

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE
TANATOLOGÍA, A.C.**

EL SUICIDIO EN TANATOLOGÍA

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA

PRESENTA
SILVIA OLIVA FRAGOSO

MÉXICO, D. F. FEBRERO DE 2015



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

www.tanatologia.amtac.com

Dedicatorias

A René con quien comparto la idea de que “la dignidad debe estar presente en la vida y en la muerte”

A mis dos amores: Alejandra y Victoria quienes siempre están en mi vida.

A mis hermanos por nuestra unión, en el amor, en las alegrías y tristezas.

A Sergio por nuestros largos ratos de reflexiones y compartir tantas experiencias

Al Dr. Gerardo Otero Castañeda, por su enseñanza y dedicación a una difícil labor como es la psiquiatría.

Justificación

Uno de los momentos más difíciles del ser humano es afrontar la muerte, tanto la propia como la de los demás; el fallecimiento de un ser querido, se vive como algo sumamente doloroso, cada persona tiene su propio proceso de duelo desde su perspectiva personal; para algunos individuos es menos difícil aceptar la realidad; para otros, en cambio, se les complica esta aceptación y no se recuperan pronto, su mundo interno está alterado y es complicado adaptarse nuevamente al externo.

La tanatología es una disciplina multidisciplinaria e integral que estudia el fenómeno de la muerte y el morir de los seres humanos (se ha tratado de extender hacia los animales), ayuda al enfermo terminal a bien morir; a los familiares a atenuar el dolor y la desesperanza; a enfrentar los problemas que se presentan ante condiciones conflictivas como el suicidio, el homicidio y otro tipo de pérdidas ya las personas con conductas suicidas para su tratamiento y la prevención.

La muerte es un proceso natural, sin embargo cuando se trata de un suicidio, el acontecimiento generalmente es repentino, más complicado, devastador; la desesperanza y la desesperación pueden llegar a convertirlo en patológico y difícil de superar, manifestándose en síntomas que no permiten al individuo que lo está sufriendo llevar una vida plena.

Estas reflexiones sobre el suicidio requieren una investigación profunda para conocer su etiología, las formas de intervención en los casos de duelo y las complicaciones que se puedan presentar. Con la elaboración de esta tesina, se pretende, además de cumplir el requisito de obtener un diploma, rescatar una serie de estudios con relación a la muerte, al suicidio, al duelo y al trabajo del tanatólogo.

Es importante hacer notar que el dolor por un ser querido que fallece es un duelo, no una enfermedad, por tanto no se trata de curar u olvidar, sino de elaborar, de racionalizar y de entender; es preciso que el doliente atraviese su propio proceso de angustia para ir superando la pérdida.

El tanatólogo debe contar con amplios conocimientos de las diversas teorías que interpretan el suicidio, el duelo, el duelo complicado y las terapias alternativas que se han

desarrollado, para tener las herramientas y modelos de intervención necesarios para apoyar al doliente de una forma más profesional.

Este ensayo, está basado en un análisis bibliográfico de artículos científicos, con el que se ha pretendido hacer una investigación de procesos y resultados, abordando las estructuras emocionales, cognitivas e interpersonales que pueden movilizarse en los procesos de duelo. Un aspecto muy importante es la vinculación del suicidio con el trabajo de tanatología, actividad que demanda un alto sentido de profesionalismo y responsabilidad, además de la sensibilidad para comprender el sufrimiento de los dolientes.

Se trata de contar con herramientas de análisis y orientación para la intervención, que debe ser revitalizante para la transformación del ser humano y para la reconstrucción de significados de la vida y de la muerte.

Promover la libertad, la dignidad y el respeto de los enfermos terminales para que puedan tener paz y tranquilidad en los últimos momentos de su vida, y el reconocimiento y respeto a las emociones del doliente fueron los ideales que estuvieron presentes en toda la investigación.

Objetivos

Objetivo general:

Describir los conceptos, las estadísticas y las teorías que interpretan el suicidio y la tanatología; los avances en la legislación sobre la interpretación de la muerte y modelos de intervención, con la finalidad de proporcionar una forma de abordaje efectiva hacia los familiares de suicidas por parte del tanatólogo.

Objetivos específicos.

Conocer la situación del suicidio a nivel global y de México

Abordar el suicidio desde las perspectivas psiquiátrica, sociológica y psicoanalítica.

Analizar la situación de la eutanasia y el suicidio asistido

Definir el duelo y el duelo complicado

Respetar y promover la libertad, el respeto y la dignidad de los enfermos terminales y de sus familiares

Reconocer la forma de intervención del tanatólogo

Alcance

El propósito de este trabajo es revisar la situación del suicidio en México y las teorías que se han desarrollado para su abordaje; considerando que a través de la investigaciones realizadas y las formas de intervención con familiares y con personas que tienen conductas suicidas se podrá intervenir con mayor eficacia.

La tanatología es una disciplina nueva que estudia la muerte, las reacciones de los moribundos y los individuos en duelo, su campo es la investigación de todos esos procesos para llevarlos a la práctica de una manera adecuada apoyando así al paciente terminal y a los deudos.

Una de las finalidades que se persigue con el presente ensayo es que el tanatólogo tenga conocimientos de las crisis y de la emociones de las personas que han sufrido una pérdida por suicidio, para que realice su trabajo con afecto y redunde en beneficio de individuos que pasen por esos momentos dolorosos.

Tener conocimiento de la ideación suicida, de la conducta suicida, del suicidio en general, y de las formas de prevenirlo, es fundamental para evitar que algunos de los individuos lleguen a quitarse la vida, la intervención de la familia y del tanatólogo es fundamental para este objetivo.

La utilidad del presente trabajo tiene que ver con el interés que despierte, que puede ser el inicio de la investigación más profunda de cada uno de los temas tratados.

Las personas que tengan a bien leer este documento, serán las que determinarán su utilidad y alcance.

Índice

| | Pág. |
|--|-----------|
| Justificación..... | II |
| Objetivos..... | IV |
| Alcance..... | V |
| Índice..... | VI |
| Índice de gráficos y tablas..... | VII |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| Capítulo 1. El suicidio..... | 6 |
| 1.1. <i>Factores que pueden provocar el comportamiento suicida.....</i> | 8 |
| 1.2. <i>El suicidio a nivel global.....</i> | 12 |
| 1.3. <i>El suicidio en México.....</i> | 16 |
| 1.4. <i>Incidencia de suicidios en el Distrito Federal.....</i> | 19 |
| Capítulo 2. Tres formas de abordar el suicidio..... | 22 |
| 2.1. <i>Suicidio y psiquiatría.....</i> | 23 |
| 2.2. <i>Abordaje sociológico del suicidio.....</i> | 28 |
| 2.3. <i>Teoría psicoanalítica.....</i> | 31 |
| Capítulo 3. Eutanasia y suicidio asistido, una discusión que no se debe evadir..... | 36 |
| 3.1. <i>La dignidad de la persona en la etapa terminal.....</i> | 39 |
| 3.2. <i>El derecho a decidir: eutanasia y suicidio médicamente asistido.....</i> | 46 |
| Capítulo 4. El suicidio en Tanatología..... | 58 |
| 4.1. <i>El proceso del duelo.....</i> | 61 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2. Duelo después del suicidio..... | 70 |
| 4.3. Duelo complicado por suicidio..... | 74 |
| 4.4. Apoyo a los sujetos con ideación o intento suicida y a los familiares del suicida..... | 77 |
| 4.5. Terapias para duelo complicado..... | 82 |
| 4.6. Intervención del tanatólogo..... | 88 |
| Conclusiones..... | 95 |
| Referencias bibliográficas..... | 99 |

Índice de gráficos y tablas

| Gráficas y Tablas | Tema | Pág. |
|--------------------------|--|-------------|
| 1. | Tasa de suicidio por género 2010..... | 14 |
| 2. | Cambios en la tasa de suicidio 1990-2010..... | 15 |
| 3. | Tasa de suicidios en México 1990-2012..... | 17 |
| 4. | Distribución porcentual de la población que cometió Suicidio por sexo según grupo quinquenal de edad..... | 18 |
| 5. | Medio empleado en el suicidio en México 2012..... | 18 |
| 6. | Clasificación del riesgo suicida y sus indicadores..... | 79 |

INTRODUCCION

Dice Savater: "...el dato más evidente acerca de la muerte es que suele producir dolor cuando se trata de la muerte ajena pero sobre todo que causa miedo cuando pensamos en la muerte propia". El apego a la vida en general es una característica del ser humano; sin embargo existen personas que por circunstancias específicas consideran que no vale la pena vivir y deciden suicidarse, ¿por qué sucede esto, si para otros la vida es bella? Esta reflexión permite adentrarse en el conocimiento del suicidio y de los procesos de duelo por los que puede pasar un deudo que ha sufrido una pérdida por este motivo.

El suicidio es considerado como un acto continuado, que inicia con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y el acto en sí. Según la OMS en las últimas tres décadas a nivel mundial ha aumentado en un 60%, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años, es mayor el número de muertes por esta causa en hombres, los países con la tasa más alta son los de Europa y los más bajos en América Latina. En México su crecimiento ha sido del 275 % de 1970 a 2007, siendo Campeche y Yucatán donde se reportaron el mayor número de suicidios y Guerrero el más bajo, en 2012 los índices más altos los tuvieron Quintana Roo y Aguascalientes, siendo Guerrero nuevamente donde se reportaron menos. En la ciudad de México en 2012 la incidencia de suicidios es de 4.8 casos por cada 100 mil habitantes, Iztapalapa y Gustavo A. Madero son las delegaciones donde hubo mayor incidencia.

Las investigaciones epidemiológicas que han realizado Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora entre otros, del El Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente* sobre el suicidio, han permitido trazar un panorama mucho más detallado de la situación sobre las conductas suicidas, del suicidio consumado y de la conducta suicida de 1970 a 2007, informando que en este periodo se ha

incrementado la *ideación suicida* en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y el 3.8% reportaron haber tenido alguna vez un intento de suicidio.

Desde hace varios siglos se ha reflexionado sobre el tema, en la Grecia clásica, el suicidio era perseguido, pero con el desarrollo de la filosofía se llegó a considerar que quitarse la vida era parte de la libertad del hombre; Séneca, Sófocles y Sócrates (quien murió por suicidio) estuvieron de acuerdo con éste; Pitágoras, Platón y Aristóteles argumentaron en contra. En Roma se aceptó el suicidio en una época, los tribunales determinaban la validez de éste, adaptando lugares públicos para este fin. En la India y Japón (el harakiri) era una conducta honrosa.

Voces en contra también se han dejado escuchar, principalmente dentro del cristianismo, Agustín de Hipona (354-430), en su obra *La ciudad de Dios* consideró al suicidio un acto que atenta contra las leyes naturales, comparándolo con el homicidio; Santo Tomás de Aquino en el siglo XIII también lo planteó como un pecado mortal. Fue hasta el Renacimiento con la influencia de filósofos como Montesquieu y Voltaire que aceptaron el suicidio como un acto de libertad, la obra que provocó polémica porque puso en claro el derecho de los individuos de disponer de su vida, fue la de David Hume *Sobre el suicidio*, en 1777, claramente expuso las razones que pueden llevar a un individuo a cometer este acto sin transgredir la ley de Dios; hubo pensadores que se opusieron a él como Kant que lo condenó; Shopenhauer en sus reflexiones sobre el dolor y la muerte, comenta que el suicida tiene deseos de vivir pero sin dolor, el suicidio lo reafirma. En Alemania la lectura de *Werther* de Goethe 1774, sobre el suicidio de este joven por amor, desató polémica por considerar que se le podía imitar.

Se reconoce a Edwin S. Shneidman (1918-2009) como el creador de la suicidología moderna; su obra refleja el estudio profundo que le dedicó al suicidio, fundó el primer *Centro de Prevención del Suicidio* en California en 1958, la *Asociación Americana de Suicidología* en 1968; sus contribuciones sobre el tema son esenciales para entender mejor la mente suicida.

El abordaje del comportamiento suicida ha permitido conocer diversas explicaciones a este fenómeno, se comenta la concepción *psiquiátrica* que analiza esta conducta como síntoma de una enfermedad mental relacionada con los problemas de la vida cotidiana, su diagnóstico está regulado por la estandarización del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*; la *psicoanalítica* con la interpretación que realiza Freud de este fenómeno en diversos escritos, de importancia fundamental *Duelo y Melancolía* con el argumento de que los individuos tienen tres tendencias: el deseo de matar, el deseo de que lo maten y el deseo de morir. También se comenta la propuesta *sociológica* de Durkheim, que dio a conocer la idea que no son los individuos los que se suicidan, sino es la sociedad la que propicia este acto en ellos.

Se retoma dos temas polémicos, que son la eutanasia y el suicidio asistido. En el año 2000 se reformó la Ley General de Salud, adoptando el término “perdida de la vida” para determinar la muerte encefálica; además, en su caso, con el consentimiento de familiares, poder desconectar a los pacientes que la sufrieron y dar lugar a la donación de órganos, esta decisión fue un avance importante para la denominada eutanasia pasiva. Se subraya el tema de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos como un avance hacia la dignificación de la muerte. El debate sobre el tema se ha intensificado en nuestro país, el Colegio de Bioética formado por investigadores de amplio reconocimiento, dejan ver sus puntos de vista como Ruy Pérez Tamayo y Asunción Álvarez del Río. Se hace referencia también, a lo que en Holanda, Bélgica y Oregon (E.U.), entre otros lugares, han adoptado como el suicidio médicamente asistido. Para la tanatología es un tema de mayor interés para seguir avanzando en que los mexicanos cada vez más, puedan acceder a una muerte digna.

La tanatología es el estudio de la muerte, la respuesta emocional ante el dolor y el control de síntomas que se sintetizan en el duelo por el que atraviesan los deudos; esta palabra y el tema fue iniciado por el ruso Ilya Mechnikov en 1901 para procurar reducir el miedo a la muerte en los enfermos; su desarrollo se debe a los estudios realizados después de la Segunda Guerra Mundial, de Herman Feifel; más tarde, Robert Kastenbaun estableció el primer Centro Educativo y de Investigación

Universitario sobre la muerte y el morir (Universidad Estatal de Wayne, 1966), escribió y publicó un libro de texto sobre el tema: *La muerte, la sociedad y la experiencia humana* (1977), otra de sus obras fue *La Psicología de la muerte* (1972). Elizabeth Kübler Ross, se dedicó al estudio y atención de enfermos terminales, escribió más de una decena de libros, su teoría de las etapas del duelo ha sido ampliamente reconocida y utilizada en la intervención tanatológica. Existen otros enfoques para la atención de las necesidades psicológicas y espirituales de los moribundos; sin embargo, se centra la atención en el modelo de duelo de Freud, la teoría del apego de Bowlby y la del duelo anticipado de Therese Rando. Otra aportación importante es la música tanatológica, propuesta que se ha desarrollado los últimos decenios, se trata de proporcionarle al enfermo melodías, principalmente de arpa, para que con el ritmo, el tono y el volumen moderado ayude a aliviar el dolor, la inquietud y otros malestares que no le permiten relajarse, les apoya también a centrarse en su espiritualidad y tener paz en los últimos momentos de su vida.

Existen, en el suicidio complicado, una serie de emociones que también se presentan en los deudos de una muerte no traumática; sin embargo, éstas, en ocasiones son más profundas y requieren terapia psicológica, algunas de ellas son el shock, la culpa, el enfado y el miedo. Zisook observa que en el duelo complicado de los sobrevivientes del suicidio, pueden desarrollar: depresión, estrés post-traumático y conductas agresivas. En el duelo complicado, nos dice, puede existir *dolor agudo*, como una respuesta inicial; *pena integrada*, cuando se va razonando el hecho, lo que provoca que el dolor se vaya atenuando; y la *pena complicada* cuando el duelo no se ha podido resolver. Para el tratamiento de éste se pueden utilizar diferentes terapias psicológicas, en este trabajo se mencionan la Gestalt, el Psicoanálisis y el Constructivismo.

Finalmente se aborda la intervención del tanatólogo en los casos de suicidio, ésta puede ser a los familiares de una persona que se suicidó o alguien con conductas suicidas. En cualquier caso, este profesional requiere un conocimiento amplio del tema; pero más que nada, inspirar confianza, ubicar las necesidades de

los deudos, con creatividad y afecto crear un ambiente acogedor que promueva los derechos individuales y la dignidad tanto del fallecido como de la familia.

“ todo sufrimiento genera crecimiento.
Nada de lo que nos ocurre es negativo,
absolutamente nada. Todos los sufrimientos y
pruebas, incluso las pérdidas más importantes,
son siempre regalos”
E. Kübler-Ross

Capítulo 1. El suicidio

Se observa a la violencia como un fenómeno complejo, es una forma de comportamiento deliberado que produce daños físicos y psicológicos en las personas y en la sociedad, está influida por varios factores como la salud, la cultura, los valores y las normas sociales. Existen diversas clasificaciones de ella, para esta investigación, se ubica la más conocida, la directa, la que se realiza de forma física o verbal sobre las personas y busca obtener algo por la fuerza. Para tener una idea más sistematizada de la violencia se analiza la clasificación que en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud OMS (2002)*, que la divide en tres grandes categorías:

Violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva, la cual distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terrorista. La violencia dirigida a uno mismo, en los últimos años ha cobrado relevancia, ésta consiste en realizarse autolesiones, la automutilación y los suicidios (p. 5)

Es entonces el suicidio un tipo de violencia, el cual se debe estudiar profundamente para su comprensión. Suicidio proviene de latín *sui*, de sí mismo y *caedere*, matar; por tanto, significa matarse a sí mismo. Según la Organización Mundial de la Salud, el *acto suicida* es toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que se conozcan o no los verdaderos motivos. El *comportamiento suicida* es cualquier acción que realiza un individuo hacia sí mismo que lo pudiera llevar a la muerte (tomar exceso de fármacos, cortarse las venas, accidentes deliberados, etc.), lo que indica que tiene un problema serio esa persona, está dando avisos de su deseo de abandonar la vida. Muchos intentos de suicidio no son registrados porque las

familias no los denuncian o no se identifican como tal porque parecen accidentes, como las caídas peligrosas y los choques automovilísticos; evidentes son el ahorcamiento, la ingestión de sobredosis de drogas o medicamentos y todas las autoagresiones.

Por el aumento de los suicidios en el mundo en el año 2003, se declaró como un problema de salud pública por la OMS, reconociéndolo como un fenómeno complejo. Los diferentes países llevan un registro de las muertes por suicidio y realizan acciones para la prevención del mismo.

Para conocer las causas de este problema, se debe realizar un abordaje integral, identificar factores de riesgo y buscar formas de prevención. Se puede advertir en las personas que han intentado suicidarse o las que se han suicidado, ha existido, por lo general, un trastorno emocional que puede ser de origen psiquiátrico, psicológico o por motivos sociales; cualquiera que sea su origen, hubo en ellos un componente individual de desesperanza que no pudieron superar, por lo que tomaron la decisión de quitarse la vida. La OMS (2006) reconoce que:

El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse o la consumación del acto.

Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

Para Gutiérrez, Contreras, y Orozco (2006) el suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria, en él interviene tanto los pensamientos como el acto suicida. Mencionan que en el suicidio se destacan: a) los actos fatales o suicidios consumados; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica. Los dos últimos corresponden a individuos que tienen conductas suicidas (p. 67-68).

Los datos de los suicidios consumados se basan en estadísticas de instancias oficiales (PGR, Procuradurías de los estados o a través de certificados de

defunción); en los casos de intento de suicidio, no existe ninguna institución que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, así que se desconoce cuántas personas han realizado planes para suicidarse. El Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente* ha realizado varias encuestas sobre el suicidio, lo que ha permitido trazar un panorama mucho más detallado de la situación sobre este tipo de conductas. Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010b) presentan una panorámica del suicidio consumado y de la conducta suicida de 1970 a 2007, informando que en este periodo *el suicidio consumado* ha crecido en 275% y que se ha incrementado en el grupo de 15-29 años de edad; la *ideación suicida* en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7%, reportaron haber tenido alguna vez un intento de suicidio el 3.8%. Entre los habitantes de la República Mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio (p. 297).

1.1. Factores que pueden provocar el comportamiento suicida

Son diversos los factores los que motivan a los individuos a tomar la decisión de quitarse la vida: la impulsividad, la depresión, la enfermedad, el deterioro de la imagen corporal, la problemática familiar y escolar, el entorno social, el uso de los medios tecnológicos, que pueden favorecer la emergencia de este comportamiento. Distintas disciplinas tratan de dar una explicación a este fenómeno y proponen formas de prevención y de tratamiento; algunas desde la perspectiva neurobiológica (psiquiátrica), psicológica y sociológica, todas ellas han propuesto programas de prevención.

También los estados graves de *salud física* han sido causales de suicidio: entre ellos, el cáncer, el VIH, la discapacidad; los trastornos *psiquiátricos* expuestos en el DSM V, algunos de ellos: trastorno bipolar, afectivo, de la personalidad, limítrofe, depresión, farmacodependencia, esquizofrenia. También se pueden encontrar aspectos *psicológicos*, algunos, producto de la situación estresante de la vida cotidiana como pérdidas significativas para el individuo (familiares, amigos, pareja, etc.), alejamiento de una situación de la vida que parece imposible de manejar,

problemas amorosos, financieros, familiares; sentirse avergonzado; sentirse rechazado, culpable o víctima, envejecimiento (los ancianos tienen una alta incidencia de suicidios), o la muerte de un ser querido.

Factores *sociales* que pueden provocar la decisión de suicidarse son: el *familiar*, cuando algún miembro de este grupo se siente relegado, no se considera amado o escuchado, es maltratado (física y/o emocionalmente) por tener preferencia sexual no acorde con ellos, o ser víctima de abuso sexual; el *escolar* donde existen agresiones físicas o humillaciones por parte de compañeros (bullying), cuando el educando no puede cumplir las metas trazadas por la familia o la escuela y finalmente, el *ambiental*, generado por la violencia en los medios de difusión (radio, tv, internet o redes sociales), conflictos en las calles y colonias o por no poder alcanzar los objetivos del mercado, lo que provoca en los sujetos falta de deseos de vivir.

Algunos individuos no logran superar los diferentes tipos de problemas que se les presentan, tienen una carga emocional muy fuerte y difícil; en ellos, el desamor, la desilusión y la desesperanza son infinitamente superiores a la de otras personas que pueden integrarse socialmente a pesar de los factores adversos, por lo que toman la decisión de quitarse la vida, el resultado no solo es personal sino que afectan a varias personas más, En el año 2000 la OMS señaló:

El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas (p. 6).

No se puede hablar de suicidio sin mencionar el amplio trabajo de Edwin S. Shneidman (1918-2009) creador de la suicidología moderna; quien fundó el primer *Centro de Prevención del Suicidio* en California en 1958, la *Asociación Americana de Suicidología* en 1968, que fueron instituciones tipo, para la fundación de otros centros en su país; trabajó para la implementación de la primera línea telefónica para personas en crisis y la revista *Suicide and Life-Threatening Behavior*; en 1970 fue profesor de Tanatología en la Universidad de California, entre otras actividades

que realizó; por su trabajo y sus investigaciones sobre el tema la OMS declaró el 10 de septiembre como *Día mundial de la prevención del suicidio*.

La teoría de Shneidman, la construyó después de la Segunda Guerra Mundial, porque el tema había tenido poca atención para médicos e instituciones, consideró los aspectos psicológicos y sociológicos como causales del suicidio, trató de dar a la suicidología un carácter científico y clínico. Su teoría, señalan Chávez y Leenaars, (2010), tiene los siguientes aspectos: a) definición y teoría, b) notas de suicidio, c) administración y programática, d) clínica comunitaria y autopsia psicológica; y e) postvención¹. Hizo énfasis en dos elementos importantes en sus estudios; el primero, es que no se puede afirmar que únicamente los pacientes psiquiátricos son susceptibles de atentar contra su vida, *no todo suicida es psicótico, así como no todo psicótico es suicida; y segundo, la auto-aniquilación consciente*. Debe diferenciarse a los suicidios consumados de los que quedan en tentativa; en los primeros, el análisis no debe centrarse solamente en la muerte del sujeto, sino también en el momento de la planeación, además, en los rastros materiales y textuales que éste deja para determinar los motivos que lo llevaron a quitarse la vida. En el segundo caso; o sea lo que quedan en tentativa, buscar los motivos que los indujeron a tomar la decisión y proporcionarles un tratamiento para salvar su vida.

El análisis de las notas póstumas para Shneidman fue de la mayor importancia para conocer los problemas de los suicidas, en la forma lingüística que utilizaron al escribirla y en la manera de narrarla manifestaron su estado emocional. Realizando el análisis de muchas notas póstumas reales y de las encuestas elaboradas con la pregunta *¿qué nota dejaría Ud. en caso de suicidarse?*, concluyó que el suicidio (en personas que no tenían enfermedad), es más una reacción, que una decisión, el sujeto tiene un dolor psicológico insoportable (derivado de necesidades psicológicas insatisfechas); luego entonces, aprender y comprender la respuesta a la pregunta *¿a qué está reaccionando el individuo?*, implicaba una oportunidad para interrumpir el impulso suicida.

¹ Postvención. Medidas y recomendaciones para familias o comunidades donde aconteció un suicidio con la finalidad de prevenir otras conductas similares.

Shneidman (1996), consideró que existen *diez características comunes en todo suicidio*.

