



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
– UNIDAD DE POSGRADO –**

Facultad de Medicina



**TESINA
“EL SUICIDIO DEL ADOLESCENTE Y
EL DUELO EN LA FAMILIA”**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA**

PRESENTA:

DIANA ISABEL VELASCO PÉREZ

AGOSTO DE 2014



ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A. C.

México, D. F., a 4 de agosto de 2014

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE

Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología, A. C.
Presente.

Por medio de la presente me permito hacer de su conocimiento que revisé y aprobé la Tesina que presentó:

DIANA ISABEL VELASCO PÉREZ

Integrante de la Generación 2013 – 2014, de la Facultad de Estudios Superiores de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El nombre de la Tesina es:

**“EL SUICIDIO DEL ADOLESCENTE Y
EL DUELO EN LA FAMILIA”**

Atentamente,

DRA. GALIA G. CASTRO CAMPILLO

Médico Psicoanalista, Diplomada en Tanatología,
Terapia Familiar y de Pareja
Directora de Tesina

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.	7
CAPITULO I LA ADOLESCENCIA.	
1.1 Definición de Adolescencia.	11
1.2 Rangos de Edades en los que se Ubica a los Adolescentes.	11
1.3 Características de los Adolescentes.	13
1.4 Factores de Riesgo en Adolescentes.	16
CAPITULO II LA FAMILIA	
2.1 Introducción al Capítulo.	18
2.2 Concepto de Familia.	18
2.2.1 La Familia Nuclear.	20
2.2.2 La Familia Extensa.	21
2.2.3 Otros Tipos de Familia.	22
2.3 La Familia como Sistema.	23
2.4 Funciones de la Familia.	25
2.5 Familias Disfuncionales.	26
CAPITULO III EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA	
3.1 Concepto y Definición de Suicidio.	29
3.2 Términos de la Conducta Suicida.	31
3.3 Características del Suicida.	34

3.3.1	Características del Adolescente Suicida.	36
3.4	Diferentes Formas de Suicidio.	36
3.5	Acerca del Suicidio de Adolescentes.	38
3.6	El Suicidio de los Adolescentes.	39
3.7	Indicadores de Riesgo.	40
3.8	Factores de Riesgo en la Adolescencia.	42
3.9	Adolescentes con Riesgo de Suicidarse.	45

CAPITULO IV
ALGUNAS ESTADISTICAS SOBRE EL SUICIDIO EN GENERAL
Y EN LA ADOLESCENCIA

4.1	Datos Generales Sobre el Suicidio.	47
4.2	El Suicidio entre los Adolescentes.	48
4.3	Principales Causas de Muerte entre los Jóvenes, por Sexo.	49
4.4	Otros Datos sobre el Suicidio entre los Adolescentes.	51

CAPITULO V
EL DUELO Y LA REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA
POR EL SUICIDIO DE UN ADOLESCENTE

5.1	Definiciones de Duelo.	53
5.2	¿Qué es el Duelo?	54
5.3	Tipos de Duelo.	55
5.4	Las Etapas del Duelo.	61
5.4.1	La Negación.	61
5.4.2	La Ira.	62
5.4.3	La Negociación o Regateo.	63
5.4.4	La Depresión.	63
5.4.5	La Aceptación.	64

5.5	Manifestaciones del Sobreviviente Durante el Duelo.	64
5.6	El Duelo por Suicidio.	66
5.7	El Proceso de Duelo por Suicidio, en la Familia.	68
	CONCLUSIONES	72
	BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	80

INDICE DE CUADROS

CUADRO	TÍTULO	PÁGINA
1.1	Rangos de Edades para los Adolescentes, Por Autor - Años Cumplidos -	12
1.2	Factores de Riesgo en Adolescentes	16
4.1	Total de Suicidios en México y Participación de los Adolescentes. Años 1999 – 2004 - 2011	49
4.2	Principales Causas de Muerte en México por Sexo para el Grupo de 15 a 24 Años de Edad	50
5.1	Diferentes Tipos de Duelo	57
5.2	Otras Clasificaciones de Duelo	59
5.3	Manifestaciones del Duelo Normal	65

INTRODUCCIÓN

El Diplomado en Tanatología que cursé en esta Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en coordinación con la Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. (AMTAC), así como un evento cercano a este caso, fue el origen para elegir “El Suicidio del Adolescente y el Duelo en la Familia” como tema central de esta investigación. Los conocimientos adquiridos tanto en desarrollo del propio diplomado así como en la realización de este trabajo quisiera compartirlos con mis profesores que formaron parte de mi carrera universitaria y de este diplomado en particular, así como con mis compañeros quienes de manera directa e indirecta contribuyeron en mi desarrollo profesional: Quiero dar las gracias a la Universidad del Valle de México (UVM) por ser la institución básica de mi formación universitaria comenzando con mis profesores, por sus valiosas enseñanzas a lo largo de la carrera; a la Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. (AMTAC), que me permitió ampliar mis conocimientos, así como a la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, por ayudarme a extender mis horizontes profesionales. Asimismo, quisiera agradecerles a todas aquellas personas que actualmente, de una o de otra forma, tratan con personas, principalmente familiares, que tienen que ver con problemas del suicidio.

La investigación que aquí presento se realizó pensando en las necesidades de información y orientación que al respecto existen y que según mi punto de vista son pocas en relación con el gran problema que es el suicidio. Es importante tener presente que el universo de estudio seleccionado para este trabajo se refiere básicamente a los adolescentes que van del rango de los 10-12 años de edad al de los 19-20; estas edades se identifican con los jóvenes que se encuentran tanto al final de la escuela primaria, incluyendo al total de los que asisten a la secundaria y preparatoria y parte de la carrera profesional. Vale la pena mencionar que a lo largo

de la investigación se habla indistintamente de <jóvenes> o <adolescentes>, como sinónimos del mismo grupo.

El capítulo primero comienza examinando varios aspectos de la adolescencia: su definición, características relevantes y rangos de edades en los que se ubican los jóvenes, entre los puntos más importantes. En el capítulo dos se analiza a la familia como sistema; sus funciones; los diferentes tipos que de ella existen; así como una descripción detallada de la familia nuclear y la extendida y finalmente se presenta a la familia disfuncional. Considero que este capítulo es de vital importancia debido a que uno de los objetivos centrales de este trabajo es analizar tanto el duelo como las repercusiones del suicidio de los jóvenes precisamente en la familia.

El capítulo tres está dedicado al Suicidio de los Adolescentes; las características tanto del suicidio como del adolescente suicida; las diferentes formas de suicidio y; los factores de riesgo. Con la finalidad de tener una cuantificación aproximada de los suicidios entre los jóvenes mexicanos, en el cuarto capítulo se presentan algunas estadísticas obtenidas de fuentes oficiales, que nos muestran, en un periodo de tiempo, la magnitud del problema que nos ocupa. Estos datos se presentan tanto a nivel nacional como para el total de adolescentes, ambas cifras desglosadas por sexo.

En el capítulo cinco se precisa qué es el duelo a nivel general; el papel que juega en las familias; sus definiciones; los diferentes tipos de duelo y las fases de éste y como tema central de este trabajo se analiza el proceso el duelo y la repercusión en la familia por el suicidio de un adolescente.

Con este marco de referencia se plantearon los siguientes objetivos: proporcionar elementos para desarrollar perfiles típicos de jóvenes suicidas, sus causas y sus consecuencias en la sociedad en general y en la familia mexicana en particular y por último, el estudio termina con las conclusiones más importantes extraídas de la propia investigación.

Finalmente, con todo lo aquí expuesto, espero haber cumplido con el objetivo básico que me planteé cuando comencé este trabajo que fue el de aportar algún conocimiento sobre: el suicidio; el duelo y; las repercusiones en los miembros de las familias nucleares mexicanas. Si con ello contribuí en algo, por muy pequeño que fuere, a las personas e instituciones mencionadas en un principio, me sentiré altamente recompensada, porque esta oportunidad de desarrollo personal es ya, de por sí, un gran logro.

El Drama del Desencantado
Gabriel García Márquez

...el drama del desencantado que se arrojó a la calle desde el décimo piso, y a medida que caía iba viendo a través de las ventanas la intimidad de sus vecinos, las pequeñas tragedias domésticas, los amores furtivos, los breves instantes de felicidad, cuyas noticias no habían llegado nunca hasta la escalera común, de modo que en el instante de reventarse contra el pavimento de la calle había cambiado por completo su concepción del mundo, y había llegado a la conclusión de que aquella vida que abandonaba para siempre por la puerta falsa valía la pena de ser vivida.

CAPITULO I

LA ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.

De acuerdo con Wikipedia¹ “La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, por lo tanto es un período de transición que tiene características peculiares”. Menciona asimismo que se llama adolescencia porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos y que sin embargo, ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (psicológica, sexual, etc...) así como la de autonomía individual.

1.2 RANGOS DE EDADES EN LOS QUE SE UBICA A LOS ADOLESCENTES.

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente su inicio se enmarca entre los 10 a 12 años, y su finalización alrededor de los 24.

No hay una edad precisa para ubicar a la adolescencia sino que depende del autor o la institución que aborde el tema. Sin embargo, existe un consenso generalizado de que la adolescencia se sitúa dentro del período de la juventud que va de los 10 a los 24 años. Para Pearson Gerald, esta etapa va de los 10 a los 19 años, subdividiéndola: de los 10 a 13 en pre-púber; de los 13 a los 16 en pubertad; y de los 16 a los 19 en post-pubertad. En tanto que Peter Blos, la ubica de los 9 a

¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>.

los 24 años, desglosándola de la siguiente forma: de 9 a 11, pre-adolescencia; de 12 a 15 en adolescencia temprana; de 16 a los 18 en adolescencia; y de 19 a los 21 en adolescencia tardía.²

CUADRO 1.1
RANGOS DE EDADES PARA LOS ADOLESCENTES
POR AUTOR
- AÑOS CUMPLIDOS -

PEARSON		BLOS		O.M.S.	
AÑOS	CLASIFICACIÓN	AÑOS	CLASIFICACIÓN	AÑOS	CLASIFICACIÓN
10 – 24		9 – 24		10 – 19	
10 – 13	Pre-Púber	9 – 11	Pre-Adolescencia	10 – 15	Pubertad
13 – 16	Pubertad	12–15	Adolescencia Temprana	15–19	Adolescencia media y tardía
16 – 19	Pos-Pubertad	16 – 18	Adolescencia	20 – 24	Juventud plena
		19 – 21	Adolescencia Tardía		

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que se encuentra entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud, esto es, entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase que comienza generalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia

² González Núñez, J. de J., Romero Aguirre, J., y De Távira y Noriega, F.; (1993). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*; México: Ed. Trillas, p.14.

media y tardía se extiende hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, que va de los 20 hasta los 24 años³.

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse tanto desde el punto de vista biológico, como del cultural y social.

Según Erik Erikson, durante la adolescencia (de los 13 a los 21 años) es cuando se da en el individuo la búsqueda de la identidad y ésta lo define para toda su vida adulta, quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, esto no puede generalizarse ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico; de hecho la edad exacta en que termina esta etapa no es homogénea y dependerá de cada individuo.

Para la UNICEF en México, la adolescencia es esencialmente una época de cambios que trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente aún necesita apoyo de la familia; la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje. Vale la pena destacar que este informe de la UNICEF termina refiriéndose a los adolescentes que en 2008, fueron repatriados de los Estados Unidos, 32,151 niños y niñas mexicanos; de los cuales la mayoría (89%) eran adolescentes entre 12 y 17 años, de ese (32,151) el 76% eran hombres y 56.6%

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, Informe salud para todos en el año 2000*. p.12.

con la característica de que viajaron solos. Esto nos da idea del desamparo o tal vez el descuido o la necesidad que padecen muchos niños mexicanos⁴

De acuerdo con la American Psychological Association⁵, la adolescencia plantea uno de los desafíos más difíciles para las familias. Es posible que los adolescentes, quienes se enfrentan a cambios hormonales y a un mundo cada vez más complejo, sientan que nadie puede entender sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido cuando se enfrenta a problemas complejos de identidad, presiones de sus compañeros, conducta sexual, alcohol y drogas.

Los padres pueden sentirse frustrados y enojados porque el adolescente parece no responder a la autoridad de sus padres. Es posible que los métodos de disciplina que funcionaron bien hace algunos años ya no tengan la misma eficacia. Además, los padres pueden sentirse asustados e impotentes acerca de las elecciones hechas por su hijo adolescente.

En consecuencia, en la adolescencia están dadas las condiciones para que se generen conflictos en la familia, pero sobre todo una gran confusión en el joven que puede llevarlo al suicidio. Las áreas típicas de conflicto entre padres e hijos adolescentes pueden ser:

- Discusiones debido a las restricciones horarias del adolescente;
- Los amigos que elige y que los padres no están de acuerdo;
- El tiempo que comparte con la familia frente al que pasa con gente de su edad;
- El bajo desempeño escolar y laboral;
- Automóviles y privilegios para conducir;
- Citas y sexualidad;
- Vestimenta, peinados, maquillaje, tatuajes, perforaciones;

⁴ http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.

⁵ <http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>.

- Conductas autodestructivas como fumar, tomar alcohol y consumir drogas.

Lidiar con los problemas de la adolescencia puede poner a prueba a toda la familia que se ve afectada, en especial a los padres y los hermanos. No obstante, la mayoría de las familias suelen ayudar satisfactoriamente a sus hijos a alcanzar los objetivos que su desarrollo plantea; sobre todo a reducir la dependencia de sus padres a la vez que ellos se hacen cada vez más responsables e independientes.

Sin embargo, hay diversos signos de advertencia de que las cosas no marchan bien y que pueden llevar a la familia a buscar ayuda externa. Éstos signos incluyen conducta agresiva o violencia por parte del adolescente, abuso de drogas o alcohol, promiscuidad, ausentismo escolar, roces con la ley o conducta desenfrenada. Del mismo modo, será un fuerte signo de peligro si un padre recurre a golpear a su hijo o a emplear otra conducta violenta o agresiva en un intento por mantener la disciplina del adolescente, y a veces con todos los miembros de la familia.

1.4 FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

CUADRO 1.2
FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

TIPOS DE FACTORES	CONDUCTA
Alteraciones en el desarrollo puberal	Menarquía precoz, discapacidad o retraso mental.
Desatención y otros problemas en la relación familiar	Fugas frecuentes o deserción del hogar, desempleo del jefe del hogar mayor a 6 meses.
Trastornos de la conducta alimentaria	Malnutrición, hipertensión arterial, arterioesclerosis, diabetes, enfermedades crónicas, como el cáncer, la tuberculosis, etc.
Riesgos intelectuales	Analfabetismo, bajo rendimiento y/o deserción escolar, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado, segregación grupal.
Factores biológicos	Tabaquismo, alcoholismo y otras drogas, uso de automóviles.
Riesgos sexuales	Embarazos, violaciones, infertilidad, enfermedades venéreas, Sida
Factores sociales	Aislamiento, depresión, gestos suicidas, conductas delictivas y/o agresivas, nomadismo.
Independencia	Lucha por identidad, humor cambiante, mejora su habilidad para el lenguaje y expresión, quejas de interferencias con independencia.
Otros	Empleo de recursos para evitar la realidad: ritos, comunas, pseudo-religiones.

