

Rocío del Pilar Gómez Ramírez¹
Universidad Nacional de Colombia

En el escrito se expone una revisión teórica sobre el proceso de duelo familiar por muerte suicida, referenciando la reciprocidad entre el proceso individual y el grupal. Se describen los aspectos relevantes del duelo y del acto suicida, diferenciando el suicidio de otros tipos de pérdida. Como conclusión se destaca el papel alterado del duelo, caracterizado por el incremento de reacciones, especialmente la culpa, vinculada a la incertidumbre y lo inesperado de la muerte.

Palabras clave: proceso de duelo familiar; suicidio, culpa, sociedad.

The current article presents a theoretical meta-analysis review of family`s grieving process caused by suicide, referencing the reciprocity between individual and group process. The relevant aspects of mourning, suicidal act and development of family mourning are described. Moreover, differences between suicide and other types of death are presented. The main conclusion is that the grieving process is altered. It is characterized by increased reactions -especially guilt-, which is related to the unexpectedness and uncertainty of death.

Keywords: Grieving Process, Suicide, Guilt, Society.

Recibido: 10 de Octubre de 2016

Aprobado: 28 de Junio de 2017

1. Universidad Nacional de Colombia
rdgomezr@unal.edu.co

En la actualidad, el suicidio se ubica como el segundo o tercer tipo de muerte violenta en la población mundial. El sistema médico legal colombiano en el 2015 reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 5,22 por cada 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015). En la última década, las cifras indican que la mayoría de suicidios son realizados por la población adolescente y los mayores de 35 años, incrementándose en un 5% entre los años 1998-2002 y en un 2.2 % en el presente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) prevé que el número de casos anuales de suicidio podría ascender a cerca de un millón y medio en toda la población mundial antes del 2020, por lo que ha llegado a reconocerse como un problema grave de salud pública. Por ende, debe priorizarse el trabajo al respecto en el sistema de salud, específicamente en lo referente a las estrategias de prevención.

Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte, en su trabajo sobre las tendencias suicidas en Colombia (2007), afirmaron que las tasas oficiales son subestimadas; se desconoce el número real de suicidios consumados ya que muchas familias no reportan los casos a las autoridades.

Esto se debe, en gran parte, al estigma social atribuido a este tipo de muerte, situación que afecta el proceso de duelo. Con el fin de abordar la elaboración del proceso de duelo familiar frente al suicidio de algún miembro, el presente escrito tiene como objetivo realizar un acercamiento de tipo teórico a los aspectos psicológicos de un sistema familiar al tener que enfrentarse a este tipo de pérdida.

En este orden de ideas, se incluirá la definición de conceptos y mecanismos presentes en este proceso. Para este propósito, se hará una revisión sobre los aspectos generales relacionados con el trabajo de duelo frente a la muerte. Se partirá de la definición de pérdida por muerte y duelo, refiriendo las etapas y los factores intervinientes.

En una segunda parte, se expondrán las diversas teorías que existen en torno a la definición del suicidio, de las que se tomará la perspectiva de la psicología dinámica; se expondrán las principales características del acto suicida, así como los factores que intervienen en la toma de esta decisión. Finalmente, se hará referencia al trabajo de duelo realizado por el sistema familiar frente al acto suicida, describiendo los aspectos psicológicos enmarcados.

El trabajo de duelo se ha descrito como la serie de respuestas de una persona que se enfrenta a determinado tipo de cambio o pérdida, sea laboral, residencial, interpersonal, o por la muerte de una persona, entre otras (Aslan, 2003; Ceballos, Arroyave, Díaz & Vergara, 2005; Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba & Olarte, 2007; Gala, Lupiani, Raja, Guillén; Omstein & Jara, 2004; ; Santos, Yáñez & Al-Adib, 2015; Vásquez, 2007).

Respecto a la pérdida por muerte, el proceso de duelo toma una perspectiva particular ya que existe la dificultad de describir cómo un sujeto admite la inexistencia de alguien en su realidad. Según Freud (1915), esta dificultad se debe a que "la muerte propia es imposible de concebir y, en el inconsciente, cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad" (p.72). En este sentido, la inmortalidad se introyecta pues no existe, durante el transcurso de la vida, una experiencia de muerte propia que permita inscribirla en el inconsciente. Por esta razón, se establece a la muerte como improbable e inesperada y; por lo tanto, se instaura la idea de que se es inmortal. A pesar de la concepción de eternidad, Freud (1915) afirma que el hombre alcanza a concebir la muerte como el fin de la vida cuando ésta le sucede a un extraño, a quien no le atribuye ningún tipo de vinculación afectiva. Por consiguiente, esta desaparición no implica la pérdida de algo valioso de sí mismo depositado en el otro; esta consideración también se da cuando la muerte le sucede a un enemigo; esta se califica como justa o merecida debido al tipo de vinculación conflictiva, por lo que puede llegar a ser hasta placentera.

Por otro lado, frente a la pérdida de un ser amado, el sujeto se confronta con la muerte. Este hecho lo acerca a su propia mortalidad, ya que junto a la desaparición del ser querido, una parte de sí mismo, proyectada en el otro, también muere. En este sentido, Freud (1915) afirma: "La muerte del ser querido implica morir un poco con él, existiendo la idea de muerte en un bajo nivel de consciencia" (p.73).

Este enfrentamiento con la muerte implica un período de dolor, el cual disminuye a medida que el duelo avanza. Así, este no se reconoce como un estado, sino como un proceso que tiene como fin desligar la carga afectiva puesta en el ser desaparecido, la cual se resignifica. En este sentido, quien muere pasa de la realidad del doliente a instaurarse en los recuerdos y pensamientos con una carga afectiva diferente (Aslan, 2003; Díaz, 2003; Kabanchik, Kadic, Sahade &

Winograd, 2001). Esta definición reconoce el duelo como la transformación del objeto perdido, lo cual sucede a través de diversos mecanismos que buscan como fin último la adaptación del doliente a la nueva situación (Barreto, Soler, & Saiz, 2007; Bauab, 2001; Bowker 1996; Macías & Parrado, 1996).

Los mecanismos de duelo han sido descritos como fases o etapas. A pesar de que estas se encuentran en todo proceso, su manifestación dependerá de varios factores, como las características demográficas del doliente, el tipo de vinculación afectiva y de pérdida, entre otros (Casado, 2001; Bayes, 2001; Horowitz, 1984; Madoz, 1990; Wright, 1998; Worden, 1997). Ahora bien, tomando la teoría de apego y pérdida de Bowlby (1986), el proceso de duelo se desarrolla a través de cuatro fases principales.

También denominada como fase de shock (Horowitz, 1984), ocurre inmediatamente después de la pérdida y está frecuentemente acompañada por la realización de los primeros ritos sociales en torno a la muerte. Durante esta etapa, los dolientes suelen sentirse aturcidos ya que la noticia de la desaparición provoca una reacción de impacto. Frente al conocimiento de la muerte, el aparato psíquico produce una elevación de cargas emocionales que lo desequilibran y producen displacer. De acuerdo con lo anterior, la primera respuesta que tiene como fin la regulación y equilibrio emocional ante la noticia de la muerte se conoce como *negación*. Esta se relaciona con la resistencia del sujeto a aceptar la realidad de la pérdida, disociándose del mundo y quedando el aparato psíquico sometido al principio de placer, el cual se define como el conjunto de actividades psíquicas, cuyo fin es evitar el displacer en la persona. Esta primera respuesta busca evitar el dolor de la pérdida y hacer soportable lo insostenible (Casado, 2001; Freud, 1915; Madoz, 2000; Orozco & Castiblanco, 2014; Worden, 1997).

No obstante, a medida que se desarrolla el proceso de duelo, la negación se torna como un mecanismo displacentero ya que lo perdido no es hallado en la realidad, sino únicamente en el pensamiento del doliente, por lo que la negación disminuye. En este sentido, el aparato psíquico trabaja intensamente para aceptar la realidad de la pérdida, quedando inmerso por completo en el principio de realidad; este trabaja conjuntamente con el principio de placer, con el fin de hacer que la persona se adapte al medio social y a sí mismo, a través de las condiciones impuestas por el mundo exterior.

Según Pereira (2010), el doliente puede reaccionar de dos formas en esta fase: una reacción emocional intensa (llanto crónico, verborrea sobre la muerte, entre otras) o la ausencia de reacción. Con respecto a lo anterior, cabe anotar que dado el fuerte trabajo que realiza el doliente para adaptarse a la nueva realidad, las funciones psíquicas disminuyen. Por consiguiente, el sujeto no muestra interés alguno por el contexto exterior y les presta poca atención a las actividades laborales, cargas académicas u otros trabajos de la vida cotidiana que no tengan relación con la memoria de quien ha desaparecido.

