



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.



**LA FENOMENOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL
ADOLESCENTE Y EL ABORDAJE
TANATOLÓGICO**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGIA**

PRESENTA:

**LORIE ARACELI
MARTÍNEZ CERVANTES**



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

DEDICATORIAS

Esta tesina se la dedico a Dios por guiarme, brindarme la fortaleza para seguir adelante, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca ni la dignidad ni desfallecer en el intento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los señores docentes de la AMTAC, por compartir sus sabios conocimientos durante el transcurso del Diplomado.

ÍNDICE

Dedicatorias	ii
Agradecimientos	ii
I CAPITULO.	
INTRODUCCIÓN	1
Justificación	3
Objetivos	5
II CAPITULO.	
ADOLESCENCIA	
2.1 Las fases del desarrollo humano desde la perspectiva psicoanalítica	6
2.2 Esbozo histórico de la adolescencia	10
2.3 La adolescencia desde la perspectiva psicoanalítica	14
2.4 La resiliencia en la adolescencia	16
2.5 Psicopatología del adolescente vinculada con el acto suicida	18
III CAPITULO	
SUICIDIO	
3.1 Perspectiva histórica del concepto de suicidio	21
3.2 El suicidio desde el enfoque médico	24
3.3 Tipología del suicidio	25
3.4 El suicidio desde el psicoanálisis	28
3.5 Factores predisponentes del suicidio	31
3.6 Fenomenología del suicidio	33
3.7 Factores del riesgo de suicidio en la adolescencia	34
IVCAPITULO	
EL PROCESO TANATOLÓGICO DEL SUICIDIO	
4.1 La familia desde el psicoanálisis	36
4.2 La funcionalidad de la familia	39

4.3 Duelo	42
4.4 Las fases del duelo	44
4.5 Proceso de duelo tras un suicidio	47
4.6 Soporte a la familia en proceso de duelo por suicidio	49
4.7 La tanatología y el suicidio	53
4.8 ¿Cómo ayuda un tanatólogo en una pérdida por suicidio?	53
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS	59

INTRODUCCIÓN

En la actualidad abordar la temática de suicidio en la adolescencia resulta difícil por diversas razones puesto que se considera un evento trágico que rodea a la familia del suicida de sentimientos como vergüenza, ira, enojo y frustración; es un tabú que se prefiere no mencionar, por el miedo a incrementar el riesgo en los adolescentes de intentar privarse de la vida.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada 24 horas, fallecen casi 16 jóvenes en México por esta causa, en México creció en 275 por ciento; siendo los jóvenes los que más consuman el acto; Toledo (2010), señala que el suicidio se asocia al consumo abusivo de alcohol y drogas, factores psicosociales como la pobreza y el desempleo. Respecto al género, todos los conteos y estudios confirman, que por cada mujer que recurre al suicidio, cinco hombres lo consuman; por cada 20 personas que intentan suicidarse, una lo consigue y afecta al menos a 6 personas cercanas. Entre los factores que rodean a un acto suicida se encuentran el desamor, problemas familiares y económicos; lo cual lleva a jóvenes entre 12 y 24 años de edad a quitarse la vida. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registró en el 2009, 60 suicidios 10 a 14 años; 9 suicidios, 15 a 25 años. Mientras que en el 2010 fueron 84 en las mismas edades, por lo cual el índice del aumento anual es de 7.69 por ciento. Durante el 2011 aumento considerablemente un 50% considerando al suicidio la segunda causa de muerte en México; la tasa de suicidio el 2012 a nivel nacional llegó a ser 5,190:4201 varones y 989 mujeres. El suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, derivado de un malestar muchas veces poco localizado, producido por un desfallecimiento del sujeto del inconsciente, provocando que se encuentre bajo el peso de un goce que lo inscribe fuera del tiempo y lo enfrente con el vacío que es él mismo. Esta inercia genera en ocasiones estados anímicos que pueden pasar desapercibidos o enmascarados bajo quejas somáticas, dificultades escolares, inestabilidad, enojo, repliegue sobre sí; el suicidio aparece bajo la forma de un lamento sobre un estado de abatimiento, de un vacío de sentido de la existencia o un dolor inamovible, imposible de soportar, dentro de la dictadura de una globalización miope, cuya única mirada se dirige a la superproducción de objetos de mercado que inducen a un falso sueño de bienestar, dispone de un modo de ser y de producir tipo en donde las particularidades de cada uno y las del grupo social desaparecen. Producir sujetos idénticos y transparentes cuyas elecciones están predeterminadas para evitar las sorpresas, misterios y fallas, no hay cabida para el deseo. Así aunque el suicidio es concebido

como un acto personal, y egoísta se debe vislumbrar un factor importante que son las relaciones sociales, pues el suicidio se funda como actor agresor hacia los demás, debido a que el suicida encuentra el firme deseo de culpar a una persona o familia de no haber llegado a su “deber ser”.

Dentro del suicidio la familia es uno de los grupos de vital importancia pues son los sobrevivientes quienes experimentan el dolor, el cual altera la dinámica después de la pérdida de uno de sus miembros, cuando la persona fallece terminan sus sufrimientos, al menos los de la tierra, pero los que siguen viviendo se enfrentan quizá a un trauma desolador, enormes presiones, decisiones importantes y violentas emociones. El sufrimiento o el duelo de los sobrevivientes provocan reacciones emocionales que deben ocurrir de forma natural; pues la muerte es una herida psicológica seria y dolorosa, al igual que cualquier lesión requiere de un cuidado sereno y positivo. El duelo son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido. Una alternativa consciente, es que cada miembro de la familia sienta la angustia, temor y dolor según se manifiesten, permitiendo proseguir con la vida.

Para el proceso de duelo la Tanatología juega un papel primordial pues permite que el familiar trabaje los sentimientos generados por la pérdida llanto, negación, ira, resentimiento y depresión al transitar por las distintas etapas del proceso hasta llegar a la aceptación, la cual consiste en volverse a conectar con el ser querido, vivo en nuestro interior, pero con la aceptación de que ya falleció y ya no está aquí. La tanatología ayuda a comprender que la experiencia de una pérdida importante no sólo roba posesiones, capacidades o seres queridos, sino también suele cambiar creencias y presuposiciones que habían sido hasta ese momento los ladrillos que sustentaban la filosofía de vida de cada miembro de la familia y que ante este acontecimiento presenta un desbalance y en ocasiones puede hacer pensar que ya no hay nada en que creer, no obstante al conectarse con lo doloroso es como empieza el camino de recuperación porque así es como se entra en este sendero. Así pues el profesional de la tanatología tiene la importante labor de ayudar a los pacientes y familiares a aceptar la ausencia del ser querido. Finalmente es necesario enfatizar la importancia de ayudar a comprender el proceso de sufrimiento, aprender a vivir con una pérdida, el darse cuenta que el duelo tiene un curso progresivo, que al final de su dolor sobrevivirán y con el tiempo volverán a experimentar la alegría de vivir, ver que la vida continúa, no se detiene por fuerte que haya sido la pérdida y que puede continuar en la vida más fortalecidos y con un mejor crecimiento humano.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio, junto con el intento de suicidio son las formas más representativas de esta conducta, aunque no son las únicas; el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes progresiones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. El suicidio constituye un importante problema de salud pública, estimándose que es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas. Aprender a cuidar la única vida que tiene el ser humano es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia, aprender a amarse racionalmente incrementa la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados, y mejorará la calidad de vida.

En México el suicidio es la segunda causa de muerte en la población juvenil, por lo cual resulta importante abordar el tema, puesto que la mayoría de la población mexicana está conformada por gente joven, sujetos que se encuentran en la plena manifestación vital de la vida humana, por lo cual es difícil entender el deseo de la muerte voluntaria.

Por otra parte es necesario enfatizar el papel de la familia dentro del suicidio pues se constituye como un conjunto de lugares y de vínculos ocupados por los yoes, siendo el vínculo la misma representación del conjunto y se inserta como tal en el psiquismo de los yoes con dos garantías: la de una inscripción de pertenencia a ese conjunto y no a otro, y la de que los otros de la familia también la inscriben. Así mismo la familia se convierte en el intermediario por excelencia entre el sujeto y la cultura; es el lugar donde interactúan los miembros de la familia, razón por la cual la ejecución del acto suicida puede ser el resultado de una disfuncionalidad en la familia, así como una insatisfactoria preparación resiliente para luchar por rescatar el sentido de la vida y desarrollo frente a la realidad. Sin embargo cuando el acto se consuma el ser humano se encuentra con el dolor de la pérdida y resulta indispensable la elaboración de la misma a través del duelo. En años recientes, la investigación ha revelado la existencia de patrones de emociones que pueden ayudar a reconocer la conmoción y el dolor que se siente y que intervienen en la cicatrización de la herida que infligió la muerte. Perder a un ser querido representa una transición vital que para las personas y familias, es difícil de afrontar, máximo cuando la sociedad occidental no facilita los esquemas y los apoyos emocionales e instrumentales necesarios para llevarla a cabo; investigaciones actuales sobre el proceso de duelo revelan que el modelo sociocultural que pauta una respuesta inmediata a la pérdida y la posterior recuperación presenta una rigidez extrema. Los patrones tan admitidos como decir adiós a la persona fallecida en un tiempo inferior a dos años y finalizar el proceso con una aceptación sin

reservas de la pérdida se han convertido en metas que muchos individuos y familias tratan de alcanzar sin éxito.

Finalmente se puede señalar que resulta indispensable proporcionar a los adolescentes literatura científica que aborde el comportamiento suicida, incrementar programas de prevención, puede ser benéfico, ya que contribuye a tener mejores condiciones para ayudarse a ellos mismos y a su grupo de pares que se encuentren en una situación de crisis suicida.

Así también, es fundamental involucrar a los padres, familiares y maestros para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos candidatos a la realización de un acto suicida y evita que ocurra, además de contribuir a interpretar el suicidio como un proceso que tiene su historia y contrario a lo que se piensa no ocurre por impulso, sino es una decisión ampliamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida, en la que el suicidio es el último síntoma de un ahogamiento existencial, de una existencia infeliz, del dolor de la desesperanza.

OBJETIVOS

- ❖ Presentar un panorama general sobre el fenómeno del suicidio en la adolescencia y cuáles son los factores desencadenantes del acto suicida en esta etapa del ser humano.
- ❖ Determinar el rol que desempeña la adolescencia en la conducta suicida.
- ❖ Definir la importancia de la funcionalidad de la familia en la decisión de consumir el acto suicida.
- ❖ Describir el proceso de duelo, sus etapas y su importancia en la recuperación del dolor por la pérdida de un ser querido por suicidio.
- ❖ Exponer aportaciones de la Tanatología, que contribuyen en la elaboración del proceso de duelo de las personas que se encuentren en situaciones de pérdida por suicidio.

II CAPITULO

ADOLESCENCIA

2.1 Las fases del desarrollo humano desde la perspectiva psicoanalítica

El ser humano desarrolla su personalidad a través diversas etapas, las cuales son de gran importancia para la constitución del desarrollo humano. Freud señala que el motor determinante de la conducta humana está relacionado con el sexo y la agresión, es decir, que el ser humano actúa de acuerdo a la búsqueda de placer y evasión del dolor, así como la utilización de los mecanismos de defensa para enfrentar la realidad.

La perspectiva psicoanalítica considera que el desarrollo está formado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana.

Freud (1953, 1964a, 1964b) consideró que las personas nacen con impulsos biológicos, los cuales deben dirigirse adecuadamente para permitir la vida en sociedad. La teoría psicoanalítica plantea que la personalidad se forma desde la infancia, cuando el niño se enfrenta a conflictos inconscientes entre los impulsos innatos y los requisitos de la vida civilizada. Los conflictos ocurren en una secuencia invariable de cinco etapas madurativas del desarrollo psicosexual, en las que el placer cambia de una zona del cuerpo a otra. Por lo cual Freud menciona (citado por Papalia, 2009, p. 26) que las primeras tres etapas son cruciales, puesto que si los niños reciben muy poca o demasiada gratificación en cualquiera de estas etapas, está en riesgo de sufrir una fijación, la cual se manifiesta en la personalidad adulta. La teoría psicoanalítica propone tres elementos hipotéticos de la personalidad el ello, el yo y el superyó. Los recién nacidos están gobernados por el ello, el cual busca la satisfacción inmediata por el principio de placer; El Yo representa la razón, se desarrolla gradualmente durante el primer año de vida aproximadamente y opera bajo el principio de realidad. El objetivo principal del Yo es encontrar en formas realistas de gratificación del ello, que sean aceptables para el Superyó que se desarrolla alrededor de los 5 o 6 años de edad. El Superyó incluye a la conciencia e incorpora los “deber” y “no deber” aprobados socialmente al propio sistema de valores del niño. Por tanto el Superyó es sumamente demandante: si no cumple sus demandas; el Yo media entre el ello y el superyó.

De acuerdo con Sigmund Freud, en la teoría psicoanalítica diferencia las etapas del desarrollo psicosexual de la siguiente manera:

Etapa Oral

(Nacimiento a los 12-18 meses)

Durante esta etapa la principal fuente de placer del ser humano incluye actividades orientadas hacia la boca (chupar y alimentarse). El ser humano desde que nace siente placer al ser amamantado, convirtiéndose la boca en el centro de placer o zona erógena, esta parte de su cuerpo le proporciona satisfacción, agrado y acercamiento hacia la madre: en los posteriores meses será capaz de sentir emociones diferentes como la cólera, alegría acercamiento y obtener placer a través de la alimentación. Así pues se puede observar que en la etapa oral, la boca es el centro del placer, por tanto se puede observar que en la primera etapa de la vida el niño se lleve con facilidad objetos a la boca, así también como las diferentes partes del cuerpo, como las manos y los pies. Iniciando la etapa de conocer su propio cuerpo y obtener autosatisfacción. Merece prestar especial atención en este momento como se produce el destete, pues si, éste se lleva a cabo de una manera brusca o si el niño es sometido a una reglamentación excesivamente rígida de su alimentación se podría generar un sentimiento de desconfianza por su parte. No obstante será necesario recordar que el destete no es un acto mecánico y que el niño será especialmente sensible al afecto que la madre le manifieste en su transcurso. Por lo tanto si el infante es destetado de forma abrupta en la etapa adulta puede ansiar posteriormente el contacto íntimo e incrementar su nivel de dependencia con respecto a su cónyuge.

Etapa Anal

(De 12-18 meses a 3 años)

En esta etapa el ser humano deriva su gratificación sensual de la retención y expulsión de heces fecales. La zona de gratificación en la región anal y el entrenamiento de esfínteres es una actividad importante. Así también se caracteriza porque la sensibilidad será dirigida a la mucosa anal y el acto de la defecación, sin olvidar el placer bucal, la cual aparecerá como nuevo foco de sensaciones placenteras. Mientras el control de esfínteres supondrá la aparición de las primeras prohibiciones, y también de los regalos (las heces) En paralelo con el placer que el infante obtiene a través de la defecación está la realidad de la limpieza, y el control a que esta es sometida por parte del entorno.

El infante aprende que produce algo valioso y que su control le permite, en cierta medida, manipular a su madre; además establece una nueva forma de relación que puede ser vivida como algo benéfico (la limpieza) y satisfactorio (la alegría de la

madre) o bien como una imposición difícil de aceptar. Es una etapa en la que se inicia un cierto proceso de autonomía y de autoafirmación. El clima emocional que crean los padres durante esta etapa puede tener efectos duraderos, puesto que si el infante es castigado por “accidentes” en el control de esfínteres pueden durante la etapa adulta ser personas inhibidas, desordenados o derrochadoras.