En el informe también se plantean las principales causas de fallecimiento entre los adolescentes que según sus conclusiones varían poco entre los distintos países y entre los cuales se mencionan: heridas no intencionales (particularmente accidentes de tránsito), SIDA (como la principal causa de muerte de mujeres

jóvenes en África y muy extendido en Estados Unidos y países Latinoamericanos), un sinnúmero de enfermedades infecciosas, homicidio y otras heridas intencionales (especialmente importante en Sudamérica), ejemplo de ello son: la guerra, el suicidio y las heridas auto-infligidas.

CAPITULO II

LA FAMILIA

2.1 INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO.

Los apartados que constituyen este capítulo se refieren a la familia, tratando sus definiciones; sus funciones y sus tipos. Se desarrollan asimismo los conceptos de “familia nuclear” así como de “familia extendida”. Estos dos tipos son muy relevantes en esta investigación debido a que en el caso de un suicido, tema central del trabajo, tanto en sus repercusiones como el duelo que efectúan los miembros de la familia, son diferentes dependiendo del tipo de familia, por ello en el capítulo correspondiente se realizará un análisis detallado para cada uno de estos grupos.

2.2 CONCEPTO DE FAMILIA.

La etimología de la palabra familia no ha podido ser establecida de un modo preciso. Hay quienes afirman que proviene del latín famens “hambre” y otros del término famulus “sirviente”⁶, por lo cual se cree, que en sus orígenes, el concepto de familia se utilizaba para hacer referencia al grupo conformado por criados y esclavos que un mismo hombre tenía como propiedad.

Hoy en día, a juzgar por su uso cotidiano, “familia” es una noción que describe la organización más general, pero a la vez más importante del hombre. Dicho en otras palabras, la familia constituye un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco. Estos lazos, dicen los expertos, pueden tener dos raíces: una vinculada a la afinidad surgida a partir del desarrollo de un vínculo reconocido

⁶ *Definición de Familia - Qué es, Significado y Concepto*, España, <http://definicion.de/familia/>.

a nivel social (como sucede con el matrimonio o una adopción) y de consanguinidad (como ocurre con la filiación entre una pareja y sus descendientes directos).

Existen un sinnúmero de definiciones de familia como: jurídica, social, psicológica e inclusive antropológica, etc., razón por la cual es difícil adoptar para esta investigación una definición única. Sin embargo, es preciso adoptar una definición que reúna la mayor parte de los conceptos que al respecto existen, en este sentido, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”⁷. “Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio -que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia-, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros”.

La familia es el núcleo de personas que, como grupo social, ha surgido de la naturaleza y deriva primordialmente del hecho biológico de la procreación. Cumple una función de sustento y educación de los miembros del agregado familiar. Es la organización y unidad básica social, constituida por un hombre y una mujer, que fundamentados en el amor y la fidelidad llevan a la procreación de nuevos integrantes de la misma que, mediante su educación se garantiza la permanencia del género humano.

En palabras del antropólogo francés Claude Lévi-Strauss⁸, “el matrimonio es la institución que da origen a la familia, una organización donde hay esposo (o marido), una mujer en rol de esposa y niños nacidos de esa relación. Este clan, vinculado por razones legales, económicas y religiosas, está condicionado por

⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas, (1948), “*Declaración Universal de los Derechos Humanos*”, Artículo 16.3.

⁸ Ruiz, S., (2010), *La Familia*, <http://www.dos-teorias.net/2010/12/claude-levi-strauss-la-familia-4.html>.

múltiples prohibiciones y permisos de índole sexual y amarrado por sentimientos de carácter psicológico como lo son el amor, el afecto y el respeto”. El matrimonio es una institución social, reconocida como legítima por la sociedad, que consiste en la unión de dos personas para establecer una comunidad de vida.

Por su parte, Edna Solano Rivera e Israel Negrón Puc⁹, retoman de algunos autores varias definiciones de la familia; expresan que “la familia es un sistema que opera a través de modelos de transición. Las transiciones repetidas establecen pautas sobre la manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema. Su organización y estructura, tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia”. Mencionan asimismo que “una familia es un grupo en marcha, sujeta a influencias externas cambiantes, con una historia y un futuro compartido, con etapas de desarrollo habituales entre sus miembros”. También manifiestan que la familia es “una unidad biopsicosocial básica, en donde diferentes personalidades interactúan entre sí después del nacimiento y hasta la muerte”.

Es importante destacar que ciertos aspectos de estas definiciones han quedado desactualizados, ya que hoy en día suele extenderse el término familia al lugar en donde las personas aprenden a protegerse y son cuidadas, más allá incluso de sus relaciones de parentesco. No obstante, con este cúmulo de definiciones podemos darnos una idea más clara de lo que encierra el término “familia” para que sirva de base cuando se trate en el apartado correspondiente al duelo y la repercusión en la familia por el suicidio de un adolescente.

2.2.1 LA FAMILIA NUCLEAR.

Cabe resaltar que en una familia existen diversos grados de parentesco, razón por la cual no todos sus integrantes mantienen el mismo tipo de relación o cercanía. La denominada familia nuclear o círculo familiar, por citar un caso, sólo incluye a la madre, al padre y a los hijos en común. Algunos autores expresan que

⁹ Rivera, S. E., y Negrón, P. I., (2008), Propuesta del Taller “*Familias Unidas*”, “*Un Espacio de Reflexión y Convivencia para Padres Separados y sus Hijos(as)*”, Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F., pp. 19-20.

la familia nuclear moderna no es el único modelo de familia como tal, sino que se refieren a un modelo hegemónico de lo que se impone culturalmente como normal. En la familia nuclear, las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos, de esta forma, la familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de la sociedad.

Rivera Solano y Negrón Puc¹⁰ también mencionan a la familia binuclear definiéndola como” aquella que está formada por dos adultos, pero que los hijos fueron procreados en otra relación; en este caso las tareas maritales y parentales no son exclusivas de la pareja que decidió formar una familia binuclear (exceptuando a los viudos), en este caso pueden intervenir hasta cuatro miembros, es decir, “las parejas anteriores”, puede haber más abuelos, tíos extras y medios hermanos; es necesario tomar todos estos elementos en cuenta cuando se analizan las causas por las que un joven puede tomar la decisión de quitarse la vida, ya que no es lo mismo para él vivir en una familia funcional que en una familia compuesta en donde antes pudo haber graves problemas o desacuerdos, que posiblemente la convirtieron en una familia caótica, aunque ahora ya no lo sea.

2.2.2 LA FAMILIA EXTENSA.

Por su parte, este tipo de familia tiene un alcance mayor que la nuclear ya que reconoce como parte del clan a los abuelos por parte de ambos progenitores, también a los tíos, primos y demás parientes consanguíneos o afines.

No obstante y aunque de manera general estos han sido los tipos de familia más frecuentes, es necesario subrayar que en los últimos tiempos las definiciones y los conceptos sobre tipos de familia han ido cambiando. Es decir, el avance de la sociedad trae consigo ciertas modificaciones dando origen a otros conceptos sobre el tipo de familia, como los que se mencionan enseguida. El duelo y las repercusiones en la familia extendida (tíos primos y abuelos) de un adolescente

¹⁰ Rivera, S. E., y Negrón, P. I., op-cit, pp. 19-20

suicida, es diferente que en la familia nuclear, como se verá en el apartado correspondiente.

2.2.3 OTROS TIPOS DE FAMILIA.

Hoy en día también es muy habitual encontrar familias monoparentales que son aquéllas que están formadas por un solo padre o madre y por sus respectivos hijos. Algunas de las razones que dan lugar a este tipo de familia son la viudedad o la soltería. También nos encontramos lo que se conoce como familias ensambladas, compuestas o reconstruidas, que son aquéllas que surgen como consecuencia de dos familias monoparentales que se unen a raíz del establecimiento de una relación de tipo sentimental de los progenitores.

Es necesario señalar que hasta hace poco tiempo en la literatura sobre las familias no se mencionaba el tema a lo que ahora se ha dado en llamar familias homoparentales, es decir, aquéllas que se componen de una pareja homosexual, ya sea de gays o de lesbianas y de sus respectivos hijos. Un ejemplo actual de esta clase de familia sería la formada por el cantante, compositor y pianista británico Elton John, su marido David Furnish y el hijo que adoptaron Zachary Jackson Levon Furnish-John. En estos casos aún no existen estudios de cuál será el papel de los hijos en la sociedad en general o en la escuela en particular, menos aún, algunos análisis sobre el posible suicidio de los hijos en este tipo de relaciones.

Estos últimos tipos de familias son, como decíamos, una clara muestra de la evolución de la sociedad y de los cambios que en ella se experimentan. Estas divisiones revisten una gran importancia en el desarrollo de nuestra investigación, ya que si bien nos centraremos básicamente en analizar y describir las repercusiones y el duelo en la familia nuclear (padre, madre y hermanos) tocaremos, aunque de forma muy breve, las repercusiones que se tienen con el suicidio de un adolescente en quienes le rodean.

2.3 LA FAMILIA COMO SISTEMA.

La palabra sistema proviene del latín "systema", y se define como un conjunto de conceptos de objetos reales dotados de organización y está formado por componentes organizados que interactúan entre sí. Los sistemas comprenden intercambios de energía, información o materia con su entorno. Las células y la biósfera son ejemplos de sistemas naturales. Existen tres tipos de sistemas reales: abiertos (recibe flujos de su ambiente externo), cerrados (sólo intercambia energía dentro de su entorno) y aislados (no realiza ningún tipo de intercambio).

Tomando como base la Teoría General de Sistemas¹¹ como el estudio interdisciplinario que busca conocer las propiedades entre sus elementos, la familia puede considerarse como un sistema cuyas unidades fundamentales están compuestas por el padre, la madre y los hijos en la familia nuclear. En ese sistema los miembros de la familia buscan, entre ellos, intercambiar información; los padres interactúan con los hijos, enseñándoles las reglas, derechos y obligaciones. De esta forma, la familia se convierte en el principal sistema con una estructura determinada por sus propios miembros con las reglas o pautas de interacción que éstos siguen; este sistema es el que rige la sociedad, y es el primordial ámbito donde comienza el desarrollo de todo ser humano en cualquier área: física, emocional, psicológica, social o espiritual.

El sistema familiar se caracteriza por ser flexible ya que puede salir alguno de sus miembros del sistema, sobre todo cuando los hijos abandonan el seno familiar por cualquier causa, se van del país a estudiar; se casan jóvenes en plena adolescencia; o como es nuestro caso, los jóvenes salen por suicidio. También aplica cuando se ausenta alguno de los padres por separación del vínculo marital o muerte. En este caso la teoría de sistemas nos habla de la gran flexibilidad y poder de adaptación que existe en el sistema familiar; cuando uno de los miembros sale, el padre o la madre (u otro miembro) toma los papeles que desarrollaba el padre

¹¹ Von Bertalanffy, L., (1981), "Teoría General de Sistemas". México: Fondo de Cultura Económica, p. 44.

ausente dentro del sistema y adopta ahora los roles que a éste le correspondían, adaptándose el sistema (en este caso la familia) a su nueva estructura.

En la dinámica interna del sistema, los miembros de la familia viven compartiendo la intimidad, apreciando, fortaleciendo o a veces desaprobando el desarrollo de su personalidad, autoconfianza y seguridad interior. Existe asimismo, dentro del sistema, homogeneidad y heterogeneidad, es decir, vinculación entre los integrantes, sin embargo, en el contexto externo se enfoca todo aquello que está fuera del sistema como puede ser otra familia, la escuela, la sociedad, etc. Por último, es necesario mencionar que hay familias que se ubican en un contexto cerrado, es decir, que no tienen contacto con el exterior, en este caso la familia comienza a tener una serie de problemas por no tener retroalimentación del mundo externo, como se observa en la familia de la película “El Castillo de la Pureza” que está basada en hechos reales ocurridos en México, en la década de 1950.

Es necesario señalar que como dice Wheelock¹² “dentro de la familia existen subsistemas con funciones y papeles particulares como el subsistema de la pareja, el de los hermanos, el que se basa en el género, etc., es decir, cada miembro forma un subsistema y cada individuo puede pertenecer a diferentes subsistemas, por lo que sus deberes, obligaciones y funciones a ejecutar serán diferentes tanto en su jerarquía como en su poder. Toda esta descripción es muy relevante ya que cuando sucede un suicidio entre uno de los elementos del sistema, en nuestro caso un adolescente, se ve afectado todo el sistema con la peculiaridad de que la repercusión en los miembros de la familia, en la mayoría de los casos es inesperada y fuertemente dolorosa y que el duelo, cada uno lo vive de diferente manera e intensidad, como se verá más adelante.

¹² Rivera S. E., y Negrón, P. I., op-cit., p.23.

2.4 FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Una de las características que distingue a la familia es su capacidad de integrar muchas funciones en una única fórmula de convivencia. Eso no quiere decir que no haya otras formas de llevarlas a cabo. La mayoría de las funciones que se realizan dentro del seno familiar y algunas otras como la educación escolar, se llevan a cabo fuera de la esfera doméstica.

Las familias pueden variar en su constitución, pero no en sus principios y valores universales, las hay grandes, pequeñas, monoparentales, urbanas, rurales, dispersas o integradas, no obstante sigue siendo el grupo de convivencia primario, la primera escuela de la vida, la que define la personalidad, con una gran función social y educativa; la que define el desarrollo de repercusiones individuales y sociales positivas o negativas.

Podemos expresar que el objetivo de la familia es contribuir al desarrollo de tipo: a) biológico, que es el que procura el cuidado físico, el alimento y la conservación de la salud; b) psicológico, que se enfoca fundamentalmente a brindar el equilibrio y seguridad emocional así como el establecimiento de su identidad y personalidad; c) social, que fundamentalmente se orienta a establecer interacciones con otros sujetos; d) aspectos culturales; y e) cualidades espirituales, entre otros.

Siguiendo con las funciones de la familia existen innumerables clasificaciones y descripciones, por lo que adicionalmente a las que acabamos de mencionar, hay otras que podemos enumerar como: “inculcar valores, brindar amor, afecto, ternura y protección. Cuando los niños a través de su crianza han recibido todo esto, podrán responder mejor como seres humanos frente a situaciones de dificultad, y tendrán la posibilidad de enfrentar la vida más fácilmente que aquellos que no lo han obtenido.

El rol que juega la familia es fundamental para la protección, estabilidad, conformación de valores, es motor y freno de acciones diversas, genera orgullo, sentido de pertenencia y es fuente de satisfactores y tristezas, alegrías y tristezas

que forman parte del vivir cotidiano. La familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano, desarrollo de la autoestima y de la verdadera identidad de la persona, de los esquemas de convivencia social más elementales y de la experiencia del amor.

La familia es la primera escuela animada por el amor y los lazos consanguíneos donde los miembros experimentan la aceptación incondicional, mutua exclusivamente por lo que es. Ahí se inculcan y forman los valores. Es dentro del seno familiar en donde se da el espacio para encontrar el sentido de la vida y se forja la felicidad. Es entendimiento y reciprocidad.