Según Bowlby (1986), esta etapa suele presentarse dos o tres semanas después de la pérdida. En esta, la realidad no se manifiesta por completo, por lo que a pesar del conocimiento racional de la muerte, el doliente experimenta pensamientos o actuaciones a través de los cuales busca tener alguna clase de contacto con el ser perdido. Frecuentemente, esta actuación se mezcla con la intención de sacar al desaparecido del campo de la conciencia, lo cual se manifiesta mediante reacciones de dolor y rabia. Los ritos sociales suelen terminarse y la persona debe retornar a las actividades cotidianas, lo que también puede generar sensaciones de rabia y dolor.

Para Bowlby, la duración de esta fase suele variar desde horas, hasta meses después de la muerte, dependiendo de varios factores como la personalidad, la edad, el género y el entorno social del doliente, entre otros.

La noción de la realidad se intensifica, por lo que el afectado logra aceptar la muerte del ser querido. Sin embargo, tiende a iniciarse una sintomatología característica del trastorno depresivo de la personalidad, el cual suele asociarse con el duelo. Esta sintomatología se caracteriza por un estado de ánimo, presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad; además, la concepción de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad, crítica o auto-descalificación, por lo que el doliente se muestra pesimista, culpable o arrepentido (DSM V, 2013).

Así mismo, es frecuente que a la sintomatología depresiva le sigan episodios de protesta, irritación, rabia y aislamiento. Esto corresponde a lo que Pereira (2010) describe como

una etapa de intrusión de pensamiento, en donde se incrementan las reacciones de dolor, tristeza, soledad, angustia, rabia y desesperanza. Así, la actividad del aparato psíquico se limita a los recuerdos, evaluaciones, culpas y arrepentimientos relacionados con la pérdida.

Conocida también como etapa de recuperación, esta es la última fase del duelo. Según Bowlby, ocurre hacia los seis meses o al año aproximadamente de ocurrido el deceso, por lo que coincide con el tiempo en que ocurrió la pérdida. En ésta, los recuerdos y esperanzas del doliente por encontrar a la persona perdida se sobrecargan, aceptando que ésta no estará en la realidad. Por consiguiente, el vínculo se transforma, haciendo soportable la realidad de la pérdida y aceptándola por completo.

Es así como la persona resignifica la vinculación con el ser desaparecido y logra interesarse y prestar de nuevo atención por el mundo y por sí mismo (Baker, 2001; Klein, 1940; Orozco & Castiblanco, 2014). Bourgeois (1996) afirma que esta fase de reorganización es, a la vez, dolorosa ya que significa la renuncia definitiva a la idea de recuperar al ser querido. Es así como a través del proceso de duelo se resignifica el vínculo y se restablece el equilibrio emocional interno, ganando habilidades para vivir experiencias y establecer nuevos vínculos, si bien queda el ser querido instaurado en los recuerdos y afectos del doliente (Bowlby, 1982; Díaz, 2003; Flórez, 2002; Plaxats, 2001, Santos et al., 2015).

Una vez establecida la definición del proceso de duelo, es importante tener en cuenta sus determinantes, ya que estos establecen la particularidad del proceso.

Características personales del doliente. Macías y Parrado (2007) afirman que las características del doliente hacen referencia a sus variables en el momento de la muerte. Entre estas variables se encuentran la edad, el sexo y los mecanismos con los que el doliente expresa emociones o afronta situaciones, que se basan en la estructura de personalidad. Así mismo, los antecedentes del doliente, relacionados con la resolución de duelos pasados, influye en la manera como se logre resignificar la pérdida (Barreto, Soler & Saiz, 2007). Las variables culturales, éticas, étnicas y el grado de apoyo social, son también factores importantes, puesto que las características del entorno y el soporte que éste dé a los dolientes, facilitará o no las expresiones por la pérdida y la realización de ritos frente a la muerte.

Grado de apego con el desaparecido. El tipo de vinculación del doliente con el desaparecido determina la intensidad de la elaboración del duelo, el cual varía de acuerdo con el rol social y el papel familiar desempeñado por el desaparecido (Bowlby, 1986).

El proceso de duelo es diferente si quien muere es un hijo, amigo, abuelo, tío o padre, por lo que la ansiedad ante la muerte está determinada por la intensidad del vínculo. Así bien, las reacciones emocionales tienden a incrementarse o disminuir proporcionalmente a la intensidad afectiva del vínculo de quien ha muerto. Bowlby afirma que cuando la relación con quien ha desaparecido es ambivalente o conflictiva, el sentimiento predominante en el duelo resulta ser la culpa. Lo anterior se debe a la inseguridad frente al vínculo; así, las sensaciones de haber obrado mal o tener roces con la persona que ha muerto se incrementan.

Tipo de muerte. Según Worden (1997), este es el factor más influyente en el desarrollo del duelo. De acuerdo con esto, se han descrito tres tipos de pérdida: (a) *muerte esperada*, que ocurre cuando los familiares se han preparado suficientemente para asumir la pérdida; por ejemplo, el fallecimiento de una persona con avanzada edad; (b) *muerte anticipada*, la cual atenúa el choque emocional frente a la pérdida, facilitando la resolución del duelo, como ocurre con el padecimiento de una enfermedad terminal, donde la muerte significaría terminar con el sufrimiento de la persona; y por último, (c) *muerte inesperada*, que se relaciona con reacciones de duelo más intensas debido a su carácter sorpresivo.

Cuando esta se presenta en niños o adolescentes, la reacción primordial es la rabia, ya que se percibe que la muerte es injusta o equivocada. Así mismo, circunstancias como accidentes, homicidio o suicidio, caben dentro de la calificación de muerte inesperada (Fonnegra, 1999, Muñoz, Espinosa, Portillo & Rodríguez, 2002).

Es importante tener en cuenta que no todos los procesos de duelo ocurren de manera similar, ya que factores relacionados con el doliente, el desaparecido y las circunstancias bajo las cuales sucedió la muerte, hacen que cada proceso se manifieste de forma particular, sin que esto impida su resolución.

En este punto, se debe tener en cuenta que cuando las reacciones de dolor, tristeza, culpa y rabia se tornan crónicas, produciendo un carácter sintomático e imposibilitando la adecuada resolución del proceso, se puede hacer referencia a un duelo patológico o complicado.

El suicidio como causa principal de muerte ha sido abordado a nivel investigativo y preventivo, lo que se ha ligado a conocer el porqué de esta decisión (Echeburúa, 2015). El acto suicida se refiere a la acción de poner fin a la propia vida; para quien opta por este, la muerte se convierte en la única salida a una situación percibida como insostenible (Salles y Llobart, 2005).

El suicidio se caracteriza por ser una conducta autodestructiva, y quien lo realiza es consciente de que la muerte sería la consecuencia final de dicho comportamiento, por lo que no se reconoce como una conducta impulsiva (Acinas, 2012; Durkheim, 1965; Echeburúa, 2015; Pérez, Del Pino & Ortega, 2002; Rojas 1978).

Existen distintas apreciaciones culturales en torno al suicidio ya que la valoración del acto cambia en distintas sociedades, lo cual influye de forma relevante en el proceso de duelo. A continuación, se realizará una breve revisión en torno a las distintas miradas y estimaciones de este fenómeno.

Aunque el suicidio es visto como un acto estigmatizado en la mayoría de las sociedades, para diversas culturas es considerado como una acción válida y honrosa de morir. La civilización Maya veneraba a Ixtab, diosa del suicidio, donde el acto era su ofrenda; por otro lado, en el antiguo Egipto existían asociaciones organizadas en torno a la búsqueda de maneras placenteras de morir, razón por la cual era frecuente cometer suicidio. Así mismo, si bien este no era desaprobado por los seguidores del estoicismo, sí lo condenaban cuando la familia del desaparecido sufría las consecuencias dolorosas y económicas del acto.

Durante la época del Romanticismo, el número de suicidios se incrementó en la población europea; este acto era cometido especialmente por los artistas de la época. Esta circunstancia llevó a Ortega y Gasset a denominar este fenómeno como “*el mal del siglo*” (citado por Pérez, Del Pino & Ortega, 2002). Hacia el siglo XVII, y con el surgimiento de investigaciones en los diferentes campos de la ciencia, el suicidio comenzó a plantearse como una problemática social y de salubridad, equiparable a la pobreza y el alcoholismo; así mismo, se le empezó a condenar como una actuación deshonrosa. Francia se convirtió en el primer país en declarar el suicidio como un acto realizado únicamente por personas con problemas mentales o dificultades

orgánicas, por lo que fue calificado como una enfermedad. Frente a esta posición, Esquirol propuso que el acto suicida era producto de tres motivaciones diferentes: (a) las pasiones, (b) las enfermedades mentales y (c) el miedo a vivir, el cual está relacionado con la vinculación con el medio social. Esta clasificación permitió que surgieran un gran número de investigaciones sobre el acto suicida a nivel ético, religioso y científico (Plaxats, 2001).