Etapa Fálica

(De 3 a 6 años)

La etapa fálica se caracteriza porque el infante se apega al padre del sexo opuesto y posteriormente se identifica con el padre del mismo sexo. Se desarrolla el Superyó. La zona de gratificación cambia hacia la región genital; la zona erógena preponderante en el caso de los niños es el pene y en las niñas es el clítoris, aunque en menor grado. En esta tercera fase se despierta el interés sexual y el descubrimiento de los órganos genitales como fuente de placer. Así mismo en este periodo los infantes tienen la necesidad de ser el centro de atracción; produciéndose una especial sensibilidad ante las actitudes sexuales de los adultos, las cuales pueden influir de manera determinante en su proceso evolutivo y en su posterior vivencia de la sexualidad. Por otra parte los actos o afirmaciones por parte de los adultos en la dirección de reprimir las manifestaciones de la sexualidad en esta etapa van a tener especial importancia, respuestas tales como: “las niñas buenas no se tocan” , “los chicos deben ser fuertes” tendrán como consecuencia el generar sentimientos discriminatorios o sensaciones de angustia ante determinados comportamientos; transmitiendo fácilmente la concepción de que el sexo es un tema que debe ser escondido, puesto que es algo sucio, malo. Así mismo el infante durante esta etapa genera conductas de rivalidad con el progenitor del sexo opuesto, convirtiéndose en un objeto de celos; a su vez se desarrolla la aparición de los Complejos de Edipo y Castración.

De acuerdo con el Diccionario de Psicoanálisis (Laplanche y Pontalis, 1968) El complejo de Edipo se refiere al conjunto de sentimientos que afloran en el niño en relación con el progenitor del sexo opuesto, es decir, que desempeña un papel fundamental en la conformación de la personalidad y orientación del deseo humano. Así pues el complejo de Edipo es la coronación de la sexualidad infantil, refiriéndose con esto a objetos plenamente conformados, la madre y el padre; los cuales son concebidos como diferentes pero no como hombre y mujer en el sentido del término, pues su sexo está en menos caracterizado por el pene y la vagina, que por el pene y su ausencia. Así pues la estructura del complejo de Edipo puede considerarse como

doble: positivo y negativo, dependiente de la bisexualidad originaria del sujeto infantil (Freud, 1900).

Dentro del complejo de Edipo se inserta el Complejo de Castración con su función prohibitiva y normativa, el cual sanciona a los fantasmas incestuosos y parricidas, inhibiendo todo intento de transgresión y empujando a la represión y renuncia de la ejecución de los deseos Edípicos ; así también del componente negativo que exige en el varón la castración imaginaria con el objetivo de satisfacer los deseos homosexuales, en el caso de la niña compensar el sentimiento de la castración relativa a la no recepción del pene del padre por medio de la fijación en la elección del objeto materno (Chiland,1999).

Finalmente se puede señalar que la etapa fálica es la etapa de la adquisición de género, conciencia de sí mismo, en relación con la individualidad como hombre o mujer, por tanto es una etapa conflictiva, difícil y sensible de nuestro desarrollo.

Etapas de Latencia

(De 6 años a la pubertad).

Esta etapa comprende un tiempo de relativa calma entre etapas más turbulentas. Inicia desde los cinco, seis o siete años de edad hasta la pubertad, más o menos a los 12 años. Durante esta etapa, Freud menciona que la pulsión sexual se suprime al servicio del aprendizaje, debido a que el superyó se encuentra lo suficientemente desarrollado (Esquivel, 2007). Se debe hacer hincapié que la mayoría de los niños de estas edades están bastante ocupados con sus tareas escolares, y por tanto "sexualmente calmados", pues pierden interés en la conducta sexual; reflejado a través del juego ya que los varones se relacionan entre sí y las mujeres de igual forma, ninguno de los dos sexos se interesa mucho en el otro. Esta etapa se basa en la competencia y en la aparición de una gran variedad de intereses. Durante esta edad los infantes empiezan a tener conciencia de su masculinidad o su femineidad, dándoles sentido través de las diferencias que observan en el mundo adulto. También va desapareciendo progresivamente la necesidad de sentirse el centro del mundo y es capaz de iniciar actitudes como la cooperación, reconociendo a los demás como diferentes de uno mismo, en esta situación se inicia un proceso de autoafirmación que va a ser favorecido o reprimido a través de la consideración de los demás. Los sentimientos se van definiendo, los cuales no están únicamente en función de la satisfacción de necesidades sino que se presenta la capacidad de disfrutar de la compañía de los demás sin la espera de posibles recompensas a obtener. A partir de

esta edad el grupo de pares empieza a ser importante para el infante en relación con el adulto.

Finalmente se puede decir que es un periodo relativamente estable que durará hasta el inicio de la pubertad, en él la personalidad evoluciona y se equilibra en base a los progresos intelectuales, afectivos y de relación social; cerrándose el periodo de la infancia e iniciando la pubertad y adolescencia.

Etapas Genitales

(Pubertad hasta la adultez).

Durante esta etapa resurgen los impulsos sexuales de la etapa fálica, canalizadas a la sexualidad adulta madura. Para Freud, a partir de la pubertad se inicia la Fase genital, la cual dura el resto de la vida. Esta etapa incluye el renacimiento del interés por la sexualidad en sus diferentes manifestaciones; la práctica de la masturbación; las primeras relaciones sexuales, en algunos casos homosexuales en un primer momento; la tentativa de alcanzar los roles adultos y, en definitiva, la madurez. La zona erógena predominante en esta etapa son los genitales. Así pues el realizar actos coitales, el adolescente y el adulto logran satisfacer los deseos incumplidos de la infancia y la niñez; es decir, la satisfacción inmediata produce una sexualidad madura en que se involucra la gratificación postergada, un sentido de responsabilidad y afecto por los demás.

Así mismo durante esta etapa se alcanza la capacidad de reproducción, no obstante la inmadurez emocional y física durante la adolescencia, no se logra con plenitud. Sin embargo durante la edad adulta se cumple este contenido. Lo fundamental de esta etapa es lograr una identidad propia, se inicia el proceso de independencia de los padres, el desarrollo vocacional, hay una vida social muy activa, se inicia la adquisición de compromisos y responsabilidades, así como la atracción y elección de pareja.

Para finalizar sería una mentira admitir que estos estadios se suceden simplemente; por el contrario, uno se agrega al otro, se incorporan, coexisten.

2.2 Esbozo histórico de la adolescencia

El concepto de Adolescencia ha sido un “redescubrimiento” e “invención” construido en la modernidad desde las ciencias sociales y humanas, debido que los cambios demográficos, económicos, políticos y sociales surgidos merced a un despliegue de

conocimientos, técnicas y tecnologías de la era industrializada impusieron la necesidad de explicar, caracterizar y develar el papel que juegan los adolescentes.

Restrepo (2009) señala la necesidad de actitudes y prácticas que deben ejercer los adultos para facilitar el proceso de consolidación de identidad y el ingreso saludable al mundo adulto propósitos fundamentales de esta etapa del ciclo vital.

La “adolescencia” bautizada como tal a partir del término del latín: “adolescere” se debe entender como “tránsito” desde la niñez hacia la adultez. Sin embargo como concepto y como etapa del ciclo vital de los individuos es re-descubierta a mediados del siglo XIX por la medicina occidental, como consecuencia de varios eventos históricos de las sociedades modernas que ocurren al final del siglo, los adolescentes se reconocen como un grupo de edad definido.

El concepto de adolescencia se vuelve necesario a partir de la influencia que ejerce en las sociedades los movimientos históricos como; la secularización, la industrialización y la modernización que dieron origen a la actual sociedad y a los nuevos “discursos” que imponen retos en cuanto a servicios, programas y políticas. El adolescente logra su madurez a partir de probarse así mismo en situaciones que evocan valentía, juicio, responsabilidad, compromiso y respeto por otros, no obstante estas situaciones no pueden ser una réplica de las actividades que regularmente ejecutan los adultos. Por tanto se considera que el adolescente explore y experimente los intereses y actividades propios para su nivel “histórico” el medieval.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de desarrollo humano caracterizado por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Durante esta etapa ocurre un proceso de desarrollo que culmina con un adulto capaz de reproducirse biológicamente y socialmente. El adolescente se humaniza, se apropia y re-crea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y a su vez el entorno transforma al adolescente.

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) la adolescencia se divide en:

Adolescencia inicial o temprana:

Esta etapa comprende de los 10-13 años en donde el adolescente se ajusta a los cambios puberales, que marca el inicio de esta etapa. Se comienza a distanciarse afectivamente de los padres, ambivalencia sobre separarse de sus padres, prefiere

socializar con los “pares” del mismo sexo, inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación y exploración con otros pares del mismo sexo, en lo que se denomina “homosexualidad funcional” y explora la rigidez o flexibilidad del sistema moral de sus padres. En resumen se podría afirmar que esta etapa de la adolescencia está marcada más por el crecimiento somático y el crecimiento y desarrollo de los órganos y sistemas del cuerpo a fin de adquirir la capacidad de funcionamiento biológico del cuerpo físicamente adulto.

Adolescencia media:

La adolescencia media se inicia desde los 14-16 años; se genera un mayor distanciamiento de sus padres, explora diferentes imágenes para expresarse, inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual, explora varios roles de adultos, socializa con pares de diferente sexo, se fascina por la capacidad de pensar diferente, y se centra más en sí mismo. En esta etapa el desarrollo se centra más que todo en el progreso del desarrollo cognitivo y emocional. Es decir se adquiere la capacidad de funcionamiento del cuerpo “imaginario y afectivo”. Esta etapa se caracteriza por la “rebeldía” contra las figuras y normas de autoridad. Aparece la abstracción y con ella la capacidad de asombro, crítica y el interés por conocer, aprehender y comprender el mundo sobre todos los aspectos emocionales y las relaciones sociales. En relación con su familia los adolescentes ubicados en esta etapa son críticos con respecto a las normas, reglas y funcionamiento de la institución familiar; así mismo cuestiona las normas e instituciones sociales significativas en su vida como la Escuela, la Iglesia, Instituciones Gubernamentales. Por otra parte los grupos de pares se convierten en el referente y red de apoyo más importante.

El adolescente de la fase media se preocupa de su representación social, por tanto se centra en la elaboración de la imagen que quiere proyectar recurriendo al uso de accesorios y atuendos que valora como parte esencial de su identidad.

Adolescencia final o tardía

Se vislumbra a partir de los 17-19 años, independiente, integra imagen corporal, relaciones basadas en el cuidado, respeto y la intimidad, prefiere relaciones sociales más individuales que con grupos, define planes y metas específicas, es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología. Se puede señalar que durante esta etapa de la adolescencia el desarrollo se enfoca hacia la adquisición de la competencia de acción e interacción social. Es decir se adquiere la capacidad de funcionamiento del cuerpo “imaginario en función del poder social”.

Durante la adolescencia final se culmina y consolidan los principales hitos y retos de desarrollo que prestarán al adolescente para que se asuma adulto y se relaciona con los demás adultos con igualdad y reciprocidad. En el aspecto sexual ya ha consolidado su identidad sexual. Es capaz de establecer relaciones de pareja que cuidan y protegen la intimidad, acepta con calma y respeto las diferencias.

Por otra parte la relación con las figuras de autoridad se transforma al lograr adquirir plena autonomía e independencia en su capacidad de decisión, negociación y argumentación de sus posiciones, así pues aquellos conflictos que surgieron y se intensificaron durante la adolescencia inicial y media como expresión por lograr autonomía se redimen y permite una reconciliación con los adultos. No obstante en esta etapa se configuran y solidifican “las bases estructurales” que caracterizan la personalidad y las identidades de cada persona. Por otro lado durante esta etapa los adolescentes están o han culminado la vida escolar y están enfrentándose al proceso de elección e ingreso a las instituciones de educación superior.

Adulto Joven

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es entre 21 y 24 años de edad y es la etapa donde se consolida la capacidad de sustentar su papel y posición social. Está consolidando su formación profesional y vocacional; preparándose para asumir un rol cívico que es aceptado por su comunidad, puesto que es constructivo y promueve la convivencia, la paz y el desarrollo de él, su familia, amigos y su sociedad. En consecuencia adquirió la capacidad de aportar al mundo y ejercer su “reproducción social”.

Tabla 1: Indicadores de Desarrollo elaborada por Restrepo.

Etapa/Indicador	Inicial	Media	Final
Sexual	Ocurre la Pubertad, puede explorar con pares de igual sexo. Está muy centrado en los cambios físicos de su cuerpo.	Comienza interés por pareja/grupos preocupa por imágenes.	Busca la intimidad Reconoce y acepta las diferencias de género y sexuales.
Familia	Ambivalente	Distante, oposición	Autónomo- independiente- reconciliado.

Social y moral	Sus referentes de identidad para establecer los valores son sus padres pero aparecen como referentes nuevos importantes sus pares	Priman como referentes importantes sus amigos. A la vez que se integra como marco y referencia las normas locales.	Discierne de la conveniencia personal la importancia de los marcos éticos colectivos o esos mínimos no negociables Prima como referente los principios autónomos y universales éticos.
Intelecto	Pensamiento concreto	Comienza a abstraer y su capacidad de asombro entusista e idealiza.	Establece la abstracción y capacidad de argumentación

En consecuencia la sociedad en general debe proveer al adolescente de confianza e impulsarlo a integrarse al mundo adulto, pero a través del convencimiento, ya que de esta forma será capaz de utilizar su capacidad de abstracción, valores y compromisos; por ello se debe fomentar la capacidad de resiliencia, puesto que le permitirá organizar su comportamiento, brindando sentido a su relación con el entorno que le rodea.

2.3 La adolescencia desde la perspectiva psicoanalítica

Para Ortega (2009), sostiene en base a la teoría Freudiana que el término pubertad es una época en la que se reactualizan las posibilidades de efectuar un número importante de elecciones y una rectificación retroactiva de lo que en el tiempo lógico de la infancia se construyó y resulta inminentemente traumática. Así mismo durante este periodo la castración con su concomitante de angustia, realizan su aparición.

El Psicoanálisis plantea que, del lado de lo posible se ubican un buen número de respuestas que los púberes inventan para responder a lo inevitablemente perdido: el objeto amado. La elección del objeto amoroso cuyos indicios vienen desde la infancia se hace inminente. También la elección de una posición sexuada más allá de los atributos biológicos, define el lugar sexual y la forma de responder al Otro, no sólo en dicho plano sino también en lo social y su incidencia sobre la estructura misma del sujeto. Del lado de lo "imposible" o de lo "innombrable", se trata de lo "real", entendido como "la no relación sexual". Para los adolescentes, la inminencia del encuentro con

una sexualidad distinta a la de la infancia, marca una urgencia que va impregnada de la ausencia de un saber instituido entre un hombre y una mujer. Por lo cual es una época de profundos cambios en todos los órdenes, que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez. Los adolescentes empiezan a negociar los límites en su casa, con su familia, los compañeros y el entorno social.