Suponiendo que los niños y jóvenes reciben todos estos valores y buenos hábitos, entonces debemos preguntarnos ¿Por qué se da el suicidio entre los jóvenes o adolescentes? ¿Algo no funcionó? o ¿Algo salió mal? o ¿Fueron factores externos los que determinaron que el adolescente haya tomado la determinación de quitarse la vida? o ¿La familia era disfuncional y entonces sí cabría la posibilidad del suicidio? Es por ello que tocaremos, aunque sea de forma breve, cómo son las familias disfuncionales, que es probablemente en donde se dan con mayor frecuencia este tipo de acontecimientos, es decir, el suicidio entre los jóvenes.

2.5 FAMILIAS DISFUNCIONALES.

La definición de familia disfuncional alude a un tipo de familia conflictiva o en la que se suceden actitudes que la hacen no funcional en la sociedad en la cual se encuentra. De acuerdo con Wikipedia¹³: “Una familia disfuncional es aquella en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones”. En ocasiones los menores crecen con la creencia de que este tipo de convivencia es normal.

¹³ http://es.wikipedia.org/wiki/Familia_disfuncional.

Las familias disfuncionales son, por lo regular, el resultado de adultos co-dependientes, y esto puede verse agravado por las adicciones, como el abuso de alcohol, drogas, etc. Por otra parte, puede darse el caso de la existencia de enfermedades mentales no tratadas, y padres que intentan corregir excesivamente a sus propios padres disfuncionales. En otros casos, se puede presentar el hecho de que un padre inmaduro permita que el padre dominante abuse de los hijos.

Dentro del seno de las familias disfuncionales existe la falsa creencia de que los padres están al borde de la separación y el divorcio y esto puede mantener a los hijos en un constante temor. Si bien es cierto en algunos casos que los padres tienden a la separación o divorcio, en otros el vínculo matrimonial es fuerte ya que las carencias de los padres se pueden ver complementadas entre sí, aunque esto no significa necesariamente que la situación familiar sea estable. Cualquier factor de estrés importante, como un cambio de domicilio, el desempleo, una enfermedad, desastres naturales, la situación económica, etc., puede originar que los nuevos conflictos aunados a los existentes afecten a los hijos y esto los orille a tomar decisiones drásticas, como la que nos ocupa.

Las familias disfuncionales no tienen ningún límite social, ni financiero, o intelectual. Sin embargo, hasta décadas recientes, el concepto de una familia disfuncional no fue tomada en serio por los profesionales (terapeutas, trabajadores sociales, maestros, consejeros, clérigos, etc.), especialmente entre las clases media y alta. Cualquier intervención habría sido vista como una violación de la santidad del matrimonio y un aumento en la probabilidad de divorcio (que era socialmente inaceptable en la época). Se esperaba que los niños obedecieran a sus padres (en última instancia, al padre), e hicieran frente a la situación solos.

El divorcio o la separación constituyen un procedimiento común cuando la familia es disfuncional, lo cual altera la situación familiar y a corto plazo producen desequilibrio y desorganización, esto obliga a adoptar una nueva estructura sin el padre que dejó el hogar como ya se mencionó. El tiempo en que los hijos se adapten a esta nueva situación, dependerá de la calidad de vida y del apoyo que pueda brindarles el padre que permanece con ellos, que es quien les reafirmará y les

renovará las normas y reglas, además de contar con el apoyo y cariño del padre que abandonó el hogar. La reacción de los hijos ante el rompimiento del matrimonio, dependerá del desarrollo de estos factores; sin embargo, el temperamento, experiencias, historia, nivel de desarrollo y otros recursos individuales, serán sin duda factores determinantes para su adaptación a la nueva situación, si no es así, buscarán otra salida como las drogas, el alcoholismo, el pandillerismo, y en muchas ocasiones el suicidio.

CAPITULO III

EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

3.1 CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE SUICIDIO.

El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres. El suicidio es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, morales, culturales, etc.

El suicidio (del latín, etimología *sui: sí mismo* y *caedere: matar*) es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez, 1997¹⁴).

La primera definición de carácter científico social fue propuesta por Durkheim en 1897¹⁵, en la cual deja en claro que el suicidio es intencionado por la propia víctima, es decir, el sujeto debe buscar deliberadamente su muerte conociendo las consecuencias de sus actos. Asimismo, realiza la definición de suicidio de forma que se delimite la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte. Para ello incluye en ésta las características de finalidad intencional y autoprovocación. Define además la tentativa de suicidio como un fracaso material de dicha intencionalidad. Esta definición de Durkheim es una de las más citadas en el tema del suicidio: “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma,

¹⁴ Bobes G., J.; González, S., J.; Sáiz M., P., (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Barcelona: Editorial Masson.

¹⁵ Durkheim, E., (1995). *El suicidio*. Madrid: Akal.

sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte”. Para este autor, el suicidio es un acto consciente e intencional. En esta misma línea, el diccionario de la Real Academia Española define suicidarse como "quitarse voluntariamente la vida".

El concepto de ‘acto suicida’ fue introducido en 1969 por la OMS y define éste como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”¹⁶. En otras palabras el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la Ideación Suicida (pensar y desear), el Intento Suicida (conducta sin resultado de muerte) y el Suicidio Consumado.

Este fenómeno es considerado como multifactorial y complejo, desde las perspectivas familiares, sociales, clínicas, culturales y psicológicas. Algunas de las causas que lo originan son cambios socioeconómicos, transformaciones en los valores y relaciones de la pareja, en la concepción de familia, dependencia de drogas o alcohol, o enfermedades físicas graves. Al igual que el suicidio, un fenómeno que se está incrementando día con día y que pone en riesgo la vida de cualquier persona, especialmente de los adolescentes, es el intento suicida, que es cualquier acción que tenga el objetivo de quitarse la vida sin lograrlo¹⁷.

El suicidio es analizado de distintas formas según cada cultura. Para algunas este acto es un pecado, para otras existe la creencia de que se trata de algo divino. Hay sociedades que consideran que el suicidio puede ser una forma

¹⁶ Mansilla I., F., (2010), *Suicidio y prevención*, España: InterSalud.

¹⁷ Monge H., J. A., Cubillas R., M.J., Román P., R., y Valdez, E. A., (2007), “*Intentos de Suicidio en Adolescentes de Educación Media Superior y su Relación con la Familia*” en *Revista Psicología y Salud*. Enero-junio, año/vol. 17, No. 001, Universidad Veracruzana, México. www.redalyc.uaemex.com.

honorable de eludir situaciones humillantes. También hay sectas en donde se practica el suicidio colectivo como un acto que forma parte de su religión.

3.2 TÉRMINOS DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Es conveniente conocer y diferenciar entre los diferentes términos de la conducta suicida:

- **CONDUCTAS SUICIDAS:** Son todas aquellas conductas que se realizan con objeto de llevar a cabo de una manera consciente o inconsciente una acción suicida.
- **RIESGO DE SUICIDIO:** Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.
- **SUICIDIO CONSUMADO:** Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito y la persona acaba con su vida.
- **SUICIDIO FRUSTRADO:** Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.
- **SIMULACIÓN SUICIDA:** Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque hay fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto.
- **IDEACIÓN SUICIDA:** son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, es decir, son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.
- **GESTO SUICIDA:** Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará.
- **AMENAZA SUICIDA:** Es dar a entender con palabras sobre una acción suicida que se realizará.

- **SUICIDIO COLECTIVO:** La conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes. Los suicidios en grupo, tanto si implican un gran número de personas como si sólo son dos (como un par de enamorados o cónyuges), representan una forma extrema de identificación con la otra persona. Los suicidios de grandes grupos de gente tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.
- **SUICIDIO CONTAGIOSO:** A veces cuando se conoce el suicidio de un personaje conocido se produce un aumento de la conducta suicida, lo que se conoce como contagio o efecto imitación o “efecto Werther” nombre del protagonista de la novela “Las desventuras del joven Werther” de Johann Wolfgang von Goethe, entendido como la exposición al suicidio o a conductas suicidas entre los miembros de la familia y el grupo de amigos; también puede darse el contagio mediático, a través de las noticias o reportajes de suicidios en los medios de comunicación cuando dan una cobertura repetitiva y continua del suicidio, lo que tiende a inducir a pensamientos suicidas, particularmente en los adolescentes (OMS, 2000¹⁸), como sucedió cuando Marilyn Monroe se quitó la vida; según los reportes periodísticos las muertes por suicidio en jóvenes se incrementaron. Este fenómeno también se ha señalado cuando se da el contagio entre los compañeros de trabajo cuando se suicida una persona en el lugar de trabajo¹⁹.
- **SUICIDIO RACIONAL:** Una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante y con deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.

¹⁸ OMS, (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra.

¹⁹ Hedström, P., Liu, K.; Nordvik, M’K., (2008). *Interaction Domains and Suicide: A Population-based Panel Study of Suicides in Stockholm, 1991-1999*. Estocolmo, Social Forces, pp. 87, 92, 713-740.

- INTENTO DE SUICIDIO: Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal. Se ha afirmado que el intento de suicidio es el predictor del suicidio, ya que entre un 10 y un 14% de las personas que realizan un intento de suicidio, cometerán suicidio posteriormente. De ahí se deduce que cualquier persona que haya realizado un intento de suicidio tiene un riesgo de suicidio unas 100 veces mayor que la población general, durante el año siguiente al intento²⁰.
- PARASUICIDIO: Término introducido por Kreitman²¹ para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte. Es decir, el parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras.

Aunque en Estados Unidos se utiliza el término “intento de suicidio” mientras en Europa se denomina “parasuicidio” o “daño autoinfligido deliberado”, en los últimos años se ha empezado a distinguir entre “conducta suicida mortal” y “conducta suicida no mortal”, diferenciación que parece más adecuada.

Fernando Mansilla Izquierdo, menciona en su libro *Suicidio y Prevención*, que de acuerdo con Hernández²²; Pérez Barrero y Mosquera²³, “el comportamiento suicida es un continuum o gradación secuencial que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los

²⁰ Diekstra, R., (1993). *The epidemiology of suicide and parasuicide*. Acta Psychiatr Scand, 371, pp. 9-20.

²¹ Kreitman N., (1977). *Parasuicide*. London: Wiley Sons.

²² Hernández, J., (1997). *El proceso suicida*. En S. Ros Montalbán (Ed.). *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año.

²³ Pérez B., S. A., y Mosquera, D., (2002). *El suicidio, prevención y manejo*. Madrid: Pléyades.

gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

3.3 CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDA.

Como se mencionó, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria; un individuo con ideación suicida sería aquel que de manera importante piense, desee o plantee cometer un suicidio. Este tipo de personas tienen características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar diferente, es decir, tienen una lógica suicida. Quienes cuentan con esta lógica se clasifican en tres tipos: Suicidas Leves; Suicidas Moderados; y Suicidas Serios.

En los primeros se han encontrado una serie de manipulaciones e intentos de manejar a las personas de su ambiente cercano. Como contraste, en los suicidas serios, encontramos desesperanza, confusión y un sufrimiento terrible. Por ello, en los leves se podría decir que no hay una verdadera intención suicida y que lo que realmente necesitan es llamar la atención de los demás. De ahí que la mayoría de sus intentos de quitarse la vida desemboquen en fracaso.

No obstante es importante destacar que los tres tipos tienen algo en común: todos se encuentran bajo la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable del dolor psicológico que sienten, casi siempre debido a la frustración de alguna de sus necesidades psicológicas. Tal angustia se acompaña, además, de sentimientos negativos, como la desesperanza, la impotencia y el desamparo. Además de lo anterior, como característica fundamental de la situación suicida destaca fundamentalmente la crisis, es decir, que la persona suicida es la que se encuentra generalmente en medio de este conflicto y que les hace pensar que las cosas no pueden durar indefinidamente y, por tanto, algo debe ser cambiado.

Otra característica del suicidio es la ambivalencia expresada a través de sentimientos de querer morir y también de querer vivir, y ambos ocurren al mismo tiempo. Por ejemplo, puede tomar una dosis letal de barbitúricos e, inmediatamente

después, llamar para pedir ayuda. Ese factor de ambivalencia hace que la prevención del suicidio sea posible.

El problema de la comunicación también es considerado como característica esencial de este tipo de personas; el suicida opta por el suicidio cuando no se siente capacitado para enfrentar un problema y siente que los demás no perciben su real necesidad de ayuda. El mensaje viene enmascarado y hay que tratar de descifrar su verdadero contenido de comunicación.

Ningún acto suicida es repentino o impulsivo. La mayoría de las veces, ese plan ha sido desarrollado gradualmente y calculado en la fantasía de la persona con todos los detalles. Durante crisis dolorosas, el pensamiento suicida produce un alivio de tensión. El plan suicida comienza a formarse, se cristaliza, se refuerza y se mejora con repeticiones en la fantasía. Entre estas fantasías inconscientes del suicida que contribuyen a realizar el acto destacan:

- Un deseo de escapar o de dormir; se busca la muerte como si fuera un sueño.
- Un sentimiento de culpa por lo que desencadena una necesidad de auto-castigo.
- Un deseo hostil de venganza y de ejercer el control más allá de la muerte.
- Un deseo erótico de sometimiento masoquista apasionado que puede llevar a un sentimiento de éxtasis.
- Un deseo esperanzado de renacimiento y rehabilitación.

A pesar de todas estas características, aún resulta difícil predecir cuando el suicida va a transformar su fantasía en un acto concreto. Es decir, son muchos los factores que pueden llevar a una persona o a un grupo de personas a cometer un acto suicida, existen numerosos estudios, desde perspectivas diferentes, que afirman la relación directa entre ciertos factores y el suicidio.

Entre las conductas que pueden ser un indicador de un suicidio inminente, aparecen los deseos de muerte, la incapacidad de descargar las angustias, el agotamiento de la vida social, el comportamiento impulsivo y la introversión acentuada. La OMS fomenta en todo el mundo compromisos y estrategias para prevenirlo, de ahí que instituyera el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

3.3.1 CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE SUICIDA.

- Cambios de hábitos en el dormir y en el comer.
- Retraimiento de amigos, familia o actividades habituales.
- Actos violentos, comportamiento rebelde.
- Conductas autodestructivas.
- Abandono poco usual de su apariencia física.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- Quejas físicas frecuentes como fatiga, dolor de estómago, etc.
- Poca tolerancia de elogios.
- Quejarse de creerse mala persona o persona "horrible".
- Lanzar indirectas como "Pronto dejaré de molestar".
- Poner orden en sus asuntos como regalar posesiones valiosas o hacer limpieza exhaustiva de papeles.
- Ponerse muy contento después de un período de depresión.

3.4 DIFERENTES FORMAS DE SUICIDIO.

Como antes se mencionó, tanto para los adultos como para los jóvenes las enfermedades mentales; la depresión; los trastornos por consumo de alcohol; el abuso de otras sustancias como marihuana o consumo de drogas; la violencia; las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales, sociales y religiosos constituyen importantes factores de riesgo que llevan a las personas a quitarse la vida.

Es importante destacar que asimismo, entre los jóvenes, los factores más comunes de quitarse la vida son perturbaciones mentales, producto de la depresión o el abuso de sustancias; problemas o trastornos de la personalidad, bipolar, de conducta así como la esquizofrenia; factores sociales como una fuerte pérdida o gran desilusión, estrés; o alguna enfermedad crónica incurable que impida ver otra salida. De hecho, entre el 0.4 y 8.3 % de los adolescentes en la pubertad sufren de depresión, cifras que se duplican en el sexo femenino, circunstancia que los profesionales atribuyen a factores biológicos y psicosociales²⁴.