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución
2. La meta común del suicidio es el cese de la conciencia
3. El estímulo común del suicidio es el “dolor psicológico insoportable”
4. Los estresores comunes en el suicidio son las “necesidades psicológicas insatisfechas”
5. Las emociones comunes en el suicidio son la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común en el suicidio es la ambivalencia
7. El estado perceptual común en el suicidio es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común en el suicidio es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida y
10. El patrón común en el suicidio es la consistencia los estilos de vida (p.131)

Fueron muy importantes las aportaciones de Shneidman para entender y prevenir el suicidio, escribió 20 libros y varias decenas de artículos científicos, fue profesor de Harvard, su investigación fundamental tenía como finalidad encontrar la forma de reducir la perturbación del probable suicida y de esa forma disminuir las muertes, lo más importante para él fue aminorar el dolor.

Otra forma de clasificar los factores de riesgo del suicidio los presentan Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) muestran dos modelos de análisis del suicidio: el suicidio como estrés-diátesis y el suicidio como proceso.

El *modelo estrés-diátesis* explica la relación que existe de los factores estresantes con la diátesis (predisposición para contraer una determinada enfermedad), o sea que puede haber una tendencia al suicidio. No se refiere a que la conducta suicida sea heredada, sino a los problemas que provocan tensión en un individuo que tiene familia directa con esta tendencia, pueden desencadenar un intento de suicidio (p. 68).

Estos factores incluyen experiencias traumáticas y/o enfermedad psiquiátrica que puede llevar al individuo a quitarse la vida, consideran que una crisis social puede convertirse en factor estresante que desencadene el acto suicida, así como el aspecto genético es también insoslayable.

El modelo de *suicidio como proceso*, vincula las características rasgo-estado de la personalidad del individuo y su interacción con el medio ambiente. Este proceso se inicia con el pensamiento suicida, continúa con los primeros intentos, sigue el incremento gradual del intento, hasta su logro; estableciendo una secuencia progresiva. Los autores han descrito tres características de este proceso suicida dependiente del rasgo:

- a) Pensamientos de derrota, se percibe como perdedor cuando se enfrenta a situaciones estresantes de tipo psicosocial.
- b) Percepción de “imposibilidad de escapatoria” asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas.
- c) Percepción de “imposibilidad de rescate” es decir, desesperanza, abandono de intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas (p. 69).

En estos dos modelos el de *estrés diátesis* y el de *suicidio como proceso*, se encuentran muchas convergencias, lo que significa que es difícil determinar cuál es el factor determinante. También hay que tomar en cuenta que los factores de riesgo suicida pueden ser fijos y modificables, los fijos son los de estrés diátesis que se pueden desencadenar y los modificables son las reacciones que un individuo tiene difíciles de resolver, pero con cambios de ambiente social, con mayor atención y afecto, encontrando otro amor, etc. se puede evitar el acto suicida.

Conocer el proceso que lleva a cabo una persona con conducta suicida y los dos modelos de análisis del suicidio, permite aumentar la comprensión de este fenómeno, identificar los factores de riesgo, las posibilidades que existen para la supervivencia de muchos de ellos, buscar la estrategia de afrontamiento y el tratamiento más adecuado, que en la mayoría de los casos requiere una intervención multidisciplinaria.

1.2. El suicidio a nivel global

Según la OMS (2014c) se estima que en 2012 a nivel mundial hubo 804 000 muertes por suicidio, que representa una tasa anual de 11.4 suicidios por cada 100 000 habitantes. En los países ricos, mueren tres veces más hombres que mujeres,

en los de ingresos bajos y medianos la proporción es mucho menor, 1.5 hombres por cada mujer. A nivel mundial los suicidios representan el 50 % de las muertes violentas en los hombres y el 71 % de las mujeres, dos de cada tres suicidios son cometidos por hombres de raza blanca. La tasa más alta se da entre los protestantes y la más baja entre católicos, judíos y musulmanes. El estado civil es representativo, la tasa se duplica entre las personas solteras, las divorciadas, separadas o viudas muestra tasas 4 o 5 veces superiores a las casadas. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más altas en las personas de más de 70 años para los hombres. En algunos países las tasas de suicidio son más altas entre jóvenes, y a nivel mundial es la segunda causa de muerte de los 15 a los 29 años.

El suicidio constituye un problema de salud pública ya que representa la mitad de las muertes violentas en el mundo, que corresponde a casi un millón de víctimas al año con cuantiosos costos económicos. Según este organismo internacional, el problema del suicidio es grave en todo el mundo, reporta además de los anteriores, los siguientes datos:

Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una muerte cada 40 segundos.

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los 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 el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

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 (OMS 2014a).

En cuanto a los países con mayor incidencia de suicidios a nivel global, la OMS muestra que las más elevadas se encuentran en los países de Europa oriental,

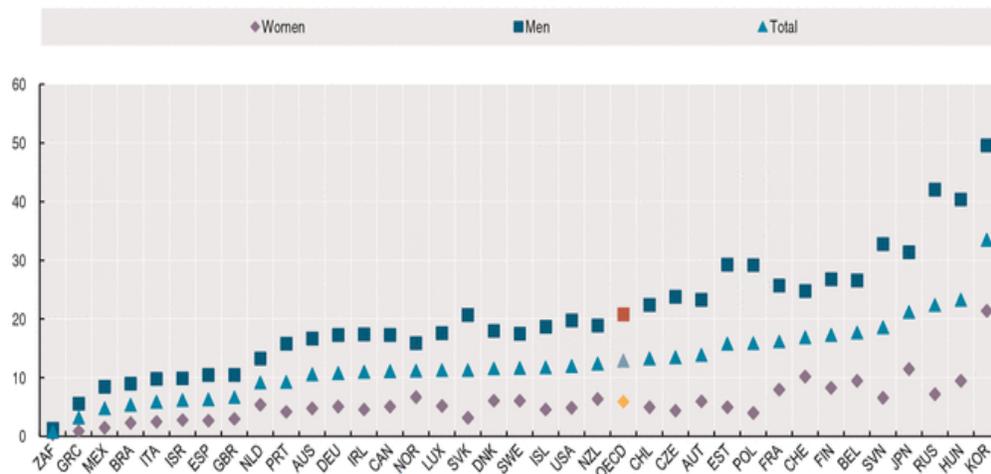
mientras que las más bajas están en América Latina. Lituania posee la tasa más elevada del mundo (38,6 por cada 100 000 habitantes). También tienen altas tasas Rusia, los países del Norte de Europa y Australia; los de menor número de muertes por este motivo son los de América Latina.

Realizar comparaciones por la variación de los porcentajes de suicidio entre los países es complicado, porque éstos se ven afectados por los criterios de información de cada país, por lo que hay que tener cuidado en la interpretación; sin embargo, no se deben omitir esos datos. En países de la OCDE² (2013) se reportaron casi 150 000 muertes de este tipo en 2010. Los porcentajes eran bajos en el sur de Europa (Grecia, Italia y España), en México e Israel, se produjeron seis o menos muertes por cada 100 000 habitantes; las más altas estuvieron en Corea, Hungría, la Federación de Rusia y Japón con más de 20 muertes por cada 100 000 habitantes. En general, las tasas de mortalidad por suicidio son de tres a cuatro veces más altas para los hombres que para las mujeres en todos los países de la OCDE, esta brecha de género ha sido bastante estable en el tiempo. La excepción es Corea, donde las mujeres son mucho más propensas a quitarse la vida .

Gráfica 1

Tasa de suicidio por género

Porcentaje de suicidio por 100 000 personas, 2010



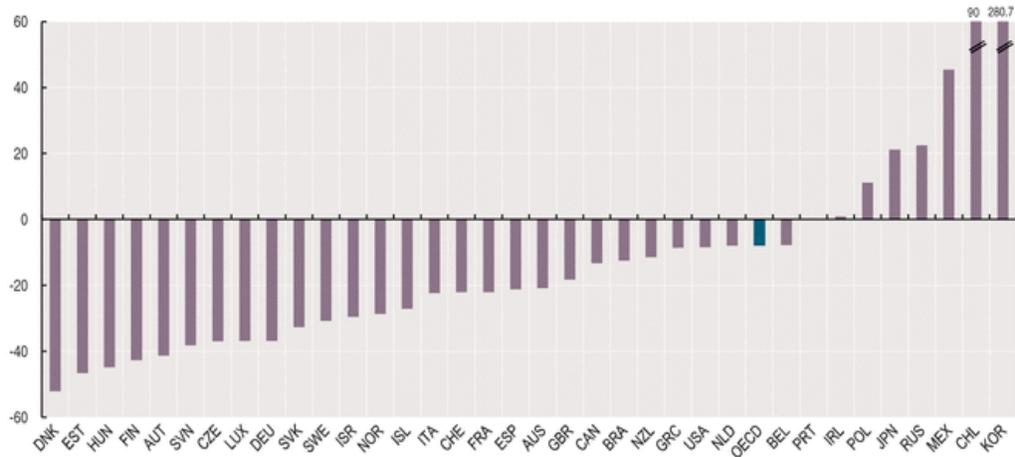
Fuente: OCDE

² Organización de Estados para la Cooperación y el Desarrollo

Gráfica 2

Cambio en las tasas de suicidio

Porcentaje 1990-2010, último periodo disponible



Fuente: OCDE

Desde 1990, las tasas de suicidio han disminuido en muchos países de la OCDE, con caídas de 40% o más en Dinamarca, Estonia, Hungría, Finlandia y Austria. Por otro lado, las tasas han aumentado en Corea, Chile, México, la Federación de Rusia, Japón y Polonia, aunque en México las tasas han subido, todavía se mantienen en niveles bajos. En Corea, las tasas han crecido considerablemente y están muy por encima del promedio (*Ibídem*).

La percepción social del suicidio varía mucho de un país a otro, va de acuerdo al lugar y a la época, para ella se reconocen varios factores, los más importantes son la religión y la cultura; por ejemplo, en la religión musulmana, es válido el suicidio en defensa de Mahoma, también es conocido que en Japón el suicidio se consideraba una forma honrosa y honorable de salir de situaciones vergonzosas, en América Latina, donde la mayoría de sus habitantes son de religión católica, el suicidio es concebido como un pecado; para los judíos es algo inadecuado y no es digno que el cadáver se entierre junto a los que murieron por otras causas.

1.3. El suicidio en México

El suicidio es un problema inherente a la existencia humana, el cual afecta a toda la sociedad, por esta razón su estudio se hace relevante, en México, como en muchos países se han incrementado las conductas suicidas, principalmente en adolescentes, los registros estadísticos reflejan la magnitud del problema y las instituciones de salud han incrementado la atención de esos casos, ante esta situación se requieren más y mejores recursos humanos y por supuesto aumento de los financieros.

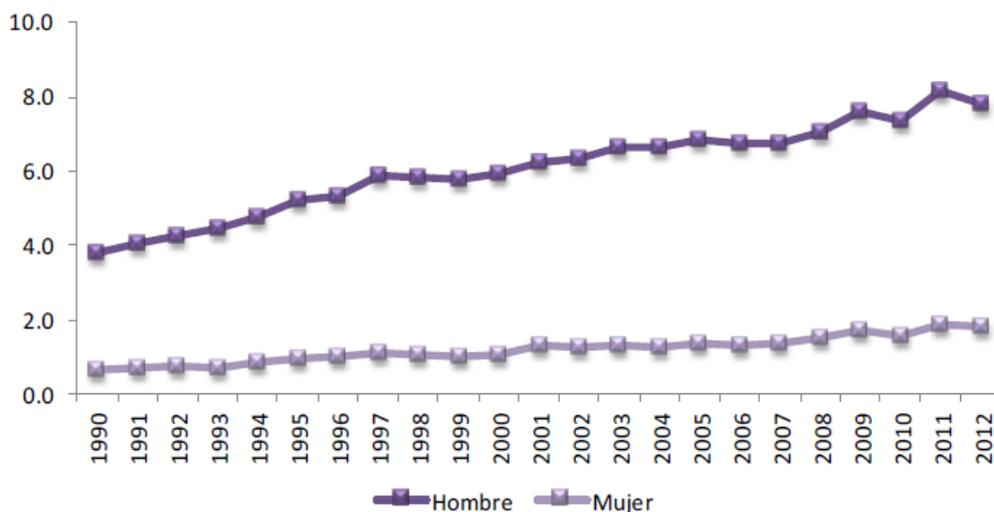
Este crecimiento de las muertes por suicidio es considerable, producto de la combinación de diversos factores, como la salud física, la depresión, el abandono, la traición de un ser amado, la soledad, una enfermedad o la situación económica; Hernández y Flores (2011) señalan que también hay que considerar los cambios sociales que ha sufrido México en las últimas décadas, que sin duda han sido propicios para transformar los fundamentos emocionales de las personas; si la capacidad de adaptación no es suficientemente rápida no hay posibilidades para adaptarse (p. 69).

Conocer datos estadísticos es importante para el análisis de la evolución de los suicidios en nuestro país, la publicación de intentos de suicidio y suicidios en México, comenzó a principio de los años treinta; sin embargo, se encuentran datos más sistematizados hasta el 2005, cuando el INEGI publicó las *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, los cuales se han ido actualizado periódicamente.

El suicidio se puede estudiar desde diferentes perspectivas, desde la epidemiología Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010b), informan que en 1970 se registraron 544 suicidios, 2603 en 1994 (1.13 por cada 100 000 habitantes) con un aumento del 156%; en 2007 hubo 4388 personas que se quitaron la vida (4.12 por cada 1000 000 habitantes), que representa un crecimiento del 275 % de 1970 a 2007.

El INEGI publica datos del aumento de suicidio de 1990 al 2012, observando que en veintidós años se duplicaron, pasando de 2.2 a 4.7 suicidios por cada 100 mil habitantes, siendo mayor la incidencia de hombres con 7.8 que de mujeres, 1.8 suicidios por cada cien mil habitantes (p. 192).

Gráfica 3.
Tasa de suicidios en México 1990 a 2012
 (Por cada 100 mil habitantes)



Fuente: INEGI

Causas de tipo individual y social han provocado ese aumento de la tasa; en 2012 Quintana Roo y Aguascalientes tuvieron la más alta tasa de suicidios con 10.1 y 9.3 por cada 100 mil habitantes, Guerrero únicamente el 2.6. En 2011 se registraron 5 mil 718 suicidios, de los cuales 80.8% hombres y 19.2% mujeres, la proporción más alta corresponde a casados o unidos, seguida por la de los solteros, el principal método utilizado tanto en hombres como en mujeres, fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (78.1% y 72.4%, respectivamente). Tres de cada diez mujeres que consumaron el suicidio contaban con un nivel de instrucción medio superior o superior; mientras que en los hombres, dos de cada diez tenían dicho nivel; el principal lugar donde ocurren los decesos, tanto en hombres como en mujeres, es dentro de la vivienda particular.

Cuadro 1**Distribución porcentual de la población que cometió suicidio por sexo según grupo quinquenal de edad 2011**

| Grupo quinquenal de edad | Total | Hombres | Mujeres |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 10 a 14 años | 4.4 | 3.0 | 9.9 |
| 15 a 19 años | 15.0 | 13.0 | 23.6 |
| 20 a 24 años | 16.0 | 15.8 | 17.1 |
| 25 a 29 años | 12.5 | 12.4 | 12.9 |
| 30 a 34 años | 9.8 | 10.2 | 8.1 |
| 35 a 39 años | 9.1 | 9.6 | 7.1 |
| 40 a 44 años | 7.8 | 8.3 | 5.7 |
| 45 a 49 años | 6.1 | 6.4 | 4.5 |
| 50 a 54 años | 4.7 | 5.1 | 3.4 |
| 55 a 59 años | 3.5 | 3.7 | 2.5 |
| 60 y más años | 10.2 | 11.6 | 4.8 |

Fuente: INEGI

Estos reportes muestran un panorama nada optimista, además se observa que el suicidio en los adolescentes de 15 a 19 años ha aumentado, figura como la tercera causa de muerte, la primera por agresiones (24.2%), la segunda, accidentes de transporte (16.1%) y la siguiente por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con 8.6% (INEGI, 2013),

Cuadro 2. Medio empleado en el suicidio en México, 2012

| | Masculino % | Femenino % |
|--|-------------|-------------|
| Sofocación (ahorcamiento, estrangulamiento) | 79.5 | 68.4 |
| Disparo de arma de fuego | 10.5 | 5.1 |
| Envenenamiento (gas, alcohol, etc.) | 5.5 | 16.2 |
| Envenenamiento por medicamentos, drogas, etc.) | 0.8 | 4.9 |
| Otros medios especificados | 2.6 | 3.6 |
| Totales | 98.9 | 99.2 |

Fuente: INEGI

El ahorcamiento es la forma de suicidio que mayor prevalencia tiene, generalmente se realiza en el hogar, la prevención es más difícil porque son varios los objetos con los que se puede realizar el acto; continúa el arma de fuego, que es más prevenible, cuidando que no lleguen a casa y el tercer lugar lo tiene el envenenamiento, (en mujeres tiene más de incidencia), muchas veces fallido, siendo las personas que llegan más frecuentemente a los hospitales por este motivo.

Estos datos son referentes a los suicidios consumados, también es de especial interés conocer las estadísticas de las conductas suicidas, para tal efecto nuevamente recurrimos a Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang y Kessler, (2010a) que en su informe nos muestran los resultados de las tres grandes encuestas aplicadas en el país y en la región metropolitana de la Ciudad de México, éstas permiten tener un panorama mucho más detallado de estas tres tendencias (ideación suicida, planes para cometer un suicidio y el intento suicida).

Según el estudio, la prevalencia de “alguna vez en la vida” de las tres conductas (ideación suicida, los planes de cometer un suicidio y el intento suicida) va disminuyendo al pasar de la adolescencia al grupo de 18 a 29 años y luego al de 30 a 65; también observaron que son mayores los intentos de suicidio en las mujeres [muchas veces solo quedan en intento] que en los hombres que logran el objetivo alrededor de dos veces. (*Ibíd.*).

La mayoría de los informes que proporcionan las instituciones y la familia de los suicidas, respecto a los motivos de la decisión de quitarse la vida seguirán siendo aproximaciones, porque es bien sabido que los suicidas se han llevado consigo su causa, o posiblemente ni ellos mismos la conocieron.

1.4. Incidencia del suicidio en el Distrito Federal

En la ciudad de México se lleva una vida muy dinámica y la situación familiar ha cambiado en las últimas décadas, debido a la incorporación de la mujer al trabajo remunerador, el cuidado de los hijos en instituciones, el número de divorcios ha

aumentado, la inmediata comunicación (redes sociales, internet, radio, tv, etc.) permiten tener mayor información pero también contienen mucha violencia, la cual se concretiza en la escuela (bullying), en las calles y en el propio hogar, provocando que algunos individuos que se encuentran con graves problemas emocionales que de no ser atendidos se pueden incrementar los casos de suicidio.

Datos de la PGJDF (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal) indican que en la ciudad de México en 2012 ocurrieron 425 suicidios, fue en las delegaciones Iztapalapa y Gustavo A. Madero donde se registraron más casos, con 91 y 46. De acuerdo con estas cifras, la incidencia de suicidios en el Distrito Federal es de 4.8 casos por cada 100 mil habitantes, apenas por debajo de la media nacional, que es de 4.9.

Respecto a la causa del suicidio, aunque mayormente es desconocida, se observa que las “pérdidas” son muy significativas para el ser humano, sobresaliendo la amorosa 21%, el disgusto familiar 15%; en cuanto al medio empleado, en su mayoría es la sofocación por estrangulamiento, indica la facilidad de encontrar un medio (cinturones, cuerdas, etc.) para llevar a cabo el acto, siendo este método el más difícil de prevenir; respecto al lugar de ocurrencia, la mayoría de los suicidas realizan el acto en su hogar ¿qué significa eso?, intimidad, castigo a la familia, se desconoce, pero observamos que el hogar y la familia juegan un papel fundamental en la vida de los hombres.

La ciudad de México ocupa el tercer lugar en la incidencia de suicidios en 2011 según el INEGI se realizaron 5 718 suicidios en la República Mexicana, de los cuales ocurrieron 600 en el Estado de México, en Jalisco 453 y 413 fueron en el D. F., siendo mayor el número de hombres, la mayoría lo realizaron por ahorcamiento.

Ante esta situación se han tenido que implementar programas de prevención (de la farmacodependencia, de la violencia familiar y de propios suicidios), en junio de 2014 se anunció en el Distrito Federal, que el gobierno ofrece asistencia vía telefónica para la Prevención del Suicidio en el número 55 33 55 33 del Consejo Ciudadano, con personal capacitado en contención de crisis y para canalización a

las instituciones correspondientes, gracias a un convenio con la Red Mundial de Suicidólogos capítulo México, el Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y la PGJDF.

Qué injusta, qué maldita, qué cabrona la muerte que no nos mata a nosotros sino a los que amamos.

Carlos Fuentes

Capítulo 2. Tres formas de interpretar el suicidio

El sentido de la vida y la idea de la muerte forman parte de la subjetivación que lleva a cabo todo individuo, este pensamiento puede condensarse en una actitud positiva o negativa y en la forma de enfrentarlas. La actitud positiva desarrolla un pensamiento en busca de situaciones agradables y de disfrute para llevar una vida plena y una muerte tranquila; en la actitud negativa, las concepciones sobre la muerte pueden dividirse en dos: una, la muerte como el fin, dos, la muerte como el principio; cada afirmación tiene una forma de entenderla; para la primera, la vida debiera ser algo muy bueno y satisfactorio, cuando no es así, entonces no vale la pena seguir en ella, sería mejor morir, pues es el fin de la existencia; para la segunda, se permanece en este mundo como un mero paso hacia otra dimensión (Dios, universo, reencarnación), o sea, otra vida más agradable, por tanto, si en esta vida no se encuentran los objetivos o la persona amada entonces se buscaría en la muerte algo mejor.

Entonces, el suicidio tiene relación con la vida y con la muerte; cuando la persona ya no encuentra satisfacción en su existencia por las pérdidas que se le han presentado, por el deterioro de su imagen por accidente o por enfermedad, por falta del objeto amado, por la carencia de salud, por dolores insoportables etc. En ello radica el riesgo de quitarse la vida, al no poder superar estos problemas y para dejar de sentir dolor físico o emocional.

El comportamiento suicida constituye un serio problema de salud pública, porque representa la tercera causa de muerte en hombres jóvenes de 15 a 24 años, después de los accidentes viales (INEGI, 2014). Se puede advertir también que en algunos casos, quienes intentan quitarse o se quitan la vida, no lo hacen por querer morir, más bien desean escapar de la angustia, del miedo, de la desesperanza, de

la carencia de sentido de la vida, de algo que los atormenta y que no les permite llevar una vida satisfactoria.

Para la tanatología es necesario estudiar las conductas suicidas, conocer sus causas y los efectos que éstas producen, como son auto-lesiones físicas en el individuo, malestar, desesperación y sufrimiento para él y la familia; además, se reconocen como la puerta de entrada de un suicidio consumado. Se puede observar que una persona que se quita la vida, generalmente ha tenido varios intentos fallidos con anterioridad, por lo que es necesario buscar la etiología de esta conducta para poderla prevenir.

Tener un familiar con conducta suicida en casa, representa un desequilibrio para todos los integrantes, repercutiendo en todas las relaciones familiares. Las interpretaciones de las causas que motivan el suicidio y las respuestas a este grave problema han sido diversas, el tanatólogo debe conocerlas para intervenir profesionalmente en su prevención y en su caso, para acompañar en su duelo a los familiares del suicida.

Existen diversas teorías para explicar las conductas suicidas, en este estudio se abordan tres sesgos diferentes; en primer lugar la *psiquiátrica*, donde recae la mayoría de los individuos con conductas suicidas, considera que existen en ellos desórdenes neurobiológicos; la *sociológica* que interpreta al suicidio más allá de lo individual, muestra como la sociedad puede causar problemas que lleven a las personas a tomar esta decisión; y la *psicoanalítica* freudiana que considera, en una de sus explicaciones, que el suicidio es una respuesta a un acontecimiento con un valor traumático, siendo el resultado de la no tramitación de un afecto que se encuentra en el inconsciente.

2.1. Suicidio y psiquiatría

Existen una serie de síntomas en las personas con conductas suicidas que se repiten, son de orden psíquico, han sido analizadas desde hace más de veinte siglos; desde Hipócrates en el siglo IV A. C. que llamó la atención e hizo la

descripción médica de la depresión a la cual llamó melancolía, atribuyó su origen a problemas en el cerebro; hasta nuestros días, que se ha ampliado la investigación científica sobre los trastornos mentales, en la que se han encontrado diversos factores etiológicos, sobresaliendo también la depresión. Se reconoce el papel de la psiquiatría en la atención de los trastornos mentales específicos y su importancia comparativa para entender el suicidio y su prevención; en los hospitales psiquiátricos se registran los diagnósticos y la distribución de los trastornos mentales en los casos de conductas suicidas.

Diversas investigaciones han concluido que el suicidio no es un patrón genéticamente determinado, más bien los individuos que sufren de estrés y tienen antecedentes familiares de suicidios son los que tienen mayor posibilidad de llegar al acto. Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) mencionan que los trastornos psiquiátricos están íntimamente relacionados con el suicidio, advierten que más del 50 % de ellos son consumados por personas con trastornos depresivos, 20 y 25 % por abusos o dependencias a alcohol y drogas; también son factores de riesgo la esquizofrenia y la ansiedad. Consideran que cuando existe una alerta clínica, el médico debe observar si anteriormente hubo eventos de ideación suicida y llevar a cabo un manejo terapéutico farmacológico (p. 67).

La conducta suicida puede ser una salida a una situación existencial, económica o amorosa; sin embargo, no se deben soslayar los resultados de las encuestas, que han arrojado datos sobre la tendencia del aumento de suicidios en adolescentes y su relación con trastornos psiquiátricos. Se ha observado en ellas la incidencia de alguna psicopatología que va de moderada a grave, generalmente combinada con depresión y trastornos afectivos.