Françoise Dolto señala: “El nacimiento es muerte; la muerte es nacimiento”, el adolescente enfrenta la muerte de su infancia y la considera como una fase de mutación, no hay una edad precisa que establezca la fecha de desarrollo del individuo, pues cada uno la vive según su relativa precocidad o, por el contrario, según sus retrasos. Al capricho de su propio ritmo, el adolescente se opone a todas las leyes, porque le parece que quien las representa no le permite ser, ni vivir y desde su fragilidad, se defiende contra los demás, por medio de la depresión o de un estado de negativismo que agrava su debilidad. La adolescencia es un período de la vida en la que la confusión es el aspecto dominante. En ella se inician nuevas relaciones con los padres y también con el exterior, se produce una ruptura con el mundo infantil. Es considerada una fase de mutación, puesto que se reproduce la fragilidad del bebé que nace, sumamente sensible a lo que recibe como una mirada o como palabra; es una etapa de vulnerabilidad recibe golpes, queda herido para siempre; podrán cicatrizar las heridas, pero no las borrará. Esta etapa marca la ruptura con el estado de infancia, es la posibilidad de disociar la vida imaginaria de la realidad; el sueño, de las relaciones reales.

El adolescente necesita dirigir sus afectos hacia nuevos objetos de amor, diferentes a sus padres, y mientras lo logra, si es que lo hace, experimentará el vacío y la angustia de no saber encausar toda esa investidura (libidinal). Por eso resulta tan riesgosa esta etapa porque algunas veces se coloca así mismo como el objeto de su agresión y busca autodestruirse. Esto significa que durante la crisis de adolescencia puede estar en juego la propia vida.

Así también en cada época y sociedad la crisis de adolescencia se presenta con diversas máscaras y disfraces; existen elementos culturales que influyen sobre las formas en que los jóvenes manifiestan su sufrimiento. En la actualidad los síntomas han adquirido formas muy alarmantes y estadísticas de anorexia, suicidios y drogadicción; como menciona F. Dolto:

“La televisión se convierte en la única fuente de referencia de niños aislados en apartamentos vacíos. [...] Esto lo separa del lenguaje. Cuando los padres reaparecen, no tiene lugar el diálogo (1990:159-160)”.

Por otra parte los problemas sociales como el desempleo, la marginación y las altas exigencias del mundo globalizado ocasiona la presencia de incertidumbre en el joven que puede encontrarse solo, sin la posibilidad de ser escuchado. La salida de la crisis de adolescencia implica un proceso de reacomodo psíquico, doloroso, pero necesario para que el joven adquiriera una identidad y una vida propia. No obstante, esto no se obtiene en la soledad puesto que para lograrlo se necesita del Otro para que permita conocer la diferencia e individualidad del sujeto.

Finalmente la adolescencia significa diálogo, tolerancia y límites, valores que la sociedad actual carece por la falta de tiempo o porque no son considerados importantes. La crisis de adolescencia no debe ser tratada de curar, ni abreviarla, por el contrario debe ser acompañada y explorada de tal forma que se obtenga resultados satisfactorios tanto para el adolescente y la sociedad.

2.4 La resiliencia en la adolescencia

Durante su vida el ser humano puede enfrentar acontecimientos o experiencias estresantes que generan efectos negativos y que pueden ocasionar el desarrollo de psicopatología. No obstante la especie humana tiene la capacidad de adaptarse a estas experiencias; la capacidad que permite enfrentarlas se denomina resiliencia.

La expresión resiliencia resulta ser una castellanización de la palabra inglesa resilience o resiliency; un término originalmente utilizado en la termodinámica, que se refiere a la capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado.

Rutter (citado por Monroy, 2011) define a la resiliencia como “el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano”. Actuando como resultado de un encuentro, en un momento dado y de forma particular con experiencias que hacen que el organismo pueda superar los desafíos con éxito.

Así pues el término resiliencia describe la resistencia relativa a las experiencias psicosociales de riesgo, un proceso de afrontamiento ante el cambio u oportunidad que resulta en la identificación y enriquecimiento de las cualidades resilientes o de los factores protectores. Por tanto la resiliencia incluye procesos genéticos, biológicos y psicológicos. En la actualidad la resiliencia es un proceso en el que el individuo está expuesto a una importante carga de estrés y adversidad de tal forma que desarrolle la

capacidad de adaptación positiva a pesar de sufrir agresiones durante su proceso de desarrollo.

Por otro lado Vanistendael (citado por Monroy, 2011) distingue cinco dimensiones de la resiliencia: la existencia de redes sociales informales, el sentido de la vida (trascendencia), una autoestima positiva, la presencia de aptitudes y destrezas, y tener sentido del humor.

No obstante el Dr. Klein (2011), señala: la resiliencia es un espacio donde el Otro ya no es depósito de una identificación proyectiva masiva, sino un hacer con él, para poder repensar y resignificar experiencias subjetivas y sociales de desvalimiento. Pasar de ubicar al Otro como marco, depósito, objetos de co-regresión (como señala el psicoanálisis de grupo), a aceptarlo dentro de una experiencia de intimidad que abre pautas de solidaridad. Así pues la resiliencia no solamente es una habilidad para la supervivencia dentro de los diferentes procesos sociales, psicológicos, biológicos por los que transita el ser humano, es una forma de actualización de imaginarios y actuación de fraternidad, importante en la sociedad; es decir, permite la consolidación de formas de autogestión y protección frente a procesos de desvalimiento. Por lo cual la resiliencia se construye no sólo en la interioridad del sujeto sino también en el entorno que le rodea, siendo indispensable la interrelación entre ambos elementos, pues es producto de factores innatos y aprendidos.

No obstante existe una diferencia entre la resiliencia y la represión de los sentimientos; la resiliencia no es la insana tendencia de ignorar los sentimientos, los cuales al no expresarse por medio de la palabra, terminan por manifestarse en lo que en la época moderna se denominan enfermedades o patologías psicosomáticas; el desarrollo de la resiliencia requiere competencias y estrategias que posibiliten la expresión de sentimientos, pues de lo contrario algunas personas terminan con un autismo emocional como efecto de dicha represión, de la creación de un mundo privado, como protección ante el mundo, generando que el psiquismo del sujeto se sostenga sobre una fragmentada estructura que por tantas cargas emocionales negativas termina por ceder, en una expresión sustraída del psicoanálisis Lacaniano “revelando la falta” que insistentemente se busca esconder o maquillar arrastrando al individuo hacia la psicosis o el suicidio.

Finalmente se puede destacar que la importancia de la resiliencia en el adolescente radica en que puede proteger su salud, la cual está expuesta a múltiples situaciones de riesgo, como lo es el acto suicida, el cual es producto de la incapacidad del adolescente para enfrentar las experiencias que le provocan temor y frustración;

generando con ello la pérdida de confianza en sus posibilidades de afrontar las situaciones amenazadoras; por lo cual resulta fundamental que las esferas sociales en las que se desenvuelve familia, escuela, grupos de pares provean al adolescente de una actitud comprensiva, establecer vínculos afectivos que le permitan percibir las posibles soluciones ante un problema y no verlo como una situación autodestructiva.

2.5 Psicopatología del adolescente: una predisposición al acto suicida

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; en ocasiones generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. Así también es una fase de determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Dentro de los factores de riesgo asociados al acto suicida se encuentran:

El género y la edad: los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son; trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales.

Los hombres utilizan medios violentos y por lo tanto el suicidio consumado es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

Los conflictos familiares: dentro de los que destacan la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con las figuras paternas, falta de comunicación familiar, los cuales son considerados los factores de mayor frecuencia asociados con la conducta suicida; estas circunstancias ocasionan que se desarrollen oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas creando un ambiente donde el adolescente manifiesta la ausencia de soportes para contrarrestar los efectos de situaciones vitales o estresantes.

El desarrollarse en una familia disfuncional se torna como un factor que influye en el desencadenamiento del acto suicida, puesto que resaltan la presencia de una insatisfactoria relación comunicativa entre sus miembros; además los conflictos entre los padres provocan la alienación del adolescente con respecto de su familia, manifestando con esto un amor, afecto y apoyo inadecuado. Así pues para algunos autores en la sociedad actual las personas presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, el cual es un factor de riesgo con frecuencia asociado con la conducta suicida.

La depresión: Es un factor de riesgo en los adolescentes que manifiestan conducta suicida; existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. La depresión es el trastorno del ánimo que presenta asociación con el suicidio, cerca del 30% de las muertes por suicidio han sido diagnosticadas con un Trastorno Depresivo Primario. Así pues el suicidio puede ser considerado como una extensión de un estado seriamente depresivo; caracterizado por una dinámica crucial donde su fuerza radica en un enojo que es dirigido hacia adentro, es decir al interior del propio ser. La persona deprimida se ve frenada a atacar al objeto de su enojo, llevándolo al desencadenamiento de una expresión masoquista del mismo, debido a que la persona enojada cree no poseer ningún valor.

En el adolescente con fases depresivas se puede encontrar a un individuo con procesos de autovaloración y autoconcepto negativos; conduciéndolo con mayor facilidad a la acción de intentar o consumir un acto suicida puesto que es susceptible de recibir el impacto de los conflictos de inestabilidad identificatoria, familiares, escuela, amigos, así como cambios socioeconómicos y socioculturales.

Los trastornos depresivos de aparición temprana frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas.

Finalmente se debe enfatizar que la depresión impera como uno de los problemas de mayor afectación en la población adolescente debido a la serie de cambios tanto de orden social, biológico, psicológico que experimenta y por tanto en carencia de las habilidades de afrontamiento se muestra sensible al desequilibrio y deterioro de su calidad de vida.

Problemas conductuales: La conducta suicida muestra una correlación significativa entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio; los adolescentes suicidas que han tenido problemas legales y encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. Así mismo el intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo tales como conducta sexual promiscua, uso de sustancias adictivas, violencia, uso de armas de fuego y enfermedades de transmisión sexual. En los adolescentes impulsivos o con conducta agresiva que provienen de familias con un nivel de baja cohesión se presenta la posibilidad de suicidio.

La ansiedad: identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en el ser humano, se puede señalar que los adolescentes con intento de suicidio

exhiben un mayor nivel de ansiedad; así también los hombres que expresan pensamientos suicidas en ausencia de actos, manifiestan un alto grado de ansiedad. Por lo tanto un trastorno de ansiedad preexistente es un factor de riesgo independiente para presentar ideación suicida o para intentarlo. Y los trastornos de ansiedad co-mórbidos amplifican el riesgo de intento suicida en personas con trastornos del ánimo.

Abuso de Alcohol: El abuso de alcohol, sobre todo la dependencia, está fuertemente asociado con el riesgo de suicidio. La gravedad del trastorno, rasgos de personalidad de agresividad e impulsividad y falta de esperanza, parece ser que predisponen al suicidio. El abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Suelen ser hombres de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad o trastornos del control de impulsos.

Psicóticos: Los intentos suicidas son comunes en todos los Trastornos Psicóticos excepto en el Trastorno Delirante. Se presentan en los cuadros psicóticos inducidos por sustancias y en el uso co-mórbido de sustancias, siendo también los jóvenes los de mayor riesgo. Dentro de los trastornos psicóticos se puede señalar a la esquizofrenia donde la mayoría de los actos suicidas son consumados. En la esquizofrenia, el riesgo de presentar conducta suicida es alto a lo largo de la vida, aunque la mayoría de los individuos lo intentan en los primeros 10 años de la enfermedad. Los factores de riesgo relacionados a la enfermedad fueron predictores importantes, consistente con el número de intentos previos, los síntomas depresivos, las alucinaciones activas y delirios. Una historia familiar de suicidio y abuso concomitante de sustancias también se asociaron positivamente con suicidio posterior.

III CAPITULO

SUICIDIO

3.1 Perspectiva histórica del concepto de suicidio

Desde tiempos antiguos el ser humano ha ejecutado la acción de quitarse la vida de forma voluntaria, actualmente definida como suicidio, no obstante a lo largo de la historia esta acción de negarse la existencia ha sido concebida de distintas formas, provocada por la postura ideológica de cada grupo, también es consecuencia de la influencia cultural y religiosa que manifiesta la sociedad.

Durante la Edad Antigua se puede señalar que las tribus Galia, Celta, Vikinga y Nórdica concebían a la senectud y enfermedad como causas aceptables para cometer el suicidio, así también en China este acto era aceptado como un hecho de lealtad; mientras que el cristianismo lo percibe como una violación al V mandamiento de las sagradas escrituras. Por otra parte se puede mencionar que la crucifixión de Cristo fue meditada como un acto suicida, sin embargo aparece la necesidad de diferenciar entre la compasiva y maléfica muerte, donde el suicidio de Judas es ejemplificación de la segunda, mientras que la muerte de Jesús es observado como acto compasivo, lo cual a su vez marcó un límite que hasta en la actualidad sobrevive.

Por otra parte en la cultura griega se puede enfatizar la presencia del suicidio como símbolo que representa sentimientos tales como la decepción, ejemplo de ello es cuando Egeo comete tal acto por creer a Teseo muerto; así también el suicidio se lleva a cabo por culpabilidad, ejemplo de esto es Yocasta reina de Tebas quien se suicidó al descubrir el incesto cometido con su hijo Edipo. En consecuencia en la Grecia clásica el suicidio fue objeto de meditación filosófica, atribuyéndole una representación política y artística más que enfatizar en lo religioso o médico como se mostraría en épocas ulteriores.

Sin embargo se puede evidenciar una ambigüedad frente a la postura del suicidio, ya que algunos grupos filosóficos veían al suicidio como una ofensa contra el estado y los dioses, por lo cual se negaba el entierro en los sitios convencionales. Dentro de esta postura filosófica se encuentra Sócrates, quien concebía al suicidio como un atentado contra los dioses, únicos señores de la vida y el destino de los hombres, pero reconocía a la muerte como una emancipación para el alma, tanto de lo espiritual y material. Dentro de esta postura se encuentra Platón, consideraba al suicidio como una ofensa hacia la sociedad, pues infringe los cánones religiosos y políticos. Por su parte Aristóteles mostraba una posición determinante al señalarlo como un acto de

cobardía. Mientras en Roma Séneca filósofo de origen hispanorromano determina al suicidio como un acto enérgico, por medio del cual se toma propiedad de sí mismo y se libera de ineludibles esclavitudes; por lo cual al ser acusado de conspiración contra Nerón es condenado al suicidio, ejecutando la sentencia impuesta a través de cortarse las venas, bebiendo cicuta, convirtiéndose en símbolo de la filosofía estoica. Por otra parte en la Roma Imperial Cicerón condenaba al suicidio, pero como en la cultura griega existían las contradicciones; pues era permitido cuando se tratará de un acto de heroísmo o de autosacrificio en defensa del honor; en el imperio Constantino se instauraron normas estrictas en contra del suicidio, entre las que destaca la retención de los bienes del suicida con el objetivo de indemnizar al Estado por la pérdida del ciudadano.

La Edad Media se caracteriza por ser un periodo donde impera una concepción social y cultural que determina al suicidio como una prohibición, ya que imperan las normas religiosas principalmente las de la Iglesia Católica, que promueven una ideología de ver al suicidio como un acto demoníaco- vampírico, generando una vinculación con predilecciones oscuras y malignas. Así pues en la Edad Moderna se enfatiza la condena que se adjudicaba al suicidio; pero surgen dos posturas culturales el primero denominado humanista, el cual mostraba interés por los argumentos estoicos en defensa del suicidio; en este movimiento se distingue Dante Alighieri, quien sitúa a los suicidas en el séptimo círculo del infierno; además de señalar un doble nivel en relación al suicidio pues considera que las “almas nobles” (poetas, filósofos), partirían al limbo, mientras que políticos impopulares y el resto marcharían rumbo al infierno. La segunda postura era representada por Tomás Moro, Montaigne, Francis Bacon, quienes se centraron en la redacción de apologías de la autodestrucción que cuestionaban los prejuicios tradicionales en relación al suicidio. No obstante durante este primer movimiento la sociedad seguía sometida en un contexto de represión y ataque al conocimiento, donde la Iglesia Católica actuaba como núcleo de la moralidad colectiva, por lo cual se mantuvo una actitud de condena frente al suicidio.