La iglesia Cristiana decidió juzgar a los suicidas como personas pecadoras, deshonorosas y no merecedoras de rituales fúnebres ya que “*al hombre no le era permitido modificar su destino, pues éste era decidido únicamente por Dios*” (Ramírez, 1998). Es así como la iglesia propone que sólo tendrían derecho a rituales públicos religiosos aquellos suicidas que utilizaran el acto como forma de salvar a una nación, o por otras circunstancias honrosas, mientras que los cuerpos de personas que no cumplieran con estas características eran castigados (Ramírez, 1998).

A partir de estas consideraciones, el acto suicida pasó a ser una actividad juzgable y causante de vergüenza, tanto para la familia de quien realizaba el acto como para la sociedad en la que estaba inmersa. Esto produjo que la muerte por suicidio se mantuviera oculta a nivel público, impidiendo consigo la expresión, también pública, del duelo. El juicio negativo hacia el suicidio hizo que éste se calificara como una conducta desviada y fuera condenada en el campo ético, clínico y social (Acinas, 2012). El suicida se convirtió en un ser problemático, con manifestaciones conductuales aberrantes, e incapaz de hacer frente a una situación conflictiva, o soportar un sufrimiento físico o moral. Entonces, surgió la actitud culpabilizadora del suicida, que recaía tanto en quien cometía el acto, como en el núcleo familiar (Guibert & Torres, 2001).

El sociólogo Durkheim fue uno de los pioneros en hacer un estudio a profundidad sobre el tema. En su obra *El suicidio* (edición 1965), el autor argumenta que este fenómeno es consecuencia del constante contacto del suicida con el entorno, por lo que los factores externos al individuo, como el colectivo, la cultura y la sociedad, son los que promueven la decisión de muerte. Para Durkheim, la ideación suicida se clasifica en cuatro tipos, relacionados con los estados de organización social: (a) *suicidio egoísta*, en donde vínculos sociales débiles, o problemas de integración grupal, hacen que una persona tome la decisión de morir; (b) *suicidio altruista*, donde la persona sacrifica la propia vida con el fin de salvar al grupo en el que se encuentra inmerso; (c) *suicidio anómico*, que ocurre

por la inexistencia de reglas o por cambios inesperados en una sociedad, los cuales no son soportados por un sujeto y lo conducen al suicidio; y (d) *suicidio fatalista*, contrario al anterior, en donde el sujeto no acepta determinadas normas en una sociedad, por lo que se siente limitado y decide morir. Así mismo, Durkheim menciona que la ideación suicida está influenciada por los factores demográficos (género, estado civil, situación familiar, religión, ocupación, entre otros), la historia evolutiva individual, la adaptación al medio ambiente y la situación actual de la persona.

A partir de esta investigación, surgieron otras que, desde un enfoque clínico y médico, reconocen el suicidio como producto de determinadas enfermedades o estados mentales (Carbonell, 2007; Rojas, 1978; Sánchez, Muela & García, 2014; Spoot, citado por Freeman & Reinecke, 1995). Este enfoque divide el acto suicida en dos modelos, el *genético* y el *orgánico*. En el primero, se describe la influencia de los factores hereditarios de padres a hijos en la conducta suicida. Se ha encontrado que la herencia suicida no se manifiesta sino hasta que la vulnerabilidad de la persona sobrepasa sus habilidades, de acuerdo a diversas circunstancias, ya sean familiares o del medio. Así mismo, en este enfoque se describen las conductas aprendidas o acontecimientos estresantes, que hacen que la persona tome la decisión de morir (Freeman & Reinecke, 1995). Haw, Hawton, Houston y Townsend (2001), realizaron un estudio con niños adoptados, encontrando una influencia genética en la conducta suicida de los padres sobre los hijos. Se hallaron doce casos de suicidio en una muestra de 269 familiares, en donde 57 de los padres biológicos se habían suicidado. Sin embargo, este modelo no muestra la relevancia del carácter social en la conducta suicida.

En cuanto a la *perspectiva orgánica*, (Asberg, Traskman & Tosen, citados por Freeman y Reinecke, 1995), señalan el papel de la serotonina como neurotransmisor asociado a los trastornos mentales y la depresión, estados en los que, en ocasiones, se da el suicidio. Sin embargo, no se ha encontrado una relación directa entre el suicidio o la conducta suicida con este neurotransmisor (Gorwood, 2001; Saiz, Martínez, Paredes et al., 2004). Por otro lado, además del juicio negativo que se le da al acto suicida, existen diversos estudios que lo describen como una solución y una respuesta positiva a cierta problemática ya que este se califica como el reconocimiento a un determinado malestar (Bowker 1996; Santos, Yáñez & Al-Adib, 2015). De hecho, en la actualidad, cierta parte de la población japonesa aún continúa realizando Harakiri, acto suicida con el que se limpia la honra perdida de una persona (Francia, 2007).

Lansberg (1995) afirma que, más que un problema, el suicidio es una solución, en tanto constituye la salida a una serie de conflictos o dificultades: "...el acto suicida no expresa desesperación, sino una esperanza, ... el hombre se mata porque no quiere desesperar" (pag., 93).

Actualmente, la discusión que existe en catalogar al suicidio como un problema o una solución continúa dándose entre los enfoques éticos, científicos, sociales y religiosos. Para la religión (especialmente, el cristianismo, el catolicismo y el judaísmo), el suicidio continúa siendo un suceso condenable, mientras que desde el punto de vista jurídico y de los derechos humanos, este se califica como una acción no sancionable y permisible ya que acabaría con un estado incómodo para determinada persona. En relación con esta posición, existen asociaciones alrededor del mundo que consideran la eutanasia como una forma de suicidio favorable tanto para la persona que toma la decisión de morir, como para sus familiares. En Colombia, la Fundación *Pro derecho a morir dignamente* (2015) afirma que su principal objetivo es: "*buscar y garantizar el derecho de todo paciente a participar en cada una de las decisiones que deban tomarse durante el tratamiento de una enfermedad terminal, con el objeto de evitar la prolongación inútil de la vida y el sufrimiento innecesario*". Esta institución reconoce que el suicidio es una decisión voluntaria, que se toma con el fin de garantizar una calidad de vida digna, así sea por medio de la propia muerte.

La corte constitucional, por medio de la resolución 1216 del 2015, afirma que la eutanasia es una forma de muerte digna, en donde el suicidio sería una decisión libre. La resolución afirma que, en caso de enfermedad grave o determinadas circunstancias que lleven a la persona a situaciones de malestar intenso, se podría realizar un suicidio. En tales casos, la persona que ha tomado la decisión, el médico que realizaría el procedimiento y los familiares del suicida, no serían juzgados. Sin embargo, existen opositores a la aprobación de esta ley, como la iglesia y ciertos miembros de la comunidad médica, quienes argumentan que el suicidio iría en contra del mandamiento de preservar la vida y el deber de protegerla y salvaguardarla bajo cualquier circunstancia (El Espectador, 2007). A partir de estas posiciones, es importante reconocer las diferencias aún existentes entre culturas, sociedades y algunos sectores respecto al tema del suicido. Dichas consideraciones influyen en la resolución del duelo de la familia que lo esté enfrentando ya que, en el proceso, no sólo estarían involucrados el dolor y la aceptación de la pérdida, sino la influencia de los juicios y señalamientos hacia la persona que cometió el acto y la familia doliente.

En términos generales, la psicología define el suicidio como un acto de decisión propia que es consecuencia de los estados anímicos, estructuras de personalidad, o distintas circunstancias ambientales.

A partir del enfoque *cognitivo-conductual*, el suicidio es consecuencia de que el sujeto se percibe a sí mismo, a su mundo y a su futuro de forma irrealmente negativa, por lo que toda situación o circunstancia que lo rodee será insoportable e imposible de controlar (Echeburúa, 2015). De acuerdo con lo anterior, los pensamientos irracionales descritos por Ellis son relevantes en la conducta suicida, puesto que se perciben las problemáticas personales como absolutos y no como circunstancias especiales, susceptibles al cambio (Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, Citados por Freemann y Reinecke, 1995).