Se han llevado a cabo diversas investigaciones para conocer la situación de la salud mental en nuestro país, las del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, son de relevancia internacional, en los últimos años han diseñado encuestas y estudios sobre el tema, uno de los más importantes es la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos México* (OMS-Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010) coordinada por la Dra. María Elena Medina-Mora junto otros colaboradores.

Un aspecto importante de las investigaciones previas es que alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. En el caso de los adolescentes de la región metropolitana del Distrito Federal, se encontraron antecedentes de algún trastorno mental en 85% de aquellos con un intento de suicidio. Borges, G, (2010b. p. 292).

Subsecuentes investigaciones realizadas por el mismo Instituto sobre la salud mental, fueron plasmadas en una serie de artículos publicados por la OMS-INPRF de 2003 a 2010, por su importancia para el tema del suicidio, se hace referencia a las que tienen que ver con esta problemática en México³.

a) Borges, Nock, Medina-Mora, Lara y Kessler, (2007). *Resultados epidemiológicos del suicidio en México. Suicidio e Ideación suicida*. A nivel nacional los datos de la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México* nos informa: 8.3% de los encuestados reportó haber tenido ideación suicida, el 3.2% reportó haber tenido un plan y el 2.8% reportó haber tenido intento(s) suicida(s). La prevalencia para los comportamientos suicidas los 12 meses previos a la entrevista fue de 2.3%, 1.0% y 0.6%, respectivamente. Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años de edad, con excepción de la ideación suicida que se mantuvo presente en edades más avanzadas. El presentar uno o más trastornos, evaluados en la encuesta de acuerdo con el DSM-IV, fue común entre las personas con ideación (60.9%), plan (75.6%) e intento (74.6%) suicidas y se encontró que este hecho es un factor de riesgo fuerte para el comportamiento suicida, incrementando en 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para plan y 9.6 para intento. Aproximadamente una de cada cuatro personas con intento suicida reportó haber consultado alguna vez un psiquiatra (p. 640).

b) Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang y Kessler (2010b) *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*. En la investigación *La epidemiología del suicidio y la conducta suicida en México* se obtuvieron registros nacionales de datos sobre la mortalidad del año 1970 al 2007, las encuestas transversales se utilizaron para analizar la mortalidad por suicidio y el comportamiento suicida. Se encontró que la tasa de suicidio creció 275% entre 1970 y 2007, el suicidio ha ido en aumento entre los mexicanos 15-29 años desde 1970; en adultos de 18 a 29 años la prevalencia de ideación suicida fue del 9,7%, e intentos de suicidio de 3,8%. Seis millones 601,210 mexicanos tuvieron pensamientos suicidas, 593,600 intento de suicidio y 99.731 utilizan algún tipo de servicio médico como

³ Estas investigaciones son una iniciativa internacional coordinada por la OMS en el año 2000 que pretende evaluar la situación de la patología mental en países con diferente nivel de desarrollo, determinar las necesidades de atención a la salud y orientar la política en esta materia.

consecuencia directa de algún intento de suicidio, según la encuesta del año anterior (p. 304).

c) Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang y Kessler (2010a). *Desórdenes psiquiátricos, comorbilidad y suicidios en México*. Algunos estudios nos han informado que los trastornos psiquiátricos se encuentran entre los más fuertes antecedentes de la conducta suicida (es decir, la ideación suicida, los planes y los intentos). Sin embargo, se sabe muy poco sobre las asociaciones independientes entre cada trastorno y cada comportamiento suicida debido a una falla para contar la comorbilidad. En este estudio se utilizó una muestra representativa de 5.782 encuestados que participaron en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de México (2001-2002) para examinar las asociaciones entre los trastornos psiquiátricos y las tendencias suicidas, resaltando que: un trastorno psiquiátrico estaba presente en el 48,8% de las personas que tenían una ideación suicida y en el 65,2% de aquellos que lo intentaban. Modelos de supervivencia en tiempo discreto de ajuste por comorbilidad revelaron que el trastorno de conducta y abuso/dependencia al alcohol fueron los antecedentes más fuertes de un posterior intento de suicidio. La mayoría de los trastornos predijeron ideación suicida pero pocos predijeron la transición desde la concepción a un plan de suicidio o intento (p. 44)

d) Miller, Borges, Orozco, Mukamal, Rimme, Benjet y Medina-Mora (2010). *La exposición a drogas, alcohol y tabaco y el riesgo posterior de suicidio. Hallazgos en la Encuesta de salud mental de adolescentes mexicanos. Dependencia de drogas y alcohol*. Se realizó el estudio con 3005 adolescentes de 12 a 17 años residentes de la ciudad de México y del Área Metropolitana. En 2005. Se analizó la asociación entre las medidas de prevalencia de tendencias suicidas y el abuso de sustancias (dependencia) entre los adolescentes. Se aplicaron modelos de supervivencia en tiempo discreto para el reporte retrospectivo de la edad de inicio de la primera ideación suicida, el plan y el intento y la edad de inicio del primer consumo de sustancias y el trastorno. Los resultados que se obtuvieron fueron que el uso y la dependencia del tabaco es un fuerte antecedente del suicidio como el uso y la dependencia del alcohol y las drogas. La asociación entre el consumo de sustancias y el posterior suicidio no está completamente explicada por enfermedades mentales comórbidos.

Se puede observar en estos estudios:

- La elevación de la tasa de suicidio en general y el aumento de éste entre los 15 y 29 años
- La ideación suicida es más prevaleciente en los adolescentes, va disminuyendo poco a poco por el aumento de la edad, pero prevalece en hombres de edad avanzada.

- Los planes suicidas y el suicidio se encuentran más en la adolescencia y en la adultez temprana.
 - Existe cierta relación entre trastorno psiquiátrico, la ideación, los planes y el intento de suicidio.
 - El uso y la dependencia del tabaco, al alcohol y las drogas pueden ser antecedentes de algunos intentos de suicidio.
 - Aunque se sabe que no todas las personas que han presentado la problemática del suicidio tienen trastornos mentales, la encuesta arrojó la existencia de una relación en el 48,8% de quienes tenían una ideación suicida y el 65,2% los que padecían algún trastorno y lo intentaban.
 - Únicamente el 19 % de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento.
- Se reconoce que existen diferentes tipos de trastorno psiquiátrico en el intento de suicidio.

Para un diagnóstico efectivo es importante la atención multidisciplinaria, en la que se requieren diferentes estudios del paciente: médicos de gabinete, psicológico, análisis de su situación familiar y los evaluativos mediante los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana, previstos en el Manual del DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). De ellos se deriva el tratamiento psiquiátrico y el uso de medicamentos, que únicamente deben ser prescritos por esta área, de ahí se canaliza al área de psicología y de trabajo social.

Para tal efecto, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente desarrolló una serie de Guías clínicas (12) para la atención de Enfermos Mentales, que tienen el objetivo de apoyar a los profesionales de la salud con recomendaciones para la detección y el tratamiento de esos padecimientos. Estas guías fueron elaboradas por un equipo de investigadores especializados en diferentes áreas, contienen herramientas clínicas de diagnóstico y tratamiento farmacológico, así como estrategias de intervención psicológica y social. La

atención de estos pacientes en la Secretaría de Salud se realiza en las unidades de atención especializada en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país; también en el IMSS, ISSSTE y hospitales dependientes de los estados, así como clínicas particulares que cuentan con atención psiquiátrica.

Un aspecto que no ha sido suficientemente evaluado y que hoy en día ha dado pie a una serie de controversias, es el relacionado con el impacto que el uso de antidepresivos podría tener sobre el suicidio. La Food and Drug Administration (FDA, EUA) recientemente ha documentado que no existe la suficiente información para confirmar si existe alguna relación entre el uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y el suicidio.

Si un paciente tratado con antidepresivos se suicida al inicio o durante el tratamiento, no se puede definir que la conducta sea atribuible al uso de estos medicamentos; éstos requieren de tres a cuatro semanas para empezar a producir efectos terapéuticos. Sin embargo, se demuestra la necesidad de una vigilancia estrecha del médico y los familiares en estos casos.

Luego entonces, la evaluación y vigilancia cotidiana de las personas que están sometidas a tratamiento psiquiátrico debe ser rigurosa, porque se puede observar en la conducta suicida que antes del hecho definitivo, en la mayoría de los casos, hubo amenaza declarada de quitarse la vida; por lo cual, el control de los medicamentos, la detección y el retiro oportuno de cualquier elemento que pueda servir para quitarse la vida, dan lugar a un mejor pronóstico.

2.2. Abordaje sociológico del suicidio

La obra de Emile Durkheim, *El Suicidio*, publicada en 1897, dada a conocer a principios del siglo XX, aporta aspectos metodológicos importantes y una visión muy amplia sobre el tema que estamos analizando. El estudio que realiza de su entorno social y de su época es profundo, recopila datos estadísticos, hace el análisis de la sociedad y las probables causales del suicidio, entre ellas, los factores psicopáticos que inducen a los individuo a tomar la decisión de quitarse la vida, la relación de

éste con la locura, con el clima, la temperatura, la raza o la herencia y la imitación como factores importantes para su comprensión.

La teoría de Durkheim E. (2013) basada en la Sociología, considera que los hechos sociales deben de ser estudiados profundamente, como objetos; o sea, como realidades exteriores que afectan al individuo, menciona que la incidencia de suicidios no puede explicarse en situaciones y por motivos individuales. No son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos, los que lo provocan.

“(...) para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que no basta explicar la constitución orgánico-sociológica de los individuos y la naturaleza del medio físico. Por eliminación, resulta que el suicidio debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por esto un fenómeno colectivo. Ciertos hechos examinados, especialmente las variaciones geográficas y por estaciones del suicidio, nos habían llevado de un modo expreso a esta conclusión (...) (p. 131).

Durkheim establece cuatro formas de suicidio: *el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.*

El suicidio *egoísta*, es el que existe como un trastorno en la colectividad social, se considera que hay un exceso de individualización de las personas, se produce siempre por desintegración de las estructuras sociales. El individualismo - para este autor- no es igual a egoísmo, pero se le acerca y ésta es una fuerte razón para quitarse la vida.

El tipo de suicidio que actualmente está más extendido y contribuye más a elevar la cifra anual de las muertes voluntarias es el suicidio egoísta. Lo que lo caracteriza es un estado de depresión y de apatía, producido por una individualización exagerada. Al individuo no le interesa existir porque ya no le atrae lo bastante el solo intermediario que le liga a lo real, es decir, la sociedad... (p. 371)

En sí, algunas personas que han intentado suicidarse, dudan de su valía como seres humanos, son egoístas en los términos que plantea Durkheim, presentan hastío hacia ellos mismos, ven la vida desprovista de sentido, por ello quieren ver el fin de su existencia.

El suicidio *altruista*. En éste, el hombre se mata no porque tenga derecho a hacerlo, sino como convicción de sus creencias o a su deber, es una obligación moral que tiene como miembro de un grupo social, de no hacerlo le produciría deshonor o penaría por traición a sus convicciones o creencias religiosas, sin embargo, en este caso según Durkheim, tampoco le interesa la vida del otro.

Se apoyan el hecho de que los móviles de que proceden ciertos suicidios altruistas se encuentran, bajo una forma apenas diferente, en la base de los actos que todo el mundo considera como morales (...) Si donde reina el suicidio altruista, el hombre siempre está dispuesto a dar su vida, en desquite no hace más caso de la vida del otro (p 239).

A través de la historia hemos visto casos de este tipo de suicidio, se renuncia a la vida a favor de otros, los kamikaze, (pilotos suicidas japoneses), los pilotos suicidas de los ataques a las torres gemelas del 11 de septiembre, los suicidios colectivos religiosos, etc. Se puede decir, en estos casos, que los fines sociales son más importantes que la vida misma, también es indudable que la sociedad provoca este tipo de suicidios, como es el sustento de la teoría. Los suicidios de militares para Durkheim caían en esta clasificación; sin embargo, pareciera, después reflexiona, que se encuentran ubicados entre el egoísta y el anómico.

El suicidio *anómico*, es el que se produce en sociedades modernas de mercado, es frecuente que en algunas de ellas, las instituciones y los lazos de convivencia se encuentren en una situación de crisis o de anomia (sin normas); los trastornos que provoca la organización colectiva, conducen al individuo al suicidio. Según Durkheim el suicidio anómico tiene que ver con las pasiones propiamente individuales, las personas por sus necesidades e intereses no hacen caso a las normas sociales.

Este suicidio es un reflejo de las fases del ciclo económico, en los periodos de crisis, la frecuencia de los suicidios aumenta porque el hombre no ve un buen futuro y en la prosperidad también aumentan por la competencia, se quiere siempre estar en la cúspide; éstas serían las zonas de suicidio anómico, también crece el suicidio con el número de divorcios. La característica esencial de un suicidio

anómico es un estado de irritación y disgusto por la distancia existente entre lo que se aspira y la posibilidad de alcanzarlo.

Más allá de los placeres que se han experimentado, se imaginan y se quiere, si sucede que se ha recorrido casi todo el círculo de lo posible, se sueña en lo imposible, se tiene sed de lo que no existe (...) Del mismo modo que el sujeto no se entrega definitivamente, no posee nada con título definitivo. La incertidumbre del porvenir, junto a su propia determinación, le condena, pues, a una perfecta movilidad. De todo esto resulta un estado de perturbación, de agitación y de descontento que aumente necesariamente las probabilidades del suicidio (p. 275-276)

El suicidio *fatalista*, muy poco lo aborda Durkheim en su obra porque lo considera de escasa importancia; sin embargo, tiene su razón; puede compararse al que realizaban los esclavos y a las víctimas del despotismo material y moral, que se suicidaban por no soportar más sus condiciones de cansancio, dolor y humillación. Se produce cuando las reglas a las que están sometidos son demasiado férreas que les impiden su desarrollo adecuado y en estas condiciones conciben la posibilidad de abandonar la situación en la que se encuentran. Se refiere a una falta de significación en la vida.

Siguiendo los preceptos de Durkheim, el suicidio egoísta expresa condiciones especiales en que se encuentra el presunto suicida, la familia tiene que intervenir inmediatamente; refiriéndonos al anómico, las normas o leyes de la sociedad se deben cumplir, para evitar que se sienta tan libre que no se le imponga ninguna ley y haga su voluntad. La Iglesia y las organizaciones que han provocado muertes por adoctrinamiento de sus miembros, deberían evitar los excesos que se han presentado orillando a los suicidios individuales y colectivos. A pesar de que la teoría tiene más de un siglo de haberse elaborado, sigue vigente en varios de sus postulados.

2.3. Teoría psicoanalítica

Desde el punto de vista psicoanalítico la conducta suicida es motivo de investigación profunda en cada caso, para conocer las causas de la suspensión del “deseo”, los traumas de los primeros años de vida, las motivaciones que pueden

llevar al individuo a realizar el acto. Esta técnica requiere un amplio conocimiento del desarrollo infantil y mucha cautela en la interpretación, para evitar errores. En psicoanálisis se encuentran diversas formas de interpretar el suicidio, según la corriente analítica que se destaque, siendo la obra de Freud la que dio origen a las diversas perspectivas que se han desarrollado, a ella se acude para la explicación del suicidio.

Señalan Rodríguez, González, García y Montes de Oca (1990) que las aportaciones más importantes de Freud al tema del suicidio son tres:

- a) La idea fundamental de suicidio como parte del homicidio
- b) La ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida y
- c) La asociación de la agresividad y por tanto del suicidio a la manifestación de un instinto de pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en suicidarse.

La primera, se refiere a las ideas homicidas que todos los hombres y mujeres tienen por los sentimientos de culpa que se desarrollan y se convierten en ideas suicidas; la segunda, es la existencia ambivalente de amor y odio que se encuentra en el inconsciente del individuo y se transforma en pensamientos constantes de quitarse la vida; y la tercera, correspondiente a la pulsión de muerte, presente en todos los seres humanos que los impulsan a buscar tranquilidad en el reposo constante, en la búsqueda del Nirvana y los llevan al suicidio.

Freud aborda las ideas de suicidio en varias obras, de importancia fundamental es que este hecho no lo relaciona a un tiempo cronológico, no es causa-efecto, para él, un suceso no tiene como resultado el acto, sino que un acontecimiento actual remite a un hecho anterior, de la primera infancia, como una fantasía que recobra un valor traumático, dando lugar al acto suicida. El autor fue actualizando las interpretaciones del suicidio, en varias de sus obras, Vargas, D. (2010) apunta algunos breves, pero ilustrativos fragmentos de sus escritos.

El suicidio aparece relacionado a un estado depresivo en el cual se encuentra el sujeto, lo que observó en el caso de un hombre con ideas suicidas. *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico.* (Freud, 1998a)

El enfermo fue acusado de hurto por una mujer, le sobrevinieron fuertes palpitaciones, estuvo tan deprimido durante unos catorce días que pensó en suicidarse y al mismo tiempo le sobrevino un temblor violento en las extremidades del lado izquierdo (...) (p. 29).

Freud también hace la relación del suicidio con un estado depresivo, hecho que podemos observar en individuos que intentan quitarse la vida o realizan el acto en ese estado; considera la depresión como una forma de adaptación que a la vez es un mecanismo de defensa para no enfrentarse a la realidad, en el sujeto se presentan sentimientos de amor y odio a la vez, ambivalencia que generalmente es inconsciente.

Otra interpretación la realiza en *La etiología de la histeria*, Freud (1998b), relaciona las ideas suicidas con un acontecimiento actual que ha cobrado retroactivamente un valor traumático, éste nunca tramitó el afecto, por lo que el recuerdo despierta ideas suicidas, lo que significa para Freud el tiempo cronológico no es el que determina los problemas, existe un tiempo lógico que sobreviene en algún momento, desencadenado por un suceso actual, recuerdo o fantasía que se revalora y da lugar a actos suicidas "...aun en esos casos está presente un encadenamiento de recuerdos eficaces que se remonta mucho más atrás de la escena traumática..." (p.197).

En *Psicopatología de la vida cotidiana* Freud, (1998c), considera al suicidio como un problema psicopatológico de autodestrucción que se exterioriza también como un reproche a sí mismo, además de existir en ese individuo una tendencia a la auto-aniquilación inconsciente, "...en casos graves de psiconeurosis suele aparecer, como síntomas patológicos unas lesiones auto inferidas, y nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico..." (p. 175-6).

Freud señala también en este texto, en una nota a pie de página que en los casos en que se producen daños de muerte que parecen accidentes, son, más que un accidente, tendencias suicidas inconscientes (p.182).

En *Fragmentos de un caso de histeria*, en el caso Dora, la carta suicida donde ella le pide a su padre que se decida por ella o por la Sra. K., dice Freud (1998d) que el suicidio es producto del drama edípico.

En *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*, Freud (1998e) menciona que el origen de los mandamientos suicidas tienen que ver con una gran cantidad de ira que el individuo tiene reprimida, totalmente ajena a la consciencia, contra una persona que perturba el acceso al objeto amado, apuntando a que existe una estrecha relación entre suicidio y culpa.

No se puede dejar de lado las consideraciones que hace en la obra *Totem y Tabú*, Freud (1998f), en la nota a pie de página señala: “Los impulsos suicidas de nuestros neuróticos resultan ser por regla general, unos autocastigos por los deseos de muerte dirigidos a otros...” (p.155)

La melancolía puede tener también inclinaciones hacia el suicidio, debido a una regresión de la elección narcisista de objeto, al yo se le devuelven toda clase de sufrimientos y de insultos, como una satisfacción sádica. En *duelo y melancolía*, Freud (1998g) se observa que los impulsos hostiles hacia la muerte van dirigidos hacia sí mismo.

En su obra, *El yo y el ello* Freud (1998h) reconoce que en la melancolía se destaca la relación entre el superyó y la pulsión de muerte, porque éste último tiene una actividad implacable y sádica en contra del yo. “...es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte, cuando el yo no consiguió defenderse antes de su tirano, mediante el vuelco a la manía...” (p. 54)

Finalmente Vargas, D. (2010), destaca las siguientes formas de suicidio, coincidiendo con Rodríguez, González, García y Montes de Oca (1990), que incluyen como tercera la diferenciación ética de las formas de suicidio.

1. El suicidio como asesinato: ya que vía la identificación del yo del sujeto con el objeto al cual se le destina el deseo de muerte, el suicida en su acto cumpliría dicho deseo.

2. La relación entre culpa y suicidio: el sujeto al tener deseos de muerte dirigidos a un objeto, los revierte sobre el yo al presentarse en la consciencia como culpa. La melancolía se presenta como paradigma, por la forma voraz con que el superyó injuria al yo.

3. La posición que Freud, en tanto analista, tomó frente a dichos actos: a saber, realizó diferenciaciones éticas de las formas en que el suicidio apareció en su quehacer clínico, ora como "llamado" (caso Dora), ora como un intento "serio" (caso de la joven homosexual) (p. 6)

Freud desarrolló su teoría infiriendo que la conducta suicida tienen su origen en el inconsciente, considera también, que el individuo con este tipo de inclinaciones, vuelca su ira hacia él mismo para no expresarla hacia la persona amada; además, tiene retenido un dolor psíquico intolerable, un impulso de odio hacia alguien que no identifica, existiendo también auto rechazo, desvalorización y culpa.

Jinkis, J. (1986) hace también un análisis de la concepción que sobre el tema del suicidio comenta Freud en su Obra, nos indica que se manifiestan las tendencias suicidas como tres grandes deseos.

a) Deseo de muerte propia, para buscar el reposo, el alivio de tensiones y la satisfacción del deseo de ser pasivo (deseo oral pasivo) y de entregarse al dormir.

b) Deseos de matar: que se expresa como idea de que en el deseo de matarse subyace la intención de matar a otro.

c) Deseo de ser matado: habría búsqueda de un castigo que se debe sufrir o que uno mismo se infringe. Alude al masoquismo y a la culpabilidad inconsciente, con el accionar del sadismo del superyó.

Después de este recorrido se reconocen estos planteamientos como aportaciones al estudio del suicidio desde el punto de vista de la investigación psicoanalítica, encontrando en este abordaje una alternativa para entender este fenómeno y como tratamiento para los individuos que tienen problemas de intento de suicidio.

*Así como una jornada bien empleada
produce un dulce sueño, así una vida
bien usada causa una dulce muerte.*
Leonardo Da Vinci

Capítulo 3. Eutanasia y suicidio asistido, una discusión que no se debe evadir

El debate sobre la eutanasia y el suicidio ha tenido relevancia en los últimos años, ha permeado en varios sectores de la población como el médico, el religioso, el filosófico y el político, cobra vigencia día a día, porque se argumenta la forma de llegar a una buena muerte, que debiera ser tranquila tanto para el que fallece como para sus seres queridos; las controversias más destacadas son éticas y jurídicas, en tanto la moral, la religión y la investigación científica sostienen una discusión importante.

Los argumentos son encontrados, el fundamento a favor de la eutanasia, es el reconocimiento del derecho del individuo de gestionar su propia vida y la forma en que desea morir; en contra, es esencialmente ética y religiosa, la afirmación que la vida es dada por alguien; o sea, un don, que por tanto, nadie tiene derecho a decidir su final, además que los médicos hacen un juramento hipocrático en el que manifiestan que jamás se atenderían contra un enfermo, al contrario, por todos los medios se buscará preservar su vida.

La discusión sobre el tema no se debe evadir, ya no es un tabú, está presente en muchas disciplinas; para la tanatología, es de interés primordial al tratarse de su objeto de estudio, que es la muerte, la que puede ocurrir en forma natural, por homicidio, suicidio o eutanasia.

Se concibe a la muerte como un fenómeno natural que el ser humano experimenta al final de su ciclo vital, los avances tecnológicos y científicos, principalmente en el campo de la medicina, han permitido que se prolongue la vida, en algunas ocasiones solamente en forma artificial. En la actualidad no podemos hablar de un concepto general de muerte, éste ha variado a través del tiempo; anteriormente se determinaba como un hecho biológico, se definía por la

suspensión definitiva de las funciones cardiorrespiratorias; ahora este concepto implica situaciones éticas, filosóficas, médicas, religiosos y legales, que le dan sentido al morir. J. L. Trueba (2007), comenta:

Conviene aclarar que desde un punto de vista conceptual no es lo mismo el término morir que el de muerte clínica, ya que el primero se refiere al proceso biológico del morir mientras que el segundo se refiere al momento en el que se diagnostica y atestigua un nuevo estado; el de estar muerto p.58).

La muerte clínica es un diagnóstico que el médico debe certificar, la muerte biológica es cuando las células han dejado de funcionar. En 1968, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard definió la muerte con criterios neurológicos, en 1981 Estados Unidos define la 'muerte cerebral' como la cesación irreversible de todas la funciones cerebrales, fue aceptada desde el punto de vista médico, ético y legal; esta definición se fue modificando a lo largo de los años, para quedar como "muerte encefálica", en la actualidad es utilizada internacionalmente, la Secretaría de Salud la define como "la pérdida irreversible, por causa conocida de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del tronco encefálico". Sin embargo, la muerte no es un acto, sino un proceso que tiene diversas etapas, por eso es conveniente entender la muerte del ser humano como la suspensión permanente de las funciones del organismo como un todo.

En México se diagnostica y certifica la muerte según las consideraciones de la OMS, que están indicadas en Ley General de Salud, en el Capítulo IV, la estipula como *Pérdida de la vida*.

Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos no sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;

II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

La pérdida de la vida no es lo mismo que la muerte, ya que ésta se determina por *muerte encefálica o paro cardíaco irreversible*; lo cual puede ocurrir sin que exista muerte biológica.