Sin embargo un segundo movimiento se gestó durante esta época, conocido como el renacimiento, el cual corresponde a una transformación tanto en lo filosófico, científico, artístico y cultural; abarcando las posturas respecto al suicidio. Erasmo considero al suicidio como una forma de enfrentar el cansancio de la vida, un acto enfermizo. También se puede encontrar al suicidio como tópico recurrente dentro de la literatura inglesa, mostrándose como resultado frente a la culpa o desamor; entre las obras que abordan ese tema se encuentra el de Romeo y Julieta, del dramaturgo Shakespeare. En el plano literario la obra más representativa sobre el suicidio, y una posible

influencia de la cultura sobre la realización del mismo corresponde a las penas y desventuras del joven Werther de 1774 escrita por Goethe, considerada la primera novela moderna de la literatura alemana, la cual generó epidemia de suicidios románticos en Alemania durante este siglo.

La Edad Contemporánea caracterizada por los avances tecnológicos, y la presencia de actos bélicos, consecuencia de la ambición de las potencias mundiales, las cuales dieron origen a los dos grandes bloques económicos el capitalismo y comunismo. Por lo anteriormente señalado se puede observar que surgen los Kamikazes japoneses, los cuales cometen actos suicidas llamados “suicidios patrióticos”.

Por otra parte a finales del siglo XIX se efectuaron estudios acerca del suicidio desde la perspectiva social, médica y epidemiológica. Dentro del enfoque social se puede mencionar a Morselli (1879), y el estudio realizado por Durkheim (1897).

A partir del estudio ejecutado por Durkheim se puede ver al suicidio en una condición social, que no había tenido, pues el enfoque dominante era el médico. Su trabajo pionero estableció una de las primeras definiciones de la época, señalando al suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir este resultado” (Durkheim, 1897). Para este autor es necesario no ver los casos de suicidio aislados y examinarlos de forma independiente; ya que su naturaleza propia es básicamente de índole social.

No obstante surgen otras posturas con relación al suicidio como la de Freud quien señala que el hombre combate con determinismo evidente dos tipos de pulsiones instintivas unas a favor de la vida (Eros) y otras a favor de la muerte (Thanatos), las cuales nacen del instinto de autodestrucción; cuando las segundas se presenta con mayor fuerza que las primeras el suicidio es inevitable; resultando de la frustración y la melancolía que sufre el sujeto. La despenalización del suicidio llegó décadas posteriores, entre los países que llevaron a cabo esta acción se encuentra Inglaterra en 1961 e Irlanda en 1993.

Finalmente es necesario resaltar que la occidentalización de las costumbres parece ir asociado a la ejecución de las conductas suicidas; así como los grandes movimientos migratorios, además de la influencia de los medios de comunicación en los aspectos familiares, sociales, culturales, religiosos, educacionales y económicos. Por lo cual se puede mencionar que el suicidio es un problema multifactorial, actualmente de orden de salud pública, el cual debe ser abordado dentro de un grupo interdisciplinario, el

cual debe trabajar para lograr la utilización integrada de las ciencias sociales, naturales y artes en la planificación y toma de decisiones para resolver un mismo problema.

3.2 El suicidio desde el enfoque médico

El suicidio es un importante problema de salud pública y es por sí solo la causa de aproximadamente un millón de muertes al año en el mundo. Por cada suicidio, hay de diez a veinte veces más personas que intentan suicidarse. El suicidio no es un acto solitario, más bien es el resultado de un largo y complejo proceso influenciado por una serie de factores de riesgo. Existen ciertos grupos en la sociedad que son más vulnerables a la conducta suicida, y el proceso de comprender y explorar este fenómeno es esencial para desentrañar los elementos del comportamiento suicida.

La relación entre el suicidio y las enfermedades orgánicas es significativa, pues hay que considerar que existen enfermedades (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, entre otras) que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo. También, factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como pérdida de la movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales.

De acuerdo con Nizama (2011), los trastornos mentales, más comunes relacionados con el suicidio son: depresión mayor, trastornos de personalidad, impulsividad, adicciones y trastorno bipolar; aunque en menor medida, se han descrito asociaciones con trastornos alimentarios compulsivos y esquizofrenia.

Por tal motivo los trastornos del ánimo se encuentran relacionados con los casos de suicidio. Entre un 9 y 15% de los pacientes con trastornos afectivos mueren por suicidio. Los suicidios precoces (antes de un año del diagnóstico) están interrelacionados con síntomas de ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol. Los suicidios tardíos presentan correlación con altos niveles de desesperanza. Los pacientes que presentan trastorno bipolar manifiestan una tasa de intentos de suicidio del 30-40% mientras que el suicidio consumado se da en el 10 %. Sin embargo el mayor riesgo se expresa en pacientes con depresiones endógenas unipolares; estos pacientes experimentan sentimientos de culpa, en especial por un familiar fallecido; sentimientos de insignificancia y desesperación; aislamiento y decepción; agitación extrema y ansiedad.

Por otra parte los antecedentes familiares de suicidio es un factor asociado al incremento de riesgo de conductas suicidas para los pacientes; así mismo las

conductas suicidas se encuentran relacionadas con una disfunción del sistema serotoninérgico central, ya que se han detectado niveles bajos de serotonina y de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidas; además se ha establecido una relación entre el escaso control de impulsos, violencia y letalidad del acto suicida con esta disfunción serotoninérgica.

No obstante en la conducta suicida se puede señalar la intervención de factores neurogenéticos; investigaciones realizadas en gemelos y sus familias, indican que el suicidio y el intento suicida presentan factores hereditarios, los cuales pueden ser independientes de los desórdenes psiquiátricos subyacentes.

Estudios post mortem, manifiestan una baja regulación de señales neurotróficas en las víctimas de suicidio, en familias de neurotrofina compuestas de factores de crecimiento neural, factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), neurotrofina 3, neurotrofina 4, neurotrofina 5 y receptores de kinasaBtirosina (NTRK2), entre otras. Así también en cerebros postmortem se reporta una reducción del BDNF y del NTRK2 en la corteza prefrontal y en el hipocampo de víctimas de suicidio con depresión u otros trastornos psiquiátricos relacionados; estos resultados proponen la presencia de señales insuficientes neurotróficas, las cuales alterarían la neuroplasticidad sináptica en sujetos suicidas, mientras otros estudios expusieron alteraciones de volúmenes en el hipocampo y corteza prefrontal.

Finalmente se puede manifestar una serie de características relacionadas con la conducta suicida, no obstante el suicidio presenta una etiología multifactorial y no se debe limitar únicamente a factores clínicos, genéticos y neurobiológicos, pues al tratarse de un problema de salud pública su abordaje incluye un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico que engloba al paciente y su familia, pues el ser humano es un ser biopsicosocial, que experimenta emociones, sentimientos y pensamientos que necesita compartir en la diversas esferas en las que se desenvuelve para lograr una homeostasis en su vida.

3.3 Tipología del suicidio

El suicidio es un fenómeno que presenta correspondencia con el tipo de sociedad en la que el sujeto se desarrolla. Actualmente esta sociedad fomenta la competencia, el egoísmo, el éxito valorado desde el dinero, elementos que generan un campo que se traduce en un aislamiento, depresiones, conduciendo a las personas a optar por el suicidio. De acuerdo con el sociólogo Leonardo Ogaz y con base en los fundamentos de Durkheim lo anterior obedece a una falta de cohesión social, puesto que las

personas pierden los vínculos sociales, haciéndolas propensas a alternativas como el suicidio. Las relaciones sociales que existen en el sistema, no manifiestan solidaridad e inducen a la decadencia del ser humano, por tanto se busca una válvula de escape teniendo como resultado el privarse de la vida.

Por tal motivo desde una perspectiva cualitativa existe una clasificación del suicidio que permite diferenciar uno de otro; puesto que cada suicida coloca en su acto un sello personal que expresa su temperamento y las condiciones especiales en las que se encuentra.

De acuerdo con Emilio Durkheim en 1897, no son los individuos los que suicidan sino la sociedad a través de ellos; puesto que existen sociedades suicidógenas, es decir, sociedades donde el suicidio es una tendencia, como podría serlo la pobreza. Por lo cual se trata de un fenómeno que se debe considerar como un hecho social y cuya causa se encuentra en la anomia social, la cual consiste en la ausencia de normas o la existencia de normas contradictorias, que provoca la ausencia de dirección que suele manifestarse en épocas de revolución social, estableciendo un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han perdido su autoridad y los nuevos ideales y normas carecen de fuerza. La anomia es producto del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, fundamentalmente cuando existe una contradicción entre las leyes establecidas y las nuevas exigencias sociales, vinculados con una desviación social.

En relación con su estudio comparativo Durkheim establece cuatro tipos de suicidio:

Suicidio egoísta: es el resultado de la alineación del individuo respecto a su medio social, es considerado como el suicidio de los solitarios, aquellos que no poseen lazos fuertes de solidaridad social; puesto que destaca el individualismo y se enfatiza al yo, el cual resulta determinante en la modalidad de autosacrificio.

Suicidio altruista: aparece en sociedades rígidamente estructuradas, donde el sentido grupal debido a la exigencia moral está por encima del individuo. Dentro de este tipo de suicidio el Yo no le concierne al sujeto puesto que está fuertemente vinculado con la sociedad. El comportamiento suicida de los kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, o las inmolaciones musulmanas, se encuentran dentro de esta tipificación; este suicidio es influenciado por una firme ideología o por una extrema vergüenza al quebrantar las normas del grupo social.

Suicidio anómico: este tipo de suicidio se presenta cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, desencadenando una desorientación individual y

falta de significación de la vida, es decir, una ruptura del equilibrio entre la sociedad y el individuo. Es el resultado de perturbaciones temporales como la guerra o crisis económicas como la previsible recesión económica de la actual sociedad; de factores personales como la movilidad social, concernida con el proceso de industrialización de los países subdesarrollados quebrantándose la autoridad tradicional y los valores establecidos. El suicida anómico es aquel que no sabe aceptar los límites que la sociedad impone y se hunde en la desesperación.

Suicidio fatalista: resultado de una reglamentación excesiva, la cual termina abatiendo a los individuos, pues perciben que la situación es inalterable y con escasas probabilidades de influir en ella. Dentro de este suicidio se encuentra un estado de control insoportable y un porvenir limitado.

Sin embargo la bibliografía contemporánea, divide anexa a la conducta suicida las siguientes categorías:

Ideación suicida:

Se refiere comúnmente a cogniciones que incluye pensamientos fugaces respecto a la insignificancia de la vida; no vale la pena vivir, pasando por los planes explícitos, meditados para matarse, una intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas

Parasuicidio:

Concepto acuñado por (Kreitman, 1977) el cual cubre las conductas que pueden presentar variaciones desde gestos suicidas o intentos manipulativos hasta intentos serios pero con resultados no fatales, los cuales pretenden causar o realmente provocan daño así mismo; es decir, es una conducta amenazante del sujeto, deliberada, con el objetivo de terminar la vida. No obstante resulta importante señalar que estos actos se encuentran de forma particular durante la adolescencia y la juventud, generando una crisis interpersonal, con sentimientos de desesperación y confusión.

Finalmente se puede decir que el suicidio es una patología de carácter psicológico y social que muestra una degradación a la que ha sido conducida la sociedad, ocasionado por la falta de cohesión e indiferencia que impera en la misma. De acuerdo con Foucault la sociedad se expresa en las enfermedades mentales que manifiestan sus miembros, independiente del estatus de sus formas patológicas ya sea que las coloque en el centro de su vida religiosa, o que trate de expiarlas

situándolas en el exterior de la vida social. Por tal motivo la experiencia patológica se explica a través de las estructuras sociales, psicológicas y observando en el medio humano del enfermo su condición real de existencia.

3.4 El suicidio desde el psicoanálisis

El suicidio dentro del análisis psicoanalítico como fuera del mismo, es motivo de cuestionamiento, enfatizando en las causas, pues las respuestas al acto no esperan, principalmente por parte de los familiares cercanos al sujeto.

Dentro de la teoría de Freud se denota una ética frente a la muerte, atravesando de un deber de vivir a un deber con el deseo. En la etiología de la histeria, Freud considera que el suicidio en conjunto con otros actos que ejecutan las personas histéricas, son respuesta a un acontecimiento, el cual ha cobrado un valor traumático, como resultado de la no tramitación del afecto a que dicho recuerdo despertaba al encontrarse inconsciente. Por tal motivo Freud le otorga al suicidio un estatuto psicológico, donde resalta un tiempo lógico, en el que un suceso actual, recuerdo o fantasía tiene un valor traumático generando los actos suicidas.

Por otra parte desde Psicopatología de la vida cotidiana Freud le otorga al suicidio un estatuto psicopatológico

Señalando que,

[...] junto al suicidio deliberado conciente existe también una autoaniquilación semideliberada —con propósito inconciente— que sabe explotar hábilmente un riesgo mortal y enmascararlo como azaroso infortunio [...] En efecto, la tendencia a la autoaniquilación está presente con cierta intensidad en un número de seres humanos mayor que el de aquellos en que se abre paso. Las lesiones infligidas a sí mismo son, por regla general, un compromiso entre esa pulsión y las fuerzas que todavía se le contraponen, y aún en los casos en que realmente se llega el suicidio, la inclinación a ello estuvo presente desde mucho tiempo antes con menor intensidad, o bien como una tendencia inconciente y sofocada (Freud, 2001c, pp. 177-178).

Así mismo Vargas (2010), destaca que en los análisis realizados por Freud, en un caso de neurosis obsesiva, se considera que la génesis de los mandamientos suicidas es un gran monto de ira, el cual resulta ser ajeno a la consciencia, contra una persona que perturba el acceso al objeto amado. En la consciencia del obsesivo, señala Freud (2001e, p. 148) “[...] todo el proceso marcha, bajo el más violento afecto, en secuencia invertida; el mandamiento de castigo adelante, al final la mención de la concupiscencia punible [...]”, destacándose la relación entre suicidio y culpa, los mandamientos suicidas le retornan al sujeto como efecto de la ira reprimida por otro que interviene entre el sujeto y el objeto amado.

Por otra parte en Tótem y Tabú establece que los impulsos suicidas de los neuróticos resultan ser autocastigos por deseos de muerte dirigidos a otros. En la obra Duelo y melancolía, se considera que la inclinación en la melancolía al suicidio es respuesta a la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo, tal como la ambivalencia de amor que existe con el objeto que se ha perdido. Mientras tanto en la obra El Yo y el ello se destaca la relación entre el superyó y la pulsión de muerte, debido a la severidad sádica con la cual esta instancia psíquica embiste contra el Yo. Este sadismo es semejante a un cultivo puro de la pulsión de muerte que empuja al Yo a la misma. De acuerdo a estos argumentos en torno al suicidio, Vargas (2010), destaca:

- ✓ El suicidio como asesinato: puesto que vía la identificación del yo del sujeto con el objeto al cual se le destina el deseo de muerte, con lo cual el sujeto suicida en su acto cumpliría dicho deseo.
- ✓ La relación entre culpa y suicidio: el sujeto al tener deseos de muerte dirigidos a un objeto, los revierte sobre el yo al presentarse en la consciencia como culpa. La melancolía se presenta como paradigma, por la forma voraz con que el superyó injuria al yo.
- ✓ La posición que Freud, en tanto analista, tomó frente a dichos actos: a saber, realizó diferenciaciones éticas de las formas en que el suicidio apareció en su quehacer clínico.

