tratando de repararla, no obstante, aún sigue presente un reproche latente y constante por dicho abandono, desarrollando la creencia de que todas las mujeres rechazan a sus hijos. Por tal motivo, se encuentra en una búsqueda de un ideal de madre comprensiva y atenta de los hijos, actuando de alguna manera, igual que lo hizo su madre, al dejar desprotegido emocionalmente a su hijo.

En esta misma línea, con las figuras de autoridad persiste este sentimiento de ambivalencia, por un lado, le son amenazantes, y por el otro muestra admiración y respeto por éstos. Además, se trata de una persona que gusta de ir en contra de las normas establecidas, teniendo una actitud de rebeldía, hostilidad y desconfianza.

A pesar de que la manera en que se vincula con los otros es a través de la sumisión y la pasividad, cuando las personas no son de su agrado, se muestra hostil y cínica hacia ellos, alejándolos. Aunque mantenga distancia de las personas, se siente insatisfecha con sus relaciones sociales, considerando que los otros tienen problemas con ella y no viendo que es ella, quien en ocasiones puede propiciar este

rechazo por parte de los demás, surgiendo una necesidad constante de satisfacer ésta área.

Autoconcepto

Sara cuenta con una fortaleza yoica disminuida, percibiéndose a sí misma como una persona indefensa, inútil, tímida, introvertida e insegura, lo que la lleva a tener una actitud pasiva con los demás, siendo complaciente; además, trata de encubrir que la sobrepasa el ambiente tan abrumador que siente, por tal razón, se muestra como una persona equilibrada y segura de sí misma.

Al desvalorizar a la figura femenina, se coloca a sí misma inferior y devaluada, no solo como mujer, sino también como madre y esposa. Por lo tanto, tiene la necesidad de que sea el otro quien la reconozca.

Su autoestima es baja, al darle mayor reconocimiento a sus defectos y sobrevalorar sus capacidades y habilidades, lo que ocasiona que se autosabotee. Ligado a esto, deposita en la fantasía de que su hijo esté vivo, su completo bienestar emocional.

Un miedo constante en ella, es quedarse sola cuando su hijo menor ya no éste en casa y no tenga con quien convivir, mostrando un intenso miedo a la soledad, considerando la posibilidad de una muerte prematura que no implique llegar hasta la vejez.

Capacidad de insight y sus características

De acuerdo a lo observado de Sara durante las sesiones se puede notar una buena capacidad de Insight, sin embargo, debido a las resistencias que mantiene, no logra realizar otro tipo de reflexiones relacionadas con su motivo de consulta. Depositando en el exterior y en los otros la responsabilidad del cambio y no asumiéndose a sí misma como la depositaria de éste.

A manera de conclusión, se puede observar en Sara un constante malestar emocional, caracterizado principalmente por sentimientos relacionados con

depresión, como lo son la tristeza e infelicidad, la pérdida de energía (cansancio y fatiga), las dificultades para conciliar el sueño y la insatisfacción que siente con las condiciones actuales de su vida, así como la pérdida de experiencias emocionales positivas, como lo son actividades que antes le causaban placer (pérdida en intereses externos).

Se percibe a sí misma como inútil, desconfiada, insegura e indecisa, incluso para tomar decisiones simples; mantiene un constante sentimiento de desesperanza, agobio y pesimismo, a pesar de esto, es bastante autocrítica y tiende a culparse, por lo que siente gran enojo y miedo. Se le complica concentrarse y presenta baja tolerancia a la frustración.

Muestra gran dificultad para afrontar adecuadamente el estrés, lo que podría estar relacionado con los niveles elevados de estrés, ansiedad y preocupación que mantiene, y que le provocan el desarrollo de síntomas físicos en respuesta éstos. Estos niveles es posible que se relacionen con pensamientos obsesivos y ruminantes, concernientes a la muerte y el suicidio, o ideación suicida.

Es una persona que muestra incomodidad social y es socialmente introvertida, sin embargo, es hostil y desconfiada de los demás, mostrando desagrado por los otros. La forma en que se vincula interpersonalmente, es a través de la sumisión y la pasividad, por lo que se muestra tímida y con poca asertividad.