Cuando se acerca la muerte, se hacen una serie de reflexiones, sobre todo del significado de perder la vida para el ser humano; se sabe que todos los organismos vivos mueren, pero cuando se trata de la propia persona o de los seres amados, vienen a la luz los preceptos éticos morales o religiosos. Afrontar la muerte, por lo regular, es entrar en un sendero doloroso, que se complica aún más cuando se tienen que tomar decisiones, en ocasiones muy difíciles, sobre sí mismo o sobre un familiar cercano.

En los hospitales, cuando existe muerte encefálica, es el médico quien tiene que dar a los familiares la noticia de la pérdida de la vida, proponer la suspensión del tratamiento, certificarlo, además de poner a la consideración del familiar más cercano la donación de órganos. Esta situación es un planteamiento trascendental, digno, que pone al médico y a la familia en un nivel ético y humano. Este hecho es totalmente legal, está basado en el Artículo 345 de la Ley General de Salud antes mencionada:

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.

Esta legislación es un avance importante en lo que se considera una muerte digna, se ha dicho que es una eutanasia disfrazada, algunas personas les parece que no es adecuada según sus preceptos religiosos, pero lo importante es que

existe y se puede hacer uso de ella; además, al mismo tiempo que se puedan retirar medios artificiales de sobrevivencia, si el familiar lo autoriza, se realiza la donación de órganos como un hecho altruista que, debe ser promovido.

3.1. La dignidad de la persona en la etapa terminal

Un factor fundamental para el ser humano es el respeto a su dignidad, que al igual que la libertad, son intrínsecos en su vida, son derechos irrenunciables que el Estado tiene la obligación de reconocer y apoyarlos.

La dignidad humana requiere que los individuos actúen con autonomía, es la base de los derechos humanos para que, según su conciencia, sean libres de elegir. Los hombres deben ser conscientes de ésta para respetarse y ser respetados, lo que se debe tomar en cuenta, para que con esa base y con plena conciencia, asuman su derecho a vivir con libertad, y en caso de enfermedad terminal, si así lo deciden, a morir con dignidad.

Nuestro país ha tenido avances en el respeto a los derechos humanos, en el sentido de buscar una muerte digna para los enfermos terminales que sufren, como es la reforma a la *Ley General de Salud* de abril del año 2000⁴ en la que se determina el diagnóstico de muerte encefálica como pérdida de la vida, ya que en otra época se consideraban vivas a estas personas y se les tenía que seguir proporcionando vida artificial por mucho tiempo, incluso por años.

Esta reforma permite lo que se ha llamado eutanasia pasiva, para que los enfermos con muerte encefálica puedan ser desconectados de los medios de supervivencia, porque ya no existe ninguna posibilidad de llevar una vida digna y para que los familiares no tengan que experimentar el dolor de estar observando a su enfermo en su deterioro, a la vez, evitar gastos que pueden ser sumamente onerosos.

⁴ En el diario de los debates de la Cámara de Diputados del 28 de abril de 2000, cuando se aprobaron estas reformas, solamente una diputada equiparó esta propuesta como eutanasia disfrazada, no habiendo debate sobre el tema. Es importante señalar que en esta misma reforma se aprobó la extracción de órganos, tejidos y células para su donación.

A partir de esta fecha, la decisión de no continuar prolongando la vida de forma artificial, cuando hay muerte encefálica, ha sido del familiar más cercano, que generalmente lo acepta, no quedando en el mero retiro de los medios de sobrevivencia, sino que de manera altruista han contribuido, acertadamente, a la ayuda de otros pacientes que sufren distintas deficiencias, con la donación de órganos y tejidos.

Las reformas a la Ley General de Salud de 2000, fueron el primer avance hacia una muerte más digna, no habiendo oposición a esta Ley por parte de la Iglesia o de grupos sociales; después de ella, se aprobó en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal la Ley de Voluntad Anticipada en diciembre de 2007, a la cual han seguido legislaciones similares en varios estados de la República; cabe destacar también otras reformas a la Ley General de Salud de 2008 donde se determinan los Cuidados Paliativos.

La Voluntad Anticipada es cuando una persona, en pleno uso de su razón, determina con anticipación, en caso que en el futuro se encuentre sin capacidad para expresar sus preferencias y padezca una enfermedad incurable, no sea sometida a tratamientos para continuar con vida, como un derecho inalienable para su afirmación, su autonomía y respeto a sus valores. Conocer la voluntad de una persona y llevar este derecho a cabo, permite que su decisión sea respetada hasta el último día de su existencia, el Estado tiene la obligación de respetar ese deseo de limitación terapéutica. Esta voluntad anticipada es un testamento de vida con valor jurídico, en el que todo individuo puede indicar como disponer de su salud, de su cuerpo, de su propia vida.

La Voluntad Anticipada también puede expresarse en el contexto de una enfermedad terminal donde el sufrimiento es profundo e irreversible, facilitando a los médicos y familiares la toma de decisiones de omitir los tratamientos que no son útiles para el mejoramiento de la salud -en la mayoría de casos también son dolorosos-, como en los siguientes: cuando la persona pierde la capacidad de alimentarse por sí misma, cuando ocurre paro respiratorio o muerte encefálica, y

cuando ya no haya posibilidad de recuperación. También puede asentarse en el documento si se quiere morir en el hospital o en casa.

Esta Ley ha sido aprobada y puesta en vigor en algunos estados de la República, como son los casos de Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Chihuahua, Nayarit, Guerrero, Estado de México y Colima; el Distrito Federal fue pionero en esta materia al promulgar la primera Ley de Voluntad Anticipada en México.

El artículo 1º. Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal nos indica:
La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

Llevar a cabo la Voluntad Anticipada de una persona, es obligación primordial de la familia y del personal de salud para respetar esa decisión, protegiendo en todo momento el respeto y la dignidad del ser humano y velando por una muerte digna, brindándole además, los cuidados paliativos al enfermo hasta la etapa final de su vida, otorgándole también, la posibilidad de que se le puedan ofrecer los servicios espirituales según sus creencias (lo que se llama ortotanasia). Gutiérrez, C., (2013) al respecto nos dice:

La Voluntad Anticipada se define como la petición libre, seria, inequívoca y reiterada de una persona en pleno uso y capacidad de ejercicio de sus facultades mentales en cuanto a las medidas diagnósticas y terapéuticas que acepta o rechaza. Lo anterior tiene implicaciones legales que le confieren a toda persona o paciente el derecho de tomar con antelación una decisión, al igual que implicaciones bioéticas con relación al respeto a su autonomía, para que de acuerdo con sus conocimientos, información, reflexión y creencias exprese su decisión sobre el futuro manejo de situaciones específicas de una posible enfermedad (p.172).

La regulación de la ortotanasia, es un hecho de la mayor trascendencia para lograr una calidad de vida digna y elegir voluntariamente la decisión de no ser sometido a tratamientos infructuosos, sin sentido, en la mayoría de las ocasiones

cruels, hasta se les ha denominados “encarnizamiento terapéutico” (distanasia). Estos tratamientos son una obstinación terapéutica, deshumanizada y excesiva, es la utilización innecesaria de medios, instrumentos y métodos tecnológicos para mantener vivo a un enfermo, sin importar los dolores y sufrimientos que le generen; son inútiles porque no curan, pero si desgarran, lastiman y lo debilitan aún más; además deshumanizan al personal de salud y producen dolor, coraje y amargura a la familia que ya no soporta más ver el deterioro de su ser querido.

El enfermo y los familiares también se pueden oponer a que le efectúen pruebas o procedimientos de carácter experimental o a que sea sujeto de entrenamiento de personal; por ello, se debe considerar que todo individuo tiene derecho de concluir su vida en forma tranquila, sin dolor, apacible, cerca de sus seres queridos, por lo que es necesario que los cuidados paliativos se lleven a cabo con afecto y profesionalismo.

La Ley de Voluntad Anticipada además protege al personal de salud que actúa en concordancia con los principios contenidos en ella, su bondad, al igual que la Ley General de Salud federal, alienta la donación de órganos y tejidos para que después de la muerte otras personas logren una mejor calidad de vida.

La decisión de someterse a la Voluntad Anticipada es exclusivamente individual, cuando se realiza con antelación y en su caso del enfermo terminal, que asume la responsabilidad de su propia vida, la que le pertenece, no se deben permitir imponer decisiones de familiares o de cualquier otra persona cuando éste tiene uso de razón.

El personal médico debe seguir los lineamientos del *Código de ética y deontología médica* que indica la relación de respeto que se le debe al paciente y evitar emprender o continuar con acciones terapéuticas sin esperanzas, y de la *Declaración de Venecia* sobre enfermedad terminal⁵ que en el numeral 3. 2. Indica:

⁵ Esta “Declaración” fue realizada y adoptada en la 55ª. Asamblea Médica Mundial, en Venecia, Italia en octubre de 1983

“el médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente”.

Los derechos de los pacientes terminales están plasmados en la Ley General de Salud, que fueron publicados en el Diario Oficial de la federación el 5 de enero de 2009 y son:

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.

Esta misma Ley Federal, permite la voluntad anticipada que ha sido redactada de la siguiente manera:

Artículo 166 Bis 4. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Artículo 166 Bis 8. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

Artículo 166 Bis 10. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

Artículo 166 Bis 12. Todos los documentos a que se refiere este título se registrarán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables.

Los Cuidados Paliativos son las medidas mínimas ordinarias para los enfermos en fase terminal que incluyen hidratación, oxigenación, nutrición, higiene y sobre todo evitar dolor físico que los hospitales deben proporcionar, incluyendo el apoyo tanatológico y la facilitación de los servicios religiosos según sus respetables

creencias. Los Cuidados Paliativos y la Voluntad Anticipada no son una moda, sino una necesidad del ser humano que se han convertido en normas a seguir, las cuales se deben difundir por todos los medios, principalmente a los enfermos y familiares que están pasando por momentos difíciles, con la finalidad de calmar un poco su dolor y otorgar la esperanza de una muerte digna.

Requisitos del Documento de voluntad anticipada:

En el **artículo 7** de la LVADF, se especifica quienes son las personas facultadas para suscribir el Documento correspondiente:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

El artículo 8 de la LVADF reviste gran importancia al establecer las formalidades y requisitos del Documento de Voluntad Anticipada:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y
- IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

El personal de salud deberá realizar las disposiciones anotadas en el Formato de Voluntad Anticipada, en los términos solicitados y prescritos por los individuos; sin embargo, aquel personal cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a esas disposiciones, tienen la facultad de ser objetores de conciencia y excusarse de intervenir en la realización de esas determinaciones como lo menciona el Artículo 25 de la LVADF.

Artículo 25.- El personal de salud a cargo de cumplimentar lo dispuesto en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato y lo prescrito en la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su aplicación.

Será obligación de la Secretaría, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de garantizar el otorgamiento de los Cuidados Paliativos como parte del cumplimiento de la voluntad anticipada del enfermo en etapa terminal.

La Ley de Voluntad anticipada tiene muchas bondades con respecto al respeto a los derechos humanos que ya apuntamos; sin embargo, se requieren una serie de requisitos que resultan complicados, como realizar el documento ante Notario Público o nombrar un representante. No se ha dado a conocer cuántas voluntades anticipadas se han firmado hasta 2014.

3.2 . El derecho a decidir: eutanasia y suicidio médicamente asistido

Se han abordado los temas de la pérdida de la vida, la Voluntad Anticipada y los Cuidados Paliativos que en México se encuentran plasmados en la Ley, pero la discusión va más allá de estas situaciones, se debe analizar y reflexionar sobre la eutanasia y el suicidio asistido, reconociendo que en el mundo hay logros sobre el tema, en algunos países se han aprobado leyes al respecto.

El acto de quitarse la vida de forma voluntaria (suicidio), es una salida para escapar de un problema doloroso o humillante, al que recurren algunos individuos que se encuentran en un estado de desesperanza, es la forma de acabar con ese dolor insoportable. Cuando se trata de un acto totalmente consciente, por motivos de enfermedad terminal o por tener dolores insoportables, se reconoce que se tomó esa decisión para tener una muerte digna; sin embargo, no todas las personas tienen la posibilidad de realizar ese acto, porque no encuentran la forma de llevarlo a cabo pero desearían morir de una forma tranquila.

La “muerte asistida” tiene dos modalidades, suicidio asistido y la eutanasia. Eutanasia proviene del griego, *eu*-buena y *thánatos*-muerte, por su origen es considerada como buena muerte, muerte apacible, este concepto ha sufrido modificaciones y actualmente se entiende como una forma de suprimir el dolor, es la utilización de algún medio que induzca al enfermo a la muerte.

La eutanasia. La posición de procurar “una buen muerte”, es muy antigua, los griegos consideraban que una mala vida no era digna de vivirse, Francis Bacon en 1623 decía que el oficio del médico no era solamente restablecer la salud, también suavizar el dolor y los sufrimientos ligados a la enfermedad; en tanto esa disminución del dolor conduce a la convalecencia, más aún, a fin de procurar al enfermo, cuando no tiene esperanza, una muerte dulce, apacible. Contrario a esto, la concepción cristiana hizo que por muchos años no hubiera avances en el desarrollo de la eutanasia, la idea de que la vida es un don de Dios y que el hombre no puede disponer de ella, ha ocupado un lugar en la consciencia cristiana, unido al temor del castigo divino cuando no se cumple este precepto.

No se puede dejar de mencionar a Hume (2002), que en 1757 escribió una obra *Del suicidio. De la inmortalidad del alma*, que provocó muchas controversias e hizo mucho ruido por el “atrevimiento” de opinar que el suicidio pudiera ser una opción posible y digna. Consideró que para el ser humano, pensar en la muerte le causa temor, siendo éste mayor cuando se les agregan las supersticiones, y comenta:

(...) aunque la muerte sola puede poner un término total a su miseria, no se atreve a huir a este refugio, pero todavía prolonga una existencia miserable por un vano miedo (...) y a pesar de que un paso podría sacarnos de las regiones del dolor y el pesar, sus amenazas todavía nos encadenan a una existencia odiada...(p. 178)

Más adelante le da legitimidad a cometer suicidio, en la obra señala que realizar el acto no es una transgresión de nuestro deber con Dios porque la vida depende de leyes generales y que:

(...) perturbar o alterar el curso de esas leyes generales no es traspasar los límites del oficio de la providencia. ¿No tiene cada quien, por consecuencia, la libre disposición de su propia vida? ¿y no puede emplear legalmente ese poder del que la naturaleza lo ha dotado? (p. 182).

Hume justificando el suicidio, opinaba que solo la cobardía es la que no permite realizar el acto y que la prudencia y el valor deberían comprometernos a liberarnos de una vez de la existencia, cuando se vuelve una carga (p. 189). A pesar

de que sus ideas estaban en contra de la doctrina religiosa y del fervor que dominaba la época, no dudaba de la existencia de Dios, pero polemizaba sobre lo que para él era una superstición, negando que el suicidio fuera un acto en contra de la ley divina o un delito contra la sociedad; más bien, opinaba, la persona que se suicide hará un bien a la sociedad porque se apartará de ella, evitando ser una carga para los demás y para sí mismo, para él era una salida digna, cuando la vida ya resulta insoportable.

Se debe también mencionar a Goethe que con su obra *Wether*, un joven que se suicida por amor, el autor sufrió críticas porque su lectura podía perjudicar a los jóvenes que siguieran el ejemplo. Para Shopenhauer, en su mejor obra *El mundo como voluntad y representación*, el suicidio es un fenómeno de la más fuerte afirmación de la voluntad, el suicida desea más que otra cosa, vivir, permanece en este mundo muy a su pesar porque está descontento con las condiciones que se le presentan, ama la vida, quiere una existencia sin trabas en el cuerpo y en el pensamiento, pero los problemas y las circunstancias no se lo permiten y le origina un enorme sufrimiento (Shopenhauer comentado por García, E 2004, p. 443). Por último se hace la referencia a Albert Camus, exponente del existencialismo, en su obra *El absurdo y el suicidio* de 1942 dice: "No existe más que un solo problema filosófico verdaderamente serio: El suicidio"; establecer la conexión entre el pensamiento individual y el suicidio, "no nos suicidamos por reflexión", sino siempre se habla de "penas íntimas" o de "enfermedad incurable" (p. 444). Tiempo adelante, reflexionaba con Sartre, si Dios no existe, si nuestra existencia miserable se anega en un valle de lágrimas, ¿para qué vivir, por qué no suicidarse?

Estos filósofos que escriben sobre el suicidio, muestran al ser humano con deseos de vivir, pero en un mundo donde su existencia no sea dolorosa ni inútil; tal parece, que la eutanasia, como lo plantea Hume y Camus ha seguido ese camino, la de buscar una vida y una muerte digna. Es mejor optar por la muerte, cuando la enfermedad incurable o las penas invaden todo el ser.

El camino de la eutanasia, ha sido abierto por filósofos, sociólogos y médicos, entre otros, a pesar de la oposición de algunas instituciones como la

Iglesia (diversas religiones) y algunas organizaciones de la sociedad civil, ésta se ha desarrollado a través del tiempo.

Difusión de la eutanasia en el siglo XX según Castillo y Molina (2011)

1932. Dr. Millart, presidente de la Society Medical of Heat, exigió la legalización de la “mercy killing” en Inglaterra.

1935. Lord Moynihan, presidente del Real Colegio de Cirujanos, funda la asociación Exit en Inglaterra.

1938. EEUU: se funda la “Euthanasia Society of América, más tarde se llamó Society for the Righth to Die.

1939. Alemania Nazi; 18 de Agosto: orden de declarar a los recién nacidos con defectos físicos. Adolf Hitler (1889 – 1945) estableció la eutanasia como política de Estado. Con fecha primero de septiembre de 1939 se emitió la orden que autorizaba la eliminación física de personas epilépticas, débiles mentales, personas con deformidades, niños recién nacidos con defectos físicos y otros.

1967. Surgen los testamentos de vida (Living Will).

1974. Cuarenta personalidades de la cultura y la ciencia (entre ellos tres premios Nobel: Jacques Monod, Linus Pauling y George Thomson) afirmaron que: ninguna moral racional puede prohibir categóricamente que el individuo ponga fin a su existencia si está enfermo de un mal horrible contra el cual los medios conocidos carecen de efecto.

1976. California: se aprueba la primera ley Testamento de vida.

1980. India: se introduce en el parlamento un proyecto de ley que de haberse aprobado proporcionaría la muerte a petición del paciente.

1981. Se funda en Alemania la Sociedad de Eutanasia Voluntaria.

1982. Indiana, en el condado de Bloomington, caso de Baby Doe, niño con síndrome de Down es dejado morir de hambre en el hospital, a petición de los padres, a pesar de ofertas de adopción.

1986. EEUU: 35 estados y el distrito de Columbia ya han aprobado leyes relativas a los Testamentos de Vida.

1989. Filipinas: proyecto de legislación a favor de la eutanasia.

1990. Nancy Cruzan: muere de hambre y de sed 10 días después de retirársele la alimentación y el agua que se administraba por un tubo.

1991. Final Exit: libro publicado por Dereck Humphrey; explica las diferentes formas de matarse sin dolor.

1991. Holanda: informe Remlik de más de 1 000 casos de eutanasia en las cuales los médicos tomaron decisiones sobre la vida de sus pacientes aún sin el consentimiento de éstos.

1991. EEUU: se aprueba la ley Patient Self Determinación.

1994. Oregón: sus habitantes aprobaron por votación 51% a 49% la primera ley a favor de la eutanasia, en la historia y en todo el mundo.

1997. Australia: el parlamento revocó la legalización de la eutanasia en el Territorio del Norte.

2001. Holanda: el senado aprobó la ley que permite la eutanasia

En el siglo XXI, se ha avanzado en la discusión sobre la eutanasia, diferentes países aceptan la idea de morir con dignidad y los cuidados paliativos son una realidad; sin embargo, las opiniones y las decisiones siguen divididas, el debate sigue siendo de actualidad.

El suicidio asistido. Es un concepto en el que siempre existe un tercero, que de forma intencionada, pero por petición consciente de la persona que desea morir, le proporciona los medios o los procedimientos para quitarse la vida; se resume en la ayuda activa en la muerte inminente de alguien que así lo desea. El caso muy sonado del español Ramón Sampederro que tenía 30 años parapléjico, solicitó ante los tribunales de su país su deseo de “morir con dignidad” y que no fuera castigado quien lo ayudara a ese fin; después de una sentencia desfavorable, optó por que le apoyaran a tener un suicidio asistido; antes de morir grabó un video con las razones de su decisión, solicitando que no se culpara a nadie de su muerte. Este caso y otros más que han sido polémicos, han hecho reflexionar aún más sobre la legalización de la muerte asistida.

Tanto en la eutanasia como para el suicidio asistido se puede utilizar la sedación terminal, que consiste en la práctica médica de inducir el sueño del paciente para que no sienta dolor, que tiene como consecuencia el acortamiento de su vida. No podemos negar que existe una gran discusión sobre la muerte asistida, pero ha sido trascendente la creación de las comisiones de bioética⁶ en diferentes países para examinar la conducta de los profesionales que intervienen con la vida, principalmente los médicos, por su responsabilidad ética y científica ante la eutanasia.

En México se instala la Comisión Nacional de Bioética en marzo de 1992, tiene un enfoque que contempla la dignidad humana como su valor máximo. El Colegio de Bioética colabora con el Foro Consultivo Científico⁷, integrado por

⁶ La palabra bioética fue acuñada en 1971 por Van Rensselaer Potter (en su libro *Bioethics: bridge to the future*), como la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos. Sin embargo, la idea de la ética en la vida ya se había establecido.

⁷ De acuerdo a la Ley de Ciencia y Tecnología del 2002, se crea el Foro Consultivo Científico y Tecnológico. El Colegio de Bioética es una asociación civil, multidisciplinaria, laica, no lucrativa y no gubernamental, formada por académicos e investigadores expertos en sus

eminentes médicos como son Ricardo Tapia, Rubén Lisker, Ruy Pérez Tamayo y la Dra. Asunción Álvarez del Río, con sus investigaciones y comentarios han avanzado en la discusión sobre la muerte asistida, en el Seminario *Clonación y Células Troncales*, en el Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico (2008) manifiestan:

(...) rescatan y re-interpretan el sentido literal, primigenio, de la palabra 'eutanasia' y sostienen que el bien morir no es otra cosa que una muerte digna sin sufrimientos innecesarios y en las mejores condiciones que cada caso permita. El Colegio de Bioética nos ofrece una perspectiva ética laica, sin fanatismos, ni principios de autoridad, que defiende el principio de resolver los diferentes problemas morales a la luz de la razón (...).

En el debate sobre la eutanasia, una posición plantea el cuidado de la vida hasta que se extinga, aun sosteniéndola artificialmente, y prolongándola aunque exista agonía y el sufrimiento de los enfermos y sus familiares; otra, opina que hay que reducir el sufrimiento, en caso de enfermos terminales o desahuciados facilitando de alguna manera su muerte.

Pérez-Tamayo, R. (2008) describe dos formas de eutanasia: la activa y la pasiva; en la eutanasia activa el paciente fallece como consecuencia directa de una acción intencionada del médico, mientras que en la pasiva es por omisión o suspensión de medidas terapéuticas que puedan prolongarle la vida (p.25); la pasiva, sería de alguna forma la voluntad anticipada llevada a cabo por el retiro de los medios de sobrevivencia del enfermo terminal.

Para Álvarez, A. (2013) en el suicidio asistido el médico se limita a proporcionar a la persona los medios para que se suicide, pero no realiza la acción que causa la muerte, por lo que considera que es mejor hablar de suicidio médicamente asistido para distinguirlo del suicidio asistido que sería la ayuda para que alguien se quite la vida, pero fuera del contexto médico (la razón por la que la

respectivos campos del conocimiento: médicos, filósofos, abogados, sociólogos, psicólogos y biólogos. Entre sus objetivos están realizar, analizar, recopilar, sistematizar, difundir, promover e impulsar sistemáticamente reflexiones, estudios, investigaciones, casos, ponencias y cualquier otro insumo de conocimiento para el desarrollo de la bioética como una disciplina más amplia que la ética médica.

persona quiere morir no proviene de una enfermedad y la persona que ayuda no es un médico). El único lugar en que el suicidio asistido está permitido es en Suiza, siempre y cuando los motivos para ayudar a morir sean altruistas y no por interés personal de quien ayuda (p. 28).

Pérez-Tamayo, R. menciona también que es falso que “haya sufrimientos que no se pueden evitar”. Ésa es precisamente la función del suicidio asistido y la eutanasia: evitarle al paciente terminal los sufrimientos inútiles que le impiden morir con dignidad, cuando la vida ya ha pasado a ser, para él, peor que la muerte. Como partidario de la legalización de la eutanasia termina su ensayo de la siguiente manera.

La práctica de la eutanasia voluntaria humanitaria, pedida por el enfermo, mejorará la condición general de los seres humanos y, una vez que se establezcan las medidas de protección legal, animará a los hombres a actuar en ese sentido por bondad y en función de lo que es justo. Creemos que la sociedad no tiene ni interés ni necesidad verdaderos en hacer sobrevivir a un enfermo condenado en contra de su voluntad, y que el derecho a la eutanasia benéfica, mediante procedimientos adecuados de vigilancia, puede ser protegido de los abusos (p. 25).

Álvarez, A. (2008) considera que la muerte médicamente asistida, es una acción éticamente aceptable; sin embargo, dice, tiene el inconveniente de utilizar el término “suicidio” identificado como una acción irracional de los pacientes psiquiátricos, mostrando que esto no es lo que sucede en Oregón, Estados Unidos donde está legalizado, para que un médico pueda dar ese tipo de ayuda se debe asegurar de la reflexión profunda del paciente y estar convencido de que la decisión es completamente libre, que no responda a un estado de depresión, desesperación, ni presión (p.40).