Así los postulados relevantes del psicoanálisis respecto al acto suicida responden a que es una idea fundamental como parte del homicidio, la existencia de la ambivalencia entre amor y odio que se manifiesta en la dinámica de todo acto suicida y la asociación de la agresividad, es decir, el suicidio es la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en la realización de tal acto; puesto que en el ser humano se encuentran fuertes propensiones hacia la propia destrucción, las cuales llegan a hacerse efectivas con el suicidio, éste se traduce en un acto manifiesto al combinarse varias circunstancias y factores.

Por otra parte de acuerdo con Meninger (citado por Rodriguez, 1990), existen tres componentes de la conducta suicida, los cuales se definen de la siguiente manera:

- a) El deseo de matar son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria.

- b) El deseo de ser matado son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que, básicamente, intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo.
- c) El deseo de morir que se enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflicto.

Así pues para Lacan un acto es una palabra y que solo es acto el del hombre, por tanto señala que en el suicidio aparece un significante en acto, aunque siempre se tratara de uno distinto, por lo cual en el suicidio también se requiere captar lo simbólico, más allá del registro de lo imaginario que satura el acto suicida. Para Lacan el suicidio presenta tres estatutos: acting out, pasaje al acto y acto; enfatizando estos estatutos se puede considerar que las tentativas de suicidio son un acting out ya que se hace un llamado al Otro ya sea en forma de carta, en donde se consignan las razones por las cuales el sujeto ha considerado suicidarse y amenazas verbales; por lo cual el sujeto se niega como ser, apareciendo en tanto sujeto del inconsciente ya que en ese llamado da lugar a otra escena que corresponde a la escena fantasmática, en donde el sujeto se sostiene como deseante en relación a un objeto, manifestándose a través de la organización de algunos suicidios, dando lugar a múltiples fantasías en el sujeto, ya sea entorno a la reacción que tendrán los otros, cuál será el destino de sus pertenencias. Por otra parte los intentos de suicidio cobran un estatuto de acting out, pues el sujeto advierte más que estar decidido en la consumación del acto, mantiene una preocupación por la presencia del Otro que observa la escena. En el suicidio consumado como pasaje al acto, en oposición al acting out el sujeto en tanto pensante afirma su ser de objeto.

Finalmente no se puede considerar que las fantasías de muerte que preceden al acto suicida se manifiestan en un periodo de crisis psicológica y conflicto emocional. Todos los intentos de suicidio son acting out y los suicidios consumados como pasajes al acto, puesto que algunos acting out tienen como desenlace el fallecimiento del sujeto; por tanto al otorgarle la categoría de acto al suicidio Lacan no piensa en este como una psicopatología del acto sino que es un acto particular, que se relaciona con un deber con el deseo el cual puede ser un deseo cansado de escapar, un deseo culpable de castigo o un deseo hostil de venganza o un deseo de rendición masoquista y no solamente con un deber vivir ; razón por la cual todo intento por concluir con el dolor del ser da cuenta del alcance instituyente que puede tener.

3.5 Factores predisponentes del suicidio

El problema de la conducta suicida va en aumento en la sociedad actual, repercutiendo en diversos ámbitos, familiares, sociales e institucionales, y por ser una de las principales causas de muerte violenta a nivel mundial. El suicidio es una conducta antisocial, su prevalencia es indudable y los resultados muestran que se resiste a disminuir desbordando sus repeticiones, por tanto el suicidio y la tentativa del mismo deben visualizarse como un reflejo de la situación en que se encuentran los medios de control social dirigidos a la preservación de la vida.

Por otra parte las causas del suicidio se dividen en generales y específicas.

Causas Generales:

El sujeto que intenta autoeliminarse, con frecuencia trata de alejarse de una situación de la vida que parece imposible manejar; de los sujetos que cometen intento de suicidio o suicidio consumado buscan alivio de:

Sentimientos o pensamientos negativos.

Sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos.

Sentirse víctima.

Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Así mismo la conducta suicida puede desencadenarse por una situación o hecho que las personas perciben como agobiante, como son el envejecimiento, muerte de un ser querido, adicciones a sustancias lícitas e ilícitas, crisis emocional, enfermedad física grave, desempleo o pérdida del mismo, problemas financiero, presencia de algún familiar con antecedente de suicidio, historia de autoagresión y antecedentes de abandono o maltrato.

Causas específicas

Dentro de las causas específicas se puede señalar que el suicidio es de causa multidimensional donde intervienen factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. Actualmente, la expresión de una falla en los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva actual o permanente puede generar un estado de tensión emocional imposible de soportar.

Factores sociodemográficos

En esta clasificación se puede señalar a los factores tales como: sexo, edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico. En torno al sexo, las féminas presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidios que los hombres, es decir, existe una mujer cada seis suicidios cometidos por hombres. Por otro lado la tasa de intentos de suicidio no consumados incluye a un varón por cada seis mujeres. No obstante son los hombres quienes cometen el mayor número de suicidios consumados, puesto que el método que emplean es más violento (arma de fuego, ahorcamiento, envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar la sobreingesta de psicofármacos, de veneno o se realizan incisiones con elementos punzocortantes. Respecto a la edad, el riesgo de suicidio aumenta conforme aumentan los años de vida respecto a ello la Asociación Psiquiátrica Mexicana, señala que la tasa de suicidios entre los mexicanos aumentó 400% en sólo tres décadas. La frecuencia de estos incidentes pasó de 2 muertes por heridas autoinflingidas por cada 100 mil habitantes a 7.6.

Por otra parte la etnia es un factor que de acuerdo a los investigadores influye en el acto suicida; estudios en Estados Unidos han revelado que la tasa de suicidio para varones blancos es 1.6 veces mayor que la varones negros es cuatro veces mayor en relación a las mujeres blancas y 8.2 veces mayor en relación a las mujeres negras. Así mismo se ha descrito que el estado civil juega un rol importante en el desencadenamiento del comportamiento suicida; la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Existe mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudas. En los hombres ser soltero es un factor de riesgo, en cambio para las mujeres tener un hijo menor de dos años es un factor protector. En lo referente a los intentos de suicidio como en el acto consumado se presentan con mayor frecuencia en la población desempleada y con un menor nivel económico y cultural.

Factores neurobiológicos

En este grupo de factores el poseer antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Las conductas suicidas se han relacionado con una disfunción del sistema serotoninérgico central el cual es independiente del diagnóstico psiquiátrico; estableciendo una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.

3.6 Fenomenología del suicidio

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida, el intento suicida y el exitus letalis (hecho consumado o suicido consumado). La ideación suicida puede adquirir diversas formas de presentación como son las siguientes:

- El deseo de morir: "La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera hacer es morirme".
- La representación suicida: "Me he imaginado que me ahorcaba".
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción: "Me voy a matar"; y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo pero lo voy a hacer".
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico: "Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome".
- La idea suicida con una adecuada planificación: "He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma". Se le conoce también como plan suicida.

No obstante los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y vacuidad, por otra parte las tres características más comunes son: ambivalencia, impulsividad y rigidez.

Ambivalencia: La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el final, presentándose como una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir.

Impulsividad: El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio, por lo cual al proporcionarse apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.

Rigidez: La persona suicida es rígida en su pensamiento, humor y actuación; sus razonamientos sufren de maniqueísmo. Por otra parte al explorar posibles alternativas para tratar con el paciente en riesgo suicida, el especialista genera que el paciente adquiera conciencia de la existencia de otras opciones aunque no sean ideales.

3.7 Factores de riesgo de suicidio en la adolescencia

El suicidio de los adolescentes es una temática que suele enmudecer y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vive la sociedad actual. Por lo cual es importante conocer y reflexionar sobre las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como conocer cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

El acto suicida es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan; no obstante la forma en que el individuo interactúa con el medio ambiente y cómo este último afecta su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no. Los suicidios y los intentos suicidas son el resultado de una crisis emocional, perturbación en la forma de vivir, desacuerdo social, un acto de la víctima contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida la realización de una actividad extremadamente peligrosa que conduce a un accidente fatal. Por otra parte una forma de autodestrucción indirecta consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

De acuerdo con Farberow (citado por Dunajec, 2010), en los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente, el cual se exterioriza a través de llamadas previas de auxilio. Esta comunicación puede manifestarse en forma verbal mediante amenazas, estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular o expresar algún mensaje a dichas personas y con ello provocar una respuesta particular. Por otro lado el adolescente intenta generar sentimientos particulares en las personas que lo rodean pueden ser de vergüenza o de culpa.

Así mismo resulta importante señalar que la adolescencia, es una etapa donde el joven pasa por cambios difíciles produciéndole ansiedad y depresión, por lo cual la tentativa de suicidio resulta ser una de las conductas más significativas, así también plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia, pues inclusive llegan a visualizar este acto como una idea romántica. El intento suicida implica un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el deseo de seguir vivo, una lucha interna entre ambos deseos. En el adolescente que intenta suicidarse, el factor más significativo se centra en su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasa, de tal forma que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor; la incapacidad para el manejo de las situaciones angustiantes y una preocupación excesiva con

respecto al fracaso, así la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado para el manejo de estrés y situaciones indeseables en la vida.

Las tasas de suicidio en adolescentes se han ido incrementando, principalmente de los 15 y 25 años; los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas.

Las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida, así como la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida, creando un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y depresión. Algunos autores han demostrado que las personas que nacieron en el último periodo del siglo veinte manifiestan mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo, el cual se asocia con la conducta suicida, así también el incremento de las tasas de suicidio se vinculan con la aparición de la conducta suicida en el adolescente.

Por otra parte la depresión es un factor asociado con la conducta suicida; los trastornos depresivos de aparición temprana están asociados con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y drogas. También se puede destacar que los problemas conductuales como conducta antisocial se correlaciona significativamente con el intento de suicidio, así mismo la conducta agresiva se ha vinculado con la repetición del intento, puesto que los altos niveles de agresión en pacientes severamente deprimidos aumentan significativamente el riesgo de reaparición.

Finalmente la ansiedad en estudios realizados con adolescentes muestra los que cometen intento de suicidio en comparación con otros pacientes psiquiátricos, exhiben mayores niveles de ansiedad, así también las personas con ideación suicida y depresión manifiestan altos niveles de ansiedad en comparación con los adolescentes depresivos no suicidas.

IVCAPITULO

EL PROCESO TANATOLÓGICO DEL SUICIDIO

4.1 La familia desde el psicoanálisis

La familia es un conjunto de personas vinculadas por la pertenencia tanto al sistema de parentesco como al de una lengua. Dos sistemas que comprenden un largo periodo de tiempo vivido en común, en cotidianidad y compartiendo las experiencias emocionales que en ella se generan. Esta institución de la sociedad reúne dos grandes tipos de relaciones emocionales y vinculares, una originada entre dos sujetos de deseo con aparato psíquico constituido, pertenecientes a distintas familias que atraviesan por una experiencia llamada enamoramiento, con la cual inauguran una relación, que incluye ubicarse en una estructura vincular llamada pareja donde se inserta el deseo de compartir y contener aspectos de su mundo interno, continuando con el deseo de hijos y un proyecto en el cual se visualizan juntos durante un largo tiempo. Otra experiencia emocional y vincular es el que resulta de la combinación de los dos sujetos colaborando fuertemente en la constitución del aparato psíquico o del mundo interno del sujeto recién nacido; este bebé, posteriormente hijo, se referirá con los nombres del parentesco a tres relaciones: a) una relación del yo con los objetos a los que llamará papá, mamá, hermanito o hermanita; b) una relación del yo con ese otro al que se llama padre, madre, o hermano y c) a una relación del yo con un lugar ocupado generalmente, pero no necesariamente, por el otro que soporta la misma denominación, ejemplo de esto es el lugar del Padre puede estar ocupado por el padre o por el hermano de la mamá o por el hijo o por un segundo marido de la madre.

Los padres generan un hijo, el cual ubica a la pareja en el lugar de padres; estableciéndose como un tema de Lugar y Vínculo, por otra parte el hecho del narcisismo tan propio de la relación entre padres e hijos resulta de una doble direccionalidad: de la investidura de los padres que en palabras de Freud recapturan su propio narcisismo perdido recreando las propias perfecciones en el bebé a quien ven como un dechado de virtudes, así como simétricamente el bebé inviste a los padres a quienes cree perfectos en tanto coinciden con sus necesidades primero y sus deseos después. Respecto al vínculo entre los yoes es inconsciente y es de un orden que está en lo originario del sujeto humano, es una pauta que conecta, y constituye un inconsciente que explica que las partes relacionadas, o los yoes en este caso recurran a explicaciones encubridoras para dar cuenta de su ligadura, y el lugar donde provienen tipos especiales de sufrimiento que sólo se pueden entender desde este

vínculo. La institución familia se constituye como un conjunto de lugares y de vínculos ocupados por los yoes, siendo el vínculo la misma representación del conjunto y se inserta como tal en el psiquismo de los yoes con dos garantías: la de una inscripción de pertenencia a ese conjunto y no a otro, y la de que los otros de la familia también la inscriben. Así mismo la familia se convierte en el intermediario por excelencia entre el sujeto y la cultura, insertando al sujeto dentro de un circuito deseante; obteniendo que cada miembro del grupo familiar quede capturado por el discurso de los otros que se entrecruzan con el propio y crean una trama de significaciones compartidas. Por otro lado la palabra de los padres funda el mundo simbólico de los hijos, estos como hablantes tienen la capacidad de modificar la trama y la vida anímica de todos los integrantes del grupo familiar, razón por la cual la palabra tiene una gran eficacia en la constitución de la vida anímica que permite que los integrantes tengan una zona compartida en las formaciones del inconsciente como el lapsus, mitos, recuerdos.

Por otra parte es importante mencionar que la estructura familiar inconsciente es una matriz simbólica que brinda significado a las relaciones familiares, este significado estructurado es un conjunto articulado que engloba tanto los vínculos como los lugares de la estructura de parentesco, es en esta estructura donde cada sujeto es nombrado y significado; teniendo sus propias formaciones y producciones que operan según las exigencias de cada yo de los miembros del grupo familiar y de la realidad. Así dentro de las formaciones y producciones inconscientes de la Estructura Familiar Inconsciente se encuentran la historia familiar, los nombres propios, mitos familiares y los arreglos, pactos y reglas inconscientes. Cuando se aplica la noción de inconsciente a los vínculos familiares y los lugares de parentesco se realiza en dos sentidos: tópico y dinámico. En el sentido tópico son inconscientes el conjunto de posiciones ligadas en una estructura vincular, que preexisten a los sujetos que las ocupan, a quienes hace hablar y buscar los objetos propicios para establecer formaciones características de los vínculos que componen la estructura familiar inconsciente; el sentido dinámico se trata de la posibilidad de permutar signos afectivos y por lo tanto cambiar el sentido de las representaciones vinculares, denominaciones y los afectos circulantes.