El modelo de *indefensión aprendida* (González & Hernández, 2012) sostiene que cuando un individuo enfrenta determinados acontecimientos, su experiencia personal influye en la forma como les hará frente. Es así que cuando alguien ha experimentado fracasos o falta de control frecuentemente, se producirá desesperanza y frustración, lo que impedirá conseguir metas o resultados ideados (Freemann & Reinecke, 1995).

A partir de la *perspectiva* psicoanalítica, el suicidio se define como un acto que es producto de una o múltiples circunstancias. Freud (1901) menciona que, desde el comienzo de la vida humana, existen dos tendencias que van en dirección contrapuesta: *la pulsión de vida* (o *Eros*, principio constructor y conservador que tiende hacia la conservación de la vida y la unión) y *la de muerte* (o *Thanatos*, principio disolutor de las vinculaciones, donde la agresividad es manipulada para sí mismo o hacia los demás). Ambas tendencias están en constante equilibrio; estas se encuentran acompañadas por la vida *pulsional del yo*, o la caracterización narcisista de las personas, la cual se forma durante las diferentes etapas del desarrollo infantil y en donde se integran las autovaloraciones, los triunfos, la estima de sí y el sentimiento de valía.

La tarea de la *pulsión de vida* es volver inocua *la pulsión de muerte*, donde algún grado de agresividad dirigida hacia el otro queda ligado en el interior del sujeto. Freud (1901) afirma que *la pulsión de muerte* está constituida por cuatro principios fundamentales: las tendencias sádicas y masoquistas, las obsesiones de repetición, las tendencias al

placer y el sentimiento de culpa. De acuerdo con el objetivo del escrito, se desarrollarán los conceptos de *tendencias sádicas* y *masoquistas*, así como el *sentimiento de culpa*, ya que son relevantes en el acto suicida.

Las tendencias sádicas y *masoquistas* están relacionadas con el impulso agresivo que se estructura, junto con el instinto sexual, a través de las etapas de desarrollo (Freud, 1901). En la etapa *oral*, la agresividad se desarrolla con la dentición, la cual produce placer en el niño al chupar y morder; además, surge el narcisismo primario luego del placer obtenido del pecho materno. En la etapa *anal*, la expulsión fecal se utiliza con fines placenteros, mientras que la retención constituye un comportamiento agresivo hacia la madre, ya que las heces fecales constituyen un regalo, tanto para ésta como para el niño. Durante la etapa *fálica*, la agresividad se manifiesta a través de la excitación genital, donde el odio por el padre surge del carácter Edípico naciente (Flores, 1992).

De acuerdo con esto, la agresión se relaciona de manera relevante con la pulsión sexual, ya que la primera es un componente de la segunda (Freud, 1920). La agresión se refiere, entonces, al conflicto que existe entre las pulsiones y el yo, en donde la supervivencia y la evitación del displacer serán los principales objetivos. El individuo destruye y aparta de sí todo aquello que le genere displacer, sin importar la frustración de necesidades que perturben la auto-preservación. Es así como se utilizaría la descarga agresiva como un instrumento dirigido hacia una meta específica, la cual tiene conexión con deseos, sentidos e intenciones específicos.

De esta manera, el suicidio sería la agresión dirigida hacia dos instancias: la agresión propia o masoquismo, con el objetivo de salir de una situación vivida por el sujeto como superior a él mismo; y la agresión hacia el entorno o sadismo, con la que se agrede al otro por medio de la muerte propia, provocando en éste sentimientos dolorosos que surgen luego de la desaparición.

Por otra parte, según Freud (1924) y otros autores, el *sentimiento de culpa* se construye durante la etapa *fálica*, de la cual provienen los impulsos sexuales que, a su vez, van acompañados de sentimientos de agresión hacia el padre. La culpa nace del temor a ser sancionado por los padres. De allí, surge "la ley del incesto" y; por tanto, el superyó. Por medio de esta ley, la autoridad se interioriza en el sujeto -representación del padre-, permitiéndole instaurarse en la cultura, donde la culpa se convierte en un componente

social, nacido del temor a quebrantar la ley. Para Echeburúa (2015), la culpa está relacionada con el *deber ser* social, por lo que el acto suicida significaría salirse de la presión social y de la carga del superyó, que generalmente se acompaña de síntomas depresivos.

De acuerdo con estos dos mecanismos, el suicidio se podría definir como la vuelta sobre sí mismo del impulso agresivo de destruir al otro, causante de una herida narcisista, contra quien está prohibida la agresión. El sentimiento de culpa hace que la agresión hacia el otro sea inconfesable e imposible de exteriorizar.

Por consiguiente, el superyó utiliza la pulsión de muerte sobre el yo, transformando el sadismo en masoquismo, con auto-reproches y desvalorizaciones, ocasionando el sacrificio de la vida. Esta teoría es retomada por Alonso, Fernández y Ledesma (citados por Pérez, Del Pino & Ortega, 2002), quienes afirman que cuando los impulsos agresivos no tienen una correcta manipulación, sea porque desbordan los límites personales o porque no acaban de alcanzar unas vías adecuadas de manifestación, ocurre el suicidio.

Diversos estudios afirman que aunque la pulsión de muerte está presente en todas las personas, actúa de manera diferente, dependiendo de factores ambientales, culturales y familiares, así como de la historia de vida, las relaciones sociales y la personalidad de cada sujeto. Así, se reconoce la dificultad que existe en determinar la última causa de la intención suicida, ya que hay gran variedad de factores que influyen en el acto (Freud, 1915; 1924; Klein 1924; Maldonado, 2005; Pérez et al., 2000; Rizzuto & Meissner, 2004; Salles y Llombart, 2005).

El duelo familiar se define como el proceso que surge a raíz de la pérdida de un miembro de la familia. Freud (1917), así como Fuertes y Maya (2006), afirman que el proceso de duelo individual tiene repercusiones en el de índole familiar; es decir, las respuestas particulares del proceso individual se manifiestan en las vivencias y en el proceso grupal. Esto es así debido a que la dinámica individual demanda del resto de los integrantes una adaptabilidad progresiva y simultánea a la pérdida y a la estructura familiar, por lo que, al igual que en el duelo individual, en el familiar ocurre un gasto de energía psíquica, ahora grupal, en la cual se debe establecer de nuevo el vínculo familiar, teniendo en cuenta la ausencia del desaparecido (Santos, Yáñez & Al-Adib, 2015).

De acuerdo con lo anterior, el proceso de duelo familiar se divide en dos momentos principales: (a) *desorganización y desestructuración de la dinámica familiar*, en donde las reacciones frente a la pérdida suelen ser defensivas y la negación es el mecanismo principal que actúa con el fin de mantener la integridad grupal; y (b) *reorganización inconsciente del grupo*, donde el sistema familiar logra una nueva estructuración vincular a partir de la establecida antes de la pérdida. En la reorganización, el grupo se adapta a los cambios que se desprenden de la pérdida y cada miembro se adecúa al nuevo rol que asume cada uno de los familiares, logrando que se reconstruya el núcleo familiar.

Gutiérrez (1998) señala que durante el proceso de duelo familiar se realizan tres trabajos distintos, que promueven la adecuada resolución del duelo, como se verá a continuación:

Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte. El cual ocurre principalmente a través de los ritos realizados por la familia, lo que permite que el grupo se enfrente y reconozca la pérdida. Entre estos ritos se encuentran los funerales o ceremonias religiosas, así como las visitas al lugar donde son dejados los restos del desaparecido. Vicent (1983) afirma que estos ritos tienen una doble finalidad; por un lado, el *sentido manifiesto*, en el que se le da un lugar y un espacio en la realidad al desaparecido; y el *sentido latente*, que tiene como fin curar, despedirse y revitalizar a los dolientes por la pérdida.

Experiencia compartida de la pérdida. Es importante tener en cuenta que, después de la muerte, el grupo familiar manifiesta sensaciones de incertidumbre por las nuevas dinámicas que se pueden llegar a formar. Debido a esto, la familia percibe como imposible la reconstrucción del sistema, por lo que cada sujeto tiende a inhibir el contacto; teme ser consciente de los cambios de roles y el restablecimiento de la estructura familiar. En consecuencia, algunos miembros reaccionan con una aflicción solitaria que Gutiérrez (1998) describe como la *reacción inconsciente* ante la idea de imposibilidad de una reestructuración familiar.

No obstante, a medida que avanza el trabajo de duelo, las reacciones frente a la pérdida tienden a manifestarse tanto de manera individual, como grupal. La familia actúa como soporte para la expresión de las reacciones individuales, lo que permite compartir el dolor y los cambios que genera la pérdida.