La muerte asistida se enfrenta con barreras de tipo, ético, religioso o filosófico que impide que haya mayor avance en la legislación del tema; sin embargo, como se ha argumentado anteriormente, los cambios a las leyes que permiten desconectar al enfermo con muerte encefálica, la voluntad anticipada y los cuidados paliativos marcan un hito entre el sufrimiento y el morir con dignidad (*Ibídem*).

El debate continúa, pero queda a consideración de los valores de cada persona aceptar la eutanasia pasiva y la voluntad anticipada, por lo que es importante asegurarse si es realmente el paciente el que busca ayuda, hasta donde, el sufrimiento que presenta es físico, que también repercute emocionalmente y lo llevan a desear poner fin a su vida. Álvarez, A nos mueve al análisis de la muerte médicamente asistida diciendo:

(...) es importante que el debate no quede en una defensa de valores e ideas en abstracto. Que, por el contrario, se tenga presente lo que hay detrás del pedido de un paciente que busca ayuda para morir: un gran sufrimiento físico o emocional, o ambos a la vez, pero al mismo tiempo, una gran convicción de que, dadas las condiciones en que se encuentra, sabe muy bien que su mejor opción es poner fin a su vida. Creo que todos conocemos experiencias, más o menos cercanas, que demuestran que hay ocasiones en que morir es mejor que vivir (p.41).

Existen consideraciones en contra de la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, al equipararlos con un homicidio; las diversas religiones no lo permiten (católica, evangélica, judía, etc.) les parece éticamente inmoral y creen que sería tanto como declarar una derrota social y médica, que provocaría problemas de conciencia para los médicos, pacientes y familiares. En cuanto a la autonomía y la libertad de la persona consideran que la vida y la libertad como bienes de la humanidad, no pueden eliminarse ni si quiera por petición del individuo. Al respecto Álvarez, A reflexiona nuevamente y nos dice.

Quienes no están de acuerdo con la opción de adelantar la propia muerte, deben aceptar que otras personas sí lo están y que lo realmente importante es garantizar que se respete la voluntad de unas y otras. Así, el paciente que tome la decisión de pedir ayuda para morir, podrá estar acompañado en todo momento y morir en las mejores condiciones sin arriesgar legalmente a nadie (p. 41).

Son ilustrativos los cambios en la legislación en Oregon, Estados Unidos. Desde finales de 1997 se aprobó la Ley que permite “la muerte como un acto de dignidad” DWDA (Death with Dignity Act), con la cual a los adultos con enfermedades terminales, el médico les puede proporcionar las recetas de medicamentos letales para su autoadministración. La División de Salud Pública de

Oregon (2014), recolecta información sobre el cumplimiento de la Ley y emite un informe anual.

De este informe se proporcionan los siguientes datos: De 1997 a 2013, a 1773 personas se les ha proporcionado recetas DWDA, de ellas 752 han muerto. En 2013, de los 122 pacientes con recetas, 63 (51.6 %) ingirieron y murieron a causa de la medicación, otros 8 tuvieron recetas en años anteriores y murieron ese año, dando un total de 71; 28 de los 122 pacientes que recibieron las recetas, no tomaron el medicamento y murieron por otras causas. De los 71 muertos, 69,0% eran mayores de 65 años; la mayoría eran de raza blanca 94,4%, 53.5% tenían título de licenciatura; 64,8% tenían cáncer, comparado con años anteriores que era del 80,4%. La mayoría de los pacientes (97,2%) con DWDA murieron en su casa. como en años anteriores. Las tres razones más mencionadas al final de su vida fueron: que habían perdido autonomía (93,0%), había disminuido la capacidad de participar en las actividades que hacían su vida agradable (88,7%), y la pérdida de la dignidad (73,2%). Únicamente dos de los 71 pacientes DWDA que murieron durante 2013 fueron remitidos para evaluación psiquiátrica o psicológica formal. 62 médicos prescribieron las 122 recetas que se emitieron en el año de 2013 (rango 1-10 prescripciones por médico). Durante 2013, no hubo queja ante la Junta Médica de Oregon por incumplimiento de requisitos DWDA.

Como es una entidad de la Unión Americana donde se practica legalmente el suicidio médicamente asistido, algunos enfermos de otros estados han recurrido a Oregon para terminar con sus vidas. A pesar de que no se realizan exámenes psiquiátricos, el solo hecho de que el enfermo esté pasando por una etapa terminal y sea comprobado, tiene el derecho de ser atendido. Es un avance en la protección de los derechos de los pacientes terminales que se reconoce y se debe analizar, porque en México este hecho está penado.

Se conoce el suicidio médicamente asistido, cuando el paciente se autoadministra un medicamento letal recetado por un médico para poner fin a su vida, es legal en Estados Unidos (Oregon, Montana, Nuevo México, Vermont y Washington), en el Norte de Australia, en Canadá y Suiza; son tolerados en

Noruega, Dinamarca, Alemania, Austria y España. El suicidio asistido y la eutanasia (ambas prácticas) únicamente son legales en Holanda, Bélgica y Luxemburgo. En cuanto a Latinoamérica, en Argentina se aprobó la Ley de Muerte Digna (rechazo de procedimientos para la prolongación de la vida en enfermos terminales) y en México donde se ha avanzado con la Ley de Voluntad Anticipada en la capital del país y algunos estados.

Algunos problemas del suicidio asistido. Brendan, K. y Declam, M. (2002), comentan que en algunos países han surgido problemas con el suicidio asistido; por ejemplo en los Países Bajos la eutanasia se ha definido como "el logro de una muerte dulce y fácil para alguien que sufre de una enfermedad incurable y dolorosa, o en un coma irreversible". Representa casi el 2% de todas las muertes de estos lugares, para que se pueda aplicar, debe de existir un sufrimiento intratable; en abril de 2001 Holanda se convirtió en el primer país en legalizar la práctica de la eutanasia plenamente.

Existen varios temas críticos sobre todo para los psiquiatras con la llegada del "suicidio asistido", porque pudiera existir la expedición de una receta de medicación o asesoramiento de los pacientes y utilizarla para poner fin a su propia vida. Los psiquiatras especializados en la vejez o la psiquiatría en general deben de tener experiencia en el manejo de pacientes en las etapas finales, en demencia y otras enfermedades, para evitar una inducción no controlada al suicidio, la mayoría de ellos tienen poca experiencia en temas relacionados con la eutanasia (*Ibídem*).

La evaluación psiquiátrica. En la mayoría de los países donde está legalizado el suicidio asistido, no lo han autorizado por enfermedad psiquiátrica severa y ausencia de enfermedad física, sólo en Holanda puede ser justificado en los casos de sufrimiento mental insoportable y ausencia de enfermedad física, pero no se concede cuando el paciente se ha negado deliberadamente a un tratamiento alternativo. En Australia, es obligatoria la evaluación psiquiátrica para poder acceder al suicidio asistido; en Holanda y Oregon el médico envía al paciente a un psiquiatra o psicólogo si considera que existe un trastorno de ese tipo, para poder identificar

alguna enfermedad psiquiátrica por la existencia o la prevalencia de la depresión en este grupo de pacientes.

El problema sigue existiendo, nos preguntamos, en los países donde está permitido la muerte asistida ¿es posible cambiar el papel del médico de un camino terapéutico, a aliviar la desesperación psíquica facilitando el suicidio?, otro problema que se les presenta es ¿la evaluación del psiquiatra es necesaria para determinar si una enfermedad mental está influyendo en la petición? Se sabe que es difícil realizar la evaluación con total certeza porque la estandarización de instrumentos de medición se complica hasta para las definición de enfermedad mental, entonces, es sumamente complejo tratar de homogeneizar los criterios para determinar si el individuo tiene razón al querer terminar con su vida; por ello, únicamente se atiende esa petición en el caso de enfermedad terminal y el dolor crónico.

Delitos relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido. Las leyes mexicanas dictan que privar de la vida a una persona es un homicidio con diversos grados de responsabilidad, existiendo también atenuantes o agravantes. Díaz-Aranda, E. (s. f.) comenta que “privar de la vida a otro por móviles de piedad no es eutanasia”, porque no se toma en consideración la opinión de quien va a morir; precisamente, como la víctima no ha pedido su muerte ni la consiente voluntariamente, entonces quien la priva de la vida (sujeto activo) comete el delito de homicidio previsto en el artículo 302 del código penal federal mexicano, y será sancionado de acuerdo al artículo 320 que dice: “Al responsable de un homicidio calificado se le impondrán de treinta a sesenta años de prisión”.

Por lo anterior, cuando se habla de eutanasia se debe desechar cualquier supuesto en el que no se cuente con la opinión, consentimiento y solicitud del sujeto que va a morir. Caso diferente, es cuando una persona ayuda o induce a otra a quitarse la vida, lo cual podría ser suicidio asistido, que está sancionado según el Código Penal federal que dice:

Artículo 312. El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare

hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

En el Distrito Federal donde se aprobó y está en vigor la Ley de Voluntad Anticipada, el suicidio asistido está penado de una forma menos drástica; en su Código penal se determina:

Artículo 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años.

Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.

Se puede analizar también que la Ley libera de toda penalidad al personal de salud que aplica la Ley de Voluntad Anticipada, situación que es congruente con la responsabilidad de los médicos.

Indudablemente se observa un avance importante en la legislación sobre la eutanasia pasiva, sobre todo en la ciudad de México y en los estados donde se ha aprobado la Ley de Voluntad Anticipada; además, existen diversas iniciativas de Ley en las distintas Cámaras para que en otros estados de la República y a nivel federal se pueda dar otro avance, que sin duda será un apoyo para los enfermos terminales que deseen tener una muerte sin dolor y tranquila.

*Como un mar, alrededor de la soleada
isla de la vida, la muerte canta
noche y día su canción sin fin.*

Rabindranath Tagore

Capítulo 4. El suicidio en Tanatología

La tanatología es el estudio de la muerte, el morir y el duelo, aspectos que no han sido investigados profundamente, pero son fundamentales y significativos en la experiencia humana. Son varias las funciones de médicos, enfermeras, psicólogos que tienen que abordar esta compleja y sensible tarea, pero pocos reciben una formación específica al respecto; la tanatología trata de llevar a cabo esta función en la formación teórica y práctica de la muerte, el morir y el duelo para aumentar el nivel de competencia y confianza en contextos profesionales y personales.

El objetivo de tener el enfoque tanatológico al final de la vida, es para que los familiares, el tanatólogo y el personal de salud brinden atención de calidad, un manejo exitoso del dolor y otros síntomas angustiantes de los enfermos terminales, que se reduzcan al mínimo las necesidades emocionales cumpliéndolas en la mayor medida posible, junto con la prestación de apoyo espiritual para que esté relativamente libre de sufrimiento y le permita al paciente vivir lo más plenamente posible hasta el final de sus días.

La palabra tanatología proviene de la thanatos que personificaba la muerte en la mitología griega. En 1901 el microbiólogo ruso Premio Nobel Ilya Mechnikov introdujo el término tanatología que significaba el estudio del comportamiento relacionado con la muerte, sus investigaciones apoyarían, a los enfermos desahuciados, a tener mejor entendimiento de este fenómeno, pero sobre todo a reducir el miedo a la muerte.

Herman Feifel es reconocido como el pionero en el movimiento sobre una forma tranquila de la muerte y el morir, en 1945 observó al avión Boeing B-29 “Enola

Gay” despegar para bombardear Hiroshima; ese evento y la muerte de su madre en 1952 influyeron en su interés por el tema y se dedicó a su estudio; después de la Segunda Guerra Mundial, que se dieron a conocer los horrores del holocausto, en 1959, escribió el libro *El significado de la muerte*, obra que dio impulso a la tanatología (Strack, S., 2014)

Abierto el campo de la tanatología se empezaron a realizar contribuciones importantes en la teoría, la investigación y la educación, una de ellas era conocer porque la gente se suicidaba. David Levinton y Robert Kastenbaum encabezaron el movimiento por la educación de la muerte, gracias a sus contribuciones y a su intervención se le dio impulso a la construcción del primer Centro Universitario dedicado al estudio de la muerte en la ciudad de Michigan, también se fundaron las revistas *Omega: El diario de la muerte y el morir* por Kastenbaum y *Educación de la muerte*, editado por Hannelore Wass.

La psiquiatra suiza-norteamericana Elisabeth Kübler-Ross, fue retenida en el campo de concentración de Meidaneck, Polonia, durante la Segunda Guerra Mundial, tras su liberación se quedó a trabajar con los presos, hechos que marcaron su vida y definieron su interés por estudiar el comportamiento de las personas ante la inminencia de la muerte, más adelante trabajó con enfermos terminales de cáncer, ancianos y niños desahuciados analizando cómo los seres humanos hacen frente al dolor ante la muerte. El impulso que le proporcionó a la tanatología la convirtió en autoridad a nivel mundial en este campo, Kübler-Ross también examinó las actitudes hacia la muerte; el significado y los comportamientos del luto, la pena y las cuestiones morales, la ética de la eutanasia y los trasplantes de órganos para el apoyo a la vida. Otra obra importante sobre el tema fue *La psicología de la muerte* (1972) de Robert Kastenbaum y Ruth Aisenberg.

Estas investigaciones han marcado la pauta para los estudios más recientes. Charle Corr identifica cuatro dimensiones de las tareas de la tanatología: físicos, psicológicos, sociales y espirituales, Therese Rando avanzó en el concepto de pena anticipada, Robert Neimeyer sobre la tarea de reconstrucción de las personas que pierden a un ser querido (Strack, S., 2014).

La música en tanatología. Es una modalidad de música clásica que se conjuga con la medicina para que el enfermo terminal la escuche al final de la vida. Se utiliza el arpa y la voz junto a la cama para apoyar con amor las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los moribundos. La música en vivo responde momento a momento, se puede observar en los signos vitales como la frecuencia cardiaca, la respiración y la temperatura, la música-tanatológica se adapta a cada situación. El calor de ésta puede traer el consuelo, la dignidad y la gracia para aquellos que están cerca de la última jornada al final de la vida (Music-Thanatology Association International 2008).

La utilización de la música, el ritmo, el volumen y el tono puede proporcionar una respuesta positiva, ayudar a aliviar los síntomas físicos como dolor, inquietud, agitación insomnio y dificultad para respirar; ofrece un ambiente de serenidad y confort que puede ser profundamente relajante para los presentes. Las emociones estresantes como la ira, el miedo, la tristeza y el dolor pueden disminuir para los que la escuchan (pacientes, familiares y personal de salud), la longitud y la forma de una frase musical puede corresponder a la subida y la caída de la respiración, el ritmo puede apoyar la posibilidad de movimientos internos y externos; con la presencia musical se puede sentir la belleza, la intimidad y la compasión.

En las últimas tres décadas la música-tanatológica se ha ido desarrollado a través de varios autores, las obras de Teresa Schroeder-Sheker y de Linda M. Schenck, se está ejecutando en varios países del mundo. Sin embargo; los que la practican reconocen que existen personas que no aceptan nada, incluso los tratamientos más sofisticados, ni la música. Finalmente, el objetivo de ella y su prescripción tienen la finalidad de:

- a) aliviar el dolor fisiológico agudo y crónico y/o el sufrimiento espiritual interior;
- b) la creación de las condiciones de apoyo que pueden facilitar la reconciliación y el significado en la cara de la mortalidad y el sufrimiento;
- c) una muerte pacífica consciente devuelva la tranquilidad;
- d) la transformación de las experiencias personales, familiares, médicas, culturales y comunitarias de la muerte (*Íbidem*).

En nuestro país, excepcionalmente, tenemos la posibilidad de llevarle al enfermo terminal un conjunto musical, un solista de arpa o de otro instrumento para su descanso en el último momento de su vida, pero si es posible proporcionarle una buena música como la de Teresa Schroeder-Sheker, con un sonido adecuado y una compañía gratificante de familiares y amigos, para que el enfermo sienta el amor y la tranquilidad requerida en sus últimos momentos. Se debe utilizar la música-terapia para los deudos de suicidio, les puede proporcionar la tranquilidad y la reflexión que necesitan, no necesariamente debe ser la música tanatológica, pero si una música suave, rítmica y relajante.

En México desde los años 80s se ha trabajado con enfermos terminales en tanatología, se funda la Asociación Mexicana de Tanatología A.C. y se incluye en la UNAM y otras universidades el estudio de esta disciplina; cabe mencionar que en algunos hospitales del sector salud también se ofrece ya atención tanatológica a enfermos terminales y a sus familiares; además, se han realizado estudios sobre la muerte y sus implicaciones.

Esas investigaciones han proporcionado a los tanatólogos herramientas para el tratamiento del duelo en general, pero es necesario también el conocimiento a profundidad de los procesos psicológicos que llevan a cabo los deudos de los individuos que se suicidan, comprender los motivos –en ocasiones más complejos– de los familiares que tienen un familiar con conductas suicidas, para realizar una intervención más efectiva.

4.1 El proceso de duelo

El duelo es una respuesta normal cuando alguien ha tenido una pérdida, es un sufrimiento emocional que va de leve a profundo, se puede pensar que la muerte de un familiar es la que nos ocasiona el más intenso dolor, aunque otras (la persona amada, la riqueza o el trabajo) también provocan este sentimiento; entre más significativa es la falta, éste se recrudece más, es cuando surge una defensa del psiquismo llamada duelo, que siempre es distinto y único, sirve para ir haciendo comprensible una realidad que inicialmente pudo haber sido rechazada, hasta que el individuo asimila el evento.

La persona que sufre por una pérdida tiene un intenso dolor, que lo sumerge en un estado de desánimo y depresión, además de la tristeza, la angustia y la culpa pueden existir manifestaciones físicas como dolores, molestias, cambios en el apetito, insomnio, en general, una disminución de la energía.

La sensación dolorosa, por la pérdida de un ser querido es tan intensa como cada individuo la pueda sentir, depende de lo que ese ser representaba en su vida (hijo, padre, amigo), de su personalidad, de su experiencia de vida y de su resiliencia⁸, expresándose en sus emociones y en la formas de actuar. El duelo cumple la función de ir quitando los recuerdos dolorosos y la desesperanza, cambiándolos por algunos amorosos y por nuevos objetivos en la vida, de ahí la importancia de poderlo llevar a una buena elaboración, las creencias religiosas pueden ayudar al restablecimiento. El sujeto que sufre, puede estacionarse en su dolor, pero también tiene el potencial para desplazar ese sufrimiento y llevarlo hacia la reconstrucción de su vida. Rando (citada por Loitegui, 2008) manifiesta que la pérdida se presenta diferenciadamente:

Lo que se pierde (...), se vincula también con el rol del individuo dentro del sistema familiar y de lo que significa éste para cada integrante. No es lo mismo perder a un hijo, que a un hermano, o a un padre. A la vez, no se puede suponer que una situación será más dolorosa que la otra, ni que por ello sea equiparable de persona en persona. Se pierde entonces algo de uno mismo, un aspecto del self, lo que *yo soy cuando estoy con vos* (p.13).

La teoría del duelo fue planteada inicialmente por Lienderman en 1944, quien se dedicó a estudiar las reacciones de las esposas de los soldados que iban a la guerra y que ya no regresaban, a partir de ahí, diversos autores han estudiado este fenómeno Bowlby 1961, Niemeyer 2000, Rando 1968, Kübler-Ross 1969 entre otros.

Se puede observar, que son varias las teorías que tratan de explicar el complejo proceso de la pérdida y el dolor, las más conocidas son modelos por

⁸ La resiliencia es el proceso de adaptarse a la adversidad, a un trauma, tragedia o amenaza o fuentes de tensión significativas, significa “rebotar” de una experiencia difícil, como un resorte o una pelota.

etapas, existiendo críticas hacia ellas porque consideran que no todos los duelos siguen ese proceso, Rando (citada por Loitegui) apunta a que se puede ir ampliando la noción de duelo y que se deben deconstruir algunos mitos en torno a esos conceptos y plantea:

- a) El duelo no necesariamente ocurre en etapas fijas, los modelos que se basan en ellas para explicar el duelo se encuentran desactualizados al afirmar que todos los duelos transitan por todas las etapas en el mismo orden.
- b) Continuas conexiones con el difunto no deben ser consideradas necesariamente patológicas, e incluso, si son adecuadas, pueden ser terapéuticas.
- c) La gente no siempre supera una “pérdida mayor”, aunque aprende a vivir con ella.
- d) La recomendación continua de intervención para todos los sujetos en duelo puede ser dañina.
- e) No existe una única manera de responder a una pérdida.
- f) El duelo y la reconstrucción de significado no sucede únicamente a nivel individual, también ocurre a nivel familiar y social.
- g) El duelo se puede complicar, esto no necesariamente significa patología puesto que se puede deber a otros múltiples factores (las circunstancias de la muerte, el rol del fallecido, la contención, etc.).
- h) El duelo es relativo a cada cultura (p. 7).

A pesar de las críticas a los modelos por etapas, algunas justificadas, estos modelos han explicado claramente el proceso de duelo y sus autores han hecho la aclaración de que el individuo que sufre una pérdida no sigue necesariamente las etapas en el orden que se plantean, sino que éste puede cambiar y se pueden sobreponer.

Para ilustrar el proceso de duelo, en este trabajo se presentan cuatro interesantes estudios: El modelo de duelo de Freud, el Modelo de las etapas de Kübler-Ross, la Teoría del apego de John Bowlby y la teoría del duelo anticipado de Therese Rando.

El modelo de duelo de Freud. Este autor considera que en el cuerpo se reflejan todos los acontecimientos de la vida, en él se establecen los duelos y las melancolías por los objetos amorosos que se han perdido; partiendo de esto, se reconoce que en muchas ocasiones las emociones están ocultas, la manifestación

de esos dramas desencadenan diferentes reacciones, provocando problemas físicos (dolores, enfermedades y malestares) o sentimientos de aflicción y tristeza que reflejan el duelo que se está sufriendo. Estas perturbaciones pueden llegar hasta la melancolía, sobre todo cuando se oculta en la psique ese sentimiento por el objeto perdido, siendo para el individuo un drama narcisista difícil de superar.

La teoría de Sigmund Freud hace hincapié en que los individuos afligidos por una pérdida, -que puede ser la muerte de una persona, un amor o un deseo no logrado-, buscan ese objeto significativo que se ha perdido, hace énfasis sobre lo que representa el dolor por lo que ahora falta, porque ha representado un apego personal. El duelo, nos comenta, es por el desprendimiento del objeto amado (Freud, S 1998g).

El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc., A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). ... a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento (p. 241).

Freud define al estado de melancolía como una dolencia personal muy profunda, que se intensifica si no hay respuesta afectiva. Ésta es una clásica representación de la depresión y del dolor que implica una pérdida completa del placer en casi todo.

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en auto-reproches y auto-denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí (p. 242).

Se reconoce a la melancolía como un sentimiento pesaroso, contiene dolor y bajo o nulo interés por las personas y otros objetos. Por la pérdida del objeto amado se experimentan todo tipo de emociones difíciles; el dolor y la tristeza son

reacciones normales a una pérdida significativa, que han despertado sentimientos inconscientes de la infancia y que el individuo no encuentra las razones de los malestares que le sobrevienen, no quiere decir que no sienta la pérdida actual, más bien, al despertar ansiedades pasadas se han conjugado los sentimientos. Mientras no se hagan conscientes esas emociones encontradas, el individuo únicamente podrá buscar formas de lidiar con el dolor, pero no avanzará en la resolución de su duelo.

Según Hall, C. (2011) para Freud el “trabajo de duelo” implica un proceso que consiste en romper los lazos que unen al sobreviviente al difunto. Este es un reordenamiento psíquico que implica tres elementos 1) la liberación de los deudos de la esclavitud de los difuntos, 2) el reajuste a las nuevas circunstancias de la vida sin la persona fallecida; y 3) la construcción de nuevas relaciones. Freud creía que esta separación (paciente-difunto) requiere un proceso energético para reconocer y expresar las emociones dolorosas como la culpa y la ira. Si los dolientes no realizan o completan debidamente el trabajo de duelo, el proceso se convertiría en complicado y aumenta el riesgo de enfermedad mental y físico y la recuperación de compromiso.

Para esta perspectiva, el proceso de duelo es una tarea de reconstrucción del mundo interior, que ha experimentado un intenso dolor por una pérdida, lo que puede dar lugar, -cuando es muy profundo- a que los individuos pierdan el sentido de identidad. La terapia psicoanalítica tendría por objeto hacer conscientes los problemas que el individuo tiene atrapados, para que a partir de ello pueda dejar ir el objeto amoroso desaparecido por la muerte o por separación. Dejar ir al objeto de su amor permite buscar nuevos apegos y encontrar nuevos deseos de vivir y de seguir adelante.

El modelo de los ciclos de dolor de Kübler-Ross. La doctora Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) trabajó en la especialidad y ejerció la docencia en tanatología en distintos hospitales y universidades estadounidenses. Su obra ha tenido una gran importancia para la comprensión de las reacciones emocionales ante una pérdida, el modelo de las etapas del duelo, fue diseñado originalmente

para explicar los ciclos por los que atraviesa una persona que se encuentra en etapa terminal, esta teoría es de las primeras para el estudio de la tanatología.