De acuerdo con Maris, Berman y Silverman²⁵; y con la Asociación de Investigación, prevención e Intervención del Suicidio²⁶, para los adolescentes, las formas más usuales de suicidio son las sobredosis de medicamentos o drogas, seguido de uso de arma blanca, disparo de arma de fuego, cortarse las venas, arrojar desde gran altura, ponerse delante de un vehículo en funcionamiento (coche, tren, camión etc.), o ahorcarse (método utilizado con frecuencia en las cárceles entre los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos), la asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación por gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, inmolación, tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento.

Cabe destacar que también hay países que califican como suicidio ciertas muertes supuestamente accidentales, como aquéllas que se producen cuando una persona alcoholizada conduce a 200 kilómetros por hora y muere al chocar contra otro vehículo.

²⁴ Tu Otro Médico. (2014). *El Suicidio en los Adolescentes*.

http://www.tuotromedico.com/temas/suicidio_en_adolescentes.htm.

²⁵ Maris, R.; Berman, A.; Silverman, M., (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press.

²⁶ Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, (2009). *Introducción al suicidio*. Guía del Psicólogo, Vol. 297, pp. 5-8.

Morales y Jiménez²⁷ mencionan que al parecer la elección del método para llevar a cabo el suicidio está vinculado a la influencia sociocultural e incluso geográfica (mar, vía férrea, en zonas agrícolas el uso pesticidas) ya que la zona geográfica está relacionada con el acceso a herramientas que faciliten el acto suicida.

El suicidio con plaguicidas y el suicidio por arma de fuego tienden a reemplazar a los métodos tradicionales en muchos países. El envenenamiento con plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en América Latina, mientras que la intoxicación medicamentosa era frecuente en los países nórdicos y en el Reino Unido. El ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos y el salto al vacío en ciudades y sociedades urbanas como la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China.

Se ha diferenciado entre métodos violentos y no violentos, lo que guardaría relación con la impulsividad del acto suicida, y que son predominantes los actos suicidas violentos en primavera y otoño²⁸.

3.5 ACERCA DEL SUICIDIO DE ADOLESCENTES.

Los motivos detrás del suicidio o intento de suicidio en un adolescente pueden ser complejos. Aunque el suicidio es relativamente raro entre niños, la cantidad de suicidios e intentos de suicidio aumenta significativamente durante la adolescencia. El suicidio es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, de acuerdo con Centers for Disease Control and Prevention (CDC), después de accidentes y homicidio. Se cree además que por lo menos 25 intentos se hacen por cada suicidio de un adolescente.

²⁷ Morales, M.L., Jiménez, I.A., (1996). *El suicidio desde la perspectiva forense*. Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 25, pp. 29-37.

²⁸ Miró G., F., Barbería M., E., Correas S., C.J., Fernández A., E., (2006). *Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica*. España. Bibliopsiquis. <http://www.psiquiatria.com>

“El riesgo de suicidio aumenta drásticamente cuando niños y adolescentes tienen acceso a armas en casa y casi el 60% de todos los suicidios en los Estados Unidos se logran con una pistola”. “Sobredosis con medicamentos de venta libre, de receta médica y sin receta, también es un método muy común, tanto para el intento de un suicidio como para lograr suicidarse”²⁹.

El número de suicidios varía entre niños y niñas. Las niñas piensan en suicidarse e intentan llevarlo a cabo dos veces más que los niños y tienden a intentar suicidarse por medio de una sobredosis de drogas o con objeto punzocortantes. En tanto que los niños fallecen por suicidio cuatro veces más que las niñas, tal vez porque tienden a usar métodos más letales, como armas, colgándose o saltando desde grandes alturas.

3.6 EL SUICIDIO DE LOS ADOLESCENTES.

Con datos de la OMS el suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. Menciona que cada año se suicida casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil habitantes o una muerte cada 40 segundos. Otras fuentes ubican el suicidio como la cuarta causa de muerte en todo el mundo, con más de 9,000 intentos diarios. Sin embargo el suicidio es la segunda causa de mortalidad en la adolescencia. Los problemas psiquiátricos afectan entre 10 y 15% de la población.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr el éxito, inquietudes financieras y otros miedos a medida de que van creciendo. Muchos de los jóvenes que optan por esta solución suelen padecer depresión. Sin embargo, lo que es un hecho definitivo es que el suicidio o las tentativas de él que acontecen en la infancia y en la

²⁹ http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/suicide_esp.html.

adolescencia ocurren en familias desestructuradas, llamadas también disfuncionales. (Véase el del capítulo II, apartado 2.5).

Por los motivos anteriores, hoy en día tanto la depresión como las tendencias suicidas pueden ser tratadas cuando existe sospecha o el adolescente incluso ha amenazado con cometer un acto suicida, En estos casos no se deben pasar por alto estas amenazas. Lo más recomendable es que la familia solicite ayuda profesional y que el adolescente sienta que alguien se preocupa por él.

3.7 INDICADORES DE RIESGO.

Las personas con riesgo suicida realizan manifestaciones prodrómicas del suicidio, es decir, que de alguna manera anticipan a quienes los rodea lo que piensan hacer.

Los indicadores de riesgo pueden ser conscientes o inconscientes y, en muchas ocasiones, es una señal de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente o una petición de ayuda, por eso es conveniente tener en cuenta los indicadores de riesgo siguientes³⁰ y ³¹:

- Verbalizar frases que indican un acto suicida como: "prefiero estar muerto" "cuando me muera me echaréis de menos", etc.
- Escribir notas sobre el suicidio o la muerte (que se pueden clasificar como 1. Notas de disculpa; 2. Basadas en enfermedades incurables; 3. Acusatorias; 4. Con instrucciones; y 5. Una mezcla de todas ellas³².
- Hacer testamento o donar o tirar pertenencias importantes.
- Pasar bruscamente de un estado de ánimo a otro diferente.
- Realizar conductas erráticas, sin objetivo alguno.
- Visitar a amigos y familiares en plan de despedidas.
- Acumular fármacos.

³⁰ Maris, R.; Berman, et-al, op-cit.

³¹ Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, op-cit. pp. 5-8.

³² Matusevich, D.; Pérez B., S., (2009). *Suicidio en la Vejez*. Buenos Aires: Polemos.

- Hablar sobre el suicidio, incluso bromeando.
- Sufrir una depresión mayor.
- Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño.
- Perder el interés en las actividades habituales.
- Abandonar a los amigos y a la familia.
- Aumentar el consumo de alcohol y de drogas.
- Provocar situaciones de riesgo innecesarias.
- Sufrir un aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales.
- Tener un comportamiento temerario.
- Poner orden en los asuntos y regalar posesiones de valor.
- Tener un cambio radical en el comportamiento, en la actitud o en la apariencia del aspecto físico.
- Sufrir una pérdida importante o cambio de vida.
- Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico³³.
- Tener fracaso escolar.
- Acoso o maltrato escolar o familiar (bullying).
- Tener una historia familiar de suicidio o violencia.
- Haber fallecido un amigo íntimo o un miembro de la familia.
- Haberse divorciado o separado recientemente.
- Haber perdido el trabajo o problemas laborales.
- Tener procesos legales inminentes.
- Estar encarcelado (los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos, suelen suicidarse durante la primera semana de cárcel o haber sido excarcelado recientemente)³⁴.
- Provocar conflictos y peleas.
- Infringir la ley.
- Autolesionarse.

³³ Santa M., E.E.; Gallop, R.M., (1998). *Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literatura review*. Can. J. Psychiatry, Vol. 43, pp. 793-800.

³⁴ Muñagorri SS., R.; Peñalver P., M., (2008). *Intentos autolíticos en prisión: Un análisis forense*. Murcia: Anales de psicología, pp. 361-369.

- Haber tenido una conducta previa de suicidio.
- Tener problemas en la esfera sexual.
- Tener escaso o nulo apoyo de la familia y amigos.
- Sentirse marginado.
- Tener sentimientos de culpabilidad.
- Ser rígido, con pensamiento obsesivo, con poca capacidad de resolución de problemas y un autoconcepto negativo³⁵.
- Tener sentimientos de inutilidad y de pérdida de autoestima.
- Expresar sentimientos de desesperanza.

Además toda persona ante de realizar un acto suicida evidencia una serie de síntomas que constituyen el síndrome presuicidal (Ringel 1949, citado por De Leo, 1998³⁶), que consiste en un retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí y la existencia de fantasías suicidas³⁷.

3.8 FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.

Como se mencionó la adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés y lleno de cambios muy importantes: en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos.

El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, etc., puede causar gran perturbación y

³⁵ Rodríguez P., F.; Sierra L., A.; Gracia M., R. J.; González D R., L.; Montes De Oca, D., (1990). *La prevención del suicidio (I): prevención primaria*. México. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, Vol. 11, pp. 47-52.

³⁶ De Leo, D.; Schmidtke, A.; Diekstra, R.F.W., (1998). *Suicide prevention*.

³⁷ FEAFES, (2006). *Afrontando la realidad del suicidio*. Orientaciones para su prevención. Madrid.

resultar abrumadores. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. En ocasiones, el suicidio puede parecer una solución. La mayoría de adolescentes tras un intento de suicidio manifiestan que lo hicieron porque estaban intentando escapar de una situación que se sentían incapaces de afrontar o les parecía imposible de superar, o porque deseaban acabar de una vez por todas con los insoportables pensamientos y sentimientos que tanto les atormentaban. Quizá, quieren escapar de sentimientos de rechazo, dolor o pérdida, o están enfadados, avergonzados o se sienten culpables, o les preocupa decepcionar a sus amigos o familiares o no se sienten o no son queridos o se sienten poco atractivos o maltratados o se creen una carga para los demás.

En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados, hay que tener en cuenta aquellos que de pronto se ven abandonados de manera permanente y muy jóvenes; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente cercano; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etc.³⁸. Otro factor de riesgo en la adolescencia es el debut del trastorno mental (depresivo, bipolar o esquizofrénico) y/o de la drogodependencia.

De manera que algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse en la adolescencia son:

- Antecedentes familiares o trastorno mental o drogodependencia del propio adolescente.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos vitales estresantes no deseados o pérdidas recientes (ruptura familiar, separación de los padres y/o falta de comunicación con los padres).

³⁸ Buendía V., J., (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Violencia familiar (abuso físico, sexual o verbal/emocional, relaciones disarmónicas, padres demasiado estrictos).
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción. Por tanto, para el adolescente debe valorarse como riesgo de suicidio (Pérez Barrero, 2002³⁹):
- La conducta suicida (idea suicida, gestos, amenazas y plan de suicidio, método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etc.).
- Cuadro clínico (enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente).
- Estado psicológico (sentimientos de desesperanza y de complejo de inferioridad que con frecuencia se manifiestan con la depresión, impulsividad, sentimientos de soledad, angustia, sentimientos de culpa, ira, agresividad).
- Acontecimientos vitales estresantes (muerte de algún familiar, fracaso amoroso con pérdida de la relación afectiva, abuso sexual, conflictos con amigos, acoso escolar, fracaso escolar, problemas familiares, etc.).
- Pensamiento rígido, obsesivo y/o dicotomizado (conducta que muestra comportamientos opuestos entre sí, como la impulsividad y la introversión, que muchas veces corresponden a personalidades muy diferentes).
- Hacer frente a bisexualidad u homosexualidad en una familia o comunidad que no lo apoya o en un ambiente escolar hostil.
- Sentimientos de angustia, irritabilidad o agitación.
- Falta de un grupo de apoyo, malas relaciones con los padres o sus pares y sentimientos de aislamiento social.

³⁹ Pérez B., S.A., (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. La Habana: Ediciones Bayano.

- Escasas expectativas de futuro.
- Negativismo.
- Pocos recursos.

Se ha afirmado que la desesperanza es más importante que la depresión para explicar ideaciones suicidas, aunque ambas son variables relevantes ante el acto suicida (Beck y otros, 1993⁴⁰).

Es posible que los adolescentes no busquen ayuda cuando se presentan los pensamientos suicidas porque creen que nada los ayudará o son renuentes a comentarle a alguien que tienen problemas o piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad o desconocen dónde pueden acudir para pedir ayuda⁴¹.

Por otro lado, se ha demostrado que la exposición directa o indirecta al suicidio o las conductas suicidas precede al aumento en las conductas suicidas (contagio) en personas en riesgo de suicidio especialmente en adolescentes y jóvenes.

3.9 ADOLESCENTES CON RIESGO DE SUICIDARSE.

Puede ser difícil recordar cómo se sentía ser adolescente, atrapado en esa área gris entre la niñez y la edad adulta. Por supuesto que es una época de increíbles posibilidades, pero también puede ser un periodo de estrés y preocupación. Se sienten presionados para adaptarse socialmente, tener un buen desempeño académico y actuar con responsabilidad.

La adolescencia también es una época de identidad sexual y relaciones sociales y existe la necesidad de independencia que a menudo está en conflicto con las reglas y expectativas que otras personas establecen.

⁴⁰ Beck, A.T.; Steer, R.A.; Beck, J.S.; Newman, C.F. (1993). *Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression*. (E.U.A.): Suicide Life Threat Behavior, pp. 139-145.

⁴¹ Pérez B., S. A., op-cit.

Los jóvenes con problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o insomnio, corren riesgos más altos de pensar en el suicidio. Los adolescentes que pasan por cambios fuertes en la vida (el divorcio de sus padres, mudanzas, un padre que se va de casa por su servicio militar o por la separación de los padres, o cambios financieros, etc.) y aquellos quienes son víctimas de intimidación, corren mayores riesgos de pensar en el suicidio.

CAPITULO IV

ALGUNAS ESTADISTICAS SOBRE EL SUICIDIO EN GENERAL Y EN LA ADOLESCENCIA

4.1 DATOS GENERALES SOBRE EL SUICIDIO.

El suicidio es una de las principales causas de muerte en nuestro país y a nivel mundial, con especial incidencia entre la población adolescente. México ocupa el cuarto lugar en el contexto de América latina en cuanto al número de suicidios, por debajo de Cuba, Colombia y Brasil⁴².

En la actualidad el índice de suicidios ha ido aumentando drásticamente; según los datos de la OMS en los últimos 45 años se ha elevado en un 60%,. En el año 2000 se calculó que alrededor de un millón de personas en todo el mundo habían fallecido por suicidio y además es la tercera causa de muerte a nivel mundial entre los 15 y los 44 años. En general, el suicidio es una de las principales causas de mortandad en el mundo. Por ejemplo, en 1990 murieron por suicidio aproximadamente 818,000 personas de las cuales 189,500 procedían de países desarrollados. Guibert⁴³ menciona que para el 2020 el suicidio será la décima causa de muerte a nivel mundial teniendo en cuenta todas las edades.

De acuerdo con la OMS, entre las regiones con tasas mayores de suicidio con 13 de cada 100 mil habitantes que murieron por esta causa, está Europa del Este y Europa Central y parte de Asia. Así como Guyana, Suriname y Uruguay en América. Le siguen con 6.5 a 12 suicidios por cada 100 mil habitantes Estados Unidos, Canadá, Cuba, Chile, Argentina, Australia, India y Europa Mediterránea, y

⁴² *Intento de Suicidio en el Adolescente*. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Intento-De-Suicidio-En-El-Adolescente/2593856.html>.