- a. *Reorganización del sistema familiar y establecimiento de nuevas relaciones.* En esta, cada miembro asume paulatinamente su nuevo rol en el grupo. Este proceso suele ser difícil y doloroso para el sistema familiar ya que la persona fallecida continúa siendo un punto de referencia en la dinámica de convivencia. Por ende, cada miembro tiende a experimentar sentimientos de culpa o traición hacia el desaparecido de acuerdo a los cambios que devienen a partir de la muerte (Vicente, 1983).

Así mismo, el establecimiento de las nuevas dinámicas en el sistema familiar produce un temor inconsciente sobre la estabilidad de este sistema, ya que su aparición supone que se debe hacer frente a los cambios luego de la muerte. Así mismo, se teme que, de haber una nueva pérdida, también habría una desorganización de la estructura familiar, cuya reconstrucción implicaría un nuevo trabajo de duelo (Horwitz, Florenzano & Ringeling, 1985). Sin embargo, estos temores son generalmente superados al final del duelo, donde la estructura familiar se renueva y se resignifica el papel de la persona perdida.

Por su parte, al igual que en el duelo individual, la resolución del duelo familiar dependerá de la particularidad de cada familia, por lo que no en todas sucede el proceso de duelo o de restructuración de las dinámicas familiares de la misma manera. De acuerdo con esto, existen diferentes tipos de duelo: uno en donde el logro de resignificación de la pérdida se denomina como *duelo adecuado o normal*; *el duelo alterado*, en donde la pérdida se logra aceptar y el proceso se puede finalizar; a pesar de que tiene ciertas diferencias cualitativas con respecto a un duelo normal y supone un afrontamiento distinto; por su parte, cuando la resolución o resignificación no se consigue, se habla de un proceso de *duelo patológico* (Del Pino et al., 2003).

Cabe recordar que, durante el proceso *normal* de duelo, la aparición de reacciones como la negación, la ira y la culpa corresponden a unos mecanismos defensivos esperables que son necesarios para afrontar la pérdida y lograr la transformación del objeto perdido (Bowlby, 1983; Parkes 1998). Por su parte, en el *duelo alterado*, reacciones como la ira o la culpa, así como el tiempo de la elaboración, pueden ser más intensos; no obstante, se logra resignificar la pérdida y restablecer el equilibrio emocional. En el *duelo patológico*, las reacciones esperadas se presentan de forma atípica, sea en exceso, donde las respuestas al duelo son crónicas o se incrementa la intensidad de aparición; o por defecto, caracterizado por la ausencia de expresiones o reacciones.

Estas características complican la estabilidad emocional, impidiendo la resolución del duelo ya que la persona se encuentra en constante estado sintomático o evade la realidad de la pérdida (Yoffe, 2013).

Frente a lo anterior, Freud, en *Duelo y melancolía* (1915), hace referencia al duelo patológico como la pérdida de un objeto introyectado en el yo; es decir, cuando ocurre la muerte, el sujeto tiende a rechazar la idea de pérdida ya que se identifica con el desaparecido, retirando el deseo por el mundo y experimentando un sentimiento de vacío que desestabiliza por completo la vida funcional del doliente. Flórez (2002) y Parkes (1998) describen que, en el duelo patológico, el doliente establece una relación narcisista con el ser perdido. Esto genera un estado melancólico, de ensimismamiento y autoflagelación que demanda cuidados y atención del entorno y; por ende, el afectado no logra superar exitosamente la posición depresiva y se produce un efecto doloroso crónico (Orozco y Castiblanco, 2014; Klein, 1940; Kohut & Wolf (1978) y Parkes (1998).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2003) describe el duelo patológico como un estado depresivo constante, el cual tiene una duración prologada de más de dos años a partir del fallecimiento del ser querido. En este, es recurrente el pensamiento de muerte, más que la voluntad de vivir; así mismo, este se halla acompañado de sentimientos intensos de culpa, rabia, tristeza, preocupación mórbida, así como de sensación de inutilidad, enlentecimiento de las actividades motrices y deterioro funcional prolongado. De acuerdo con lo anterior, algunos autores describen el duelo frente al suicidio como uno de carácter patológico debido al incremento de algunas reacciones frente a la pérdida (Caparros y Sanfeliu, 2004; Celma & Strasser, 2015). Sin embargo, Parada (2007) reconoce que el duelo por suicidio no comparte necesariamente los componentes de un duelo patológico ya que los mecanismos frente al suicidio no son determinantes absolutos; si bien se incrementan algunas emociones y reacciones, se presentan otra serie de manifestaciones que permiten dar resolución al duelo. Es así como el duelo frente al suicidio se ha llegado a referenciar en el marco de uno alterado, ya que a pesar de presentar mecanismos diferentes al proceso de duelo normal, se llega a resolver.

Para Díaz, Molina y Marín (2015), el carácter alterado del proceso de duelo consiste en el incremento y la intensidad con que se manifiestan algunas de las reacciones, sin que se llegue a desarrollar un proceso patológico. Es decir, se presenta mayor dificultad para enfrentar el dolor, se incre-

menta el sufrimiento y persisten recuerdos constantes de la pérdida; además, se experimentan sensaciones sin sentido de la muerte, profundo sentimiento de injusticia, emociones encontradas y reproche por no haber actuado de manera pertinente. Cabe anotar que a pesar del incremento e intensidad de estas reacciones, se logra resignificar la pérdida.

Es necesario reconocer que el duelo familiar frente al suicidio es uno de los procesos más dolorosos y difíciles de afrontar, principalmente por el carácter inesperado de la pérdida y el tipo de muerte.

Como se ha descrito, el tipo de muerte es un factor que incide en el desarrollo y resolución del duelo. En este punto, cabe señalar que el suicidio es un tipo de muerte inesperada.

De acuerdo con los tipos de muerte, Bowker (1996), y Fuertes & Maya (2006), afirman que una muerte anticipada ocurre cuando los dolientes conocen las circunstancias y las causas del deceso antes de que este ocurra, como sucede con la muerte de enfermos terminales. Este tiempo anunciado permite un espacio de preparación ante el fallecimiento a fin de hacer de la muerte un suceso menos doloroso.

Por el contrario, al hacer frente a una muerte inesperada, ésta se tiende a percibir como un suceso incomprensible, de carácter irreparable, cargado de fatalidad y vulnerabilidad. Lo anterior debido a que no se tiene el tiempo suficiente para preparar y enfrentar las circunstancias en las que se enmarca la muerte (Plaxats, 2001).

Distintos autores consideran el suicidio como una muerte inesperada, mientras que otros, como Sagan (1994), y Salles y Llombart (1999), la describen como un tipo de muerte anticipada ya que algunos suicidas tienden a realizar gestos o amenazas para dar a conocer su deseo de morir, o presentan un carácter depresivo constante que podría compararse con la elección suicida. Con respecto a este punto, Tejeda (1999) y Shea (2002) reafirman la necesidad de caracterizar el suicidio como un acto de tipo

inesperado, ya que las amenazas o los gestos suicidas no son una expresión real de querer ejecutar el acto, sino más bien un llamado de atención dirigido hacia el entorno social o familiar.

Así mismo, en lo que atañe a la muerte inesperada, los dolientes suelen manifestar una doble afección: por un lado, el dolor intenso e impotencia, característicos de una pérdida sorpresiva que ocasiona sentimientos de vulnerabilidad frente a la muerte; y por otro, angustia y culpa, surgidas de la incomprensión y desconocimiento de los motivos de la muerte (Tejeda, 1999).

Por otra parte, dada la naturaleza del suicidio, así como el carácter inesperado de este tipo de muerte, los dolientes suelen manifestar sentimientos ambivalentes en el duelo por suicidio, los cuales tienden a ser aun más intensos que los presentados en otros tipos de muerte inesperada. Al respecto, Grecco (citado por Tejeda, 1999) afirma que "el suicidio es una muerte en silencio", donde la incertidumbre hace que la confusión y la culpa por parte de los dolientes sean más intensas. De esta manera, el duelo familiar por suicidio es un proceso de carácter inesperado realizado por cada miembro, el cual se da de acuerdo a las necesidades y la personalidad de cada uno. Echeburúa (2015) sugiere que la reconstrucción de los roles familiares en los dolientes por suicidio es posible cuando cada miembro logra restablecer la posición "negativa" que se adjudica a quien se suicida. Entonces, en la reestructuración grupal, cada uno debe reconocer, identificar, sustituir y reorganizar el papel conflictivo no sólo de quien cometió el acto, sino de la dinámica familiar, lo que asocia a los dolientes con la vulnerabilidad grupal.