Kübler-Ross (2010) consideró cinco etapas del duelo, que se producen como respuesta del enfermo al notificarle que se encuentra en etapa terminal, que pasan también los familiares y seres queridos cuando se enteran de este proceso, por la pérdida de una relación estrecha o por la muerte de un ser querido. Estas etapas no se experimentan en el orden que se indica a continuación, más bien son guías y reflexiones que suceden en el duelo. Su importancia radica en que los individuos con una pena por pérdida, puedan ir superando cada una de ellas para elaborar mejor el duelo. Cada persona tiene un proceso particular en el desarrollo de éste, que corresponde a la intensidad de sus emociones y a la forma de exteriorizarlas. Observar y entender el proceso en cada una de las etapas ayuda a superarlas, recordando que el duelo no tiene límite de tiempo ni forma determinada de llevarlo. Estas etapas son:

- a) Negación y aislamiento. Existe un rechazo consciente o inconsciente de aceptar los hechos, la información, la realidad. Es un mecanismo de defensa.
- b) Ira. Las personas están enojadas con ellas mismas, con Dios, con el difunto o con otras personas.
- c) Negociación. Tratar de reconciliarse con el difunto, con Dios o con las personas que estuvieron alrededor y con las que sentían mucha ira.
- d) Depresión. Los sentimientos de tristeza, miedo, incertidumbre son muestra de que la persona está en la realidad y comienza a aceptar el hecho.
- e) Aceptación. Después de recorrer el camino tortuoso, se encuentra el sujeto que ha sufrido una pérdida con la realidad y la acepta, cuando hace un esfuerzo para seguir adelante.

La Teoría del apego de Bowlby. Esta teoría trata el desarrollo de las relaciones y vicisitudes que se presentan en el ser humano por los vínculos de apego a lo largo de toda su vida, está basada en la psicología, la etología y la evolución, sostiene que el recién nacido desarrolla una relación muy estrecha con su cuidador principal (la madre), ésta debe ser cálida para lograr el apego, que se va conformando desde épocas tempranas de la vida y le ofrecen seguridad y supervivencia. Cuando estos lazos se rompen o se pierden por muerte o huida del ser u objeto amado, se experimenta angustia y trastornos emocionales como

ansiedad, llanto y rabia. Esas emociones se expresan en ocasiones como luto, considera el sufrimiento por las pérdidas como algo muy doloroso e imposible de consolar. Bowlby 1980 (citado por Montuori, 2013)

La pérdida es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede sufrir. Y no sólo es dolorosa de experimentar, pero también es doloroso ser testigo de ésta, especialmente porque nos sentimos impotentes para ayudar. Al deudo nada, excepto el retorno de la persona perdida puede traerle verdadero consuelo, por ende lo que le proveemos es sentido como un insulto (p.3).

Bowlby influenciado por el etólogo Lorenz, demostró que el apego es innato, por lo tanto tiene un valor de supervivencia, estas conductas son instintivas y se activan en problemas conductuales por cualquier condición que amenace la consecución de proximidad, como la separación, la inseguridad y el temor. También postuló que el miedo a los extraños representa un importante mecanismo de supervivencia, los bebés nacen mostrando ciertos comportamientos innatos (llamados liberadores sociales) que ayudan a garantizar la proximidad y el contacto con la figura de la madre (su primer apego) llorando, sonriendo, gateando, etc. que son conductas específicas de la especie humana.

Para Bowlby (citado por Mc. Leod, S 2007), el determinante del apego no es la comida, es la atención y la capacidad de respuesta. Sugirió que la monotropía⁹, el vínculo vital y cercano con la figura de la madre, significa que la falta de esta estrecha relación o la ruptura de esta unión pueden conducir a graves consecuencias negativas, incluyendo la psicopatía de afecto.

La psicopatía de afecto es la incapacidad de preocupación por los demás, que se muestra con morosidad, aumento de la agresividad y en ocasiones con depresión; algunos individuos que la padecen actúan sistemáticamente por impulso, con poca consideración por las consecuencias de sus acciones, sin mostrar culpa por su comportamiento, parecen estar carentes de sentimientos.

⁹ Monotropía. Es conceptualizado como un vínculo vital con una sola figura de apego, generalmente es con la madre.

Bowlby investigó la relación entre el niño y su madre durante los cinco primeros años de vida; como resultado concluyó que esta etapa es la más importantes para la socialización, formuló su hipótesis de la “privación materna”, en la cual postuló que la interrupción de esta relación primaria podría conducir a tener dificultades emocionales, una mayor incidencia de la delincuencia juvenil, y en general conducta antisociales.

También teorizó sobre el duelo en relación con la pérdida, conservando los postulados de la teoría del apego. Cuando se rompen las relaciones estrechas, el ser humano trata de mantener esa relación de diferentes formas, ese lazo afectivo roto, le produce un fuerte dolor, que requiere pasar por una serie de etapas como respuesta natural por la pérdida para llegar a la adaptación, sugirió cuatro fases del duelo, que no implican secuencia, pero se pueden sobreponer algunas.

1) *Fase de aturdimiento o de shock.* La primera reacción frente a la noticia de la pérdida suele ser de confusión, incredulidad; el deudo se siente aturdido, en estado de shock y tiene dificultad para comprender y aceptar lo ocurrido. Esta fase dura desde algunas horas a días y puede ser interrumpida por explosiones de angustia, desasosiego y enojo. Es frecuente escuchar expresiones de este tipo: “No lo puedo creer, no es posible, debe haber un error, se equivocaron (...), especialmente en los casos en que la pérdida es repentina, como en los de accidentes fatales o de un suicidio. En esta etapa podríamos decir que el proceso de duelo todavía no ha comenzado.

2) *Anhelo y búsqueda de la persona perdida.* Implica el inicio de la comprensión de la pérdida, es el momento en que se empieza a extrañar a la persona; cuando llegan los momentos de nostalgia, de angustia, de llanto y de miedo, por el gran apego, aparecen fervientes deseos de estar con esa persona. La ira y la frustración son sentimientos comunes en esta fase porque la persona está enojada por el suceso; en muchas ocasiones, no encuentra salida y está buscando a alguien para echarle la culpa.

3) *Fase de desorganización y desesperación.* En esta fase el doliente se da cuenta que el familiar no va a volver, su consciencia de la muerte se ha aclarado pero es cuando viene la tristeza, la depresión, la apatía, sobreviene una sensación de soledad. El apego que sostuvo con esa persona en su mundo interno le produce le una sensación de vacío que nadie puede llenar.

4) *Fase de reorganización.* Después de haber pasado por un intenso dolor, empiezan a haber cambios graduales en la conducta de la persona en duelo, estos cambios son sucesivos hasta que los deudos buscan la forma de reelaborar una nueva vida. Las angustias y deseos de estar con el ser querido se desvanecen, lo que representa el desapego, buscando nuevos afectos (Mortuori, p. 10).

Teoría del duelo anticipado de Therese Rando. El duelo anticipado, es un concepto que ha cobrado vigencia en los últimos años, se refiere al sufrimiento de una persona cuando sabe que va a morir o cuando un individuo tiene a un ser querido en etapa terminal ya sea adulto o un niño; frente a esta fuerte amenaza, se desencadenan una serie de reacciones psicológicas, que pueden ser similares a las que se sufren ante una muerte, pero con características especiales, en ocasiones más profundas, en otras, con estancamiento en alguna etapa. Loitegui (2008) lo define:

El duelo anticipado es un complejo proceso que se experimenta cuando un individuo se encuentra frente a la posibilidad de anticipar su propia muerte o la de un ser querido. Frente a esta amenaza de pérdida, se desencadena en consecuencia, en algunos casos, una fuerte reacción física, psicológica y conductual, frente a la que el enfermo o la familia deberán adaptarse y reorganizarse activamente (p. 4).

El argumento que sostienen los autores del duelo anticipado es que cuando conocen el diagnóstico de la muerte inminente de un ser querido, después de un tiempo y pasando por ciertas etapas, van comprendiendo el significado de lo que va a ser su pérdida, y van desplegando variadas formas de afrontar el hecho cuando este suceda.

La pena o duelo anticipado está provista de una oportunidad para el crecimiento personal al final de la vida, si se racionaliza, puede ser una forma de encontrar significado y momentos de cierre, para conciliar las diferencias con familiares y amigos, para dar y conceder el perdón, para morir sin culpas ni remordimientos, es buscar el momento más adecuado para decir adiós.

Como se ha explicado, el duelo anticipado se experimenta desde dos perspectivas; la del enfermo terminal y la de la familia o personas cercanas a éste. Se han realizado diferentes investigaciones, principalmente en los padres de niños desahuciados, Rando (citada por Loitegui) describe cinco aspectos funcionales del duelo anticipado que desarrollan los padres.

1. Reconocimiento: convencimiento progresivo de la inevitabilidad de la muerte del niño.
2. Duelo: experimentación y manifestación emocional del impacto de la pérdida anticipada y el correlato físico, psicológico y la confusión interpersonal asociada.
3. Reconciliación: desarrollar otro punto de vista ante la muerte esperada, que preserve un mayor sentido de confianza en el valor de la vida del niño y en el valor de la vida en general.
4. Desapego: retiro de la investidura emocional del niño como un individuo en crecimiento con una real perspectiva de crecimiento.
5. Memorización: desarrollo de una relativa representación mental del niño que permanecerá más allá de su muerte (p. 5).

Las etapas del duelo anticipado en el enfermo desahuciado también Kübler-Ross las describió. Cuando le informan a la familia de la noticia de la enfermedad terminal, se esperaría que ellos se manifiesten de un modo significativo por medio de la pena y la depresión, pero muchas veces esta noticia provoca una profunda ansiedad y un sentimiento de incertidumbre, porque ante el proceso de la enfermedad se suceden múltiples demandas, se presentan continuas pérdidas y cambios, tanto en el paciente como en cada individuo cercano a él a medida que la enfermedad avanza (p. 16).

Algunos investigadores han cuestionado esta teoría, en un estudio que realizó Reynolds, L. (2006), sostiene que el fenómeno de la pena anticipada es imposible, argumenta que el duelo es exclusivo de una pérdida por muerte, y no puede ser experimentado por adelantado.

A pesar de las observaciones que se han realizado en contra de las teorías de las etapas y del duelo anticipado, es de reconocer que todos los modelos y conceptos sobre el dolor en el duelo tienen su valor, porque una pérdida por muerte implica un ajuste emocional y requiere tiempo para que la sensación dolorosa vaya desapareciendo.

4.2. Duelo después del suicidio

El suicidio puede ser una forma de acabar con un dolor insoportable como resultado de una enfermedad mental, de un trauma, de una pérdida significativa, rechazo o decepción, pueden haber existido intentos de quitarse la vida, anteriores

al acto y se pueden predecir futuros cuando se ha sobrevivido a un intento. Los familiares y amigos de la persona con conducta suicida, pueden tener comportamientos que se caracterizan por sentimientos de desesperanza, desesperación y aislamiento. En ocasiones, a pesar del apoyo médico y de personas cercanas, por su intenso sufrimiento, son incapaces de pensar con claridad y racionalidad.

El suicidio puede ser un evento que ponga al ser más querido y a la familia en un estado emocionalmente difícil, de mucho dolor, culpa, vergüenza y coraje; cuando es un hijo, los padres se sienten traicionados y desilusionados del fallecido por no haber cubierto sus expectativas. Este hecho, -que un familiar se quite la vida-, produce sentimientos encontrados, que pueden llegar a doblegar a las personas, en ocasiones pueden ser devastadores hasta el punto que el duelo por suicidio se puede complicar.

Los familiares directos del suicida tienen necesidad de conocer los motivos de la decisión de quitarse la vida, pero a la vez niegan las posibles causas. Además, las personas alrededor del suicida también están muy interesadas en saber los detalles del hecho e insisten en preguntar, provocando molestias y mayor dolor al revivir momentos difíciles.

Después de cualquier tipo de muerte existe incredulidad, un gran dolor y un anhelo por la persona fallecida, pero después de una muerte súbita como un homicidio o suicidio es muy difícil que haya incredulidad, los familiares y amigos, en ocasiones se sienten atrapados en el trauma y el terror, sobre todo cuando la forma de suicidio es espectacular. El sujeto que descubre el cuerpo u observa el acto, es especialmente vulnerable, puede ser familiar, un vecino o un desconocido que estuvo presente (el conductor de un auto que atropella porque se lanzaron a él, un transeúnte que ve el suicidio, etc.); como consecuencia, pueden tener afectaciones o fijaciones en el hecho, su respuesta depende de la edad y de su estado emocional, es conveniente un apoyo familiar y en ocasiones profesional.

No se puede negar que en ocasiones, si un ser querido que se suicidó tuvo algún desorden mental o había ocasionado demasiados problemas, el familiar siente alivio o descanso con el fallecimiento.

Las emociones que afrontan los deudos del suicidio tienen características especiales, aunque pasan por las mismas etapas que un duelo regular, algunas son más intensas o se acentúan Worden (citado por Ancinas, 2012), menciona: la vergüenza, la culpa, el enfado, el miedo y el pensamiento distorsionado. La Clínica Mayo¹⁰, considera: el shock, el enojo, la culpa y la desesperación.

Al igual que en el duelo, las emociones que presentan las personas en los casos de familiares que sufren una pérdida por suicidio, se pueden presentar alternadamente, sobreponerse o no presentarse algunas. Se mencionan las más frecuentes.

Shock. Puede ser la respuesta inicial, es la primera reacción ante la noticia de la muerte, el deudo puede sentirse adormecido, incapaz de continuar con su rutina. La familia y los amigos se sorprenden, pueden decir: ¡no lo puedo creer!, ¡esto no puede estar sucediendo!; en ocasiones, cuando el shock es leve, permite realizar las actividades necesarias para esos momentos; cuando es muy fuerte puede paralizar a la persona. Su duración por lo general es corta.

Enojo. Sensación de un profundo dolor, unida al de disgusto o ira con el fallecido por el hecho y por haberlos abandonado. Se puede estar enojado con sí mismo, por no haber encontrado las pistas necesarias para haber evitado el suicidio, en ocasiones también ese malestar es con Dios. El deudo se hace la pregunta ¿cómo pudo hacer esto?

Culpa. Es un sentimiento de desagrado hacia sí mismo, sobre todo si ya había dado indicios de autodestrucción o anteriores intentos de suicidio, por no haber realizado algunas actividades que evitaran que se tomara esa decisión; la

¹⁰ La Clínica Mayo con sede en Florida, Arizona y Minnesota está especializada en cuidados médicos, investigación y educación.

cercanía con el suicida remite a una mayor culpabilidad, se buscan insistentemente las razones por las que se llegó al suicidio. El deudo se hace preguntas, según el caso: ¿por qué no hice algo para que esto no pasara?, ¿qué hice yo para merecer esto?, ¿sí yo hubiera estado ahí en ese momento? No habiendo respuesta a estos cuestionamientos, se puede considerar que si el suicida no hubiera realizado el acto como aconteció, lo hubiera hecho en otro momento u otra circunstancia, porque en este acto encontró la respuesta a todos sus problemas, quitarse la vida.

Los padres que han perdido un hijo por suicidio pueden ser especialmente afectados por sentimientos de culpa y responsabilidad, después del acto, continuamente tienen problemas con el cónyuge y los hijos, piensan que los allegados suponen que el suicidio se realizó por descuido o negligencia de ellos, lo que les provoca un sentimiento de vergüenza. Esa culpa puede ser simple cuando los auto-reproches son únicamente pasajeros, y complicada cuando el individuo no permite perdonarse ese hecho, por lo tanto no se siente con derecho de disfrutar las cosas amigables de la vida.

Cuando la familia y los amigos conocen que el suicidio lo realizó la víctima para evitar un mayor sufrimiento físico por enfermedad, es más racional y la culpa es menor o nula, se reconoce que fue una decisión planeada del fallecido, se acepta intelectualmente. Pasado el tiempo y según sus creencias, se va desvaneciendo la tristeza, solos o con apoyo de servicios religiosos.

Desesperación. Sensación de tristeza, soledad e impotencia al no encontrar salida a esta pena; cuando existen creencias religiosas, se puede pensar que es un castigo de Dios por algún pecado cometido. Es una emoción muy peligrosa porque si no se encuentra solución puede llevar a la muerte.

Vergüenza. Es la pena porque un miembro de la familia se haya suicidado, puede crear un estigma; significa la preocupación de que asocien el suicidio de un integrante con toda la familia, que la gente crea que todos están “dementes” y se pueda repetir el acto, o queden reminiscencias y pueda ser heredado.

Estos sentimientos y emociones pueden repercutir en problemas físicos, psicológicos o inadaptación social; incluye pesadillas, poca o nula concentración, aislamiento social, pérdida del interés en actividades sociales y recreativas. Cuando el duelo se complica puede llegar al mismo suicidio, por lo cual es necesario construir estrategias para afrontar adecuadamente ese problema, en ocasiones es necesario la búsqueda de apoyo profesional para la aceptación.

4.3. Duelo complicado por suicidio

El duelo es la reacción universal instintiva de adaptación por la pérdida de un ser querido, los sobrevivientes de un suicidio¹¹ corren el riesgo de desarrollar depresión, estrés post-traumático y conductas agresivas, lo que se ha llamado duelo o pena complicada. Zisook y Shear (2009) comentan.

El duelo complicado se puede subcategorizar como *dolor agudo*, que es la respuesta dolorosa inicial; *pena integrada* que es la adaptación atenuada en curso por la muerte de un ser querido; y finalmente la *pena complicada* que a veces se etiqueta como prolongada, sin resolver el duelo traumático.

Dolor agudo. Señalan también que después de la muerte de un ser querido las personas pueden experimentar emociones intensas y dolorosas, estremecimiento, shock y negación; como otros autores, las consideran como adaptativas porque proporcionan una breve respiro al dolor, dando tiempo y energía para aceptar la muerte y hacer frente a las implicaciones prácticas que se requieren (funeral, gastos, herencia, etc.). Podemos observar en muchos casos que los sentimientos de angustia y desesperación no se pueden aplazar por mucho tiempo, porque se presentan momentos de llanto y dolor, que los autores llaman “dolores de la pena” provocados por recuerdos de momentos agradables, actitudes o discusiones con el fallecido.

El dolor agudo es frecuente en el deudo, además, siente mucho coraje con la persona que se suicidó, en ocasiones no se quiere enfrentar la realidad, es más, le

¹¹ Se les llama sobrevivientes del suicidio a los familiares y personas cercanas al individuo que se suicidó

cuesta trabajo decir que la muerte fue por suicidio, esta reacción se manifiesta con depresión, enojo y aislamiento; en sí, en no querer realizar las actividades cotidianas y la negación de disfrutar la vida.

Pena integrada. En circunstancias normales, el dolor agudo baja en varios meses; sin embargo, el plazo podrá ser ampliado para los que han perdido a un ser querido por suicidio. Las señales de “curación” de la muerte de un familiar o amigo íntimo son la capacidad de reconocer que están afligidos, poder pensar en los fallecidos con ecuanimidad, volver al trabajo, experimentar nuevamente placer y ser capaces de buscar compañía. Las perspectivas de una buena vida surgen a raíz de una buena resolución del duelo por la pérdida; sin embargo, puede suceder que un pequeño porcentaje de personas, no sean capaces de llegar a esta solución y les sobrevenga la “pena complicada”.

Pena complicada. Es llamada también duelo complicado, se manifiesta cuando se prolonga el dolor agudo, causando gran angustia, que interfiere con el funcionamiento del individuo. El doliente siente nostalgia y anhela a su ser ausente, la pena no disminuye sustancialmente con el tiempo y puede experimentar dificultades para restablecer una vida significativa sin la persona que murió. Cuando el dolor se mantiene fresco y la curación no llega, el duelo sigue estancado, el tiempo continúa pero el dolor permanece (*Ibidem*).

La pena complicada es generalmente inesperada, espantosa, dolorosa y de larga duración, pueden pasar años y no baja el dolor, no se mueven objetos del fallecido, ni se piensa en deshacerse de ellos, cada aniversario de la muerte representa una oportunidad para sufrir. El doliente puede tener imágenes recurrentes del muerto, mientras que los recuerdos positivos pueden ser bloqueados o interrumpidos por la tristeza o por estados prolongados de ensoñación que interfieren en las actividades diarias. La vida puede sentirse tan vacía y el anhelo por estar con la persona fallecida puede ser tan grande, que los dolientes sienten un fuerte deseo de unirse a su ser querido. Muchas veces el duelo complicado se asocia con problemas de salud física.

Los casos de pena o duelo complicado son individuales y los procesos de elaboración son únicos, cada persona sufre a su manera, el tiempo de recuperación es indeterminado, es a su propio paso.

Los sobrevivientes de suicidio, son susceptibles a presentar síntomas de estrés post-traumático, que es un trastorno psíquico surgido por el hecho de haber vivido un episodio de muerte violenta, sobre todo la persona que encontró el cuerpo, haber estado presente cuando el hecho sucedió, o haber presenciado la forma como quedó el cadáver. Esta afectación la manifiestan con angustia que está marcada por el miedo y el horror; se presentan también pesadillas y alucinaciones; rememoran con frecuencia la experiencia trágica y la disforia es frecuente. La elaboración del duelo está muy lejos de resolverse, se requiere tratamiento psicológico para seguir con una vida regular.

Zisook, Reynolds, Pies, Lebowitz, Young y Shear (2010), señalan que el duelo es un hecho inevitable en la vida, y el dolor es la reacción natural a la pérdida, que no es necesario medicar cuando existe un proceso normal de adaptación, ni tampoco se desea prolongar innecesariamente los riesgos al ignorar los síntomas depresivos significativos que son tratables.

El reto está en saber reconocer y tratar adecuadamente la pena complicada, la ausencia de un diagnóstico en el DSM V, pone en riesgo a las personas con este tipo de duelo, porque se pueden realizar intervenciones erróneas, desalentando a los enfermos por no obtener un tratamiento adecuado.

Estos autores han investigado y hecho una lista de las características del duelo complicado, las cuales proponen que sean incluidos en el DSM 5¹² como un nuevo trastorno y así poder tener un diagnóstico más claro. El duelo complicado, a veces conocido como duelo prolongado, duelo no resuelto o duelo traumático, es la designación actual de un síndrome de dolor prolongado e intenso que se acompaña

¹² Únicamente existe en el DSM 5 el “duelo no complicado” que se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido V62.82 (Z63.4)

de complicaciones que descarrilan el progreso de la pena y se asocian con un deterioro sustancial en el trabajo, la salud y el funcionamiento social.

Es evidente que las personas con reacciones de duelo complicado, requieren de atención clínica con una profunda investigación de sus antecedentes emocionales para que reciban intervenciones terapéuticas específicas. Sin una adecuada atención, el duelo complicado puede ser crónico e incapacitante.

La terapia del duelo complicado tiene como objetivo retornar a una vida normal con sus actividades cotidianas, restaurar la capacidad para obtener placer y satisfacción; los autores consideran que la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional son acertadas para el tratamiento y que la terapia farmacológica todavía no está clara su efectividad, porque no hay evidencia de que la serotonina y los medicamentos antidepresivos activos puedan propiciar algún alivio o provoquen un aumento en la complicación de ésta.

Existen otros tratamientos psicológicos que puedan apoyar a las personas con pena complicada, utilizados en la terapia como son: el psicoanálisis, la logoterapia, el constructivismo o el conductismo, entre otros, para que puedan continuar con una vida más tranquila.

4.4. Apoyo a los sujetos con ideación o intento suicida y a los familiares del suicida

Ideación e intento suicida. Si se considera que el suicidio es una conducta prevenible, la elevación del riesgo suicida cobra una mayor importancia para la clínica, se puede evaluar la ideación suicida y el intento de suicidio, así como los motivos que llevaron a los suicidas a realizar el acto. Muy brevemente se comenta la forma de evaluación de estos aspectos.

Medir el riesgo suicida en una persona que expresa ideas de suicidio, que frecuentemente presenta autolesiones o que ha intentado suicidarse es crucial para evitar la muerte, es importante para su prevención. Existen una serie de sistemas de

puntuación para predecir el riesgo (escalas de riesgo); sin embargo, su capacidad predictiva es limitada, nunca deben utilizarse en lugar de la entrevista clínica completa. Se requiere, en primer lugar, por parte del médico o psicólogo, establecer una buena relación con el paciente para poder evaluar sus intenciones y planes actuales y conocer sus necesidades. Después del diagnóstico se debe realizar un *plan de cuidado* donde intervine la familia y el sistema de salud.

La evaluación del riesgo suicida también se ha desarrollado para apoyar al médico, sobre todo en la atención primaria para evaluar al paciente con ideación suicida y a los que han intentado llevar a cabo el acto para canalizarlos adecuadamente a su atención especializada. Existen varios instrumentos para evaluar el riesgo de suicidio, la Escala de riesgo suicida de (Plutchik, Van Praag, Conte y Picard, 1989), la Escala de intencionalidad suicida (SIS) (Beck, Schuyler y Herman, 1974), y otros más. La mayoría de las escalas fueron estandarizadas en otros países, estos instrumentos pueden ser utilizados como complemento a otros estudios del paciente, pero nunca podrán sustituir los estudios clínicos.

El Instituto Nacional de Psiquiatría ha realizado investigaciones sobre el riesgo suicida utilizando diversos instrumentos, los realizados por Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001) en su investigación: Escala de Beck, Escala de Roberts incluida en la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Escala de expectativas sobre vivir morir de Okasha y Reactivos incluidos en el Composite International Diagnostic Interview "CIDI" y encuestas con diseños metodológicos donde se determinaron diferentes factores de riesgo. Sin embargo, se reconoce que no existe una forma definitiva para acercarse a preguntar sobre el suicidio, pero es esencial que se evalúe en cualquier persona deprimida, que sean utilizados los medios disponibles para evitar los suicidios en México.