⁴³ Guibert, R., (2002). "*Epidemiología de la conducta suicida*", La Habana: *Revista Cubana Medicina General Integral*, Vol.18, No. 2. http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html.

con una tasa de 6.5 por cada 100 mil habitantes: México, Centroamérica, Brasil, Colombia, Venezuela, Perú, Sudáfrica y Filipinas. En especial para México, los datos del INEGI muestran que Campeche y Yucatán son las entidades donde más suicidios ocurren ya que duplican la tasa nacional, con 9.5 y 9.3 por cada 100 mil habitantes en tanto que Guerrero presenta la menor tasa con 2.6 por cada 100 mil habitantes⁴⁴.

4.2 EL SUICIDIO ENTRE LOS ADOLESCENTES⁴⁵.

A nivel general de acuerdo con el INEGI durante 2011, en el país se registraron 5,718 suicidios, de los cuales 80.80% fueron consumados por hombres y 19.2% por mujeres (véase el cuadro 4.1). Lo que significa que en 2011 ocurrieron 8.2 suicidios por cada 100 mil hombres y 1.9 suicidios de mujeres por cada 100 mil.

La UNICEF en México informa que para 2009 nuestro país contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de los cuales 6.3 millones son mujeres y 6.5 hombres. Para el grupo de adolescentes, de 10 a 24 años, el suicidio es la segunda causa de muerte. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en desarrollo como en los llamados del tercer mundo.

En 2011, se registraron 1775 suicidios en adolescentes de 15 a 24 años (como se aprecia en el cuadro adjunto) Los adolescentes varones representaron el 74.9%, en tanto que el 25.1% correspondió a la mujeres.

⁴⁴ INEGI, Dirección General de Coordinación de los Sistemas Estadístico e Información Geográfica. (2013). Estadística de Suicidios. México: Cuaderno 2, Primera Edición.

⁴⁵ INEGI, OMS. (2013) <http://quo.mx/noticias/2013/09/09/8-datos-del-suicidio-en-el-mundo>. México: Redacción Quo.

CUADRO 4.1

TOTAL DE SUICIDIOS EN MÉXICO Y PARTICIPACIÓN DE LOS ADOLESCENTES

AÑOS 1999 – 2004 - 2011

Año 1999	Total	Hombres	Mujeres
Total del País	2,531	2,142	389
Adolescentes	843	684	159

Año 2004	Total	Hombres	Mujeres
Total del País	3,324	2,753	571
Adolescentes	915	729	186

Año 2011	Total	Hombres	Mujeres
Total del País	5,718	4,621	1,095
Adolescentes	1,775	1,329	446

Cuadro 4.3

Año 1999	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total del País	100.0	84.6	15.4
Adolescentes	100.0	81.1	18.9

Año 2004	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total del País	100.0	82.8	17.2
Adolescentes	100.0	79.7	20.3

Año 2011	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total del País	100.0	80.8	19.2
Adolescentes	100.0	74.9	25.1

Cuadro 4.4

Año 1999	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total del País	100.0	100.0	100.0
Adolescentes	33.3	31.9	40.9

Año 2004	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total del País	100.0	100.0	100.0
Adolescentes	27.5	26.5	32.6

Año 2011	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total del País	100.0	100.0	100.0
Adolescentes	31.0	28.8	40.7

Nota: El renglón de adolescentes se formó sumando los suicidios de los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años.

Fuente: INEGI, Dirección General de Coordinación de los Sistemas Estadístico e Información Geográfica; Estadística de Suicidios, Cuaderno 2, Primera Edición, México, 2013.

Finalmente es necesario mencionar que las cifras para el 2011 son las más recientes y fueron tomadas, como antes se mencionó, del INEGI y que las cifras totales para los adolescentes se determinaron sumando los dos grupos quinquenales de 15 a 19 años de edad con el de 20 a 24 años.

4.3 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ENTRE LOS JÓVENES, POR SEXO.

Por su parte, con datos del 2009 del INEGI, las principales causas de muerte entre los jóvenes varones son: las agresiones, seguidas de los accidentes y las lesiones autoinfligidas, en donde se ubican los suicidios: Sin embargo para el caso de las mujeres las principales causas de muerte se deben más a enfermedades. Como se aprecia en el siguiente cuadro.

CUADRO 4.2

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO POR SEXO PARA EL GRUPO DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD

HOMBRES	MUJERES
<ul style="list-style-type: none">• Agresiones.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades del corazón.
<ul style="list-style-type: none">• Accidentes (de tráfico de vehículos de motor)	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus.
<ul style="list-style-type: none">• Lesiones autoinfligidas intencionalmente.	<ul style="list-style-type: none">• Tumores malignos (de la mama, del cuello del útero, del hígado y de las vías biliares intrahepáticas).

Fuente INEGI, estadísticas permanentes. Datos para el 2009.

Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida de una persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones puede ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida de las personas. En ese sentido, el suicidio se ubicó como la tercer causa de muerte en México en ese grupo de edad con 8.6%, por debajo de agresiones que tiene el 24.2% y accidentes de transporte con 16.1%.

El lugar donde se ejecuta el suicidio se liga con el método empleado, pero el principal sitio donde ocurren en México, tanto en hombres como en mujeres, es dentro de la vivienda particular (80.6 y 70.3%, respectivamente).

El acceso a los medios para quitarse la vida es un factor importante de riesgo que determina si el intento se consuma o no. El ahorcamiento o sofocación

es el principal método utilizado en México (78.1% en hombres y 72.4% en mujeres), en segundo lugar está el disparo con arma (12.1%) y le sigue el envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas (16%). De acuerdo al nivel educativo de quienes consumaron el suicidio, el mayor porcentaje correspondió a quienes contaban con secundaria completa con 24.3% en México.

4.4 OTROS DATOS SOBRE EL SUICIDIO ENTRE LOS ADOLESCENTES.

La OMS celebra cada 10 de septiembre el “Día Mundial para la Prevención del Suicidio”, y ese día, del el año 2012, se llevó a cabo una conferencia en La Universidad de Guadalajara Jal.⁴⁶: sobre el “Riesgo Suicida: Clasificación e Intervención” llegando a conclusiones en extremo importantes sobre el suicidio entre los jóvenes y dando a conocer estadísticas básicas del suicidio en esta etapa de la vida y que algunas de ellas se presentaron líneas arriba, motivo por lo que en este apartado solo haremos un brevísimo comentario al respecto.

Con el patrocinio de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), la OMS y sus colaboradores recomiendan una terapia adecuada y medida de seguimiento para quienes han intentado suicidarse y yo agregaría en especial para la familia. Las causas de suicidio entre los jóvenes que menciona el informe son desamor, problemas familiares y económicos (aunque existe un sinnúmero de causas no mencionadas). Concluye que las mujeres optan por las pastillas o corte, mencionando que estos métodos no son totalmente letales, en cambio los hombres si lo logran prácticamente al primer intento.

De acuerdo con otra investigación publicada el 8 de agosto del 2013⁴⁷, el suicidio en México se ha convertido en un problema que afecta principalmente a los jóvenes, quienes ante situaciones de desamor, problemas familiares y económicos

⁴⁶ Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, (2012). *Riesgo Suicida – Clasificación e Intervención*. <https://www.google.com.mx/#q=suicidios+en+mexico>.

⁴⁷ Redacción/Sinembargo. Mx. (2013) De revista, México. Tiempo Real, Periodismo Digital. <http://www.sinembargo.mx/08-09-2013/746360>. México: Gaceta del Senado.

optan por quitarse la vida. La investigación concluye que como antes ya habíamos apuntado el método más usado es el de ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación; siguiéndole el disparo de arma y el envenenamiento.

CAPITULO V

EL DUELO Y LA REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA POR EL SUICIDIO DE UN ADOLESCENTE

5.1 DEFINICIONES DE DUELO.

Sigmund Freud⁴⁸ definió el duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”. Durante el duelo la persona experimenta una pérdida real del objeto, y el proceso por el que él atraviesa, se prolonga por el tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida y el sujeto pierde el interés por el mundo exterior, sustrayendo la libido de todo objeto que lo remita al objeto perdido.

El duelo es la reacción natural de la psique ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la persona⁴⁹. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe⁵⁰.

Cuando una persona sufre una pérdida irreparable reacciona con un sentimiento de malestar normal y esperable, presenta problemas de adaptación ante la nueva realidad, la cual consta de varios síntomas de índole racional y/o afectiva; a todo esto es lo que se denomina duelo. Durante este tránsito de pérdida la persona enfrenta un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que se

⁴⁸ Freud, S., (1979), *Duelo y Melancolía*, 1915-1917. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIV.

⁴⁹ Domínguez, R., (2014) “*El Duelo Completo*”, AMTAC. Material de clase Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. México.

⁵⁰ Navarro S., M. (2006). *La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir*. Sevilla: Información Psicológica; p.17.

ponen en marcha. Estas respuestas transcurren generalmente como una reacción adaptativa normal⁵¹.

De acuerdo con Barreto y Soler, el “duelo no es una enfermedad, sino que se trata de un acontecimiento vital negativo que puede llegar a ser de gran intensidad, especialmente cuando la pérdida se refiere a la muerte de un ser querido”⁵².

5.2 ¿QUÉ ES EL DUELO?

Como mencionamos, el duelo es el proceso psicológico de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida, pudiendo ser de un empleo, un ser querido, una relación afectiva, una mascota, algún objeto significativo, etc. y aunque hablamos de respuesta emocional de la pérdida, el duelo tiene también componentes físicos, cognitivos, filosóficos, de conducta y sociales, que son vitales en el comportamiento humano y que han sido muy estudiados a lo largo de la historia. La intensidad y la duración de este proceso generalmente son proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En la actualidad se encuentra en discusión el tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como sucede con los seres humanos, ya que en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres⁵³.

Como seres humanos nos resistimos a aceptar que somos mortales, y cada vez que sufrimos alguna pérdida parece como si fuera la primera vez; sin embargo, demos aceptar que cada duelo es único, en donde no hay jerarquías y se carece de fecha de expiración. Cada uno de nosotros vive su duelo de manera, personal e intransferible; dinámica, y cambiante momento a momento. El proceso dependerá de las el tipo de relación afectiva que tenga la persona con el fallecido; duración de la enfermedad mortal o terminar así como la agonía, en caso de existir. También es

⁵¹ Victoria, C.R., Grau, J., Infante, O. (2013). *Duelo y proceso salud-enfermedad: La atención primaria como escenario para su atención*. Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral.

⁵² Barreto, P., Soler, M.C. (2007). *Muerte y Duelo*. Madrid: Editorial Síntesis, p. 15.

⁵³ http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_%28psicolog%C3%ADa%29.

de suma importancia considerar el grado de parentesco; circunstancias de la muerte; aspecto del cadáver; grado de dependencia; sexo del superviviente; soporte familiar, social y de redes sociales. Además de tener en cuenta las ideas religiosas, filosóficas o espirituales y, finalmente, la presencia (o no) de otras experiencias de duelo; y de la forma de ser que transita por este proceso.

A lo anterior habría que añadir, que la elaboración del duelo puede diferir considerablemente dependiendo de los factores culturales y sociales, locales o regionales (duelos diferentes en países diferentes). Si bien no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y el apego que el deudo tenía con el fallecido. Otro factor que es necesario considerar es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte, con lo que se puede dar un duelo solidario.

Dependiendo de cada caso, el trabajo de duelo que va a realizar la persona será más o menos difícil y también podrá ser más o menos largo, no obstante, cuando se trata de un “duelo normal”⁵⁴, llega el momento en que la persona comienza a aceptar la pérdida y a comprender que deberá continuar con su vida. Finalmente hay que tomar en cuenta que por su carácter estresante el duelo se puede constituir en un riesgo de enfermedad o llegar a ser un proceso sin solución y convertirse en patológico. El duelo no resuelto puede llegar a provocar un estado de aflicción permanente con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor⁵⁵⁻⁵⁶.

5.3 TIPOS DE DUELO⁵⁷.

Existen diferentes tipos de duelo a los cuales se les puede nombrar de diversas formas, en ocasiones éste empieza mucho antes de la muerte, “duelo anticipatorio”; o es muy cercano al fallecimiento (horas, días); “duelo agudo”;

⁵⁴ Nota: Deus dedit, Deus abstulit (Dios me lo dio, Dios me lo quitó) El término “duelo normal”, abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Gómez Sancho, M. (2007). *La Pérdida de un Ser Querido: El Duelo y el Luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L., p. 71.

⁵⁵ Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; pp. 38-40.

⁵⁶ Gómez Sancho, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L., pp. 589-622.

⁵⁷ Domínguez, R., op-cit.

continúa después como “duelo temprano” (primeras semanas, meses), “duelo intermedio” (meses, años) y “duelo tardío” (años) y probablemente no acaba nunca, y siempre queda una marca indeleble en la persona, a esto es lo que se le llama “duelo latente”, mismo que se puede reactivar en cualquier momento.

Cuando el duelo está solucionado el recuerdo de la persona fallecida ahí queda, sin embargo se puede transitar por la vida sin que el recuerdo llegue a lastimar, en este caso lo podríamos llamar un “duelo bien elaborado”. Es necesario mencionar que el tipo de duelo también depende del grado de unión sentimental con la persona; esta unión puede ser muy fuerte o cercana, o muy débil y lejana lo que condiciona al tipo de duelo que se va a tener. En otras palabras el tipo de convivencia entre la persona fallecida y sus deudos determina fuertemente el tipo de duelo que se va a tener.

En otras ocasiones el duelo es muy ligero o no se padece, debido a que la persona sufrió mucho con el fallecido, (sobre todo cuando se presentó –en vida- violencia familiar o conyugal) en otras ocasiones el duelo es más ligero cuando se presenta una enfermedad terminal muy prolongada y la muerte es más conveniente y una solución para los deudos, aunque no siempre deseada.

Por todas estas características es difícil tener una clasificación única de los duelos, sin embargo la tabla que se presenta enseguida es tan sólo una aproximación; es necesario aclarar que también se puede presentar una combinación de varios duelos, por ejemplo Intermedio con Agudo; o Latente (que no acaba nunca) con Agudo, por sólo mencionar dos de ellos.

CUADRO 5.1
DIFERENTES TIPOS DE DUELO

DUELO	TIEMPO APROXIMADO	ALGUNAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES
Anticipado:	Éste puede empezar mucho antes de la muerte.	Se empieza a padecer cuando a la persona se le diagnostica con una enfermedad terminal. Muy cercano al fallecimiento (horas, días). Existe pena y aflicción, estrés y sufrimiento tanto en la familia que está iniciando el duelo como en el enfermo que está enfrentando el diagnóstico y sabe que va a morir.
Agudo:	En el tiempo inmediato al fallecimiento (horas o días).	Demasiado impactante para los deudos que pueden presentar cuadros de angustia o depresión severa. Podría llegar a necesitar atención médica, psiquiátrica o psicológica.
Temprano:	Primeras semanas, incluso meses.	
Intermedio:	Meses, tal vez el primer o primeros años.	
Tardío:	Varios años.	
Latente:	No acaba nunca.	Toda la vida se va a estar recordando al fallecido y se va a estar sufriendo sólo con el recuerdo.
Bien Elaborado:	Los deudos sufren cuando se produce el fallecimiento y poco a poco se van readaptando a la nueva situación.	Se puede vivir con el recuerdo de la persona fallecida, el sufrimiento va cediendo con el paso del tiempo.