La adaptación a nuevos roles familiares se denomina como "periodo de crisis" debido a que la familia se envuelve en un sistema defensivo para lograr recuperar el papel perdido y superar el carácter conflictivo del suicidio (Pérez y Parra, 2001). Durante este período, se presenta un mecanismo de reagrupamiento o integración familiar que tiene como fin intensificar las relaciones internas a través de la expresión de sentimientos y emociones. De este modo, es posible mantener, o renovar, la dinámica llevada hasta el momento de la muerte, a la vez que se protege a la familia del juicio negativo que se hace ella misma y el entorno por causa del suicidio. Sin embargo, a pesar de que esta dinámica es la que se utiliza más frecuentemente por una familia en duelo, algunos dolientes se aíslan o se separan del grupo con la intención de evitar que recaiga sobre ellos la carga culposa que se le atribuye al suicidio.

Así bien, la unidad familiar es importante a la hora de enfrentar el duelo ya que estrategias como la culpabilización entre los miembros por haber provocado o no evitado el suicidio, promueven el juicio continuo de la situación previa a la muerte, dificultando la elaboración del duelo (Pereira, 1999; Pérez & Subyazco, 2000).

De acuerdo con lo anterior, en el duelo familiar se presentan dinámicas de resolución, donde es relevante la relación recíproca que existe entre el proceso grupal y el duelo individual.

Se ha optado por llamar dinámicas a las reacciones presentes en el trabajo de duelo familiar frente al suicidio, siguiendo el modelo de Weinstein (1987), para quien los mecanismos presentes en la elaboración del duelo son el resultado de una compleja interacción entre la realidad exterior y la interior frente al acto suicida de un familiar. Para Weinstein, las reacciones ocurren frente a la realidad de la pérdida, en donde la presencia de una dinámica está acompañada y depende de la otra.

La dinámica de la negación durante el duelo familiar por suicidio parte de dos elementos importantes: (a) la realidad familiar que deja la pérdida; es decir, el enfrentamiento a una nueva estructura familiar que deja la muerte; y (b) la realidad intrapsíquica de la misma, en donde aceptar la muerte, que en ocasiones es violenta, implicaría identificarse con el suicidio (Weinstein, 1987). Estos aspectos son los ejes principales de la dinámica de negación que se presenta de dos maneras: por un lado, la *sobreexcitación*, donde los familiares realizan constantes actividades para enfrentar la muerte, como hablar constantemente de lo ocurrido; o la negación *directa*, en donde los dolientes evaden cualquier actividad relacionada con la muerte y; por consiguiente, evitan manifestaciones de pena y dolor. Ambas reacciones, que en ocasiones se entremezclan o alternan, implican un esfuerzo de los afectados por no vivir la pérdida, lo que en cierta medida los protege del dolor que provoca la ausencia del desaparecido y de la amenaza del juicio social que se hace frente al acto suicida.

Mejía (2003) afirma que las reacciones de evitación son el tipo de afrontamiento que los dolientes utilizan con más frecuencia frente al suicidio, ya que el juicio social nega-

tivo limita la expresión y comunicación de lo sucedido. Así mismo, la negación grupal que resulta de la interacción emocional frente a la muerte, hace que la familia se desenvuelva dentro de la misma dinámica establecida antes del suicidio, congelándose también las relaciones, vinculaciones, disgustos e interacciones entre los miembros. Lo anterior, con el fin de no desestabilizar la dinámica llevada antes de la muerte y, a la vez, evitar la realidad de la pérdida. Sin embargo, a medida que transcurre el duelo, la negación comienza a disiparse. En ocasiones, esto provoca conflictos familiares, por lo que el grupo se impulsa a organizarse en torno a la pérdida y; por ende, a buscar formas de enfrentamiento de la realidad, las cuales hagan posible la reestructuración familiar (Del Pino, García & Ortega, 2003).

Estas dinámicas son producto del desconocimiento de las razones o motivos que llevaron a la elección de muerte. La incertidumbre sobre el porqué seleccionar el suicidio como forma de morir, hace que el grupo se perciba como abandonado, rechazado y, al mismo tiempo, traicionado por quien se ha suicidado. Como resultado, suele intensificarse la rabia, lo que puede llegar a transformarse en un resentimiento dirigido hacia el suicida (Mejía, 2003).

Así mismo, la ira, que en un comienzo es dirigida hacia el suicida, tiende a hacerse extensiva entre los miembros del grupo, ya que cada uno tiende a culpabilizar a los demás de haber provocado o no evitado la muerte. Igualmente, la ira dirigida a los demás miembros de la familia suele volcarse en cada uno de los dolientes, quienes se llegan a culpar de no haber atendido a las exigencias del suicida. Por otra parte, la sensación de vacío que suele seguir a la rabia se produce como consecuencia de que la realidad comienza a dar pruebas de la ausencia de la persona fallecida, suceso que se mezcla con la incertidumbre de la muerte. Esta reacción propicia en los sujetos la búsqueda de una reorganización que dirija al grupo a retomar el estilo de vida llevado antes de la muerte, o reestructurar uno nuevo, circunstancia que implica asumir por completo la realidad de la pérdida (Santos, 2006).

En un sentido descriptivo, los dolientes pueden llegar a identificarse con la muerte a través de diferentes manifestaciones, tales como: el deseo explícito de los familiares

sobrevivientes de morir, las actuaciones y conductas arriesgadas o autodestructivas, en las cuales el deseo de morir no es explícito, sino latente, y las fantasías o ideas permanentes de la muerte (Santos, 2006).

La identificación con la muerte como reacción después de la pérdida, se presenta en toda elaboración de duelo, pero no con la intensidad ni el carácter contradictorio que ocurre frente al acto suicida, puesto que los dolientes tienden a desear esclarecer el motivo de esta conducta. La incertidumbre hace que se genere en los dolientes un mensaje interno directo y amenazante de haber causado el suicidio, especialmente por no haber atendido o entendido las demandas del sujeto. Por tal razón, los dolientes llegan a identificarse tanto con la muerte, como con el acto suicida (Weinstein, 1987).

Este mecanismo se produce por el intento que hace la familia de mantenerse cerca del ser querido. A pesar del carácter violento de la muerte, la identificación ayuda a mantener vivo el vínculo establecido, pero también propicia el miedo a elaborar el acto suicida.

Frente al suicidio, cada miembro de la familia tiende a pasar por un estado de pánico; este se refiere a la vulnerabilidad ante el acto suicida (Tejada, 1999). Es así como la ira hacia quien cometió el acto se relaciona con la necesidad que tiene la familia de conservarse y verse a sí misma como un sistema seguro. Usualmente, el estigma social del suicidio hace que las seguridades imaginarias representadas en el grupo comiencen a decaer, ya que el suicidio hace que los miembros cuestionen la estabilidad percibida hasta antes de la muerte. Para salvaguardarse de esta estigmatización, la familia intenta dar razones coherentes sobre la conducta suicida con el fin de que el grupo no llegue a clasificarse como disfuncional ante los propios miembros y frente a la sociedad a la que pertenece (Pérez & Parra, 2004).

Esta situación puede ocasionar dolor colectivo, sentimientos de desgracia, y hasta maldición grupal, reacciones que podrían producir miedo ante la muerte, ya que los dolientes pueden temer que cada miembro lleve a cabo un suicidio. Es así como el miedo a la muerte nace principalmente de la identificación del grupo con el acto suicida. Esto hace que se cree cierta vulnerabilidad familiar, pues cada miembro podría correr el riesgo de imitar la conducta suicida (Sagan, 1994).

La culpa es la reacción relevante que se presenta con mayor intensidad en este tipo de duelo; los cuestionamientos sobre el porqué del suicidio son generados especialmente por esta dinámica (Weinstein, 1987).

Las dudas sobre la responsabilidad de cada miembro en la decisión suicida resultan ser perturbadoras para los dolientes, pero al mismo tiempo hacen que estos respondan a los interrogantes que deja el suicidio. Es decir, debido a que generalmente no existen pruebas en la realidad que den respuesta al porqué de la muerte, los dolientes se hacen a sí mismos responsables del suicidio, despejándose la incertidumbre de la pérdida (Mejía, Fernández, & Moreno, 2001).

Este fenómeno hace que la culpa se convierta en un agente reparador ya que, de alguna forma, le da sentido y significado a la pérdida; a través de la utilización de la fantasía, se responden los cuestionamientos de la muerte mediante un mecanismo inconsciente.

Este proceso se convierte en un intento de los dolientes por recuperar el sentido de la realidad de la muerte, que generalmente es incierta en el suicidio. Así bien, la inculpación por la pérdida significa, en cierta medida, tener un control sobre los hechos, al menos en los imaginarios, lo que convierte a la culpa en el poder reparatorio.

Sin embargo, el carácter reparador de la culpa no solamente se deriva de la respuesta a las causas del acto suicida, sino que se relaciona necesariamente con la ambivalencia afectiva característica de todos los vínculos establecidos por las personas.