Pérez, Amezcua, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez (2010), en su investigación sobre la *Prevalencia y factores asociados a la ideación suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*, utilizaron el Modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner que plantea cómo la interacción de

sistemas puede influir en cada persona de modo significativo, tomando en cuenta los siguientes elementos:

1. Factores individuales (desarrollo ontogénico). Se encuentra la depresión como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida para en adolescentes. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol se asocian a las conductas suicidas (...).
2. Factores familiares (microsistema). Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida.
3. Factores del ecosistema. Se refiere a las “estructuras sociales” (por ejemplo: la escuela, la colonia); cómo percibe su entorno, si es o no violento, agresivo.
4. Factores del macrosistema. Capa exterior, implica la cultural y creencias. Establece roles de género y otras conductas prediseñadas.

La teoría de Urie Bronfenbrenner¹³ de los sistemas ecológicos aplicada por los autores que califica los diferentes aspectos o niveles del entorno que influyen para que los adolescentes tengan conductas suicidas, aunque se reconocen sus limitaciones, ayudan a comprender y a buscar formas de prevención de éste.

Gómez C (2012) hace una clasificación del riesgo suicida con factores observables, también utilizado como complemento a los estudios clínicos en sujetos que han tenido conductas suicidas.

Cuadro 3

| CLASIFICACION DEL RIESGO SUICIDA Y SUS INDICADORES | | | | |
|---|---|---|--|---|
| FACTORES | RIESGO LEVE | RIESGO MODERADO | RIESGO SEVERO | RIESGO EXTREMO |
| IDEAS SUICIDAS | Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento suicida | Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos | Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos. | Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos |
| INTENCION SUICIDA | No hay | No hay | Indicadores indirectos | Indicadores directos |
| SINTOMAS | Leves | Moderados | Severos | Severos |
| CONTROL DE IMPULSOS | Buen autocontrol | Buen autocontrol | Autocontrol deteriorado | Autocontrol deteriorado |
| DESESPERANZA | Leve | Moderada | Severa | Severa |
| CONTEXTO | Medio protector confiable | Medio protector confiable | Medio protector inseguro | Medio protector ausente |

Fuente: Alejandro Gómez

¹³ La teoría de Urie Bronfenbrenner considera al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras estructuradas que influyen en la conducta del individuo: Microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.

Apoyo a la familia del suicida. Cuando algún familiar o amigo cercano ha muerto, existe un gran dolor, en la mayoría de los casos se intensifica cuando es por suicidio; tal parece que el proceso de curación también es más doloroso y quizá lleve mayor tiempo que una muerte no traumática.

Cada suicidio se vive de diferente manera en los deudos, depende de la forma en que se llevó a cabo el acto, de la integración de la personalidad de cada uno y de las relaciones afectivas que hayan tenido con el suicida; el duelo también es individual, a pesar de que existen generalizaciones, son específicas las formas de cada una de las emociones que advienen, la manera de aceptarlo, la reacción en los diferentes momentos, el proceso de afrontamiento y la elaboración. Tampoco hay método generalizado para el tratamiento de familiares o amigos del suicida, porque los síntomas se han desarrollado de una manera muy personal, no es igual la afectación para un padre, un hermano o un amigo.

En cuanto al tratamiento del duelo por suicidio, Moreno, E. (2010), apunta a que éste debe tener como objetivo: reducir la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos futuros. El modelo de trabajo de duelo debe hacer hincapié en la importancia de la continuación de la vida normal lo más rápido posible para volver a un buen nivel de funcionamiento. También comenta que Neimeyer propone tres formas de apoyo psicológico en los procesos de duelo: *el apoyo al duelo, el asesoramiento para la elaboración del duelo y la terapia en el duelo.*

Apoyo al duelo. Para la elaboración del duelo algunas personas no requieren terapia, tienen la fortaleza suficiente, únicamente con el apoyo familiar o de amigos pueden seguir adelante. Sin embargo, en otras ocasiones, el hecho de haber tenido un miembro de la familia que se suicida requiere un proceso más elaborado, con una terapia psicológica.

Los familiares, la pareja o el amigo que tuvieron una relación parental o de amor con el suicida, después del acto, pueden sufrir un desgaste emocional muy severo, con el tiempo y la racionalización del hecho se puede sentir alivio, pensar que la persona fallecida ha dejado de sufrir; sin embargo, también se puede sentir

pesar o vergüenza de ello, esta sensación es normal, es importante aceptar el hecho, racionalizarlo y elaborar el duelo.

Las ocasiones especiales como aniversarios, Navidad, Año Nuevo pueden provocar que el sentimiento aflore, conforme pase el tiempo irá disminuyendo, es importante que los recuerdos ya no tengan un efecto doloroso, sino que sean diferentes, que provoquen paz interior, hasta felicidad de recordar momentos agradable que se pasaron con la persona fallecida.

Efecto en los niños. Para dar la noticia del suicidio de un integrante de la familia, se debe recurrir a la persona más cercana a ellos, hablarles de la muerte y acompañarlos en los distintos momentos, en la ceremonia de los ritos funerarios y en casa; es adecuado promover la comunicación cuando no haya preguntas, lo más difícil es decirles porque el familiar se quitó la vida. Los niños tienen ideas, fantasías, preocupaciones que se deben conocer en la plática, responder con verdad a los cuestionamientos que ellos tengan, y de acuerdo a ello, decir lo que sucedió sin dejar la mínima sospecha de que ellos tuvieron que ver en la decisión de quitarse la vida.

Se debe estar muy atento a la reacción de los niños y si es necesario recurrir a terapia psicológica. Es conveniente apoyarse en el profesor de la escuela para observar las reacciones del niño en cuanto a atención, cambios emocionales o en los juegos para que encuentren en el estudio y en el mismo juego momentos de satisfacción de la vida.

Efecto en los adolescentes. Ante ellos, la noticia puede ser más concreta porque ya tienen más claridad de las circunstancias que rodearon el caso, pero generalmente les cuesta más trabajo dar a conocer o compartir sus sentimientos, pueden sentirse responsables o culpar directamente a alguien del suceso y les es difícil encontrar respuestas objetivas. Es importante que compartan sus sentimientos, abriendo la posibilidad de reunirse con sus amigos o familiares más queridos. Las reacciones de los adolescentes pueden ser como las del adulto de ira, culpa, dolor, etc., hay que observarlas para intervenir a tiempo y evitar que puedan

caer en un problema grave por la crisis que le pudo ocasionar el problema del suicidio.

Cuando la familia se enfrenta al problema de que uno de sus integrantes intentó suicidarse, debe estar atenta a él, para brindarle atención especializada y la canalización a una terapia psicológica o psiquiátrica, ofrecerle apoyo y consuelo en sus necesidades, acercamiento, muestras de amor y comprensión, tomarlos de la mano para proporcionarle una sensación de confort y cobijo. Estas medidas son útiles y necesarias; se le debe tratar de una forma cuidadosa, evitar los reproches, aunque se sienta la necesidad de regaño, tener cuidado de no decirle que “están chantajeando”, porque puede orillar a demostrar que no es así y realizar el acto suicida en breve tiempo.

Asesoramiento para la elaboración del duelo. En el estudio clínico del suicidio, siempre hay que explorar diferentes aspectos, entre ellos, si existen ideas suicidas en niños y adolescentes supervivientes, la evaluación del riesgo en familiares es importante para detectar o descartar afectación psicológica y poder buscar y solicitar apoyo para evitar otro acto de esta naturaleza; el asesoramiento debe ser proporcionado preferentemente por el médico, el psicólogo o por el tanatólogo.

Es importante acompañar a los deudos en su proceso, la unidad y apoyo de la familia y los amigos son esenciales para la recuperación de las emociones y el restablecimiento de una forma de vida más estructurada. La terapia debe ser seleccionada cuidadosamente, buscando la que proporcione una alternativa de vida más tranquila de acuerdo a los problemas del paciente, que pueda ayudar a resolver sus traumas y fijaciones.

Terapia del duelo. Cuando el sobreviviente no tiene complicaciones en el duelo, con el apoyo familiar y de amigos el dolor se va atenuando; en los casos que se llega a un duelo complicado, se requiere mayor comprensión y una terapia más especializada.

4.5. Terapias para el duelo complicado

En los casos de homicidio, accidente, suicidio y secuestro generalmente el duelo se complica y se tendrán que realizar estudios clínicos para conocer los niveles de ansiedad, desesperanza y tristeza, en caso de que sean profundos, se pueda elegir una intervención o abordaje terapéutico. Es necesario trabajar el dolor y cuidar el bienestar de los pacientes, para ello, se han desarrollado diferentes investigaciones para proponer terapias y afrontar el duelo con buenos resultados.

Ancinas (2011) informa que de acuerdo a la escala Nash, según el tipo de muerte aumentan las dificultades para la elaboración del duelo, los determina en el orden que se va complicando: por muerte natural, por accidente, por suicidio y por homicidio. Se pueden agregar los que en la actualidad ha cobrado relevancia; el duelo por fenómenos naturales y las múltiples complicaciones que se producen por secuestro y terrorismo.

El duelo de las personas que han sufrido una pérdida por suicidio, generalmente presentan un proceso complicado, para el alivio a su dolor y la aceptación, se requiere realizar una serie de actividades que ayuden al restablecimiento de sus afectos y de sus actividades regulares. Para Worden, W (2010), la persona en duelo tiene que realizar cuatro diferentes tareas a través del tiempo para elaborar efectivamente el duelo.

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Procesar las emociones y el dolor de la pérdida
3. Adaptarse al mundo sin la persona fallecida
4. Volver a colocar al fallecido emocionalmente y continuar viviendo.

Para realizar estas tareas, se pueden seguir las siguientes recomendaciones¹⁴:

1. Mantenerse el contacto con sus seres queridos, amigos y en caso de ser creyente, con sus líderes espirituales para la comprensión y curación.

¹⁴ Estas recomendaciones son las que propone la Clínica Mayo anteriormente citada.

2. Rodearse de personas que estén dispuestos a escuchar cuando se necesita hablar, así como quien proporcione un hombro para apoyarse o estar en silencio.
3. Llorar y elegir su propio camino. Hacer lo que le parece correcto, si le resulta demasiado doloroso visitar la tumba de su ser querido, espere hasta estar listo.
4. Prepararse para recuerdos dolorosos. Los aniversarios, fiestas y otras ocasiones especiales pueden ser dolorosos recordatorios del suicidio de su ser querido. No hay que regatearse a sí mismo para estar triste o melancólico; en su lugar, considere en suspender o no asistir, por algún tiempo, a las tradiciones familiares demasiado dolorosas.
5. No se apresure. Perder alguien por suicidio es un golpe muy fuerte, y la curación debe ocurrir a su propio ritmo, hay que darse el tiempo suficiente.
6. Esperar reveses. Algunos días serán mejores que otros, incluso años después del suicidio, lo que es normal. La curación no sucede en línea recta.
7. En ocasiones algunos objetos o acontecimientos nos recuerdan el hecho doloroso, conforme pasa el tiempo cada vez son menos.
8. Considere asistir a un grupo de apoyo para las familias afectadas por el suicidio, compartir su historia con otras personas que están pasando por el mismo dolor podrá ayudar a encontrarle un sentido de propósito o la fuerza necesaria.

Neimeyer R (2009) comenta que a pesar de la intensidad de la pena, la mayoría de los individuos hacen frente con éxito a su pérdida y retornan a niveles saludables de funcionamiento en el segundo año de duelo; de hecho, sus respuestas siguen distintas trayectorias a pesar de la intensidad de la pena, algunos tienen respuestas flexibles y otros muestran mejoría en su funcionamiento después de un periodo considerable. Las personas que pasan por un duelo complicado tienen incapacidad para aceptar que ya no está presente la persona fallecida, confusión sobre el rol en su vida, no encuentran nuevos objetivos y existe desesperanza para el futuro.

Para afrontar el duelo es posible utilizar el tratamiento que plantean Zisook "et, el" (2009.) que señalan que para la adaptación de la pérdida se requieren tres pasos: Primero, la atención inicial debe centrarse en la angustia traumática; segundo, los grupos de autoayuda de apoyo pueden ser beneficiosos y tercero, la última alternativa debe ser la farmacoterapia y la psicoterapia. En este ensayo se hace referencia a dos terapias que se pueden utilizar en el duelo complicado: La psicoterapia Gestalt y el Constructivismo.

Psicoterapia Gestalt. Cuando se requiere tratamiento psicológico para una persona que está pasando por un duelo complicado, Zizook considera adecuada la psicoterapia interpersonal, cognitivo conductual y la Gestalt:

El principio fundamental del duelo complicado es que el dolor agudo pasará instintivamente a la pena integrada. Si las complicaciones de la pena se abordan, el proceso natural de duelo es compatible. Cada sesión incluye trabajo de duelo, centrar la pérdida ayuda al doliente a su aceptación, hablar de la muerte que rodea los acontecimientos, para comenzar a tomar el placer y el confort en los recuerdos de la persona amada sintiendo un profundo sentido de conexión con el fallecido.

Se utilizan imágenes y otros ejercicios que se asemejan a las técnicas de exposición, junto con la reestructuración cognitiva. El trabajo enfocado en la restauración ayuda a la persona a ser libre para perseguir sus metas personales, entablar relaciones significativas con otros y la satisfacción de la experiencia y el disfrute (*Ibidem*).

La terapia Gestalt se enfoca en la integración de la persona y su entorno como una totalidad; puede tener buenos resultados en el duelo complicado por el tipo de técnicas que utiliza, una de ellas es el abordaje de asuntos pendientes, que tradicionalmente se refiere a las personas que no terminan las cosas en su vida, estos individuos a menudo se asientan en el pasado y debido a esto no son capaces de centrarse en su vida, en el aquí y el ahora.

Uno de los principales objetivos de esta terapia es ayudar a la gente a trabajar a través de sus asuntos pendientes y lograr el cierre, en este caso, que la persona que ha perdido a un ser querido, a través de distintas técnicas, deje de pensar en el difunto en todos los ámbitos de la vida con dolor y llanto, ir disminuyendo el sufrimiento hasta lograr hablar del difunto con ecuanimidad, reactivar todas las áreas de su vida; o sea, volver a las actividades cotidianas recordándolo de una forma tranquila, lo que significa que esa etapa de la vida se ha cerrado e inicia una nueva sin esa persona, aceptando la pérdida.

Constructivismo. Dentro de las terapias más utilizadas para un trabajo de duelo efectivo, se encuentra el constructivismo, que inició como una posición filosófica para entender al ser humano, más tarde fue adoptada en psicoterapia, ha

servido para proponer una alternativa real y objetiva para el bienestar de las personas.

El constructivismo considera al ser humano como agente activo que se constituye y da sentido a su existencia según su formación, con el transcurso del tiempo, se va construyendo como una persona en particular; entiende el malestar del individuo, considera que éste siempre está en búsqueda de significados, esta terapia le ayuda a encontrarlos en situaciones como la del duelo. Desde esta perspectiva todos los pensamientos, sentimientos y síntomas que las personas tienen pueden irse modificando buscando la construcción de algo nuevo, para dar así un significado a su realidad y a su vida.

Esta terapia ve en el duelo, un trabajo de reconstrucción de un mundo de significados que han sido cuestionados por la pérdida. La experiencia de la muerte, sobre todo si es repentina e inesperada, puede interferir con la capacidad de una persona para reconstruir su mundo, sobre todo cuando ésta cuestiona la noción del mundo y de la vida. Una persona en duelo puede afectar sus construcciones mentales, para ayudar con el proceso de reconstrucción hay que provocar que se creen nuevos significados, nuevas decisiones para incorporar la pérdida en una nueva visión del mundo.

Sobre el constructivismo Neimeyer (*op. cit.*) nos dice que existen teorías de duelo que son muy populares, simplificadas sobre supuestas etapas de la emoción y ajuste emocional por la pérdida, sin embargo, los detalles íntimos de la historia de las personas que han sufrido una pérdida sugieren un complejo proceso de adaptación a una nueva realidad, que es personal y tiene relación intrínseca e inevitablemente cultural. Para nuestro autor el constructivismo es un enfoque post moderno de la psicología que hace hincapié en la necesidad del individuo de conocer lo que significan las experiencias de la vida, la proposición fundamental es que los seres humanos, construyen y mantienen una narrativa auto significativa que se define como una estructura cognitivo-afectiva de comportamiento que organiza las micro-narrativas de la vida cotidiana, en una macro de la narración que consolida

la comprensión de sí mismo, estableciendo una gama de emociones y metas que guían la actuación en el mundo social.

Por tanto sostiene que tiene una importancia fundamental la narrativa, su terapia tiene que ver con la escritura de historias que cada individuo puede construir y compartir, como son los diarios y los escritos que realizan, que se les solicita lleven a la terapia. Para el autor las narrativas tienen una función interpersonal: la de “establecer una continuidad de significado en la experiencia vital del cliente”. Estos intentos de establecimiento de sentido pueden ser vagos, intensos, fragmentarios o incoherentes con relación a los síntomas, pero si se estimulan en vez de ignorarse, pueden convertirse en un vehículo que lleve al paciente a mayores niveles de integración.

El duelo puede ser un factor de estrés casi universal para los seres humanos, la evidencia es clara, para una minoría sustancial, el dolor asociado a la pérdida puede llegar a ser un problema de vida. Esta terapia constructivista pone sobre el tapete la lucha para incorporar de manera significativa la pérdida en la narrativa del sobreviviente, de una manera que establece un hilo de coherencia y significación en medio de una transición turbulenta, sugiere la pertinencia de procesamiento basado en significado de éste, que se lleva a cabo dentro de las sesiones como fuera de ellas.

Los consejeros (terapeutas) deben solicitar y tener un “inventario” de historias de duelo de sus clientes, como pre condición para entrar en el mundo de sus experiencias; además, los ejercicios de narrativa deben ser promovidos como tarea en el transcurso de la terapia del duelo. Al igual que otras terapias, el trabajo de asesoramiento debe trascender los límites del consultorio para tener un impacto en la vida de los clientes. Dar sugerencias oportunas sobre cómo se debe trabajar la narrativa en y entre las reuniones ayuda a lograr el objetivo, esta práctica debe ser personal y ser ofrecidas al cliente con las siguientes directrices: *Desarrollar una actitud de colaboración, respetar la “resistencia” del cliente, respetar su privacidad e integrar la tarea en la sesión* (Neimeyer, R. 1999).

4.6. Intervención del tanatólogo.

Si la tanatología es el estudio de la muerte, del morir, y del dolor que padece el ser humano; de las visiones, de los pensamientos, sentimientos, actitudes, rituales, eventos y mecanismos psicológicos que se suscitan alrededor de la muerte, la labor del tanatólogo es muy amplia para prestar sus servicios de apoyo emocional, acompañamiento, y cuidados paliativos. Para D'Hyver y K'raus (2006). “la tanatología proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares. Es una alternativa para revalorar la vida; descansa en el principio de la condición mortal de cualquier individuo” (p. 615)

Por tanto, el tanatólogo debe comprender los cambios que se producen en el cuerpo durante el proceso de la muerte, las formas de sentir y de expresar el dolor, la espiritualidad en general, así como tener una visión de los ritos que se realizan hacia los muertos, para ayudar a los enfermos terminales a tener un final en paz, con serenidad; además, para acompañar y apoyar, a las personas en duelo, en su proceso de recuperación y elaboración del mismo.

El tanatólogo, además del conocimiento de lo anteriormente descrito, debe reconocer los procesos de duelo complicado de los familiares en casos de muerte por homicidio, terrorismo, secuestro, por fenómenos naturales como terremotos, inclemencias del tiempo y de suicidio, para brindar una acertada asesoría y un acompañamiento adecuado. Estos procesos son más difíciles que los casos de muerte por enfermedad física; sin embargo, son los que más requieren de un apoyo efectivo y profesional.

D'Hyver y C,K'raus comentan que la ideología de la tanatología versa sobre los siguientes puntos:

- a) La muerte y el miedo a ella son fuente de muchos problemas humanos. Eliminar estos miedos es dar vida: vida a plenitud, vida llena de calidad.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir. En la mayoría de los casos, quienes tienen ideas suicidas prefieren recibir ayuda adecuada en lugar de fabricar su propia muerte.

- c) De acuerdo con Kübler-Ross, el amor incondicional es un ideal asequible. (*Ibídem*)

En suma, la meta del tanatólogo, en los casos de enfermos terminales y de individuos en duelo, es orientar hacia la aceptación de su realidad, evitar la ruptura de vínculos afectivos, al contrario promoverlos con familiares y amigos, lo que se traduce en una esperanza real. En ella está contenido el verdadero sentido de la existencia, incluye una mejor calidad de vida y una muerte digna y en paz.

Como en nuestra sociedad no se tiene una educación para la muerte, es un tema que debe tener presente el tanatólogo, entre sus objetivos está ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, pero no en un sentido de fantasía, enajenante, sino como una revelación íntima del sentido de la muerte que presupone su aceptación como algo natural; preparar a la gente para asumir la muerte propia y de las personas cercanas, enseñar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte; entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúa la importancia de las emociones más que cualquier otro aspecto de la psicología (*Íbídem*).

El caso de la familia con un integrante con conductas suicidas, en ocasiones lo único que hacen es contemplar la autodestrucción y buscar desesperadamente un lugar de internamiento, el tanatólogo debe responder a su angustia, ofreciendo su apoyo y acompañamiento para que, a la vez que se canalice a una institución para su atención, se les explique el proceso de la conducta suicida y la forma de enfrentar el hecho, para ayudar efectivamente a la persona desesperanzada a salvarle la vida. O'Connors (2014) comenta.

El suicidio de un miembro de la familia es una amenaza triple, es un fallecimiento súbito, sin tiempo para prepararte para tu duelo; es la pérdida de una persona importante en tu vida; es una acción contundente con un gran contenido emocional (p. 121).

En la situación de duelo anticipado, porque el sujeto que intentó el suicidio no lo logró inmediatamente, pero se encuentra en una situación de desahucio, la intervención del tanatólogo debe empezar en el momento en que le dan a conocer el

diagnóstico al familiar o amigo para estar en contacto con ellos. Si está en condiciones el paciente, buscar la forma de atenuar el coraje y el rencor para ayudarlo a cerrar círculos, promover el acercamiento de sus seres cercanos, buscar por diferentes formas, según sus creencias (por Dios, por amor, con perdón, etc.) la paz interior que tanto ha necesitado por su estado de desesperación.

El tanatólogo debe tener conocimientos de las emociones que pueden tener tanto los pacientes como los familiares, para saber cómo lidiar con ellos; los casos de suicidio son los más difíciles, porque cuando el enfermo muere con sentimientos de coraje y odio hacia la familia, el manejo de la culpa puede ocasionar un duelo complicado. O'Connors (2014) considera:

Durante el proceso de duelo por suicidio, es necesario conciliar todos los asuntos pasados, las tensiones y los problemas que quedaron pendientes en la relación con el suicida. Dado que siempre quedan sin respuesta innumerables preguntas, esta experiencia puede ser muy difícil y dolorosa (p. 120).

Manifiesta también que todas las personas alrededor del suicida pueden sentir culpabilidad, responsabilidad o autoinculpación; en estos casos se debe procurar una terapia para evitar desequilibrios en el sistema familiar y llegar a tener una relación apropiada, entre más pronto se restablezcan las relaciones, el duelo irá restableciendo la tranquilidad que se necesita.

El funeral es una oportunidad para el acercamiento con familiares y amigos. El duelo empieza a sanar cuando se habla suficiente sobre la muerte de alguien, hace falta el desahogo, siempre y cuando no haya morbo en las intervenciones, tiene que ser con alguien que se abstenga de opinar negativamente en el momento de la plática; puede ser un familiar, un amigo querido, el representante religioso o el tanatólogo quienes asuman ese papel.

Hay personas que no lloran en lo absoluto, ni en casa, mucho menos en el funeral, evitan cualquier mención de su pérdida y vuelven a su vida normal con notable rapidez, otros pueden sufrir síntomas físicos o repetidos periodos de depresión durante los años siguientes, algunos no se dan la oportunidad de hacer el

duelo adecuadamente; son diferentes formas de hacer frente a la pérdida, todo es de acuerdo a la personalidad del doliente.

En general, la gente quiere ver que el duelo se desarrolle de manera estereotipada, con llanto, tristeza y dolor; pero se debe entender que el lamento en el duelo es de forma individual, no es prudente hacer suposiciones sobre lo que se está sintiendo, depende de la cercanía, de la relación con el difunto, del tipo de personalidad del deudo; existen personas que controlan sus emociones, otras las manifiestan abiertamente, y otras más, simplemente su sentir es casi nulo.

No aceptar ni entender esas diferencias en las formas de duelo, puede ser un error de percepción, el tanatólogo no va a juzgar si es correcto que llore o no, si siente más dolor quien está desesperado o quien se aísla. Su labor es de acompañamiento en la medida que sea necesario, cuando así se solicita y de apoyo para la postvención de los sobrevivientes como amigos y parientes, para encaminarlos a reanudar su vida.

En la situación de suicidio es importante la influencia de todos los profesionales de la salud, psicólogos, miembros del clero, trabajador social, la familia y hasta los amigos, con la finalidad de un acompañamiento adecuado y compasivo¹⁵, con una sólida comprensión de todos los aspectos de la pena.

Con familiares y amigos, de acuerdo al tipo de duelo que estén viviendo, es conveniente un apoyo tanatológico de acompañamiento y reflexión; cuando el duelo es complicado la canalización a una institución de salud o a un psicólogo para recibir atención especializada para que, al cabo de un tiempo pueda disfrutar de una vida en plenitud nuevamente.