De acuerdo con Alizade⁵⁸, el Pre-Duelo es la vivencia de pérdida de un ser querido anterior a su muerte. El familiar no puede reencontrar: “al ser querido de antes”; lo ven como alguien que ha modificado su carácter y su cuerpo en forma negativa. El enfermo “Muere antes de morir”.

Si bien el duelo se da tras la muerte, su elaboración puede comenzar antes. El pre-duelo, sin embargo, no debe confundirse con un elaboración previa, sino que más bien se trata de la vivencia por la que ya no encontramos en el ser querido a aquél que recordamos, no porque haya muerto, sino porque el proceso terminal lo hace diferente a como era antes.

La pérdida de capacidades físicas y cognitivas que produce una enfermedad llevan a la desfiguración de las personas, a lo cual se unen los medios de la persona afectada por el pre-duelo ante la, más o menos, inminente pérdida del ser querido; todos estos elementos confluyen para crear este estado o vivencia.

Duelo Retardado, Inhibido o Negado. Se nombra de esta forma debido a que es patogénico y porque además no se afronta la realidad de la pérdida. Pareciera que mantienen el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. Se preocupan más por ayudar a los familiares o de diversas diligencias y no se ocupan de ellos mismos. Puede también haber una manifestación de desplazamiento⁵⁹.

Por su parte algunos otros autores hablan del Duelo Crónico debido a que se manifiesta durante años, sobreviviendo con constantes recuerdos; tiene la característica de que puede haber aislamiento de la persona durante el duelo.

El duelo también puede ser complicado cuando se acentúan los procesos de culpabilidad; se favorece la somatización, la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas y se bloquea el trabajo de duelo en tiempo prolongado. Por su parte, el Duelo Patológico tiene como principal característica que perturba la

⁵⁸ Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

⁵⁹ Gómez Sancho, M., op-cit., pp. 589-622.

actividad mental ya que se pueden presentar “Trastornos de personalidad” tales como: Depresión, Ideación suicida, Baja autoestima, Aislamiento total, Consumo excesivo de alcohol y de psicofármacos, Sueños repetidos de salvar o destruir a la persona amada, Esperanza crónica de retorno de esa persona.

Antes de finalizar debemos mencionar tanto el Duelo Colectivo como el Duelo que se presenta después de algunas Catástrofes. El primero se refiere a que todo el país, la comunidad o algún grupo, está de luto por la muerte de un dirigente, mandatario, presidente, pontífice, ídolo o una persona muy destacada en cualquier ámbito o actividad, etc. Un ejemplo de este tipo fue la muerte de “Nelson Mandela en Sud África o recientemente el fallecimiento del escritor Gabriel García Márquez, en México. Por su parte, en el caso de Duelo por Catástrofe, de acuerdo con Robert Lifton, el duelo de los sobrevivientes presentan ciertas características como las siguientes: Tienen la huella o ansiedad de la muerte o un encuentro permanente con la muerte; existe sentimiento de culpabilidad por sobrevivir; sospechas de que el cuidado es falso; lucha por encontrar significado a la tragedia; y el instinto de supervivencia colapsa.

CUADRO 5.2
OTRAS CLASIFICACIONES DE DUELO

DUELO	TIEMPO APROXIMADO	ALGUNAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES
Pre-Duelo:	Vivencia de pérdida de un ser querido anterior a su muerte. El enfermo "Muere antes de morir".	El duelo se da tras la muerte; los deudos comienzan a elaborar el duelo aunque la persona no haya fallecido ya que el enfermo se convierte en un desconocido porque el proceso terminal lo hace diferente a como era antes.
Retardado, Inhibido o Negado:	No se afronta la realidad de la pérdida.	Se preocupa uno por los sentimientos de los demás sin darse cuenta del propio dolor.
Crónico:	Duración excesiva	Se sobrevive con recuerdos constantes. Se presta al aislamiento. Se exalta el dolor en fechas específicas. Nunca llega a una conclusión satisfactoria.
Complicado:	Se extiende en el tiempo.	Se acentúan los procesos de culpabilidad y se favorece la somatización; se bloquea el trabajo de duelo. Todas estas anomalías derivan a otro tipo de patología psiquiátrica que desborda la entidad del duelo en sí mismo. Se presenta cuando ya no hay duelo en sí, sino que éste ha desembocado en un cuadro depresivo neto.
Patológico:	El dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo	Se perturba la actividad mental por lo que se presentan trastornos de personalidad y se pierde funcionalidad. La intensidad del dolor no cuadran con la personalidad previa del deudo; se impide o dificulta amar o interesarse en otras personas y el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, siendo incapaz de hacer frente a sus responsabilidades, y vive retraído, sin más ocupación que la rememoración del muerto.
Colectivo:		Todo un grupo o una comunidad están de luto por la muerte de un dirigente, mandatario, pontífice, ídolo, algún personaje culturalmente importante, alguien destacado, etc. La consternación y el horror puede sumir a todo un país en un luto masivo; hay reacción de pena colectiva. También se puede suscitar una histeria sentimental colectiva que es un fenómeno social y psicológico aún no explicado suficientemente.
Catástrofes:		Los sobrevivientes tienen la huella o ansiedad de la muerte; existe sentimiento de culpabilidad por sobrevivir; luchan por encontrar significado a la tragedia. Además, el instinto de supervivencia colapsa.

5.4 LAS ETAPAS DEL DUELO.

De acuerdo con Elisabeth Kübler-Ross⁶⁰, existen cinco fases en el duelo: Negación y aislamiento; Ira; Negociación; Depresión; y Aceptación. Para el caso del duelo por suicidio, habría que agregar la etapa de la Vergüenza. Al principio, predomina la incredulidad; después, el doliente sufre y desea con vehemencia el regreso del fallecido, es decir, se presenta la negación; posteriormente se presenta el enfado y la rabia, más adelante se intenta negociar inclusive (de acuerdo con sus escritos) hasta con Dios para que todo vuelva a la “normalidad” y al no ser así, se presenta la enorme y profunda tristeza, hasta que finalmente, y poco a poco, se infiltra la aceptación.

5.4.1 NEGACIÓN.

La primera reacción que se presenta ante la muerte de un ser querido, es la negación y rechazo del hecho. Es un sentimiento de que la persona sigue estando viva; no se acepta que ya murió por lo que se espera su regreso. Esta suele ser una reacción universal y “normal” que se debe respetar, entendiendo a sus deudos como sujetos de un gran sufrimiento. De primer impacto, les resulta imposible aceptarla y es por esto que se va a rechazar con mucha fuerza. La negación es una defensa permite amortiguar el dolor para poder recobrarlos. Puede ser que algunos años después, en determinados momentos, nos resultará todavía difícil de creer y aún nos preguntamos si no habrá sido sólo un sueño. Sin embargo, esto va cediendo con el paso del tiempo.

Tratándose de un suicidio, cuando se recibe la noticia, a pesar del dolor, es importante asumir la realidad la cual puede resultar terrible e insoportable y esto nos obliga a aferrarnos a otras hipótesis, en especial si las circunstancias de la muerte nos hacen pensar en un accidente o en un homicidio ya que puede existir una reacción de mala adaptación a la pérdida. En ocasiones, algunas personas

⁶⁰ Kübler-Ross, E., (1972). *Sobre la Muerte y los Moribundos –Alivio del Sufrimiento Psicológico-*. New York: Ed. Macmillan Publishing Company. (2012), Re-editado e impreso en México.

rechazan absolutamente la realidad del suicidio y esto puede provocar que se convierta en un estado de negación permanente. Cuando esto sucede, el trabajo de duelo se bloquea y pueden aparecer algunas otras complicaciones asociadas a problemas de salud como depresión, ansiedad generalizada, crisis de angustia, deterioro en la salud física y en ocasiones agravado por abuso de alcohol o psicofármacos que pueden llevar al doliente a un estado poco funcional.

5.4.2 LA IRA.

El suicidio provoca rabia, resentimiento, ira, odio, envidia. En esta etapa, estos sentimientos surgen de manera incontrolable y se manifiestan contra: de Dios, la vida, la familia, los doctores, y aún contra el propio "YO", etc. En esta fase surgen todos los cuestionamientos, es decir, el ¿por qué?; Cuando se trata de hijos, esta etapa es difícil de afrontar por los padres y todos los que los rodean ya que la Ira se desplaza en todas direcciones, aún de manera injusta. Como se mencionó, es hasta cierto punto "normal" sentirse enojado con el destino porque se considera injusto morir así; enojados con todos aquéllos que consideramos de alguna manera responsables; enojados con la sociedad; y a veces hasta con Dios y con la vida misma porque permitieron que sucediera esa catástrofe, esa tragedia. A la Ira debemos agregar, en ocasiones, la envidia y el resentimiento, la rabia y el odio. Se le tiene envidia a cualquier persona que simboliza vida o energía ya que en ella se proyecta el resentimiento de que el ser querido ya no está o se encuentra en buen estado de salud, etc. Los padres o deudos suelen quejarse de todo; todo les parece mal y es criticable. Pueden responder también con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes rodean a los padres no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más violencia o con más ira, ya que esto fomenta la conducta hostil del doliente.

La rabia y el enfado pueden dirigirse también hacia el propio fallecido. El suicidio puede vivirse como una traición, como una falta de amor, como una falta de responsabilidad, como una debilidad por lo que hizo ya que no tuvo el valor de seguir adelante. En este contexto la rabia es una reacción habitual en el duelo después de

un suicidio. Si no nos permitimos vivir hasta el final este sentimiento cuando aparece, se corre el riesgo de que surja de nuevo más adelante, complicando el proceso de duelo. La rabia suele aparecer mezclada con otros sentimientos como la pena, el amor o el apego. Por eso la persona en duelo suele buscar la manera de reprimirla, de tajarla, al considerarla “inadecuada”, cuando en realidad es una emoción normal y para nada reprochable.

5.4.3 LA NEGOCIACIÓN O REGATEO.

Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con Dios, con la familia, con los allegados, con la vida, etc., surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para superar la vivencia tan traumática. En ocasiones, se ofrece cambiar los hábitos cotidianos por algo que aligere el dolor. El familiar busca “portarse bien” o buenas conductas para lograr un consuelo; pero en el fondo, lo que realmente busca es liberarse de culpas.

5.4.4 LA DEPRESIÓN.

Cuando ya no es posible seguir negando el hecho; continuar enojados por lo que paso o simplemente las negociaciones no llevan a nada, la persona se debilita; puede adelgazar, y pueden también aparecer otros síntomas además de verse invadida por una profunda tristeza. La depresión es la fase de mayor duración, aunque este es generalmente, temporal y que ayuda a prepararse para la aceptación de la realidad. Si se permite afrontar, expresar y vivir el dolor, esto ayudará al doliente a salir adelante, atravesar el camino del dolor es lo más difícil, sin embargo es el mejor aliado para crecer en el duelo.

En esta etapa se requiere de mucha comunicación verbal entre los miembros de la familia y personas allegadas ya que el sobreviviente tiene bastantes cosas que compartir; es importante dejarlo hablar, que descargue su tristeza, sus miedos, sus corajes, sus dudas; verdaderamente necesita hablar, llorar, gritar, y sólo requiere ser escuchado, abrazado, acariciado; los acompañantes ayudan mucho si sólo escuchan, permanecen en silencio y a su lado, toman la mano del

doliente, etc., ya que no es conveniente una excesiva intervención para animarlo porque esto dificultará el proceso de duelo ya que no le permiten al doliente sacar y expresar sus emociones y sentimientos.

5.4.5 LA ACEPTACIÓN.

Quien ha pasado por las etapas anteriores en las que fue posible expresar sus sentimientos (la envidia de los que no sufren, la ira, el miedo, el dolor por la pérdida de la persona y la depresión) podrá esperar el futuro con más tranquilidad. No se debe creer que la aceptación es una etapa de felicidad ya que inicialmente está desprovista de sentimientos. Lo que sí es verdad es que inicia un sentimiento de paz; se puede estar bien solo o acompañado y no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor. La vida se va imponiendo.

También se puede abrigar la esperanza de que todo el dolor tiene algún sentido; creer que la vida espera de uno algo importante y trascendente. Buscar y encontrar una misión que cumplir, redefinir el nuevo proyecto sin la persona. Todo ello es un gran estímulo para los sobrevivientes.

5.5 MANIFESTACIONES DEL SOBREVIVIENTE DURANTE EL DUELO.

De acuerdo con J. William Worden⁶¹ estas manifestaciones se dividen en cuatro dimensiones: lo afectivo (sentimientos), físico o fisiológico, el comportamiento (conducta) y lo cognitivo (pensamientos). No obstante que estas manifestaciones pudieran catalogarse como negativas, son totalmente normales (véase el siguiente cuadro):

⁶¹ Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

CUADRO 5.3

MANIFESTACIONES DEL DUELO NORMAL

SENTIMIENTOS	SENSACIONES FÍSICAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza, apatía, abatimiento, angustia • Enfado, ira, frustración • Culpa y Autoreproche • Ansiedad • Soledad, abandono • Fatiga • Impotencia e indefensión • Shock • Anhelo • Emancipación y/o alivio • Alivio • Insensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la Morbimortalidad • Vacío en el estómago • Opresión en el pecho y/o garganta • Hipersensibilidad al ruido • Sensación de despersonalización • Falta de aire • Palpitaciones • Debilidad muscular • Falta de energía • Dolor de cabeza • Sequedad de boca
CONDUCTAS:	COGNICIONES:
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño y/o alimentarios • Conducta distraída • Aislamiento social • Soñar con el fallecido • Evitar recordatorios del fallecido • Buscar y llamar en voz alta • Suspirar y/o llorar • Hiper-hipo actividad • Visitar lugares o portar objetos que recuerden al fallecido • Atesorar objetos que pertenecían al fallecido 	<ul style="list-style-type: none"> • Incredulidad / irrealidad • Confusión • Preocupación • Sentido de presencia • Alucinaciones (visuales y/o auditivas) fugaces y breves • Dificultades de concentración, atención y memoria • Pensamientos e imágenes recurrentes • Obsesión por recuperar la pérdida • Distorsiones cognitivas

La personalidad, la historia personal, las vivencias en relación con pérdidas previas o el momento vital de la persona, son factores determinantes en la forma de manifestar el duelo y en su evolución posterior.

5.6 EL DUELO POR SUICIDIO.

Como se dijo anteriormente, “el duelo es el proceso psicológico de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (de un empleo, de un ser querido, de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo tiene también componentes físicos, cognitivos, filosóficos, de conducta y sociales, que son vitales en el comportamiento humano y que han sido muy estudiado a lo largo de la historia. La intensidad y la duración de este proceso y de sus correlatos serán proporcionales a la dimensión y al significado de la pérdida”.

En el caso de la muerte por suicidio, debemos agregar a lo anterior que este acontecimiento deja tras de sí muchas interrogantes que no tendrán respuesta, no obstante que exista una carta póstuma. La causa de la muerte es importante para reconocer la pérdida y se hace muy difícil para los sobrevivientes no encontrar las respuestas. En estos casos, sólo hay confusión sin explicaciones congruentes. Existe una urgente necesidad de encontrar una justificación racional, una causa medianamente aceptable. El doliente reconstruye obsesivamente los eventos y el escenario en que sucedieron, buscando entender esa muerte y obtener control sobre ella.