En la estructura Familiar Inconsciente se encuentran formaciones específicas que pueden ser entendidas como transubjetivas entre las cuales se encuentran:

Historia Familiar:

El ser humano evoluciona a través de su vida atravesando y viviendo hechos que reordenan la realidad psíquica, lo mismo ocurre con la familia; la historia familiar no carece de temporalidad pues está escrita de forma singular a través del lenguaje por

los miembros de la familia. La historia familiar es un relato donde el presente, pasado y futuro confluyen, un discurso poblado de novelas, personificación de un pasado del que sólo nos alcanza su retoño y fantasía. Puede ser concebida de diversas formas: como una reseña que proyecta acontecimientos vividos en el pasado irreversible, concibiendo los hechos como cosas en sí misma o pensar en estos como un conjunto de relaciones entre acontecimientos abiertos a la significación. Otra forma de conceptualizar la familia es como un discurso abierto a que nuevos datos ordenen hechos del pasado en relaciones distintas, esta cualidad dinámica es lo que permite que las familias en análisis vayan modificando la estructura de sus vínculos.

Mito familiar:

El mito presenta una cualidad es histórico, pues tiene su fundamento en la historia humana, y se transmite de forma oral; definiéndose por una conciencia significativa, de una síntesis significativa verbal o visual. En el mito se encuentra un esquema tridimensional de significante, significado y signo, la complejidad del mito radica en que se trata de un sistema semiológico que toma de la lengua los elementos para construir su propio sistema, en el mito el significante será designado con el nombre de sentido, el significado como concepto y el signo como la significación.

Finalmente es necesario señalar que cada ser humano es singular pero no independiente de los otros, nace, se desarrolla y muere rodeado de los Otros, mientras su vida es la lucha por llegar a ser sujeto mediante el entramado múltiple de inscripciones entre dos seres humanos aunque sean dos sujetos de un mismo complejo familiar. El ser humano presenta una inscripción psíquica de lo cultural, la cual en los primeros años de vida está a cargo de la familia, posteriormente implementada por diversas instituciones; sin embargo la familia suele contribuir en la producción de una determinada configuración social a través de modelos de funcionamiento acordes con los valores que imperan.

De acuerdo con Roudinesco (2010), actualmente se encuentran fisuras en la familia que plantean nuevas formas de estructuración familiar, visualiza a la familia contemporánea enfrentando rupturas y en su recomposición surgen catástrofes tales como niños homicidas, suicidas, niños que sufren abuso sexual, mujeres violadas y asesinadas, delincuencia y vandalismo; por lo cual se considera que no es posible pensar en una estructura de familia tradicional, surgiendo otras formas de familia madres solteras, hermanos que fungen como padres de hermanos menores, parejas

homosexuales, hijos engendrados artificialmente, familias en donde el padre aparece como un líder que no está emparentado consanguíneamente, entre otras; razón por la cual es importante señalar que la familia se encuentra en un conflicto al transmitir los valores que tradicionalmente venía simbolizando, no obstante se reivindica como un lugar para el desarrollo individual.

4.2 La funcionalidad de la familia

Actualmente, en la sociedad capitalista, la institución familia experimenta una contracción progresiva que involucra un pasaje de la familia conyugal a la familia monoparental, la cual adquiere nuevas formas de lazos familiares como resultado ante la caída o declive de la imagen paterna, apareciendo nuevas formas de uniones que conviven con las anteriores, que cuestionan o sacuden las condiciones estándar de esa transmisión original: familias monoparentales, ampliadas o reconstituidas. De acuerdo con Freud, la familia se inscribe dentro del proceso de la cultura: implica la renuncia pulsional (prohibición del incesto), pero al mismo tiempo posibilita la salida exogámica, a través de la castración, es decir que las funciones esenciales de la familia son prohibir, pero al mismo tiempo permitir y prometer; por lo tanto para el psicoanálisis la familia es una instauradora del orden simbólico, para Freud con la introducción del Complejo de Edipo y posteriormente para Lacan al abordar la articulación entre la familia y el lazo social, así el surgimiento de nuevas estructuras familiares plantean el desafío de repensar las funciones parentales y el estatuto del Padre.

La familia como humanización del deseo, sublima las pulsiones que permite al sujeto inscribirse en un lazo social de vida, donde sus capacidades de acción, creación y amor pueden satisfacerse. Lacan (citado por Pelegrí, 2011) menciona que el síntoma del niño se encuentra en el lugar desde el que se puede responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar, por lo cual la familia puede ser considerada como un síntoma del sujeto, puesto que cada uno tiene que subjetivar el tipo de madre y padre que le ha tocado, transformando el lazo familiar en sintomático.

Por otra parte Puchet (2008), señala que una familia se puede conceptualizarse como un conjunto constituido por cuatro lugares fundamentales: padre, madre, hijo y falo como el significante de falta. Este significante permite que la familia ocupe el lugar del vacío del no todo y vehiculice el deseo. Así pues la familia es una institución, juego de reglas, un lugar donde un nuevo ser puede encontrar su lugar, entidad simbólica que sirve de reguladora de la pulsión, que se puede pensar como el lugar donde el interlocutor permite al sujeto humano recibir el mensaje del Otro.

Por lo cual el psicoanálisis plantea que más allá de los diferentes modelos de organización familiar, el humano desde el momento de su concepción queda capturado por la estructura del lenguaje, por el deseo que lo trajo al mundo y por las sucesivas operaciones que se producirán en relación al Otro, es decir, la familia es la encargada de sostener a la estructura psíquica de cada sujeto se reduce solo a la conjunción de dos funciones simbólicas la materna y la paterna, las cuales deberían ser encarnadas, soportadas por sujetos lineados por el lenguaje y con un deseo de transmisión que no sea anónimo.

Así también Meltzer (citado por Pastorino, 2009) señala que los conocimientos, habilidades y adquisiciones de cada sujeto, tiene un significado particular para el mundo interno de las personas, así como para el entorno social del que forma parte; la familia, las relaciones entre sus miembros permiten favorecer el desarrollo de determinadas funciones, influidas por la cultura, los intereses, los hábitos. Así pues la familia es una organización cuyo objetivo explícito es nutrir el desarrollo de sus miembros para la preservación del grupo.

Función materna

Esta función se refiere al Otro primordial, el primer referente que todo ser humano necesita para sostenerse en el momento de nacer y los primeros años de vida para construir su subjetividad; por una parte los cuidados básicos, la satisfacción de las necesidades primarias y una segunda parte que guarda relación con la transmisión de un deseo particularizado, que el nuevo ser ocupe un lugar no anónimo en el deseo materno, el cual debe estar implicado y dividido. Implicado por la encarnación, soporte de la función por medio del deseo que es posible acoger a un nuevo ser. Dividido porque los cuidados hacia el niño no la deberían disuadir de desear como mujer. El niño espera que el Otro lo acoja en su deseo, porque cuando aparece el Otro como deseante en su incompletud le permite alojar imprescindible para la constitución del sujeto. Así pues para cumplir la función materna sería que la madre no actuara como la “madre ideal” que sus cuidados tuvieran la marca de sus faltas lo cual es el obstáculo al idealismo materno. Por otra parte una cuestión fundamental en la función materna es el consentimiento de la entrada de la función paterna, puesto la relación madre-hijo es fundamental para el nuevo ser, esta relación puede generar un goce carente de dialéctica donde el deseo puede no circular y llevar a un goce mortífero, la dialéctica es introducida por un tercer elemento simbólico: el falo.

Función Paterna

El falo desde la vertiente imaginaria puede entenderse como el objeto imaginario que le falta a la mujer, pero desde la vertiente simbólica es el significante que, para los dos sexos, liga al cuerpo y al mundo simbólico. Este elemento está relacionado con la función paterna porque es el padre quien le indica, por una parte a la mujer que la solución de ser madre no resuelve del todo la cuestión de su feminidad y a su vez para el niño cumple la función de ser el agente de la cuestión, es decir, el operador estructural que lo introduce en la dimensión del deseo, separándolo a la vez del goce representado por la madre. La introducción de la función paterna en la estructura psíquica permite que exista una división del deseo en el sujeto madre para que el objeto niño no lo sea todo para ella.

Funciones emocionales de la familia

De acuerdo con Pérez, (2008) existen organizaciones familiares basadas en funciones emocionales de tipo proyectivo que producen modelos de aprendizaje fundamentados en la proyección, mientras que para aprender de la experiencia son necesarias funciones emocionales de tipo introyectivo, capaces de contener el dolor mental.

Las introyectivas que promueven crecimiento son:

- Generación de amor
- Fomento de esperanza
- Contención del sufrimiento depresivo
- Pensar

Así pues estas funciones introyectivas suponen afrontar y contener las ansiedades, poner nombre a los sentimientos y conflictos y usar la capacidad de pensar para encontrar caminos de reparación y simbolización. Cuando el sistema parental se hace cargo de estas funciones emocionales adultas y libera la capacidad de pensar, la familia se organiza de forma exitosa evitando la confusión y el caos.

Sin embargo cuando predominan en la familia las funciones emocionales proyectivas, es decir suscitación de odio, siembra de desesperación, emanación de angustia persecutoria, creación de mentiras y confusión ocasiona la desestructuración y aparece la patología en el seno del grupo. Así pues una falla en el sistema continente, es una falla en la capacidad de los padres para asumir las funciones parentales, creando una relación de objeto parcial desaparece la capacidad de pensar o se delega.

Por otra parte si la crisis se encuentra en el sistema contenido, pueden aparecer dificultades de individuación, temor y presencia de ansiedades catastróficas, claustrofóbicas, implicación en la pareja parental.

Fernández Moujan (citado por Pérez, 2008) propone cuatro tipologías de grupo familiar con criterios basados en la confusión versus diferenciación, estas modalidades son en relación a la familia:

- Familias aglutinadas
- Familias uniformadas
- Familias aisladas
- Familias integradas

Dentro de las familias aglutinadas y uniformadas, las relaciones padres-hijos son muy difíciles dada la estereotipia relacional y la rigidez de unos y otros, cosa que imposibilita el dialogo y el cambio; mientras que en las familias aisladas no se generan conflictos entre padres e hijos, dada la rigidez y distancia entre los diferentes miembros. Cada miembro busca soluciones individuales y no se crea el espacio necesario para el intercambio y la solidaridad.

En las familias integradas, se puede afrontar los conflictos y los cambios que todo grupo en crecimiento sufre; las crisis no se viven como desastres irreparables sino como momentos privilegiados donde se puede clarificar las dificultades, los malentendidos y alcanzar pactos y acuerdos.

Finalmente se puede señalar que la familia es un espacio donde se efectúa un lazo y se establece un discurso, espacio creado por una determinada red de relaciones; no sólo por una determinación biológica, sino también por un vínculo social. En la familia existen acuerdos que se establecen entre los sujetos para que las distintas funciones se sostengan y transmitan. Estas funciones no son naturalmente ocupadas sino deben ser adoptadas por cada uno de los sujetos para que el intercambio y la transmisión se produzca. Por lo cual la familia es un lugar privilegiado donde se instituyen las regulaciones de los lazos de los sujetos, la economía libidinal y las marcas del deseo, es también el lugar donde se elaboran las determinantes de las futuras elecciones de objeto.

4.3 Duelo

Todos los humanos sufren en mayor o menor medida el duelo por una pérdida. La muerte de un ser querido es un desgarramiento profundo, pero que cura naturalmente, a condición de que no se haga nada para retardar la cicatrización. El enlutado debe

habituar a la ausencia del Otro. La muerte provocará entre los más allegados un traumatismo tal que solamente una serie de etapas permitirá curarlo. Freud (citado por Marrone, 2001) señala la expresión de trabajo de duelo, el cual consistiría en retirar la libido anudada a las representaciones del objeto. El desasimiento sólo se logra con gran gasto de tiempo y energía de investidura, operación que se ejecuta pieza por pieza (recuerdo por recuerdo, expectativa por expectativa), bajo el examen de realidad. En el trabajo de duelo, entendido como el desprendimiento de la libido de las representaciones del objeto perdido, consiste en matar al muerto, esta expresión es gráfica y sintetiza la idea de que el trabajo de duelo se dirige a la separación del objeto. Dentro del trabajo de duelo se destacan dos conceptos: el examen de realidad y la noción de libido.

- El examen de realidad: es una función atribuida al Yo, su principal actividad es percibir la realidad externa así como la realidad interior del sujeto. La función básica de la prueba de realidad consiste en diferenciar el mundo interno del externo; del examen de realidad parten las ordenes de quitar del objeto la investidura de libido, ya que la prueba de realidad muestra que el objeto amado no existe más.
- La noción de libido: es un término de índole energética y se refiere a una determinada magnitud de energía derivada de las pulsiones sexuales. La pérdida del objeto plantea el problema del desplazamiento de esa energía, que debería entonces desasirse de la representación del objeto ya inexistente y dirigirse hacia otras representaciones.

El modelo energético freudiano condujo a representar al psiquismo como una entidad cerrada, por lo cual el desenlace normal o patológico del duelo se decide en el interior de ese aparato. El destino del duelo dependería de los itinerarios intrapsíquicos de la libido. El Yo ejecuta el trabajo de duelo siguiendo las exhortaciones del examen de realidad, que señala el aniquilamiento del objeto.

El duelo, del latín *dolus*: dolor, puede ser definido como el proceso por el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido. Para algunos autores el duelo puede ser experimentado ante cualquier pérdida y no necesariamente implica la muerte de un ser querido. El duelo es un proceso, y no un estado, natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso. Cuando ocurre la muerte de un ser amado, Castro (2011), señala que se olvida la

diferencia entre la aceptación intelectual y la emocional, la cual necesita expresar las emociones libremente, implicando la elaboración de dos duelos :racional y emocional.

El duelo racional

Este duelo es más fácil de procesar, ya que algo de lo que la persona está segura es de la muerte, el miedo a la muerte depende en gran parte de las creencias religiosas, ya que proporcionan una esperanza de vida después de la vida, lo que realmente causa miedo es el dolor y el sufrimiento que conlleva las pérdidas por muerte de los seres queridos. El ser humano tiene miedo al sentimiento de desamparo que deja un ser querido al sentirse impotente ante las lágrimas, a no saber qué hacer ante tanto enojo contenido y a reconocer que también está enojado con el muerto porque se fue y lo dejó.

El duelo emocional

Este es el más difícil de procesar, porque los sentimientos que se viven son desagradables y obligan a la persona a enfrentar la verdad, por lo cual se prefiere no ver y buscar la manera de hacerlos a un lado. Se olvida que las emociones y sentimientos necesitan ser liberadas, si se retienen, generan opresión. Cuando la persona logra recuperar las emociones y sentimientos podrá recuperar su libertad, puede manejarlas sin que salgan de control.

4.4 Las fases del duelo

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes etapas: el comienzo que se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso; el núcleo mismo del duelo, que se caracteriza por un estado depresivo; y la fase de terminación.