En este sentido, Klein (1948) afirma "de la culpa devendrá el duelo, y así mismo, llevará a su reparación" (p. 167). La reparación realizada por la culpa se desprende de la carga amorosa y hostil depositada en el amado, recordando que todos los vínculos afectivos que se establecen están cargados de gran amor, pero también de gran hostilidad.

En este punto, es necesario tener presente que el afecto hacia los seres queridos es construido tanto con una propiedad interior a la que se ama y valora, como con otra propiedad extraña que es sentida como enemiga, desglosada del deseo por eliminar al otro, ya que se introyecta en sí un algo ajeno que no estaba antes de la vinculación. Sin embargo, ese deseo por destruir al otro es dominado, o reparado, inconscientemente mediante acciones de cariño hacia él.

Siguiendo esta línea, cuando ocurre el suicidio, la hostilidad hacia el otro y el temor inconsciente generan en los dolientes diversas sensaciones, como no haber brindado amor suficiente y genuino a la persona que se ha suicidado, o haber sido incapaz de dominar los impulsos agresivos. Estos pensamientos hacen que la culpa sea un sentimiento sumamente intenso y que, durante el duelo, los dolientes desalojen del inconsciente la hostilidad atribuida al ser desaparecido y; por ende, se intensifique la responsabilidad en el acto suicida (Klein, 1937).

De esta forma, a un nivel inconsciente, los dolientes creen haber ejecutado el deseo hostil hacia el ser querido, provocándole la muerte. La intensificación de la culpa hace, entonces, que los dolientes se culpen en forma de auto-reproche, intentando reparar el daño imaginado. Sin embargo, la carga amorosa hacia la persona fallecida se sobrepone debido al vínculo afectivo formado antes de la muerte. En este sentido, la culpa actúa como un agente reparador, ya que por medio de esta se logra resignificar la emocionalidad de quien se ha suicidado, conservando los aspectos positivos construidos durante la vinculación.

De acuerdo con lo anterior, es necesario destacar que el carácter reparador de la culpa posibilita la resolución del duelo debido a la conexión existente entre los sentimientos de amor, acompañados por las tendencias de reparación, y los de odio, acompañados por los impulsos agresivos.

Freud (1968) define la formación reactiva como un mecanismo que hace referencia al hecho de que aunque en una misma persona se suele descargar tanto amor como odio, uno de los dos aspectos, frecuentemente el primero, sobresale por encima del otro: "El carácter obsesivo de una de las dos emociones revela la necesidad de mantener sometida a su contraria" (Freud, 1968, pág. 26).

En lo que respecta al duelo frente al suicidio, se puede afirmar que tras haber descargado un fuerte sentimiento de agresión hacia el suicida por su decisión de morir, la persona se tiende a idealizar. Esto ocurre, en parte, por la impotencia frente a la muerte; los dolientes intentan mantener vivo el amor internalizado, para lo cual niegan de forma absoluta el carácter agresivo de su actuación.

El intento de estos por protegerse de los propios sentimientos agresivos y distanciarse de la agresión para salvaguardar la vida propia, genera una dinámica que tiende

a negar los sentimientos agresivos, así como a idealizar las relaciones familiares existentes y aquellas que se van construyendo después de la muerte (Weinstein, 1987). Gracias a esta mecánica, la dinámica familiar logra reestructurarse; se tiende a afianzar los lazos entre miembros, incrementar la comunicación y resolver las vinculaciones conflictivas establecidas antes de la muerte.

En este sentido, la actuación suicida implicaría un cambio en la dinámica familiar. De acuerdo con esto, la formación reactiva se produce por dos razones, a saber: el objeto internalizado se mantiene idealizado y el odio, producto de la carga hostil, se transforma en amor y; por ende, se niegan las reacciones agresivas del suicida (Pereira, 1999).

Con respecto al final del proceso de duelo, se podría decir que la aceptación del suicidio por parte de los dolientes hace que se disminuyan los sentimientos de culpa por la muerte, lo que facilita la aceptación y elaboración del duelo.

La resolución del proceso se logra cuando el grupo familiar logra reorganizarse en una nueva dinámica y vinculación. En este sentido, la estructura familiar se adapta a los cambios que deja este tipo de muerte, gracias al establecimiento de nuevos roles (Pérez & Sebazco, 2000).

Es importante tener en cuenta que la incertidumbre respecto a las causas de la muerte permanece latente en la familia, a pesar de la culpabilización inconsciente de haber provocado el acto. En este sentido, además de la propia culpa, muchos dolientes suelen atribuir las razones de suicidio a un estado depresivo y melancólico del suicida.

Por lo tanto, la elección resulta ser comprensiva ya que, a través del acto, el ser querido habría terminado con un sufrimiento insoportable. Igualmente, la incertidumbre después del duelo suele disminuir ya que el recuerdo de la persona no genera el mismo nivel de angustia, culpa o dolor que se presenta en el momento de la muerte (Pereira, 1999).

Se puede referir que el paso de la familia por las dinámicas del duelo es un proceso doloroso, pero necesario, con el que se hace frente a la pérdida. En este orden de ideas, cabe anotar que el papel reparador de la culpa es relevante; así este sentimiento sea muy intenso, también ayuda a que la familia acepte la muerte y se conserve la identidad y la estructura familiar.

A partir de la revisión teórica presentada en el escrito y de los conceptos definidos en ella, se afirma que el proceso de asimilación de la muerte realizado por los familiares de los suicidas es un proceso que se denomina como trabajo de duelo alterado, ya que a pesar de presentar manifestaciones distintas al duelo normal, no es un proceso patológico. Esto debido a que se resignifica la pérdida y se logra, al final, una resolución.

El carácter alterado del proceso de duelo frente al suicidio se debe principalmente a las diferencias cualitativas con respecto al duelo normal; estas se relacionan, especialmente, con lo inesperado de la muerte y la incertidumbre que deja el acto suicida, ya que generalmente quien comete el acto no manifiesta las razones por las que escoge poner fin a su vida.

Por lo anterior, la culpa surge como una reacción predominante, la cual se incrementa durante el duelo a raíz de la incertidumbre que surge sobre las razones del suicidio. Los interrogantes respecto a la muerte tienden a ser resueltos por los dolientes a través de la autoculpabilización, donde la familia se juzga a sí misma como verdugo de la decisión suicida. Este mecanismo promueve la elaboración del duelo, ya que se logra resignificar la pérdida tanto en el proceso de duelo individual, como en el grupal. El papel reparador de la culpa se superpone al sentimiento hostil, retirando el carácter agresivo y logrando la resolución del proceso de duelo.

Por otro lado, y en relación con lo anterior, un proceso de duelo patológico familiar frente al suicidio podría ocurrir si los mecanismos, reacciones y respuestas frente a la muerte llegan a ser crónicos, o la familia se estanca en la dinámica llevada antes de la muerte. Así, se impide la reorganización del sistema grupal con el fin de mantener u ocultar la realidad de la pérdida. En este sentido, el grado de cohesión e integración familiar posibilita una adecuada resolución del proceso, ya que al ser percibida como una red de apoyo, se facilitará la expresión de las reacciones relacionadas con el duelo. En este caso, la determinación de nuevos roles y la organización grupal son posibles.

Finalmente, existen varios factores intervinientes en el duelo frente al suicidio, los cuales se relacionan con aspectos sociales y económicos, tanto del grupo familiar como de cada uno de los miembros. En este sentido, la edad del doliente refiere el nivel de desarrollo moral en cuanto al enfrentamiento a la muerte, así como el tipo de vínculo con el desaparecido.

En cuanto al contexto cultural, la forma como cada sociedad defina o reconozca el suicidio facilitará o no la resolución del proceso. Así, aquellas estructuras sociales que juzguen el suicidio como una acción condenable o tabú, imposibilitarán la expresión pública de dolor. Esto hará que la familia se perciba como vulnerable, lo que podría dificultar la resolución del duelo.

Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1-17.

Aslan, C.M. (2003). Psicoanálisis del duelo. *Revista de psicoanálisis* 23 (3), 705-725

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Los trastornos depresivos. En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ªed.)*. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874

Baker, J.E. (2001). Mourning and the transformation of object Relationships. Evidence for the persistence of internal attachments. *Psychoanalytic Psychology* 20,55-73.

Bayes, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca

Bauab de Dreizzen, A. (2001) *Los tiempos del duelo. Colección la clínica en los bordes*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones

Barreto, M., Soler, P. & Saiz, M. C. (2007). *Muerte y duelo*. España: Síntesis.