Asimismo se presentan en el doliente emociones negativas tales como confusión por no entender el motivo del por qué lo hizo; culpabilidad, ya que se acusa uno a sí mismo por no haber emprendido acciones para evitar que esto sucediera. Pueden presentarse sensaciones de impotencia y rabia, así como preocupaciones por algún suceso que se interpreta como causa de la decisión del suicida; existen también sentimientos de fracaso en el rol (sobre todo en la madre), de tristeza, de gran culpa, de soledad, de pérdida, de miedo, de traición y abandono, de baja autoestima y algunos otros; además, por lo regular, se estigmatiza el hecho, la familia se convierte en los padres de quien se suicidó, o el hermano/a de..., etc. En nuestra cultura muchas veces, después de un evento de estas características, la familia rechaza hablar de ello con otras personas, debido al estigma y a la

vergüenza que frecuentemente acompañan al suicidio hecho que lo pueden llevar toda la vida, e incluso, cuando se convierte en un secreto familiar, el duelo puede durar varias generaciones.

Si el ser querido era una persona depresiva o había realizado varios intentos de suicidio es aparentemente normal que se presenten, a un mismo tiempo, sentimientos aparentemente contradictorios: por un lado una gran tristeza por su pérdida, y por el otro un gran alivio porque todo ha terminado; ya no habrá que preocuparse más porque lo peor, lo más temido, ya paso. La convivencia con este tipo de personas que sufren tanto, es muy doloroso y desgastante para quienes les rodean.

También pudiera sentirse vergüenza por lo que su familiar ha hecho, especialmente si su cultura lo ve como algo pecaminoso o desgraciado⁶² ⁶³. En ocasiones, pueden presentarse síntomas, tales como pesadillas de imágenes intrusivas y miedo referido a la posible vulnerabilidad de cometer suicidio del propio doliente⁶⁴, o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve⁶⁵.

Para agravar la situación, es probable que la familia no encuentre en su entorno la ayuda que les hubieran brindado si la muerte hubiera sido causada por accidente o enfermedad. A lo anterior debemos agregar que en estos casos no existe un cierre en la relación, no hubo una despedida ni se pueden resolver asuntos pendientes.

Por otra parte, estas manifestaciones que acompañan al duelo por un suicida, no son privativas de la familia nuclear y parientes biológicos muy vinculados al difunto, sino que también impactan a los amigos, compañeros de trabajo o escuela, jefes, maestros, a otros pacientes (en el caso de suicidio en hospitales), a

⁶² Pérez B., S.A. (b). (2010). *El duelo por un suicida. Características y manejo*. Conferencia Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. La Habana: Consejo Nacional de Sociedades Científicas. Ministerio de Salud Pública de Cuba.

⁶³ Bassaluzzo T., S. (2012). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. España: Consejería de Salud de Andalucía: Editorial Alsur; pp. 83-85.

⁶⁴ Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. (2011). *The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis*. Clin Psychol Rev., pp. 69-78.

⁶⁵ Pérez B., S.A., (b), op-cit.

médicos, enfermeras, psicólogos, tanatólogos y a la comunidad que estuvo vinculada estrechamente con el suicida.

La tragedia de la muerte de un joven debido a desesperanza o frustración abrumadoras resulta devastadora para la familia, los amigos y la comunidad que lo rodeaba. Padres, hermanos, compañeros, entrenadores y vecinos podrían quedarse con la duda si pudieron haber hecho algo para impedir que ese joven decidiera suicidarse. Es muy importante que los sobrevivientes del suicida tengan presente que no pudieron elegir por él o por ella, que la decisión fue totalmente personal.

A medida que el marasmo de emociones vaya calmándose, surgirá poco a poco la aceptación. Los dolientes deberán darse tiempo porque un duelo por suicidio necesita más tiempo para sanar. Se requiere ser paciente con uno mismo y esperar que llegue el día en que puedan aceptar la elección de quien decidió quitarse la vida.

El sufrimiento puede enseñar a dar un nuevo sentido a la vida, a cambiar los valores y las prioridades. Quizás parezca imposible, pero poco a poco se irán sintiendo mejor, y podrán encontrar la capacidad interna que tenemos de perdonar, y de reconciliarnos con la paz que merecemos.

5.7 EL PROCESO DE DUELO POR SUICIDIO, EN LA FAMILIA.

El suicidio de un ser querido provoca un estado de shock emocional, especialmente si no existía algún indicio de que esto pudiera ocurrir. Este estado puede durar horas, días o incluso más tiempo. No es posible de momento asimilar todo el dolor, toda la carga de emociones. Esta muerte tan repentina, tan dramática, tan violenta, sumerge durante un tiempo, a todas las personas cercanas al fallecido, en un estado de intensa perturbación; el suicidio se vive como un auténtico marasmo, una sacudida. Jorge Bucay⁶⁶, menciona al respecto que pasado el

⁶⁶ Bucay, J., (2013). El Camino de las Lágrimas. México: Océano Exprés., p.83.

impacto inicial, estas reacciones perfectamente naturales y comprensibles, van a dar paso al trabajo de duelo, ese doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, que tiende a la adaptación y armonización de la situación interna y externa de la nueva realidad de los dolientes.

Para los padres, la muerte de un hijo es la pérdida más dolorosa que se puede tener y cuando esta pérdida es por suicidio, el dolor y la pena se ven multiplicadas a la máxima potencia. El duelo por este tipo de pérdida regularmente se acompaña de tristeza, temores, enojo, rabia, confusión, preocupaciones, culpabilidad, agotamiento o, simplemente, una especie de vacío sentimental⁶⁷. La ausencia de ese ser querido puede afectar de forma grave las relaciones con el mundo y con otras personas.

Por su parte, la Dra. Galia C. Castro Campillo⁶⁸, cita “que el suicidio de un ser querido, es una tragedia devastadora, que deja despedazada la vida de los sobrevivientes y que produce un duelo muy traumatizante”⁶⁹. “Es la expresión de una vida rota abruptamente; es la manifestación de una voluntad expresa de acabar con la propia vida y, por tanto, es juzgado por una colectividad que comparte una serie de valores y creencias. Con frecuencia, estos actos de juzgar al actor y a la familia de procedencia son de tipo estigmatizante, situación que hace aún más difícil el duelo en los dolientes. En virtud de estos elementos, la familia suele recibir menos apoyo social que en los casos de otras muertes. Ante estas pérdidas, la presunción del mundo seguro y predecible se estremece sin previo aviso y se alteran o invalidan nuestras creencias y noción de invulnerabilidad”⁷⁰.

A lo largo de la etapa de duelo, es normal que se perciba que la realidad se ha desvirtuado totalmente, que el sentido de la vida se ha perdido y que el corazón

⁶⁷ Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo. La pérdida de un ser querido*. Barcelona: Muscaria; p.36.

⁶⁸ Castro Campillo, G., (2014). *Suicidio*. AMTAC. Material de clase. Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. México.

⁶⁹ Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., Zisook, S., (2012). *Suicide bereavement and complicated grief*. *Dialogues Clin Neurosci.*, p.86.

⁷⁰ García-Viniegras, C. R.; Pérez Cernuda, C. (2013). *Duelo ante muerte por suicidio*. La Habana: Revista Habanera de Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext.

se encuentra totalmente roto, especialmente si la persona fallecida era altamente significativa y la pérdida ha ocurrido de manera sorpresiva, en circunstancias inesperadas y repentinas, como es el caso de un accidente, un suicidio o un homicidio; el sufrimiento por la pérdida en estas circunstancias es más agudo y traumático y las reacciones son más severas, pudiendo llegar a ser complicadas⁷¹ ⁷² ya que por lo inesperado e imprevisto del suceso sus mecanismos para enfrentar la situación resultan insuficientes. Con este tipo de muerte, se provoca por lo regular un shock doloroso que va acompañado por una distorsión de la realidad ya que cuesta trabajo creer lo que ha sucedido y que alguien cercano ha muerto y en determinada circunstancia. Este estado de choque sobrecarga las capacidades de reaccionar y el superviviente se siente aturdido y en ocasiones insensible. Cuando esto sucede, es común que los seres queridos que quedaron sientan que jamás volverán a ser felices⁷³.

Algunos de los factores desencadenantes de que una muerte sea traumática y el duelo más complicado, son lo inesperado, lo sorpresivo y no anticipado de la muerte; la violencia, no obstante que no haya sangre o golpes; la mutilación o destrucción del cuerpo; si la muerte fue determinada por factores al azar que pudieron haber sido evitados; y, se trata también de una muerte estigmatizada.

Cuando la muerte ocurre en accidentes de índole natural como son huracanes, derrumbes, terremotos o los causados por fallas humanas, tales como accidentes aéreos, automovilísticos, marítimos, etc., produce en el doliente una serie de reacciones que puede complicar el proceso de duelo. En muchos casos, la muerte accidental y/o la desfiguración del cadáver, lleva a los dolientes a no querer o no poder ver el cuerpo; sin embargo, se ha comprobado que ver el cuerpo o una

⁷¹ Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid, Ed. Pirámide.

⁷² Tal Young I, et-al, op-cit., p.86.

⁷³ Tizón, J.L. (2004), *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós; pp. 69-75.

parte del mismo ayudará a iniciar el proceso del duelo porque significa hacer frente a la permanencia de la pérdida.

Si los sobrevivientes se enfrentan a una muerte súbita por suicidio, se considera que la muerte no jugó limpio y se llevó a quien aún no tenía turno, al que no estaba formado en la fila, o a quien no estaba palomeado en la lista. Se trata de una muerte para la cual, generalmente, los dolientes no están preparados y en la que el propio fallecido es quien firma la obra. El suicidio se vive como una trasgresión estigmatizada de las leyes naturales. La persona en este tipo de duelo se va a ver sumergida en una situación especialmente devastadora, porque no comprende lo sucedido, duda incluso que haya podido ser así, es posible que se rebele contra Dios, contra el destino y/o contra el hecho mismo del suicidio. Adicionalmente, las imágenes traumáticas de la muerte pueden venir a la memoria en cualquier momento. A todo esto se le puede agregar que quizás no encuentre en su entorno la ayuda que hubiera recibido de haberse tratado de una muerte por accidente o enfermedad.

Para comprender los motivos que llevaron a la persona a quitarse la vida, tendríamos que ser ella y es probable que ni en ese caso alcanzaríamos a entender el por qué, ya que seguramente no era consciente de la causa profunda, incluso secreta de su sufrimiento. Adicionalmente se considera que los suicidas interrumpen, de alguna manera, su capacidad de análisis deductivo y esto no les permite razonar adecuadamente, de lo contrario ni siquiera estarían en condiciones de matarse, porque su instinto de conservación los detendría⁷⁴. Como ya se mencionó todo suicidio deja tras de sí muchas interrogantes. Sólo encontramos como explicación que se ha suicidado porque estaba en un estado total de desesperanza; de sufrimiento tal que la vida se había vuelto intolerable. Para que cesara el sufrimiento, no encontró otra solución que quitarse la vida. Querer comprender más allá, sólo sirve para torturarse, es hacerse preguntas que corren el riesgo de no encontrar jamás una respuesta. La crisis del suicida puede tener

⁷⁴ Bucay, J., op-cit., p.148.

varios significados; y obedecer a varias causas; es evolutiva y se vive en lo más íntimo de cada persona. El hecho de poder mantener nuestro aprecio y nuestro amor hacia el suicida, es superar una etapa, y es señal de que el duelo evoluciona adecuadamente.

Los deseos de reunirnos con un ser querido después de su muerte son frecuentes y en el caso de un suicidio esto es particularmente cierto. La persona en duelo está en un estado de gran sufrimiento y el que se quitó la vida dio un ejemplo, con su conducta, de que existe una forma de escapar de la angustia, de las enfermedades, del dolor y del sufrimiento y es posible que el doliente esté tentado a seguir sus pasos. Por todo lo anterior, cuando un adolescente se suicida, sus padres temen por los hermanos del fallecido, como si el suicidio fuera de alguna manera contagioso. Se tiene mucho miedo a que pase otra desgracia y que se repita el drama. Es frecuente encontrar semejanzas con la persona fallecida; existe la tendencia a identificarnos con ella; y si nos convencemos del grado de unión que existía entre el fallecido y el sobreviviente se puede llegar a pensar que no es posible vivir sin esa persona.

Estos sentimientos, pensamiento y creencias suelen provocar en los dolientes que nazcan ideas suicidas. Estos deseos regularmente son pasajeros por lo que no hay que temerles. Se trata de una etapa temporal, un período en el camino del duelo que irá desvaneciéndose poco a poco al paso del tiempo. Después de un suicidio no nos identificamos solamente con aspectos negativos de la persona fallecida, es posible que también hagamos nuestros ciertos rasgos físicos y/o cualidades morales del que ya no está. Es una de tantas maneras de conservar los recuerdos y prolongar la historia de la familia.

CONCLUSIONES

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero tampoco son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (psicológica, sexual, etc.) así como la de autonomía individual.

También es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente su inicio se enmarca entre los 10 a 12 años y su finalización alrededor de los 24 años

De acuerdo con la American Psychological Association la adolescencia plantea uno de los desafíos más difíciles para las familias. Es posible que los adolescentes, que se enfrenten a cambios hormonales y a un mundo cada vez más complejo, es probable que sientan que nadie entiende sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, puede sentirse enojado, solo y confundido cuando se enfrenta problemas complejos de identidad, presiones de sus compañeros, conducta sexual, alcohol y drogas.

Existen diversos signos de advertencia de que las cosas no marchan bien y que pueden llevar a que la familia busque ayuda externa. Estos signos incluyen conducta agresiva o violencia por parte del adolescente, abuso de drogas o alcohol, promiscuidad, ausentismo escolar, roces con la ley o conducta desenfadada.

La familia se constituye como un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco. Claude Lévi-Strauss define al matrimonio como la institución que da

origen a la familia; una organización donde hay esposo (o marido), una mujer en rol de esposa y niños nacidos de esa relación.

La familia nuclear está formada por la madre, el padre y los hijos, en donde las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia extendida, tiene un alcance mayor que la nuclear ya que reconoce como parte de ella a los abuelos de ambos progenitores, así como también a los tíos, primos y demás parientes consanguíneos o afines.

Existen varios tipos de familia: a) monoparentales, que son aquéllas que están formadas sólo por un padre o madre y por sus respectivos hijos. Algunas de las razones que dan lugar a este tipo de familia a) son la viudedad o la soltería; b) ensambladas, compuestas o reconstruidas, que son las que surgen como consecuencia de la unión de dos familias; c) parentales, que resultan por el establecimiento de una relación de tipo sentimental de los progenitores; y d) familias homoparentales, o sea, aquéllas que se componen de una pareja homosexual.

De acuerdo con la Teoría General de Sistemas, como estudio interdisciplinario que busca conocer las propiedades entre sus elementos, la familia puede considerarse como un sistema cuyas unidades fundamentales son sus miembros: el padre, la madre y los hijos; éstos componen la familia nuclear.

La familia binuclear es aquella que ésta formada por dos adultos en donde los hijos fueron procreados en otra relación, en este caso las tareas maritales y parentales no son exclusivas de la pareja que decidió formar una familia binuclear (exceptuando a los viudos), en este caso pueden intervenir hasta cuatro miembros, es decir, las pareja anteriores, puede haber más abuelos, tíos extras y medios hermanos.