De acuerdo con Bowlby y Parkes (citados por Marrone, 2009) señalan que el duelo atraviesa por cuatro fases:

1. Breve fase de embotamiento
2. Fase de anhelo y búsqueda de la persona querida
3. Fase de desorganización y desesperanza
4. Fase de mayor o menor reorganización

1. Breve fase de embotamiento: Esta fase, corta de duración, es la reacción inmediata a la pérdida y puede durar desde minutos a horas o una semana. Dentro de esta fase

se destaca la presencia de frases como “no puedo creerlo”, “no puede ser cierto”, “debe existir un error” reflejan el rechazo de la novedad dolorosa. Esta reacción es un intento de enfrentar las emociones que desencadena la pérdida; si se considera que el dolor psíquico es el efecto consecutivo a la aprobación de una pérdida resulta comprensible que quien se ve invadido por este sentimiento aplique una anestesia aunque sea de breve duración para amortiguarlo. En esta fase se mantiene una aparente calma, la cual puede verse interrumpida por accesos de llanto o angustia, acompañado por repentinos ataques de pánico o estallidos de ira. Una forma de la presencia del duelo patológico en esta fase es la extensión del embotamiento emocional. La anestesia afectiva puede durar meses, años o toda una vida, en este caso los que sufren el duelo se encuentran en un bloqueo afectivo pero se encuentran expuestos a bruscas rupturas presentándose sueños angustiosos o malestar físico.

2. Fase de anhelo y búsqueda de la persona querida: cuando se comienza a percibir la realidad de la pérdida, quien sufre el duelo puede experimentar intensos accesos de llanto y angustia y, al mismo tiempo, incrementar los anhelos de un reencuentro con el muerto, deseos que no siempre son conscientes. El muerto es buscado (consciente o inconscientemente) en aquellos lugares a los que habitualmente concurría. Es posible confundir a una persona en la calle con el muerto, o soñar que éste se encuentra vivo, con la desolación del despertar. Estos anhelos de reencuentro con el muerto no pertenecen a la esfera de lo patológico, forman parte de un normal intento de recuperación del vínculo perdido. En esta fase se alternan la búsqueda ansiosa, la esperanza intermitente, con el desengaño, el llanto y la rabia. La rabia y el odio se presentan frecuentemente en esta fase, como protesta ante la pérdida o por frustración del anhelo de reencuentro. En esta conceptualización no se desconoce la hostilidad inconsciente hacia el difunto, pero se juzga normal cierta reacción agresiva a la que se adjudica una función de recuperación del vínculo. La patología correspondiente a esta fase es el duelo crónico, una extensión en el tiempo de los deseos de recuperar la persona perdida.

3. Fase de desorganización y desesperanza: dentro de esta fase las esperanzas de reunión con el ser amado perdido tienden a desvanecerse, puede presentarse una fase de desorganización y desesperanza. Es considerada una etapa difícil, ya que en ella se llega gradualmente a aceptar y reconocer la permanencia de la pérdida. La depresión y la apatía que se presentan en esta fase derivan de la percepción de que la pérdida es irreversible. Para la mayoría de las personas en proceso de duelo esta fase dura varios meses. Síntomas de depresión son comunes en esta fase.

4. *Fase de mayor o menor reorganización*: en tanto se acepta la realidad de la pérdida, es probable que se acepte que la vida deba tener una nueva forma que incluya esa ausencia. Este acto no ocurren fríamente, al redefinir los modelos se está aceptando un cambio es decir, una pérdida. Esta fase es tan penosa como decisiva, pues redefinir la propia identidad y la representación implica renunciar definitivamente a la esperanza de restablecer la situación previa, que incluía a la persona querida.

Por otra parte Kübler-Ross, (1969) propone un modelo secuencial de cinco fases que de acuerdo a sus investigaciones, son las siguientes:

Negación y aislamiento: la negación permite al ser humano amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, permitiendo recobrase. Es una defensa provisoria y pronta será sustituida por una aceptación parcial. Se niega el hecho de la muerte, de no tener nunca más la posibilidad de estar con el ser querido, Existe la tristeza y ansiedad.

Ira: La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los porqués. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; debido a que la ira se desplaza en todas direcciones. Durante esta fase la persona suele quejarse por todo; todo le viene mal y es criticable, posteriormente responde con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente. Incluso puede haber enojo contra la persona fallecida por su abandono o ir contra Dios por permitir sentir tanto sufrimiento.

Pacto o negociación: Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para superar la traumática vivencia. Se comienza a tener de nuevo relación con la realidad. El enojo, la frustración, la culpa y la ansiedad comienza a disminuir.

Depresión: Cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza, Es un estado en general, temporáneo y preparatorio para la aceptación de la realidad; es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo; si se le permite a la persona expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se le acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir.

Aceptación: La persona que ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sentimientos; su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la depresión contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundir y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor; la vida se va imponiendo.

4.5 Proceso de duelo después de un suicidio

La muerte producida por un suicidio se manifiesta extraordinariamente dramática; el suicidio es la crisis de duelo más difícil que afronta y resuelve cualquier familia. Así pues es fácil que los familiares experimenten un fuerte sentimiento de culpa, el cual manifiestan a través de preguntas tales como: ¿En qué nos hemos equivocado? ¿Qué hemos hecho mal? Los supervivientes asumen la responsabilidad de la acción del fallecido y tienen el sentimiento corrosivo de que había algo que ellos debían haber hecho para evitar la muerte. El sentimiento de culpa es difícil cuando el suicidio ha ocurrido en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente.

De acuerdo con Gómez (2007), los sentimientos de *culpa* son normales después de cualquier tipo de muerte, pero en el caso del suicidio se puede exacerbar seriamente. Por lo cual la intensidad de la culpa puede provocar la necesidad de las personas de ser castigadas y pueden interactuar con la sociedad de manera que dicha sociedad les castiga a ellos. Los muchachos que se involucran en la delincuencia o en el consumo de alcohol pueden ejemplificar esta conducta de autocastigo.

Otro de los sentimientos predominantes en los supervivientes de un suicidio es la *vergüenza*, la cual es percibida como una estigmatización dentro de la sociedad actual. Por otra parte los supervivientes son los que tienen que sufrir la vergüenza después de que un miembro de la familia se quita la vida y su sensación de vergüenza puede estar influida por las reacciones de los otros. Esta presión emocional no solo afecta a las interacciones del superviviente con la sociedad sino que puede además alterar las relaciones en la unidad familiar. Así mismo las personas que sobreviven a una muerte por suicidio experimentan sentimientos de enfado y de baja autoestima; especulando que el fallecido no pensó lo suficiente en ellos o no habría cometido el suicidio, este rechazo es una crítica severa a la valía personal de los supervivientes. *El miedo* es otra respuesta normal después de un suicidio, uno de los miedos puede ser

el propio impulso autodestructivo; cuando suceden varios suicidios dentro de una familia existe ansiedad respecto a la transmisión genética de la tendencia.

Así también se experimentan sentimientos tales como sentimientos de rechazo y abandono: es normal sentirse abandonado o rechazado por la persona fallecida y que le parezca una conducta egoísta.

Por otra parte se manifiesta la preocupación por su propio suicidio: la persona tiene miedo de estar en riesgo de suicidio e incluso puede pensar en él. Es importante señalar que no debe tener miedo a hablarlo con sus amigos, y familia. El aislamiento aparece debido a que la persona piensa que nadie le entiende y que necesita estar solo; aunque los momentos de soledad son necesarios, resulta importante relacionarse con los demás y no encerrarse en sí mismo; la actividad social ayudará a volver a la normalidad.

Dentro del proceso de duelo la familia se formula preguntas y experimentan algunas situaciones:

Preguntarse por qué: esta pregunta se formula para tratar de conocer el motivo del suicidio; la familia intenta buscar una explicación o significado al fallecimiento de la persona, por lo que es posible que se generen situaciones tensas en la familia.

Imágenes que se repiten de la persona fallecida: una situación que se presentan entre los familiares de un suicida es tener todo el tiempo imágenes de la persona que se ha suicidado y suele ser peor para las personas que encuentran el cuerpo. Estas imágenes dejan de ser tan recurrentes con el tiempo y a medida que la persona va aceptando la situación.

¿Pude haber hecho algo?: un pensamiento recurrente entre los familiares es el hecho de creer que se pudo prevenir el acto suicida. Sin embargo aunque existen señales que indican el riesgo del acto suicida, su tratamiento y prevención es un proceso complejo en el que intervienen persona suicida, familia, amigos y profesional de la salud.

¿Qué decir a los demás de la causa de la muerte? Para los familiares resulta difícil hablar abiertamente sobre el suicidio, pero tratar de esconderlo puede resultar ser peor a largo plazo. No obstante puede reservarse el dar explicaciones, pero no es benéfico guardar la sensación de tener que esconderlo.

Finalmente es importante señalar que el suicidio de un ser querido es un evento que produce amargas heridas en las personas que le rodeaban; no obstante los sobrevivientes de un suicidio experimentan otras consecuencias (heridas secundarias), reacciones y emociones difíciles de afrontar tras el impacto y el shock inicial. Los sobrevivientes más cercanos combaten (en ocasiones en soledad) un conjunto de emociones contradictorias, dolor y cambios en la vida ya sin el fallecido, el cual se prolonga si la red de amistades no logra satisfacer completamente la necesidad de apoyo a los sobrevivientes. Sin embargo el manejo del duelo y atravesar por sus distintas fases permite aceptar la realidad, desarrollar una opción donde se pueda encontrar un significado que conecte a la persona con sus capacidades y recursos para lograr la adaptación y armonización de la situación interna y externa para afrontar el vacío, la ausencia de la persona que se ha marchado; el dolor, sufrimiento y frustración terminan cuando el familiar es capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando se ha dejado de vivir en el pasado e invertir de nuevo la energía en el presente y en lo que está a su alrededor.

4.6 Soporte a la familia en proceso de duelo por suicidio

A lo largo de la historia todos los seres humanos experimentan reacciones de pérdida, ya sea por una separación afectiva, una enfermedad, lo cual origina dolor, malestar psicológico, pena y aflicción. El duelo es una reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido. Montoya (citado por Acinas, 2011) señala que en ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), familiar (duele el dolor de otros), espiritual (duele el alma). Por lo cual en el duelo por un suicidio, la pérdida de un ser querido duele el pasado, presente y especialmente el futuro, debido a la ausencia del objeto en el que se depositan una gran carga libidinal.

Así también es importante mencionar que el duelo es una experiencia cultural universal, subjetiva que requiere una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona; las reacciones de cada miembro de la familia ante la pérdida del ser querido dependen también de numerosos factores los cuales pueden agruparse en:

Shock Emocional: Incredulidad, negación. Inhibición. Perplejidad. Aturdimiento. Incertidumbre. Miedo.

Dolor: Llanto, crisis de angustia. Agitación, irritabilidad, hiperactividad. Labilidad emocional.

Resolución: Aceptación. Curiosidad.

En relación al suicidio y como una forma de determinar sus causas se recurre a la autopsia psicológica en los momentos o días previos al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia), permitiendo a los familiares manejar sus sentimientos respecto a la traición en el amor, desilusión en la promesa no mantenida.

En el proceso de ayuda profesional a una persona o familia que ha experimentado una muerte por suicidio, deben tener en cuenta que este tipo de pérdida es una muerte tabú del cual no se suele hablar o mostrarse indeciso de hablar sobre lo sucedido y cómo se sienten. Dentro de los aspectos que se deben trabajar se encuentran los siguientes:

Confrontar con la realidad de la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros. Esta confrontación lleva más tiempo que con otras muertes. Si pudiera existir algún viso de culpabilidad, se le reta a afrontar los sentimientos válidos de culpa. Si se culpa a otros se puede promover la confrontación con la realidad. Si aparecen chivos expiatorios, es útil plantear encuentros familiares.

Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones. El usar palabras como “se suicidó”, “se tiró”, “se colgó”... ayudan a tomar constancia de la realidad. Para las personas que han sido testigos del suicidio, se debe tener en cuenta las imágenes intrusivas relacionadas. Para aquellas que no estuvieron, explorar la escena imaginada (que puede ser peor que la real) es necesario el comentarla ayuda a confrontarla con la realidad.

Explorar fantasías de futuro. En relación a cómo les afectará la muerte en el futuro mediante la confrontación con la realidad.

Trabajar el enfado y la rabia. Permite su expresión y refuerza el control personal del superviviente sobre sus sentimientos. Pueden sentirse aliviados si se les da permiso.

Confrontar la sensación de abandono con la realidad. Cuando la muerte es por elección del otro la sensación devastadora de abandono es más profunda.

Así mismo dentro de las necesidades que manifiestan las personas en un duelo por suicidio se encuentran:

- Ver el suicidio en perspectiva.
- Superar los problemas familiares causados por el suicidio.
- Sentirse mejor con sí mismo.
- Poder hablar del suicidio de la persona querida.
- Obtener información objetiva sobre el suicidio y sus efectos.
- Contar con un lugar seguro para expresar sus sentimientos.
- Entender y superar las reacciones de otras personas frente al suicidio.

Por lo cual resulta importante conocer cómo enfrentarse a esta situación y dentro de las estrategias que contribuyen a la superación del duelo del familiar se encuentran:

Reservar un tiempo cada día: es importante reservar un tiempo cada día, si es posible a la misma hora y en el mismo sitio, de modo que pueda llorar, recordar a la persona muerta, rezar o meditar.

Escribir: Llevar un diario para registrar sus sentimientos, pensamientos y recuerdos. Esto puede ayudarle a ganar cierto control sobre emociones intensas.

Reducir el estrés: la meditación, las técnicas de relajación o escuchar música pueden ayudar a reducir el estrés emocional y físico por la pérdida. Pensar en cómo pasar cada día, y empezar a dedicar tiempo a las cosas que le hacían disfrutar, lo cual contribuirá a enfrentarse positivamente con el dolor.

Expresar sentimientos: a algunas personas les ayuda hacer actividades creativas, como la poesía la pintura para expresar sus sentimientos. Otras actividades como la cocina, jardinería o carpintería pueden ser también de ayuda.

Compartir la experiencia: La participación en grupos de apoyo son una forma de compartir lo más profundo de la pena con otros que han pasado por los mismos sentimientos.

No tomar decisiones importantes: tratar de evitar tomar decisiones importantes, como cambiar de casa o librarse de las posesiones personales, inmediatamente después de la muerte. Es posible que no se esté pensando claramente y hacer cosas de las cuales luego se arrepienta.

Darse tiempo: recuperarse de una muerte por suicidio necesita tiempo para curar, igual que una herida profunda.

No sentirse culpable: la familia no debe sentirse culpable de la decisión que eligió el familiar y cuyo desenlace causa el dolor de los sobrevivientes al suicidio.

Su dolor no es una enfermedad: el dolor profundo es una reacción normal de un ser humano sensible frente a la experiencia más difícil que una persona puede vivir.

No abusar de fármacos o drogas: procurar no recurrir al alcohol o las drogas como una forma de aliviar la tristeza. Si bien proporcionan alivio a los sentimientos a corto plazo, impiden el duelo y pueden causar depresión u otros trastornos.

Finalmente es necesario señalar que perder a un ser querido provoca un gran número de emociones y preocupaciones. En ocasiones esta situación sobrepasa a las personas que lo sufren y tienen la necesidad de llorar o gritar, pueden mostrarse agresivos, con mal humor e irritables, mientras que a su vez pueden querer estar solos y no hablar. Las redes de amistades brindan un apoyo importante a los sobrevivientes de una pérdida por suicidio, por ello entre las actitudes que deben presentar son:

- Tener paciencia e intentar entender que la situación que está pasando su familiar o amigo es muy difícil.
- Resulta importante no buscar culpables de lo sucedido ni hacer juicios sobre lo acontecido.
- Tratar a la persona como a cualquier otra que pierde a un ser querido.
- Ponerse en contacto tan pronto como pueda, aunque algunas personas prefieren no recibir visitas, la red de amistades puede mostrar los sentimientos tan pronto como pueda, porque es importante que se entere que existen personas que se preocupan y están dispuestos a ser partícipes en la superación del dolor.
- Se debe permitir que la persona se exprese y desahogue, siendo capaz de escuchar y dejar que hable cuando esté preparado para hacerlo.
- La ayuda deberá prologarse en el tiempo, no solo en las primeras semanas. A veces también se necesita ayuda en fechas especiales, como el aniversario, los cumpleaños y otras fechas importantes en la vida de estas personas.