Bourgeois, M.L. (1996) *Le deuil clinique pathology*. Francia: Press Universitaire Traducido

Bowker, J. (1996). *Los significados de la muerte*. Londres: Cambridge.

Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Carbonell, E. (2006) Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión intransdisciplinar. *Gazeta de antropología*, 23, 45-56. Tomado de sumarios ISOC Ciencias sociales y humanidades, 200, 93. Resumen No. 557763.

Caparros, N. & Sanfeliú, I. (2004) Orfandad, culpa, duelos... daños colaterales. *Clínica y Salud*, 15 (3), 387-393.

Casado, V. (2001) *Aceptar la pérdida. El proceso de duelo y sus fases*. Argentina: Paidós.

Celma, A.G. & Strasser, G. (2015) El proceso de muerte y la enfermería: Un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en

- torno a la atención frente a la muerte. *Physis. Revista de Saude Colectiva*, 45 (2), 485-500
- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R. & Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia 1985-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 231-238.
- Del Pino, J.I., García, J. & Ortega, F. (2003). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. En www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf
- Díaz, V.E., Molina, A.N. & Marín, M.A. (2015). Las pérdidas y los duelos en personas afectadas por desplazamiento forzado. *Pensamiento psicológico*, 13 (1), 65-80.
- Díaz, E. (2003) *Del dolor al duelo, límite al anhelo frente a la desaparición forzada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Durkheim, E. (1965). *El suicidio: un estudio de sociología*. Buenos Aires: Schapire.
- Echeburúa, E. (2015) Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica* 33(2), 117-126
- Eslava, L. (2007). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Bogotá. En www.psyco.org.
- Flores, A. (1992). *Educación sexual*. Uruguay: Dismar.
- Flórez, S.D. (2002). Duelo. *Anales sis san navarra* 25, 77-85.
- Fonnegra, T. (1999). *De cara a la muerte*. Bogotá: Intermedio.
- Francia, M.E. (2007, Marzo). Adolescencia y suicidio. *Revista Electrónica de portales*. Recuperado de: [Medicoswww.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/994/5/Adolescen-cia-y-suicidio](http://medicoswww.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/994/5/Adolescen-cia-y-suicidio).
- Freeman, A. & Reinecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Desclee de Brouwer: Bilbao.
- Freud, S. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. VI *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. Temas de actualidad, XIV *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. XIV *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. XVIII *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuertes, M.C. & Maya, M. U. (2006). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *Análisis del sistema sanitario de navarra*, 4, 26-39.
- Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C. González, J.M., Villaverde M.C., & Sánchez A. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, 30,39-50.
- González, J. & Hernández A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación en psicología* 17(2), 313- 327.
- Gorwood, P. (2001): Biological Markers for Suicidal Behavior in Alcohol Dependence, *Eur Psychiatry*, 16(7), 410-427.
- Guibert, W., Torres N. (2001) *Intento suicida y funcionamiento familiar*. *Revista cubana de medicina general*, 17, 452-460.
- Gutiérrez, C. (1998). Proceso de duelo en familiares de víctimas de la desaparición forzada: un análisis exploratorio descriptivo. Tesis de grado profesional no publicada. Pontificia universidad javeriana, Bogotá
- Haw, C., Hawton, K., Houston K. & Townsend, E. (2001). Psychiatric and Personality Disorders in Deliberate Self-Harm. *British Journal of Psychiatry*; 178, 48-54.
- Horowitz, M. (1984). Brief Psychotherapy of Bereavement Reactions: The Relationship of Process to Outcome. *Arch Gen Psychiatry* 41, 438-448.
- Horwitz, N., Florenzano, R., Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *BolofSaintPanam* 2, 144-155.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015). *Forensis, datos para la vida*. Bogotá: Imprenta Nacional
- Kabanchik, A. Kadic, F., Sahade, M. C & Winograd, B. (2001). *Duelos y depresiones: Indicaciones, clínica y abordaje en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: APSA
- Klein, M. (1937). *Amor, culpa y reparación*. Obras completas Tomo I: Paidós.
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. Obras completas Tomo I: Paidós.
- Klein, M. (1948). *Sobre la teoría de la ansiedad y culpa*. Obras completas Tomo I: Paidós.
- Kohut, H. & Wolf, E. (1978). *Los trastornos del self y su tratamiento*. Buenos Aires Psicoanálisis.
- Lansberg, P. (1995). *Ensayo sobre el problema de la muerte: el problema moral del suicidio*. Barcelona: Agapea.
- Macías, J.A. & Parrado, C. (2007). *Reacción al duelo* en www.herrerros.com.ar/melanco/prieto.htm
- Madoz, V. (2000). *Tratamiento del duelo y la aflicción en urgencias*. No publicado
- Maldonado, G. (2005). El suicidio. *Athenea Digital*, 7, 133-147

- Markon, K. E., Krueger, R. F., Bouchard, T. J. & Gottesman, I. I. (2002). Normal and Abnormal Personality Traits: Evidence for Generic and Environmental Relationships in the Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Journal of Personality*, 70 (5), 661-693.
- Mejía, J.M. (2003) Convivir con el suicidio. *Revista del hospital general de agudos*, 3
- Mejía, M.P., Fernández, S. & Moreno J.A. (2001). *La culpa en el duelo*. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Morgan, J. & Hawton, K. (2004). Self-Reported Suicidal Behavior in Juvenile Offenders in Custody: Prevalence and Associated Factors. *Crisis*, 25(1), 8-11.
- Muñoz, C., Espinosa, A., Portillo, S. & Rodríguez, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal (II). *Medicina de familia*, 3, 190-199.
- Ornstein, C. & Jara, S. (2004). El proceso de duelo y estrategias de manejo. En *med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/el_proceso_de_duelo.pdf*:36-308.
- Parada, L. M. (2007). Duelo por muerte súbita desde el enfoque apreciativo: una opción de vida desde la pérdida. *Revista perspectivas en psicología* 3, (1). 55-66.
- Pereira, R. (2010) Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Actualizaciones*, 17(10), 656-663
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud (2014) *Mortalidad por Suicidio en las Américas*. Unidad de salud mental y Uso de sustancias.
- Orozco A.M. & Castiblanco, L. (2014) Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24 (1) 203-217
- Parkes, C. M. (1998). Coping With Loss: Facing Loss. *BJM*, 21-24
- Pereira, R. (1999). *Familias reconstituidas: La pérdida como punto de partida*. En www.redrelates.org/documentacion/Familias-reconstituidas.pdf.
- Pérez, C. & Sebazco, A. (2000). Familia perdida. Características de esta crisis familiar *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (1)93-107.
- Pérez, J., Del Pino, J. L. & Ortega, B. (2002, Mayo). El adolescente, la muerte y el suicidio. *Jornadas Europeas para la prevención de la violencia escolar*, 1-11
- Plaxats, M.A. (2001). *Los procesos de duelo ante pérdidas significativas*. <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/05/index.html>.
- Ramírez, E. (1998). *La horrorosa belleza del suicidio*. En <http://www.herrerros.com.ar/melanco/ramirez2.htm>.
- Rizzuto, A. M.& Meissnery, D.(2004) *Los dinamismos de la agresión humana*. Routledge: Brunner.
- Salles, M. M. & Llombart, M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital*, (7), 133-147 en <http://antalya.uab.es/athenea/num7/velasco.pdf>.
- Sánchez, D., Muela, J.A. & García, A. (2014) Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (2), 277-290.
- Santos, E. (2006). *Sobrevivientes del suicidio*. En www.mensual.prensa.com/mensual/contenido/2006/06/07/hoy/opinion/626304.html.
- Santos, P. Yáñez, A. & Al-Adib, M. (2015) *Atención especial a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Madrid: Servicio Extremeño de Salud
- Vásquez, A. (2007) Peter Sloterdijk; El hombre como experimento sonoro y metafísico animal de la ausencia. *Revista Filosopica*, 31, 85- 105.
- Senado estudia proyecto de eutanasia y suicidio asistido, (2007, Marzo 26). *El espectador*.
- Shea, S.C. (2002) *The Practical Art of Suicide Assessment*. New Jersey: John Wiley.
- Tejeda, A. (1999) *La muerte no esperada*. www.oncetu-ipn.net/dialogos/dc.php?id=e_suicidZio.
- Vincent, L. (1983) *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura económica.
- Weinstein, E. (1987). *Trauma, duelo y reparación: una experiencia de trabajo psicosocial en Chile*. Santiago de Chile: Fasic.
- Worden, W.J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Wright, B. (1998) *Caring in Crisis*. London: Churchill Livingstone
- Yoffe, L. (2013) Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdidas de seres queridos. *UNIFE*, 21(2), 139-153