Existen innumerables clasificaciones y descripciones de las funciones de la familia, podemos expresar que algunos de los objetivo de la familia es contribuir al desarrollo de tipo: a) biológico, que es el que procura el cuidado físico, el alimento y la conservación de la salud; b) psicológico, que se enfoca fundamentalmente a

brindar el equilibrio y seguridad emocional así como el establecimiento de su identidad y personalidad; c) social, que fundamentalmente se orienta a establecer interacciones con otros sujetos; d) aspectos culturales; y e) cualidades espirituales, entre otros.

Se pueden señalar como funciones de la familia: inculcar valores, brindar amor, afecto, ternura y protección, entre otras. Cuando los niños, a través de su crianza han recibido todo esto, podrán responder mejor como seres humanos a situaciones de dificultad, y tendrán la posibilidad de enfrentar la vida más fácilmente que aquéllos que no lo han obtenido.

Suponiendo que si los niños reciben todos estos valores y buenos hábitos, señalados en la conclusión anterior, vale la pena preguntarnos entonces el por qué en un momento determinado pueden tomar decisiones como el suicidio. Tal vez se pueda deber a que la familia era disfuncional o también puede deberse a factores externos que cuya solución no estaba al alcance de la familia la cual muchas veces ni siquiera se dio cuenta de lo que le estaba pasando al joven.

La definición de familia disfuncional alude a un tipo de familia conflictiva o en la que se suceden conflictos, que la hacen no funcional, en la sociedad en la cual se encuentra. Una familia disfuncional es aquella en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. Lo anterior el divorcio o la separación constituyen un procedimiento común que cambia la situación familiar y a corto plazo producen un desequilibrio y desorganización, esto obliga a adoptar una nueva estructura sin el padre que dejó el hogar.

La reacción de los hijos ante el rompimiento del matrimonio, dependerá del desarrollo de estos factores; sin embargo, el temperamento, experiencias, historia, nivel de desarrollo y otros recursos individuales, serán sin duda factores determinantes para su adaptación a la nueva situación si no es así buscaran otra salida las drogas, el pandillerismo y en algunos casos el suicidio.

Etimológicamente la palabra suicidio proviene de dos vocablos latinos: sui “si mismo” y cáedere “matar”. El suicidio es el acto de quitarse voluntariamente la vida. Las diferentes definiciones que al respecto existen coinciden con esta expresión. Una definición aproximada podría ser: “matarse a sí mismo”.

El suicidio es analizado de distintas formas según cada cultura. Para muchas este acto es un pecado, para otras existe la creencia de que se trata de algo divino. Hay sociedades que consideran que el suicidio puede ser una forma honorable de eludir situaciones humillantes. También hay sectas en donde se practica el suicidio colectivo como un acto que forma parte de su religión

Las formas más usuales de suicidio son las sobredosis de medicamentos o drogas, cortarse las venas, la ingesta de veneno, arrojarse desde gran altura, ponerse delante de un tren en funcionamiento o ahorcarse. Muchos de él que acontecen en la infancia, principalmente en la adolescencia, ocurren en familias desestructuradas, llamadas también disfuncionales.

Los factores de riesgo entre los adolescentes para quitarse la vida son: problemas familiares, padres estrictos pérdida de un progenitor, antecedentes familiares depresión escaso autocontrol, pensamiento rígido, obsesivo y dicotomizado (extremista) negativismo, consumo de alcohol y/o drogas, estrés, escasas expectativas de futuro.

Con datos del INEGI en 2009 las principales causas de muerte entre los jóvenes varones fueron: las agresiones, seguidas de los accidentes y la lesiones autoinfligidas renglón en el que se ubican los suicidios: Sin embargo para el caso de las mujeres las principales causas de muerte comparadas con las de los hombre se deben más a enfermedades.

De los 2,531 suicidios que se registraron en el país en 1999, 843 fueron de jóvenes de ambos sexos y para el 2011 la cifra de suicidios a nivel nacional aumento a 5,718 y para los adolescentes a 1,775, esto es, mientras que a nivel nacional el

incremento para el total fue de 3,187 suicidios en el período de 12 años, para los jóvenes adolescentes el aumento fue de 932.

Se destaca que en 1999 mientras los suicidios de los adolescentes hombres era de 81.1% respecto al total el de las mujeres apenas llegaba al 18.9%. No obstante para el año del 2011 la participación de los suicidios de los varones disminuyó a 74.9% del total en tanto que el porcentaje de las mujeres que se suicidan en la adolescencia creció al 25.1.

En el “Día Mundial en Prevención del Suicidio”, del 10 de septiembre del 2012, se llevó a cabo una conferencia en el estado de Jalisco: sobre el “Riesgo Suicida: Clasificación e Intervención” llegando a conclusiones en extremo importantes sobre el suicidio entre los jóvenes y dando a conocer estadísticas básicas del suicidio en esta etapa de la vida.

Las causas que se mencionan en el informe son: desamor, problemas familiares y económicos (aunque existe un sinnúmero de causas no mencionadas); las cuales orillan a los adolescentes a quitarse la vida. Mencionan asimismo que el suicidio es la segunda causa de muerte en México.

En el informe se menciona que cada 24 horas fallecen alrededor de 16 personas jóvenes por suicidio; las autoridades sanitarias estiman que este problema puede rebasar a la mortalidad por diabetes .Finalmente concluye que las mujeres optan por las pastillas o corte, que no son totalmente letales, en cambio los hombres si lo logran prácticamente al primer intento

En promedio, en México al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue. En las tres últimas décadas, la tasa de suicidios se cuadruplicó al pasar de 2.0 por cada 100 mil habitantes a 7.6 en el 2011, según las últimas cifras disponibles.

El grupo más susceptible de tomar esta decisión fueron las mujeres que cursan el nivel secundaria ellas optan por ingerir pastillas o utilizar algún utensilio punzo-cortante, que no son tan letales, en cambio los hombres lo logran

prácticamente al primer intento. De acuerdo con datos del INEGI el método más frecuente para cometer suicidio entre los jóvenes es el de ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, siguiéndole el disparo de arma y envenenamiento. El suicidio se realizó principalmente en la vivienda particular y otros sitios comunes como la calle o las carreteras

El Duelo se define como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”. Se trata de una reacción natural de la psique ante la pérdida de una persona, animal, objeto o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la persona. Cuando una persona sufre una pérdida irreparable reacciona con un sentimiento de malestar normal y presenta problemas de adaptación ante la nueva realidad.

El suicidio de un ser querido provoca un estado de shock emocional, especialmente si no existía algún indicio de que esto pudiera ocurrir. Este estado puede durar horas, días o incluso más tiempo. Pasado el impacto inicial, estas reacciones perfectamente naturales y comprensibles, van a dar paso al trabajo de duelo, ese doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, que tiende a la adaptación y armonización de la situación interna y externa de la nueva realidad de los dolientes.

Algunos de los factores desencadenantes de que una muerte sea traumática y el duelo más complicado, son lo inesperado, lo sorpresivo y no anticipado de la muerte; la violencia, no obstante que no haya sangre, golpes; mutilación o destrucción del cuerpo; o si la muerte fue determinada por factores al azar que pudieron haber sido evitados.

En muchos casos, la muerte accidental y/o la desfiguración del cadáver, lleva a los dolientes a no querer o no poder ver el cuerpo; sin embargo, se ha comprobado que ver los restos o una parte de ellos, ayudará a iniciar el proceso del duelo porque significa hacer frente a la permanencia de la pérdida.

Se considera que los suicidas interrumpen, de alguna manera, la capacidad de análisis deductivo lo cual no permite razonar adecuadamente, de lo contrario ni siquiera se puede estar en condiciones de matarse, porque su instinto de conservación los detendría. Todo suicidio deja tras de sí muchas interrogantes y sólo se encontrará como explicación que se ha suicidado porque estaba en un estado total de desesperanza, sufrimiento y que su vida se había vuelto intolerable.

Los deseos de reunirnos con un ser querido después de su muerte son frecuentes y en el caso de un suicidio esto es particularmente cierto. La persona en duelo se encuentra en un estado de gran sufrimiento y puede pensar que el que se quitó la vida dio un ejemplo, con su conducta, de que existe una forma de escapar de la angustia, de las enfermedades, del dolor y de ese sufrimiento y es posible que el doliente esté tentado a seguir sus pasos. Estos deseos regularmente son pasajeros; se trata de una etapa temporal, que irá desvaneciéndose al paso del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Asamblea General de las Naciones Unidas, (1948), “*Declaración Universal de los Derechos Humanos*”, Artículo 16.3.

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, (2009). *Introducción al suicidio*. Guía del Psicólogo, Vol. 297.

Barreto, P., Soler, M.C. (2007). *Muerte y Duelo*. Madrid: Editorial Síntesis.

Bassaluzzo T., S. (2012). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. España: Consejería de Salud de Andalucía: Editorial Alsur.

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

Beck, A.T.; Steer, R.A.; Beck, J.S.; Newman, C.F. (1993). *Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression*. (E.U.A.): Suicide Life Threat Behavior.

Bobes G., J.; González, S., J.; Sáiz M., P., (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Barcelona: Editorial Masson.

Bucay, J., (2013). *El Camino de las Lágrimas*. México: Océano Expres.

Buendía V., J., (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia.

Castro Campillo, G., (2014). *Suicidio*. AMTAC. Material de clase. Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. México.

De Leo, D.; Schmidtke, A.; Diekstra, R.F.W. (1998). *Suicide prevention*.

Definición de Familia - Qué es, Significado y Concepto, España, <http://definicion.de/familia/>.

Diekstra, R., (1993). *The epidemiology of suicide and parasuicide*. Acta Psychiatr Scand.

Domínguez, R., (2014) "*El Duelo Completo*", AMTAC. Material de clase Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. México.

Durkheim, E., (1995). *El suicidio*. Madrid: Akal.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid, Ed. Pirámide.

Fauré, C. (2004). *Vivir el duelo. La pérdida de un ser querido*. Barcelona: Muscaria.

FEAFES, (2006). *Afrontando la realidad del suicidio*. Orientaciones para su prevención. Madrid.

Freud, S., (1979), *Duelo y Melancolía, 1915-1917*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, Tomo XIV.

García-Viniegras, C. R.; Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. La Habana: Revista Habanera de Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext.

Gómez Sancho, M. (2007). *La Pérdida de un Ser Querido: El Duelo y el Luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.

González Núñez, J. de J., Romero Aguirre, J., y De Tavira y Noriega, F. (1993). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*; México: Ed. Trillas.

Guibert, R., (2002). "*Epidemiología de la conducta suicida*", La Habana: *Revista Cubana Medicina General Integral*, Vol.18, No. 2.

Hedström, P., Liu, K.; Nordvik, M'K., (2008). *Interaction Domains and Suicide: A Population-based Panel Study of Suicides in Stockholm, 1991-1999*. Estocolmo, Social Forces.

Hernández, J., (1997). *El proceso suicida*. En S., Ros Montalbán (Ed.). *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>.

http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_%28psicolog%C3%ADa%29.

http://es.wikipedia.org/wiki/Familia_disfuncional.

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/suicide_esp.html.

<http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>.

http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.

INEGI, Dirección General de Coordinación de los Sistemas Estadístico e Información Geográfica. (2013). Estadística de Suicidios. México: Cuaderno 2, Primera Edición.

INEGI, OMS. (2013) <http://quo.mx/noticias/2013/09/09/8-datos-del-suicidio-en-el-mundo>. México: Redacción Quo.

Intento de Suicidio en el Adolescente.

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Intento-De-Suicidio-En-El-Adolescente/2593856.html>.

Kreitman N., (1977). *Parasuicide*. London: Wiley Sons.

Kübler-Ross, E., (1972). *Sobre la Muerte y los Moribundos –Alivio del Sufrimiento Psicológico-*. New York: Ed. Macmillan Publishing Company. (2012), Re-editado e impreso en México.

Mansilla I., F., (2010), *Suicidio y prevención*. España: InterSalud.

Maris, R.; Berman, A.; Silverman, M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press.

Matusevich, D.; Pérez B., S., (2009). *Suicidio en la Vejez*. Buenos Aires: Polemos.

Miró G., F., Barbería M., E., Correas S., C.J., Fernández A., E., (2006). *Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica*. España. Bibliopsiquis. [http://www. psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)

Monge H., J. A., Cubillas R., M.J., Román P., R., y Valdez, E. A., (2007), "Intentos de Suicidio en Adolescentes de Educación Media Superior y su Relación con la Familia" en Revista Psicología y Salud. Enero-junio, año/vol. 17, No. 001, Universidad Veracruzana, México. www.redalyc.uaemex.com.

Morales, M.L.; Jiménez, I.A. (1996). *El suicidio desde la perspectiva forense*. Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 25.

Muñagorri SS., R.; Peñalver P., M., (2008). *Intentos autolíticos en prisión: Un análisis forense*. Murcia: Anales de psicología.

Navarro S., M. (2006). *La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir*. Sevilla: Información Psicológica.

Nota: Deus dedit, Deus abstulit (Dios me lo dio, Dios me lo quitó) El término "duelo normal", abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Gómez Sancho, M. (2007). *La Pérdida de un Ser Querido: El Duelo y el Luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.

OMS, (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, Informe salud para todos en el año 2000*.

Pérez B., S. A. y Mosquera, D., (2002). *El suicidio, prevención y manejo*. Madrid: Pléyades.

Pérez B., S.A. (2010). *El duelo por un suicida. Características y manejo*. Conferencia Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. La Habana: Consejo Nacional de Sociedades Científicas. Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Pérez B., S.A., (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. La Habana: Ediciones Bayano.

Redacción / Sinembargo. Mx. (2013) De revista, México. Tiempo Real, Periodismo Digital. <http://www.sinembargo.mx/08-09-2013/746360>. México: Gaceta del Senado.

Rivera, S. E., y Negrón, P. I., (2008), Propuesta del Taller “*Familias Unidas*”, “*Un Espacio de Reflexión y Convivencia para Padres Separados y sus Hijos(as)*”, Universidad Pedagógica Nacional, México, D.F.

Rodríguez P., F.; Sierra L., A.; Gracia M., R. J.; González D R., L.; Montes De Oca, D., (1990). *La prevención del suicidio (I): prevención primaria*. México. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, Vol. 11.

Ruiz, S., (2010), *La Familia*, <http://www.dos-teorias.net/2010/12/claude-levi-strauss-la-familia-4.html>.

Santa M., E.E.; Gallop, R.M., (1998). *Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literatura review*. Can. J. Psychiatry, Vol. 43.

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., Zisook, S., (2012). *Suicide bereavement and complicated grief*. Dialogues Clin Neurosci.

Tizón, J.L. (2004), *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.

Tu Otro Médico. (2014). *El Suicidio en los Adolescentes*.

http://www.tuotromedico.com/temas/suicidio_en_adolescentes.htm.

Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, (2012).

Riesgo Suicida – Clasificación e Intervención.

<https://www.google.com.mx/#q=suicidios+en+mexico>.

Victoria, C.R., Grau, J., Infante, O. (2013). *Duelo y proceso salud-enfermedad: La atención primaria como escenario para su atención*. Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral.

Von Bertalanffy, L., (1981), "Teoría General de Sistemas". México: Fondo de Cultura Económica.

Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. (2011). *The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis*. Clin Psychol Rev.

Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.