4.7 La tanatología y el suicidio

Actualmente la tanatología es una herramienta que se utiliza para analizar de manera objetiva los aspectos relacionados con la enfermedad, la desesperanza y la muerte, desarrolla alternativas para ayudar a que el paciente maneje su dolor, enojo, y frustración. Cuando el ser humano comienza a intuir qué es la vida, no es fácil llegar a comprender el modo en que a todo fenómeno vital le sigue un declive y un nuevo comienzo. La muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada; está siempre ocurre, es un hecho ineludible, y al tener que enfrentarse con lo cotidiano de la muerte el hombre ha tenido que aprender, a lo largo de su evolución, a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas. El aprender a afrontar la muerte en su doble vertiente tanto como experiencia individual o doliente en presencia de un allegado es también aprender a asumir, en toda su dimensión, la propia humanidad.

De acuerdo con Metchnikoff, (citado por Domínguez, 2009) la tanatología es la ciencia encargada de la muerte, fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de ella y de todo lo relativo a los cadáveres, desde el punto de vista médico legal, no obstante la tanatología comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa; por otra parte etimológicamente la tanatología se deriva de los vocablos tanatos del griego Thanatos nombre de la muerte, hija de la noche, denominada Eufrone o Eubolia, que quiere decir “madre del buen consejo”.

La nueva tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para afrontar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la cultura de la muerte mediante la existencia cargada de sentido, optimismo; por ello la tanatología desde hace tres décadas se ocupa de las personas: los pacientes, familias y allegados.

4.8 ¿Cómo ayuda un tanatólogo en una pérdida por suicidio?

En la vida llegan momentos donde el ser humano experimenta dolor emocional por alguna pérdida, creyendo que es un estorbo o una enfermedad de la que hay que huir, sin embargo el dolor es universal, tarde o temprano, toda persona realiza el viaje de la soledad, del dolor de la pérdida, pero esta travesía permitirá ser una nueva persona. El dolor por la pérdida de un ser querido puede obligar a la persona a contemplar directamente la vida y forzar a encontrar en ella un sentido del que tal vez antes

carecía; así mismo puede despertar dentro de cada uno valores y una apreciación más profunda de las personas, acerca de la vida. Puede ayudar a replantear las prioridades, hacer a las personas más sabias, y también puede ser un recordatorio en el cual puede recordar vivamente lo que puede ocurrir si en vida se expresa su amor, aprecio o perdón.

Debido a ello el tanatólogo debe ser un profesional capacitado para ayudar en el proceso del duelo, a la persona que muere y a aquellas que le rodean, así también se encarga de procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, y cariño; el profesional que proporciona la ayuda tanatológica debe tener la capacidad de empatía “ponerse en los zapatos del otro”, con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al paciente el apoyo que él busca para poder manejarlo de manera positiva. De acuerdo a los objetivos de la intervención estos deben contribuir a favorecer el trabajo de duelo para ello es importante (Fernández y Rodríguez, 2002):

Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.

Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.

Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido.

Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte. En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió. También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos funerarios, las visitas a la tumba. Si el superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar las fantasías al respecto.

Ayudar a identificar y expresar sus sentimientos “a su modo y manera”, manteniendo una comprensión empática y sin forzar nunca la situación.

La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que el superviviente puede intentar protegerse inconscientemente. Aunque, a veces, posponer la experimentación de esos sentimientos puede ser útil, en general, ignorarlos puede ser causa de problemas y dificultades en el proceso de duelo. Los sentimientos de

angustia e indefensión son también frecuentes; la angustia puede prevenir del sentimiento de indefensión o desamparo por tener que afrontar la vida sin lo perdido. El tanatólogo tiene como finalidad facilitar el manejo de este sentimiento haciendo que el superviviente analice las posibilidades de desempeño que tiene la nueva situación.

Así mismo otras acciones que igualmente facilitan el proceso de duelo son:

Respetar el silencio si el doliente nos hace llegar, mediante comunicación verbal como no verbal, este deseo.

Escuchar al afligido: dejar que el sobreviviente cuente su historia común con el difunto, detalles de su muerte, anécdotas de su vida, sentimientos relacionados con ese ser querido.

Compartir información sobre el proceso de aflicción. Hacerle conocer a la persona cuáles son las reacciones habituales en estos casos, para que comprenda que no es anormal lo que experimentan. En este sentido es frecuente que algunos de los fenómenos que son normales en los procesos de duelo provoquen en el superviviente o en su entorno miedo a que sean señales de que se está trastornando. Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se encuentran entre los que más frecuentemente provocan estas reacciones.

Permitir diferencias individuales. A pesar de existir manifestaciones comunes, la aflicción de cada persona es única, aun dentro de un mismo grupo familiar y cultural, por ello es preciso indicar que no existen formas correctas o incorrectas de afligirse. Esto evita sentimientos de culpa, si no se ajustan a lo “normativo”.

Informar sobre el hecho de que la duración del duelo es bastante prolongada y que es normal que no desaparezca al poco tiempo, el duelo requiere tiempo. Lo cual no es tan obvio ni para el superviviente, ni para las personas de su entorno, que, en ocasiones pueden presionarle para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

Por otra parte ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin la persona perdida, permite enfrentarse a la nueva realidad y tomar decisiones sin la persona perdida. La dificultad de esta tarea depende del tipo de relación que existía entre la persona perdida y el superviviente.

Finalmente se puede mencionar que la Tanatología se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano, es por ello que su importancia, hoy en día es indiscutible, en el caso de la pérdida de un ser querido por suicidio el objetivo de la

intervención no va encaminada a hacer desaparecer el duelo, ya que este es un proceso natural que debe ser atravesado, pero si puede ayudar a aminorar el dolor. Así como en otros momentos de la vida se debe permitir a las personas hablar de su dolor, que expresen sus sentimientos y que sean capaces de comprender que a pesar de no poder evitar la muerte se puede afrontar, ayudar y lograr tener una calidad de vida aun con la ausencia física del ser amado. El tanatólogo tiene como compromiso el acompañamiento con la intención de que el doliente que perdió a un ser querido vaya resolviendo su duelo. La pérdida de un ser querido ya sea que se acepte o no fuerza a un nuevo comienzo y a una reestructuración de la vida de cada miembro de la familia; la persona que experimenta la elaboración de un duelo tiene la capacidad de salir adelante, como un ser humano nuevo, íntegro, asimilando su nueva situación y con la posibilidad de seguir la vida consciente de lo vivido. Así mismo resulta sano despedirse, aceptar el hecho de que la muerte es irreversible, que la persona ya no estará más a su lado, ya no sentirá más su cercanía, no participará en las decisiones de su vida y el despedirse no significa que se olvida de ese ser querido, romper los vínculos afectivos que los unía, el despedirse significa hasta siempre agradeciendo por haber sido parte de la familia, reconocer las aportaciones que dio a la familia.

CONCLUSIÓN

En la sociedad capitalista e industrial en la que el ser humano se desarrolla, se han producidos cambios sociales, culturales y económicos. La adolescencia es una etapa difícil de afrontar, donde la capacidad de resiliencia se fomenta y se pone a prueba para adaptarse a situaciones de estrés y adversidad para evitar sufrir agresiones que influyan negativamente en la percepción de la vida. Sin embargo en la actualidad presentan un aumento en el consumismo, debido a que erróneamente se dirige hacia la adquisición de productos mercantilistas en sus deseos por vivir y llenar su vacío existencial. Ante la ausencia de resultados positivos el adolescente busca la salida al sufrimiento y sentimiento de soledad ejecutando el acto suicida. El suicidio es el resultado de un largo y complejo proceso influenciado por una serie de factores de riesgo, donde se puede enfatizar la existencia de la ambivalencia entre amor y odio que se manifiesta mediante la pulsión de muerte que encuentra su máxima expresión en el acto consumado. El yo y el ello enfatiza la relación entre el superyó y la pulsión de muerte ocasionado por el rigor sádico con el que esta instancia embiste contra el Yo. Debido a ello la familia como primer núcleo de formación resulta primordial para comprender la decisión de consumir el acto suicida; pues las funciones que desempeñan intervienen en la capacidad resiliente de cada persona. La familia es el santuario donde el ser humano busca refugio y comprensión cuando siente que la realidad lo está oprimiendo y ahogando. No obstante cuando la persona no encuentra afecto, amor, comprensión en la familia trata de compensarlo con actitudes autodestructivas como el suicidio. Cuando una familia sufre el suicidio de uno de sus miembros es una pérdida de gran impacto debido a los sentimientos que desencadena y la búsqueda imparable de posibles respuestas. Razón por la cual el trabajo tanatológico es un proceso de acompañamiento que tiene como objetivo que la persona que perdió a un ser querido vaya resolviendo su duelo. La pérdida de un ser querido, ya sea aceptada o rechazada, lleva a los familiares a un nuevo inicio pero con una reestructuración en el estilo de vida, haciendo cambios en diversos aspectos del estilo de vida de cada uno de los miembros. El apoyo tanatológico permite a los sobrevivientes atravesar por el proceso de duelo donde se experimentan diversas emociones que permiten al doliente sanar la herida emocional que deja la ausencia del ser querido, no significa el olvido, cortar los vínculos afectivos que los unía, el despedirse es decirle un hasta pronto, agradeciendo el haber estado con la familia, reconocer las aportaciones que le dio y permitir que siga presente en la vida de cada miembro de la misma través de sus recuerdos.

Finalmente se puede señalar que aunque el suicidio en los adolescentes es un tema tabú en la sociedad, es necesario hablar del mismo, de las causas, las cuales son diversas y complejas, no obstante existe una constante y es el hecho que los adolescentes suelen tener poco apoyo emocional en la familia o sociedad; la desesperanza, la depresión, problemas académicos, económicos, amorosos y la falta de oportunidades laborales precipitan este comportamiento, en donde el odio y el sadismo referidos al objeto que se sustrae encuentran la posibilidad de descargarse en la propia persona y se satisfacen mediante los tormentos de la melancolía. El acto suicida en los adolescentes es inquietante y produce malestar en las familias, grupos e instituciones, es un hecho que cuestiona la perspectiva de vida futura de los adultos al manifestarse el vacío existencial. Así pues es necesario fomentar y desarrollar la habilidad para resolver problemas, conocida como resiliencia, la capacidad para mantener relaciones interpersonales, capacidad cognitiva y capacidad de control.

Por lo cual resulta indispensable concientizar a la población para la aplicación de las medidas necesarias para la prevención. Reforzando la comunicación entre los miembros de la familia, dotar de las herramientas necesarias para resolver problemas de su vida propia y del contexto que le toca vivir a cada persona; iniciar un plan de acción y actuar de forma inmediata, que permita a las instituciones educativas detectar y atender a los adolescentes que manifiesten alguna alteración emocional. Así mismo es relevante el reconocimiento de la depresión en el adolescente, puesto que por ello son más proclives a la realización de intentos de suicidio; existen muchas interrogantes vinculadas con el comportamiento suicida y es imprescindible si se busca y desea prevenir esta conducta autodestructiva que las preguntas correspondientes se respondan evitando mitos y creencias que conspiran contra la prevención del suicidio.

REFERENCIAS

Acinas, P. (2011). Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, recuperado 22 de julio de 2013 [http:// www.psicociencias.com/.../Duelo %20en%20situaciones%20especiales.pdf](http://www.psicociencias.com/.../Duelo%20en%20situaciones%20especiales.pdf).

Castro, M. (2011). Tanatología: La inteligencia emocional y el proceso de duelo. México: Trillas.

Domínguez, G. (2009). La tanatología y sus campos de aplicación. Revista Horizonte Sanitario, recuperado 25 de julio de 2013 [http:// www. www. www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/.../04-Tanatologia.pdf](http://www.www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/.../04-Tanatologia.pdf)

Dunajec, M. (2010). Suicidio en adolescentes. Revista Bien Común, 186, recuperado el 21 de abril de 2013 de [http:// www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/.../Monika_Dunajec.pdf](http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/.../Monika_Dunajec.pdf)

Esquivel, F., Heredia, M. y Gómez E (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno.

Gómez, M. (2007). La pérdida de un ser querido, El duelo y el luto. España: Arán.

Klein, A. (2011), Repensando el marco de cultura terapéutica adolescente el “grupo-cónclave” como estructura fraternal y de resiliencia. Revista Electrónica Psicología Iztacala, 14, recuperado el 30 de mayo de 2013 de [http:// www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/24804](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/24804)

Kübler-Ross, E. (2011). Sobre la muerte y los moribundos. México: De bolsillo.

Marone, M. (2001). La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática.

Monroy G.(2011), Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella?. Revista Salud Mental.(México),34, recuperado el 15 de mayo 2013 de [http:// www.inprf- cd.org.mx/pdf/sm3403/sm3403237.pdf](http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3403/sm3403237.pdf).

Nizama, M. (2011), Suicidio. Revista peru epidemiol, 15, recuperado el 31 de mayo de 2013 de [www.http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011..AR_vol15_No2_2011.html](http://www.rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011..AR_vol15_No2_2011.html)

Ortega, P. (2009), Adolescentes deprimidos, hoy. Una perspectiva psicoanalítica. Recuperado el 15 de mayo de 2013 de <http://www.nel-mexico.org/.../Adolescentes-deprimidos-hoy.-Una-perspectiva->

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin R.(2009). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: Mc Graw Hill.

Pastorino, C. (2009). Familia y aprendizaje - Implicaciones del funcionamiento familiar en los modos de aprendizaje, recuperado el 25 de junio de 2013 [http:// www. psic.bvsalud.org/pdf/cp/v17n15/v17n15a02.pdf](http://www.psic.bvsalud.org/pdf/cp/v17n15/v17n15a02.pdf)

Pelegrí, M. (2011). Nuevas familias ¿nuevos síntomas? Revista VEL, recuperado el 25 de junio 2013 de [http:// www.epfcl-fpb.org/c_publici.htm](http://www.epfcl-fpb.org/c_publici.htm)

Pérez, C. (2008). Definición de Familia: una visión del Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer, 1, recuperado 25 de julio de 2013 <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Barcelona.pdf>

Puchet, C. (2008). El padre más allá de la familia. Revista NOVDS. Recuperado el 25 de junio de 2013 <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=293&pub=4&rev=39&idarea=2>

Restrepo, O. (2009). Sobre crecimiento y adolescencia, recuperado el 4 de junio de 2013 de http://www.academia.edu/.../Sobre_crecimiento_y_desarrollo_en_adolescencia

Roudinesco, E. (2010). Dos preguntas a Elizabeth Rudinesco, Revista Carta psicoanalítica, 4, recuperado el 21 de abril de 2013 de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article180>

Toledo, L. (2010). Aumentan suicidios de jóvenes mexicanos. Revista Contra línea, recuperado el 05 de junio 213 <http://www.contralinea.info/archivo.../aumentan-suicidios-de-jovenes-mexicanos/>

Vargas, D. (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. Revista Afectio Societatis, 7, recuperado el 22 de junio de 2013 de <http://www.aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/.../6522>