¹⁵ La compasión en tanatología se define como el verdadero, sincero reconocimiento de una conexión entre una persona y el deudo en el nivel más profundo. Borrar las fronteras en la relación para permitir a la gente compartir una experiencia.

Wheeler-Roy y Amyot B (2004), en la Guía de Recursos de Servicios de apoyo Emocional de Nueva York¹⁶ muestra el Modelo de Acompañamiento de cuidado en el duelo desarrollado por Alan D. Wolfet. Este modelo presenta once definiciones:

- El Acompañamiento es acerca de honrar el espíritu; no se trata de centrarse en el intelecto.
- El Acompañamiento es acerca de la curiosidad; no se trata de la experiencia.
- El Acompañamiento es acerca de aprender de los demás; no se trata de enseñarles.
- El Acompañamiento es acerca de caminar juntos; no se trata de ser líder.
- El Acompañamiento es acerca de todavía ser; no se trata de un movimiento frenético hacia adelante.
- El Acompañamiento es acerca de descubrir los dones del silencio sagrado; no se trata de llenar cada momento doloroso con palabras.
- El Acompañamiento es acerca de escuchar con el corazón; no se trata de analizar con la cabeza.
- El Acompañamiento es acerca de dar testimonio de las luchas de los demás; no se trata de dirigir esas luchas.
- El Acompañamiento es acerca de estar presente en el dolor de otra persona; no se trata de quitarle el dolor
- El Acompañamiento es acerca de respetar el desorden y la confusión; no se trata de imponer el orden y lógica.
- El Acompañamiento es acerca de ir a la naturaleza del alma con otro ser humano; no se trata de pensar que usted es responsable de encontrar la salida.

Para el tanatólogo resulta importante realizar estas reflexiones sobre su labor de acompañamiento con las personas que están pasando por un duelo, no se trata de mandamientos, recordando que todos los casos, principalmente en el suicidio, son únicos y de acuerdo a la evaluación del mismo retomar las ideas más útiles.

Los familiares del suicida sienten mayor angustia por la forma de trato dado en el ministerio público, en el forense, por haberse hecho público el suceso, por haber perdido la sensación de intimidad y por el morbo de algunas personas; también el tanatólogo puede acompañarlos en ese proceso.

¹⁶ La Oficina de Salud Mental (OMH) de Nueva York opera los centros psiquiátricos, supervisa programas de salud mental y tiene diferentes servicios a la comunidad.

En la labor del tanatólogo no se debe dejar de lado a las personas que están pasando por lo que se llama *duelo secreto* o *duelo privado*, es el dolor que no se reconoce públicamente porque es sancionado socialmente, (relaciones extramaritales, aborto o suicidio). El dolor privado es un luto muy íntimo y profundo, se cree que no se merece llorar, supone que nadie lo debe saber; algunos individuos se privan del derecho a su propio dolor, se niegan a sí mismos a tener reacciones de duelo (que son normales y necesarias ante la muerte), sienten que su dolor es solamente suyo, que es inaceptable que otros los vean tristes, es parte de una vergüenza malhabida. Si el dolor no se expresa cuando es necesario, puede ocasionar serias consecuencias, como aislamiento, no disfrute de la vida o problemas psicológicos.

Al reprimir este dolor, el deudo se hace daño en su interior; demasiadas personas que se privan del derecho al sufrimiento tienen reacciones complicadas y duelo complicado, el llorar y sufrir también es un derecho que debe ser validado, consolado y apoyado. La mayoría de la gente es amable y compasiva con los demás seres humanos; sin embargo, algunas son descuidadas y crueles en sus comentarios tratándose de un caso no aceptado por ellos.

Cuando se experimenta el dolor privado, también se tiene derecho al apoyo, se debe buscar un amigo de confianza o un profesional con el que se pueda compartir la historia, no se deben dejar solas a esas personas.

La reconstrucción de la realidad. En el momento de la pérdida por suicidio la gente está confundida y abrumada, sus expectativas se ven afectadas, son ambiguas porque carecen de claridad y pueden conducir a diferentes evaluaciones de lo que se ha perdido; incluso se cuestionan tener una respuesta emocional profunda; también el suceso puede ser abrumador y cuestionar las expectativas de la vida, tener una resolución incompleta de las tareas. Retrasar las reacciones de duelo puede desencadenar viejos problemas, tener reacciones enmascaradas, provocar una pena complicada y un estancamiento en las actividades cotidianas. Para recuperar la tranquilidad, el tanatólogo tiene que observar y reconocer el duelo,

escuchar al doliente, ser comprensivo con la pérdida, trabajar con ellos en sus emociones y llevarlos a hacer un inventario de la pérdida.

La persona que está sufriendo un duelo por suicidio busca respuestas ante los cuestionamientos existenciales: la muerte, la vida, la enfermedad, el castigo, Dios, etc. Es importante hacer una reflexión sobre la vida que Víctor Frankl manifiesta: *“El hombre sólo llega a ser tal, en la medida en que descubre el sentido de la vida, el por qué y el para qué existir.”*

Conclusiones

El suicidio es un tipo de violencia hacia sí mismo, en México es considerado como un problema de salud pública. El conocimiento de éste, del comportamiento suicida, su etiología y los problemas que se desencadenan, son necesarios para su comprensión y su tratamiento. Se deben tomar medidas para su disminución, sobre todo en jóvenes, porque su incidencia ha aumentado en los últimos años, una herramienta útil para conocer los motivos de esta conducta es la autopsia psicológica. Reconocemos que la impulsividad, la depresión, la enfermedad, el deterioro de la imagen corporal, la problemática familiar y escolar, el entorno social, y el uso no cuidadoso de los medios tecnológicos motivan a los jóvenes a tomar la decisión de quitarse la vida, por lo que se requiere tomar medidas de prevención.

Para la prevención del suicidio se tienen que realizar una serie de actividades que incluyen: proveer de buenas condiciones de educación a los niños y jóvenes, buscar formas adecuadas de comunicación en la familia, procurar la salud física y mental, control de su ambiente para detectar factores de riesgo y evitarlos en la medida de lo posible. La intervención preventiva debe ser planificada a partir del núcleo familiar, en las escuelas y en la comunidad, es útil la creación de programas multisectoriales.

Es responsabilidad del gobierno diseñar una estrategia de prevención y dar a conocer las instituciones existentes de prevención donde pueda recurrir la población y en particular los jóvenes cuando se presentes estados depresivos o deseos de terminar con su vida, para ayudar al proceso de extinción del dolor. La utilización de las redes sociales para los jóvenes también tienen su beneficio, para buscar apoyo, en ocasiones tienen buena respuesta por la información inmediata a familiares y amigos; sin embargo, la publicación de contenidos dolorosos debe ser muy cuidadosa, sobre todo para evitar que personas totalmente ajenas a la muerte de un ser querido hagan comentarios inadecuados, bromas o mofa de un dolor profundo.

En el análisis de la conducta suicida se encuentra que los tres factores que las teorías expuesta analizan son determinantes para la conducta suicida: a) las

afectaciones mentales debidos a desórdenes fisiológicos pueden provocar estas conducta, b) las alteraciones en la conducta como la melancolía provocados por la muerte de un ser querido, pueden provocar ambivalencia y otros problemas como producto de traumas infantiles que se quedaron en el inconsciente y que se desencadenan en momentos de duelo y c) el modelo socio cultural planteado por Durkheim que considera los problemas de la sociedad como causantes de las conductas suicidas. Los tres enfoques nos muestran parte de una realidad que ha afectado a la persona con conducta suicida.

Abordar el tema de eutanasia y suicidio siempre ha sido delicado, pareciera que está prohibido tratarlo; sin embargo, es de vital importancia, ha sido analizado por filósofos y médicos desde hace muchos años. En la actualidad en México se han tenido avances significativos en lo que se ha llamado la eutanasia pasiva, con las reformas a la Ley General de Salud que cambia la definición de muerte por pérdida de la vida y sus implicaciones ya expuestas, la Ley de Voluntad Anticipada en el Distrito Federal y otros estados de la República y los Cuidados Paliativos que también están determinados por Ley; sin embargo, falta que estos se lleven a cabo satisfactoriamente en todas las instituciones del sector salud, pero no podemos negar que son avances importante por una muerte digna.

Entendemos y consideramos a la tanatología como una disciplina humanista que busca la dignidad de la persona en los últimos momentos de la vida, el estudio de del duelo y el dolor es necesario para comprender mejor el proceso de deterioro de la persona y la muerte, busca también entender los sentimientos de los que están a punto de morir, así como su dolor y sus emociones en general, todo esto con la finalidad de acompañarlo y procurar la reconciliación con sus seres queridos para que puedan tener una muerte tranquila.

Hay personas que salen de un duelo complicado sin apoyo especializado, su proceso de resolución es en la vida diaria; se llega a la elaboración cuando sus recuerdos ya no son de dolor hacia la persona fallecida sino son más afectivos, aunque exista tristeza, el dolor agudo tiende a desaparecer, quizá quede algo la nostalgia. En otras ocasiones, se requiere mayor tiempo, así como cuidados y

atención especial por las complicaciones que se presentan, puede suceder que algún familiar del suicida pierda el “sentido de la vida”, tal como le sucedió al fallecido, entonces es necesaria una intervención tanatológica y/o psicológica. Se ha reconocido la utilidad de varias terapias para la elaboración acertada del duelo; como la Gestalt y el Constructivismo, entre otras, se debe elegir la que mejor responda a las necesidades del doliente, puede recurrir a una institución del sector salud o en forma particular, la atención para estas personas es necesaria.

Los escritores, poetas y músicos han expresado sus sentimientos hacia la muerte en sus obras, una expresión que ha aportado belleza y tranquilidad es la música tanatológica que ha tenido la finalidad de reconfortar a los pacientes moribundos, para aliviar los sufrimientos físicos y emocionales. La música tanatológica se utiliza en algunos lugares de Estados Unidos, como en Oregon para los últimos momentos de la vida de los enfermos terminales cuando se produce el suicidio médicamente asistido. En México es difícil proporcionar este recurso, pero debemos conocer su utilidad, porque la música suave, de arpa y de otros instrumentos produce una sensación de tranquilidad, puede ser utilizada música grabada en casa para ayudar a los enfermos para concentrarse en su espiritualidad y para encontrar la paz que necesitan.

En el suicidio, el duelo puede ser mucho más intenso y despertar emociones más fuertes que en un duelo regular, éste no es un patrón comprobado, la magnitud del duelo de un individuo que ha perdido a un ser querido es totalmente personal, depende del grado de apego, de la personalidad y otros factores; para su elaboración se puede recurrir al tanatólogo para acompañar y apoyar al individuo. Diversos investigadores en tanatología han planteado las emociones y etapas por las que el doliente pasa, éstas no son fijas sino dinámicas, su conocimiento es importante para la intervención tanatológica. El terapeuta debe escoger la mejor técnica para el abordaje de un deudo que está sufriendo la pérdida de un ser querido por suicidio.

El tanatólogo tiene la función de acompañamiento y cuidado del enfermo terminal, debe, junto con los familiares, vigilar que de ninguna manera se vulneren

sus derechos humanos y su dignidad. Cuando se respeta al ser humano no es válido imponer creencias ni convicciones personales; además, debe buscar la forma de proteger la integridad física y psicológica del moribundo, afrontar situaciones difíciles como enojos, malos tratos de ellos y de los que están a su alrededor; su labor es importante no únicamente con el enfermo, sino con los que están a su alrededor, desde familiares hasta personal de salud. Por ello, ser tanatólogo requiere cualidades muy especiales como el conocimiento de la tarea asignada, la tolerancia, el compromiso, pero fundamentalmente el amor hacia este trabajo tan difícil, pero tan satisfactorio.

Referencias bibliográficas

Libros

- Castro, M., (2014) *Tanatología. La familia ante la enfermedad y la muerte*. Edit. Trillas. México.
- Corless, I., Germino, B., Pittman, M., (2005). *Agonía, muerte y duelo. Un reto para la vida*. Edit. Manual Moderno, México
- D'Hyver o C,K'raus AW. (2006) *Tanatología en D'Hyver en Gutiérrez-Robledo LM. Geriátría*. México: Editorial El Manual Moderno, p. 615-626.
- Durkheim E. (2013) *El Suicidio* Edit. Colofón. México.
- Freud, S. (1998a) Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón Histérico 1886, en *Obras completas* Vol.I, Edit. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina, pp. 23-34
- _____, (1998b) La etiología de la histeria 1896, en *Obras completas*. Vol. III. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina, pp. 185-218
- _____, (1998c) Psicopatología de la vida cotidiana 1901 en *Obras completas* VI. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina, pp. 1-270
- _____, (1998d) Fragmento de análisis de un caso de histeria 1906 en *Obras completas*. Vol. VII. Edit. Amorrortu Buenos Aires, Argentina, pp. 1-107
- _____, (1998e) A propósito de un caso de neurosis obsesiva 1909 en *Obras completas*. Vol. X. Edit. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, pp.119-185
- _____, (1998f) Totem y Tabú 1913 en *Obras completas*. Vol. XIII, Edit. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina 1998, pp.3-164
- _____, (1998g) Duelo y melancolía 1917 en *Obras completas*. Vol. XIV. Edit. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, pp. 235-256
- _____, (1998h) El yo y el ello (1923) en *Obras completas*. Vol. XIX. Edit. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, pp.
- García E. (2004) El suicidio y sus implicaciones filosóficas, *Anuario de Investigación* 2003. UAM-X, México, pp. 440-444
- Hume, D (2002) *Del suicidio. De la inmortalidad del alma 1782*. Edit. Océano. México
- Kübler-Ross (2010) *Sobre la muerte y los moribundos*. Edit. Debolsillo
- Leenaars, A. (2004) *Psychotherapy with Suicidal People. A person-centred approach*. Edit. John Wiley & Sons, Ltd.
- Moron, P. (1992) *El suicidio*. Edit. Publicaciones Cruz. México.
- O'Connor, N., (2014) *Déjalos ir con amor*. Edit. Trillas. México.
- Shneidman, E. (1996) *the suicidal mind*. Oxford University Press, New York.
- Worden, W. (2010) *El tratamiento del duelo*. Edit. Paidós, España.

Revistas

- Borges, G., Nock, M.K., Medina-Mora, M.E., Hwang, I., Kessler, R.C. (2010a). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 38-44
- _____, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. (2010b) Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52 (4), 292- 304.
- _____, Nock, M.K., Medina-Mora, ME, Lara, C., Chiu, W.T., Kessler, R.C.

(2007) The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 627-640.

Página web y textos electrónicos

Revistas:

Álvarez, A. (2008) Elementos para un debate ético de la eutanasia, Colegio de Bioética, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, *Eutanasia, hacia una muerte digna*, (versión electrónica). Consultado el 28 de noviembre del 2014.

Disponible en: http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf

Álvarez, A. (2013) The right to choose: euthanasia and assisted suicide, (versión electrónica) *Cirujano General*, Vol. 35 Supl. 2, pp. 115-119. Consultado el 1 de diciembre de 2014. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cgs132.pdf#page=32>

Acinas P. (2012) Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* Vol. 2

(2012) n° 1.

(versión electrónica). Consultado el 2 de enero de 2015. Disponible en:

<http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Duelo%20en%20situaciones%20especiales.pdf>

Baquedano, S. (2007) ¿Voluntad de vivir o voluntad de morir? El suicidio en Shopenhauer Mailänder. (versión electrónica) *Revista de filosofía*. Volumen 63, pp. 117-126. Consultado el 18 de octubre de 2014. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rfilosof/v63/art09.pdf>

Brena, S. (2011) Reformas al título decimocuarto de la Ley general de Salud. Donación, trasplante y pérdida de la vida (versión electrónica) *Boletín mexicano de derecho comparado*. Biblioteca Jurídica virtual, UNAM. No.101. Consultado el 1 de diciembre de 2014. Disponible en:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/101/el/el8.htm#P2>.

Brendan, K.y Declam, M. MRCPsych. (2002) Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. (On line) *The British Journal of Psychiatry* 181: 278-279. Consultado el 6 de octubre de 2014. Disponible en:

<http://bjp.rcpsych.org/content/181/4/278>

Castillo, A. y Molina, E. (2011) Eutanasia, antecedentes históricos y tendencias actuales (versión electrónica) *Revista 16 de Abril*. Consultado el 8 de noviembre de 2014. Disponible en: www.16deabril.sld.cu/rev/244/eutanasia.html

Colegio de Bioética y Foro Consultivo Científico y Tecnológico (2008) *Eutanasia, hacia una muerte digna* (versión electrónica). Foro consultivo Científico y Tecnológico. Consultado el 28 de noviembre de 2014 Disponible en:

http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf

Chávez-Hernández, A y Leenaars, A. (2010) Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental* (versión electrónica), vol.33, n.4 pp. 355-360. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Consultada el 3 de diciembre de 2014. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008

Díaz-Aranda, E. (s. f.) Debate sobre "Eutanasia" Relatoría y propuesta (versión electrónica) *Info Jus*. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. Consultado el 26 de noviembre de 2014. Disponible en:

- <http://www.juridicas.unam.mx/invest/areas/neisd/eutanasia/relato.htm>
Gómez, A. (2012) Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (5) pp.607-615, (Versión electrónica) Consultada el 4 de enero de 2015. Disponible en:
http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%20C3%A9dica/2012/5%20sept/11_Dr--Alejandro-Gomez-C.-4.pdf
- Gutiérrez, C., (2013) Voluntad anticipada en las Unidades de Cuidados Intensivos, *Cirujano General*, Vol. 35 Supl. 2. (versión electrónica). Consultado el 26 de octubre de 2014. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs132q.pdf>
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C., Orozco-Rodríguez, R. (2006) El Suicidio, conceptos actuales, *Salud Mental*, Medigraphic Artemisa. Vol. 29, No. 5, pp.66-74 (versión electrónica). Consultado el 29 de septiembre de 2014. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>
- Hall, C. (2011) Beyond Kübler-Ross: Recent developments in our understanding of grief and bereavement, *Australian psychological society*. (On line) Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en:
<http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2011/december/hall/>
- Hernández-Bringas, Héctor; Flores-Arellanes, R., (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, (versión electrónica) Abril-Junio, pp. 69-101. Consultado el 18 de enero 2015. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>
- Jinkis, J. (1986) Interpretación psicoanalítica del suicidio (versión electrónica) en *Revista psicoanalítica* N° 10, agosto. Ediciones Sitio. Buenos Aires, Argentina. Consultada el 14 de septiembre de 2014. Disponible en:
www.vivilibros.com/excesos/03-a-02.htm
- McLeod, S (2007). Bowlby's attachment theory. *Simplypsychology*. (On line), Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en:
<http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.simplypsychology.org/bowlby.html&prev=search>
- Miller M, Borges G, Orozco R, Mukamal K, Rimme E.B, Benjet C, Medina-Mora ME. (2010) Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*. (On line) DAD-3873; No. of Pages 8. Consultado el 25 de noviembre de 2014. Disponible en:
http://www.inprf-cd.org.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez R. (2001), La medición de la conducta suicida en México. Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, Vol. 14, No. 6 diciembre. Consultado el 2 de febrero de 2015. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016b.pdf>
- Montuori, E. (2013) El duelo visto desde la teoría del apego. *Revista de la Asociación de psicoterapia de la República de Argentina*. Año VI. Consultado el 29 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://apra.org.ar/pdf/mayo/montouri.pdf>
- Neimeyer R. (1999) Narrative strategies in grief therapy, *Journal of Constructivist Psychology*, 12: 65-85, University of Memphis, (on line) Consultado el 27 de diciembre de 2014. Disponible en:
<http://public.amie.sent.com/narrative%20strategies%20in%20grief%20therapy.pdf>
- Pérez- Amezcua, Berenice, Rivera-Rivera, Leonor, Atienzo, Erika E, Castro, Filipa de, Leyva-López, Ahidee, & Chávez-Ayala, Rubén. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media

- superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333. Recuperado en 11 de febrero de 2015, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es&tlng=es
- _____, (2009), Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice, *J Contemp Psychother* DOI 10.1007/s10879-009-9135-3 (On line). Consultado el 3 de enero de 2015. Disponible en: http://www.trauma-ptsd.com/uploads/library/gt_practice_j_contemp_psyc.pdf
- Pérez-Tamayo, R. (2008) El médico y la muerte, *Eutanasia, hacia una muerte digna* (versión electrónica). Foro Consultivo Científico y Tecnológico. Consultado el 28 de noviembre de 2014. Disponible en: http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf
- Reynolds, L. (2006) Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings, *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2(2), 15-26, July, (On line). Consultado el 27 de diciembre de 2014. Disponible en: http://www.cphjournal.com/archive_journals/V2_I2_Reynolds-et-al_15-26_07_06.pdf
- Rodríguez, F., González, J.L., García, R. y Montes de Oca, D. (1990) *El Suicidio y sus interpretaciones teóricas*. (versión electrónica) *Revista Psiquis*, V. 11:374-380. Madrid, España. Consultada el 30 de octubre de 2014. Disponible en: http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Shneidman E. (1980) A possible classification of suicidal acts Based on Murray's needs system. *Suicide Life-threatening Behavior* V. 10:175–181, en Chávez-Hernández Ana-María y Leenaars, Antoon, (2010) Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Ment* (versión electrónica), vol.33, n.4 pp. 355-360. Consultado el 13 de diciembre de 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&nrm=iso
- Strack, S. (2014), Death and Dying, *Encyclopedia of death and dying*, (On line) Consultado el 29 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.deathreference.com/Nu-Pu/Psychology.html>
- Strack, S. (2014) Feifel Herman. *Encyclopedia of Death and dying*. (On line) Consultado el 2 de enero de 2015. Disponible en : <http://www.deathreference.com/En-Gh/Feifel-Herman.htmlInteré>
- Trueba, J. L. (2007) La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. *Anales Sis San Navarra* (versión electrónica). vol.30, suppl.3 pp. 57-70. Consultado el 15 de noviembre de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600005
- Vargas, D. (2010) El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis, *Revista Affectio societatis*, Vol. 7 No 12, junio de 2010, Medellín, Colombia 2010
- Wheeler-Roy and Amyot B. (2004) Griesft Couseling Resource Guide. A Field Manual. *Office of Mental Health* (On line) Nee York, Consultado el 30 de enero de 2015. Disponible en: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/grief/>
- Zisook S., & SHEAR, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67–74. (On line) Consultado el 26 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC338444>
- Zisook, S., Simon, M., Reynolds, C., Pies, R., Lebowitz, B., Young, I. and Shear, M. (2010). Bereavement, Complicated Grief and DSM: Part 2: Complicated Grief. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1097–1098.

doi:10.4088/JCP.10ac06391blu. Consultado el 30 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754834/>

Tesis

Loitegui, A. (2008) Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje. *Las Tesinas de Belgrado*, Universidad de Belgrado, Buenos Aires. (En línea) Consultado el 27 de diciembre de 2014.

Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf

Moreno, E. (2010), El proceso de duelo por muerte. Tesis de maestría, *Instituto Superior de Estudios Psicológicos*, Barcelona (En línea) Consultada el 3 de enero de 2015. Disponible en:

<http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/El-Proceso-De-Duelo-Por-Muerte.pdf>

Página web

Eco-thanatology. (2014) *The study of death and dying in relationship with the earth*. (On line). Consultada el 23 de diciembre de 2014. Disponible en:

<http://ecothanatology.com/bio>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos* (versión electrónica). INEGI. Consultado el 2 de octubre de 2014. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf

_____, (2013a) *“Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del suicidio”*, (versión electrónica) pp. 1-9 Consultado el 3 de enero de 2015.

Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>

_____, (2013b). *Estadística de los suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*, (versión electrónica). Consultada el 4 de enero de 2015. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf

_____, (2014) *Mortalidad*. Conjunto de datos. (versión electrónica) INEGI.

Consultado el 16 de diciembre de 2014. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?>

Music-Thanatology Association International (2008) What Is Music-Thanatology? (on line) Consultado el 16 de diciembre de 2014. en:

http://www.mtai.org/index.php/what_is/category/a_music_vigil/

Oregon Public Health Division (2014). *2013 DWDA Report*. (On line). Consultado el 10 de diciembre de 2014. Disponible en:

<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year16.pdf>

Organización de Países para la Cooperación y Desarrollo (2013) *Suicides OECDlibrary*. Consultado el 2 de diciembre de 2015, Disponible en:

http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2013-en/12/01/03/index.html?itemId=/content/chapter/factbook-2013-97-en&_csp_=bfa7a496998c3e64f37b5a14676aaaaad

Organización Mundial de la Salud (2000) *Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra. En línea, Consultado el 24 de agosto de 2014 en:
http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

_____, (2004) *El suicidio un problema de salud pública enorme...*, En línea, OMS. Consultado el 4 de septiembre de 2014. Disponible en:
www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/

_____, (2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. (En línea) OMS. Consultado el 27 de septiembre de 2014. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

_____, (2014a) Mental health. Suicide data. (on line) Consultado el 4 de septiembre de 2014. en [who.int/mentalhealth/prevention/suicide/...](http://www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/)

_____, (2014b) *Preventing suicide. A global imperative* (on line). Library Cataloguing-in-Publication Data. Consultado el 10 de diciembre de 2014. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

_____, *Stadistics* (2014c). En línea, consultada el 24 de agosto de 2014. Disponible en: www.who.int/country/mex/es

_____, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2010). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, Adultos. *Publicaciones 2003-2010. (versión electrónica)*. WMHS-OMS. Consultado el 10 de octubre de 2014. Disponible en:
<http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>

Documentos:

Código Penal Federal

Código Penal del Distrito Federal

Código de ética y deontología médica

Declaración de Venecia sobre enfermedad terminal

DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Ley General de Salud

Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal