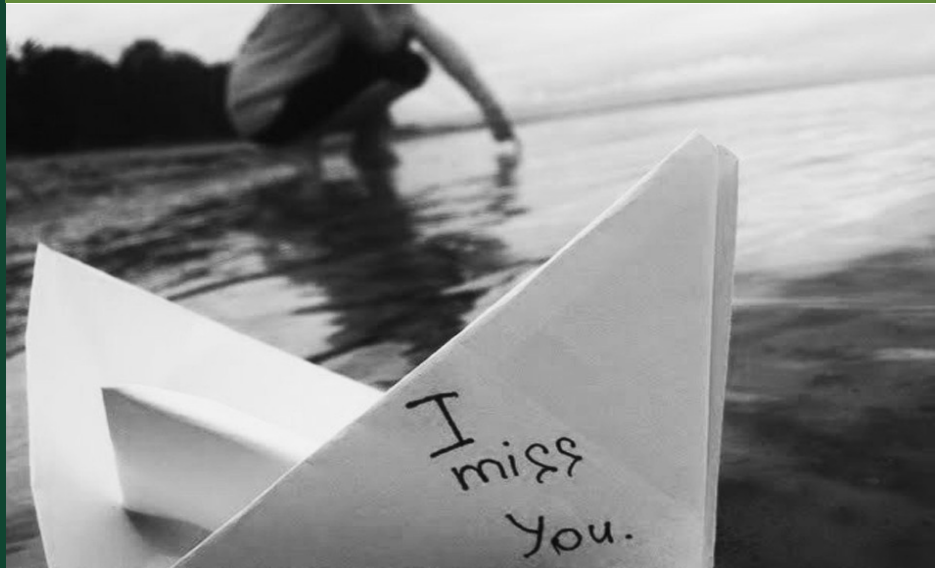


Volumen VI  
Número 2  
Septiembre  
2016



*Pathological grief  
Risk and  
protection factors*

## Duelo patológico Factores de riesgo y protección

Vanesa Vedia Domingo

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED

Máster en Psicoterapia Breve y Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

**Abstract:** *Grieving is one of the most painful experiences in life. When a beloved one dies, relatives show different reactions. If the death has been unexpected, traumatic, a homicide, a suicide, a road or an occupational accident, a perinatal death, the psychological malaise is greater than the one of an expected death. When a person disappears and the body cannot be found, there are many more difficulties for the relatives to begin their grief process.*

*This article shows the differences between pathological and normal grief processes and some guidelines to take into account for providing psychological help to the deceased's family. Risk factors will be revised in a complex grief and different types of death will be explained before which it is common to have a complicated grief.*

**Keywords:** *grief, pathological grief, prevention, silent grief, suicide, traumatic death.*

**Resumen:** El duelo es una de las experiencias más dolorosas en la vida. Cuando una persona querida fallece, los familiares muestran diversas reacciones tanto físicas como emocionales.

Si la muerte ha sido súbita, traumática, por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o laboral, muerte perinatal, etc. el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada. Cuando una persona desaparece y su cuerpo no se encuentra hay muchas más dificultades para que los familiares puedan comenzar el proceso de duelo.

El artículo muestra las diferencias con el proceso normal de duelo y algunas pautas que deben tenerse en cuenta para proporcionar ayuda psicológica al entorno del fallecido.

Se repasan los factores de riesgo para tener un duelo complicado y se desarrollan diferentes tipos de muerte ante las que es común que se complique el proceso de duelo.

**Palabras clave:** *duelo, evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento, suicidio, muerte traumática, muerte perinatal, duelo silente, desaparecidos.*

## INTRODUCCIÓN

Horowitz (1980) define el duelo complicado como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que “la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”.

Podemos definir el duelo complicado o patológico en cuatro apartados:

- **Duelo crónico:** Aquel que tiene una duración excesiva, nunca llega a una conclusión satisfactoria, y la persona que lo sufre es muy consciente de que no consigue acabarlo.
- **Duelo retrasado:** También llamado inhibido, suprimido o pospuesto. La persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida, que se puede deber a la falta de apoyo social, a la necesidad de ser fuerte por alguien más o por algo, o a sentirse abrumado por la cantidad de pérdidas. En un momento del futuro la persona puede experimentar los síntomas del duelo, a veces por una pérdida posterior; y los síntomas pueden ser desproporcionados con respecto a la pérdida.
- **Duelo exagerado:** La persona experimenta la intensificación de un duelo normal, se siente desbordada y recurre a una conducta desadaptativa. La persona es consciente de que sus síntomas están relacionados con una pérdida. Incluyen trastornos psiquiátricos mayores que surgen después de una pérdida.

Algunos ejemplos pueden ser la depresión clínica posterior a una pérdida, la ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, el abuso de alcohol u otras sustancias y el trastorno de estrés postraumático.

- **Duelo enmascarado:** La persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades pero no se dan cuenta ni reconocen que están relacionados con la pérdida. Pueden aparecer como síntomas físicos (enfermedades psicosomáticas,...), o conductas desadaptativas, (depresión inexplicable, hiperactividad,...).

### Duelo complicado o patológico en las clasificaciones psiquiátricas

En el DSM IV no se diagnosticaba trastorno

depresivo mayor si existían síntomas depresivos que duraban menos de dos meses tras la muerte de un ser querido. Se ha quitado esta exclusión por duelo del DSM V por varios motivos. Primero para eliminar la idea de que el duelo dura solo dos meses, cuando la mayor parte de profesionales reconocen que la duración del duelo suele ser de 1-2 años. Segundo, porque se reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en un individuo vulnerable, generalmente poco después de la pérdida.

Cuando ocurre un trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo, se incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir Trastorno por duelo persistente (duelo patológico), que se incluye en el DSM V dentro de “Trastornos para el estudio futuro” con criterios específicos. Tercero, la depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos.

Está influido genéticamente y está asociado con características de personalidad similares, patrones de comorbilidad y riesgo de cronicidad y/o recurrencia como los episodios depresivos mayores no relacionados con el duelo. Finalmente, los síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo. Aunque la mayoría de la gente pasa un duelo sin desarrollar un trastorno depresivo mayor, la evidencia apoya que se incluya como uno de los estresores que puede precipitar un episodio depresivo mayor.

La CIE-10 emplea el código Z63.4 para referirse al duelo normal (desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia) dentro de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas las relaciones familiares e incluye en los Trastornos de Adaptación (F43.2) a las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales para sus manifestaciones o contenidos. (Díaz Curiel, 2011).

## Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico

<u>DUELO NORMAL</u>	<u>DUELO PATOLOGICO</u>
<i>A) Momento de aparición</i> A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado) No aparición del duelo (negación del duelo)
<i>B) Intensidad</i> Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
<i>C) Características</i> Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización)	Negar la muerte del fallecido, creer que vive
Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias)	Creer que se es el fallecido
Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real.	Alucinaciones complejas y estructuradas
Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación)	Creer que se va a morir de la misma enfermedad Acudir continuamente al médico por esa causa
Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal, etc.)	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente)

## Factores de vulnerabilidad para el duelo patológico

Acinas (2011) destaca los siguientes factores de vulnerabilidad para padecer un duelo patológico o complicado:

- Circunstancias específicas de la muerte. Se consideran más traumáticas las muertes súbitas inesperadas e inoportunas, las muertes múltiples, las muertes por asesinato o catástrofe y las muertes por

suicidio o autonegligencia. Por otro lado, cuando la muerte se produce tras largas enfermedades y el cuidador principal ha sido una única persona, el superviviente se siente vacío tras el fallecimiento. También hay dificultades cuando la pérdida es incierta (Ej. un soldado en acto de servicio no se sabe si está vivo o muerto) y cuando hay pérdidas múltiples (Ej.: terremotos, incendios, suicidios en masa).

- Tipo de relación o vínculo con el fallecido. Va más allá de la relación de parentesco, si

la relación con el fallecido era difícil (discusiones, reproches...) se complica más.

- Necesidades y dependencias con el fallecido. Cuando el fallecido era el sostén de la familia o del doliente, económica y/o moralmente se origina vulnerabilidad psíquica y física de supervivientes.
- Convivencia con el fallecido. Esto origina mayor alteración del curso biográfico junto con la muerte imprevista traumática o accidental y las pérdidas acumuladas anteriores o posteriores.
- Pérdidas acumuladas. Los duelos complicados en el pasado tienen mayor probabilidad de repetirse ante nueva muerte.
- Variables de Personalidad e Historia de Salud Mental Previa. Antecedentes psiquiátricos previos, discapacidad física, pérdidas no resueltas y rasgos de personalidad como tendencia a la baja autoestima y dificultad para expresar emociones, se asocian a una mala evolución en el duelo.
- Familia y Apoyo Social. Cuando la red social de soporte no es adecuada, o no es de ayuda, o los casos en que la muerte es negada socialmente, o se crea una conspiración de silencio alrededor del tema, situaciones de aislamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, separación del ambiente cultural o religioso, otras pérdidas recientes acumuladas y la convivencia en ambientes sobreprotectores que evitan dolor.
- Situación económica. La muerte de un miembro productivo de la familia supone disminución de ingresos obligando, a la familia a adaptarse a la nueva situación y produciendo un estrés adicional.

### Predictores de duelo patológico

De Miguel y López (2007) estudian los predictores de riesgo que nos permitirían identificar a las personas que con mayor probabilidad puedan necesitar apoyo tras la pérdida de un ser querido; de esta manera, si es posible anticipar quien puede tener dificultades en la resolución del duelo, también se podrá actuar a modo de prevención y mediante una intervención temprana evitar un posible duelo no resuelto.

Partiendo de que puede haber diferencias según a la población a la que se haga referencia, en líneas generales podemos considerar que los predictores de riesgo de duelo patológico son los relacionados con los siguientes aspectos:

#### A) Personales:

- Ancianidad o juventud del doliente.
- Trastorno psiquiátrico previo: ansiedad, depresión, intentos de suicidio, trastornos de personalidad.
- Abuso de sustancias psicotrópicas legales o ilegales.
- Duelos anteriores no resueltos.
- Escasez de aficiones o intereses.
- Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- Autoconcepto y papel familiar de "persona fuerte": actitud de negación de necesidades afectivas.
- Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.
- Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- Baja autoestima y baja confianza en sí misma.

#### B) Relacionales:

- Pérdida del hijo/a, cónyuge, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia.
- Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido: física, psicológica, social, económica. Adaptación complicada al cambio de papel.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.

#### C) Circunstanciales:

- Juventud del fallecido.
- Muerte súbita, accidente, homicidio, suicidio.
- Muerte incierta: desaparecidos.
- Pérdida múltiple: varios miembros de la familia y/o varias pérdidas juntas, el trabajo, la casa, etc.
- Acumulación de acontecimientos vitales estresantes en el sujeto.
- Duración de la enfermedad y la agonía.

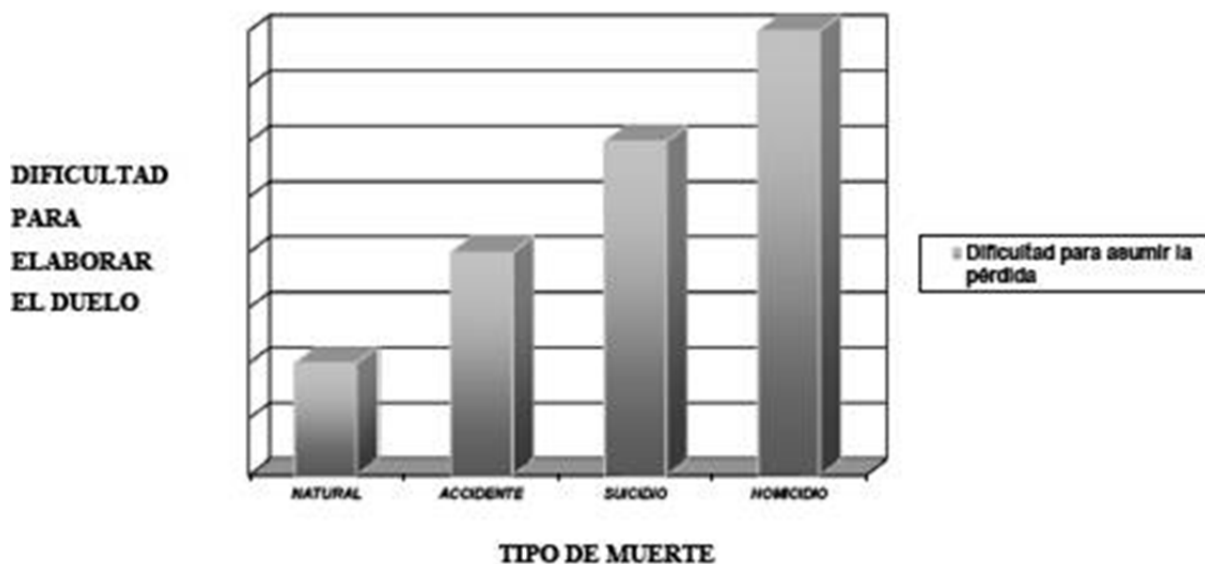
- No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado.
- Imposibilidad de ver el cuerpo.
- Recuerdo doloroso del proceso: dificultades diagnósticas, mal control de síntomas, relaciones inadecuadas con el personal sanitario.
- Muerte estigmatizada: sida, pareja homosexual o no aceptada.

## D) Sociales:

- Personas que viven solas.

- Ausencia de red de apoyo social/familiar.
- Disfunción familiar.
- Recursos socioeconómicos escasos.
- Responsabilidad de hijos pequeños.
- No poder hablar socialmente de la pérdida.
- Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido.

## Diagnóstico diferencial de duelo normal y duelo patológico



## Duelo por muerte traumática

Según Acinas (2012), las muertes traumáticas se pueden producir por múltiples circunstancias: asesinatos, homicidios, ajustes de cuentas, accidentes de tráfico o laborales, y en cualquier otra circunstancia en la que haya violencia o intención de matar a las personas.

Las muertes súbitas son mucho más difíciles de elaborar que otras muertes en las que hay algún aviso previo de inminencia de la muerte. Tiene unas características definitorias propias (Worden, 1997):

- Deja al superviviente con la sensación de irrealidad e incredulidad; por eso es normal que se muestre insensible, aturcido.

- Se produce una exacerbación de los sentimientos de culpa. Aparecen pensamientos del tipo: "Si no le hubiera dejado salir esa noche"; "Si le hubiera dicho...", "Si hubiera ido a buscarle al salir de trabajar"... En los niños se ha encontrado la culpa asociada a la realización de un deseo hostil (los niños a veces desean que sus padres o sus hermanos estén muertos, cuando se enfadan con ellos); si la persona fallece, la situación les carga con una tremenda culpa.
- Necesidad de culpar a alguien; alguna persona (de la familia o no) se puede convertir en el blanco de las mismas.
- Las autoridades médicas y legales tienen una fuerte implicación, porque a veces no es

posible comenzar a elaborar algunos aspectos del duelo; si se necesitan dos días más para poder hacer la autopsia, eso retrasa el sepelio y complica las reacciones emocionales; si se requiere un juicio, hasta que éste no finaliza la familia no puede estar tranquila y si el resultado es que el presunto acusado no recibe castigo las reacciones de la familia pueden dispararse. Algunos se sienten victimizados por el sistema, por ejemplo, aplazamientos en la salida del juicio, pueden tener dos posibles efectos: retrasar el proceso de duelo (porque las personas están concentradas en los detalles del juicio) o cuando la sentencia es favorable a los intereses de la familia, se puede “cerrar el caso” y comenzar la última parte de la elaboración del duelo.

- Sensación de impotencia en el superviviente. Se percibe como un ataque a la sensación de poder y orden; se puede proyectar hacia el personal sanitario u otros profesionales que atienden a la familia.
- El superviviente presenta una agitación manifiesta, sensación de lucha- huida.
- Los asuntos no resueltos: son una fuente de preocupación importante, porque generan remordimientos.
- Aumento de la necesidad de entender lo sucedido y porqué una persona puede morir en esas circunstancias de una manera totalmente inesperada. Encontrar las razones o las causas últimas, se relacionan con la necesidad de dominio cuando la muerte ha sido traumática. Necesitan atribuir una causa y un culpable. Por eso en algunas ocasiones se tambalean las creencias religiosas.

Como bien recogen García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013), el duelo en las muertes inesperadas se asocia con manifestaciones depresivas más intensas y duraderas que en las muertes de alguna manera esperadas, pueden agudizarse enfermedades previas u ocurrir el debut de nuevos padecimientos.

También se observa que el doliente asume con frecuencia conductas de riesgo para la salud como el consumo excesivo de alcohol, cigarrillos o psicofármacos.

Cuando la muerte ocurre en accidentes ya sean de índole natural como son huracanes,

derrumbes, terremotos o los causados por fallos humanos, como son accidentes aéreos, automovilísticos, marítimos, etcétera, produce en el doliente una serie de reacciones que puede complicar el proceso de duelo por lo inesperado y traumático del suceso. En muchos casos, la muerte accidental o la desfiguración lleva a los dolientes a no querer o no poder ver el cuerpo; sin embargo, se ha comprobado que ver el cuerpo o una parte del mismo ayudará a iniciar el proceso del duelo porque significa hacer frente a la irreversibilidad de la pérdida.

### Duelo desautorizado o silente

Para Pérez (2014), ciertas normas sociales tácticas orientan sobre quién puede y debe hacer el duelo, cómo, por quién y por cuanto tiempo, salirse de esos condicionamientos, hace que algunos dolientes sufran en soledad y sin apoyos al no verse autorizados para expresar lo que sienten sin encontrar una escucha a su malestar ya que los familiares y amigos evitan hablar del tema.

En este proceso se experimenta una pérdida que no puede ser reconocida o expresada abiertamente ante la sociedad. Se ocultan por miedo a sufrir discriminación, desprecio humillación o vergüenza.

Cuando la pérdida es reconocida socialmente se permite que la persona exprese sus sentimientos abiertamente, y comparta su dolor, eso facilita el proceso sano y constructivo de la ésta, con ello se sitúa en su realidad y su presente ya que a través de la narrativa se promueve el aprendizaje personal y social de la experiencia.

Los duelos silentes o prohibidos desencadenan procesos complejos y dolorosos. Se forma una sensación de soledad agónica en la cual la persona transita por un recorrido lleno de emociones, representaciones mentales, frustración, dolor intenso y conductas que están vinculadas con la pérdida de un ser querido o algo importante para el doliente. Son aquellos duelos, que por no estar socialmente aceptados, son ocultos, silenciosos, solitarios.

La angustia del que vive una de estas experiencias, le impide compartir sus emociones, teniendo en consecuencia: un duelo

complicado.

Un claro ejemplo de este tipo de duelo son las relaciones homosexuales no reconocidas públicamente. Son incomprendidos porque la muerte de un “amigo” no es igual a la de un cónyuge.

La relación de amantes también se encuentra fuera de los límites socialmente permitidos. Por ello el secreto y la vida oculta. Cuando alguno muere, no hay apoyo social y no se consideran dolientes. Existe descalificación social, las personas creen que no existe motivo para el duelo cuando por decisión propia se ha aceptado ese tipo de relación. Los duelos más el estigma conducen a un silencio predictor de duelo crónico.

A veces se trata con silencio y secretismo el aborto. Cuando el embarazo no había sido anunciado a la gente cercana, puede suceder que se oculte todo el proceso con la idea de no tener que dar explicaciones. Esto favorece que no se pueda elaborar el duelo por el hijo perdido. También surgen dudas sobre si es posible elaborar un proceso de duelo a alguien que no vivió, que no llegó a nacer.

En muchas ocasiones existe duelo silente en muertes censuradas como podrían ser el suicidio, el sida o la sobredosis. La familia y amigos pueden sentir vergüenza y culpabilidad, por lo que evitan hablar de la muerte.

### Duelo ante la muerte por homicidio

Según Corredor (2002), el duelo de los allegados a las víctimas de homicidio suele verse como duelo complicado o como conjunción de las características del duelo normal y trauma (Redmond, 1996; Rando, 1993, 1996; Spungen, 1998; Nader, 1997).

En el duelo por homicidio, por ejemplo, los tiempos e intensidades de las reacciones aumentan significativamente.

Las manifestaciones de los momentos iniciales del duelo se asemejan a las reacciones postraumáticas. Desde la perspectiva del duelo traumático, las reacciones postraumáticas ocurren como respuesta inicial a la muerte; si

el estrés postraumático o agudo no es superado trunca el desarrollo del proceso de duelo. Al mismo tiempo, la victimización por homicidio puede generar secuelas cognitivas de trauma que persisten durante toda la vida.

El homicidio constituye un grave problema social que genera miles de víctimas secundarias. Se calcula que cada homicidio victimiza tres o cuatro personas diferentes a la que es asesinada debido a los efectos psicológicos, sociales y legales que produce.

Adicionalmente, muchas de ellas deben establecer algún tipo de relación con la justicia a causa del homicidio, desde el momento en que el sistema penal emprende una serie de acciones que tienen como fin el logro de un castigo ajustado a la ley para los homicidas.

Según los planteamientos acerca del duelo por homicidio, las reacciones a la ausencia de castigo dificultan la adaptación a la pérdida fijando a los dolientes a emociones como la ira e impidiendo que surjan nuevos intereses y que la muerte sea asimilada. El sistema judicial representa para los dolientes la oportunidad de cobrar venganza u obtener un castigo contra el culpable. El fallo penal significa el logro o la frustración de esta meta y a menudo es la principal fuente con la que se aspira a restablecer la equidad perdida. Los fallos en los que se encuentra a los acusados como inocentes frustran a los dolientes, pero también cuando se dictan castigos, sin importar su gravedad, los dolientes suelen quedar insatisfechos y sin alivio (NOVA, 1985). Desconocer quién asesinó al ser querido y pensar que el responsable no ha recibido

“su merecido” son problemáticas que atormentan y suelen estar acompañadas de un intenso deseo de hacer justicia. Este puede motivar conductas improductivas que tienden a obtener un castigo como emprender investigaciones por cuenta propia o durar años en función de procesos penales infructuosos; para algunos dolientes “el arresto se constituye de forma irreal como la panacea que restauraría la vida de la víctima y devolvería la normalidad a su propio mundo” (Spungen, 1998, p.102). Sentencias acusatorias y penas severas son percibidas como necesidades psicológicas.

Uno de los temas principales para los dolientes es la ira contra las personas a quienes se les atribuye algo de responsabilidad por la muerte. Crueles deseos y fantasías son frecuentes sin que importen las tendencias hostiles o agresivas previas a la victimización (Spungen, 1998; Redmond, 1996; NOVA, 1985, Schmidt, M; Beard, M,1999), y, junto a la ira, se constituyen como alternativas para ganar control sobre la situación y pueden volverse arrolladoras consumiendo gran parte del tiempo y esfuerzo de las personas. La ira es una emoción que puede cumplir una función autoprotectora en el duelo. Evita la confrontación con el dolor y otras emociones negativas provocadas por la pérdida, impidiendo aceptar la pérdida y comprender sus implicaciones.

### Duelo por familiares desaparecidos

Para Acinas (2012) hay multitud de situaciones en las que puede producir duelo por desaparecidos: catástrofes naturales, secuestros, marineros ahogados, alpinistas sepultados, víctimas bajo escombros de terremotos, desaparecidos durante una guerra por cuestiones políticas...

Actualmente existen otras realidades en distintas partes del mundo donde se hace necesaria la elaboración de duelos por desaparición, por ejemplo, en países con conflictos armados donde la guerrilla secuestra ciudadanos indiscriminadamente para ejecutarlos y con frecuencia no es posible hallar sus cuerpos.

En ocasiones, la situación es difícil para los familiares y allegados de la persona desaparecida porque después de muchos días de búsqueda, tanto las fuerzas de orden público como los vecinos, pueden retirarse de la zona donde se supone que está el cuerpo. Todo esto incrementa la sensación de vulnerabilidad y tristeza de los supervivientes (tanto de los familiares y allegados, como de otros posibles compañeros que pudieron compartir con él la situación: se salvaron pero se vieron impotentes para ayudar).

Se pueden producir enfrentamientos entre los que quieren continuar la búsqueda y los que defienden la postura de abandonar y cerrar el

dispositivo, lo que acrecienta el dolor de las personas y puede reabrir viejas heridas.

En España se requieren 10 años (sin ningún tipo de indicio) para declarar a una persona desaparecida como muerta. Esto influye a otros niveles, como el económico, porque hasta que no se haga este reconocimiento el cónyuge no puede recibir la pensión de viudedad.

Algo que distingue a los familiares de las personas que han desaparecido es la perseverancia, la insistencia en buscar sin descanso, algún signo de vida o de no-vida. La sensación es que no está muerto del todo. Hay una rememoración intensa de los últimos momentos de la persona querida, de la ropa que llevaba, de lo que hicieron al saber que no estaba.

La elaboración del duelo tarda más en iniciarse y es más costosa de elaborar. Hay mucho más apego a algunos objetos personales del fallecido y cuesta más deshacerse de sus posesiones o se mantienen durante más tiempo sus cosas, como si fuera a aparecer /volver algún día. Son mucho más patentes los fenómenos de "aparición" (pseudolucinaciones) en los que los familiares y allegados "creen" ver a la persona desaparecida.

Hasta que no hay constancia real de que el cuerpo ha aparecido sin vida, no hay un "permiso" personal y social para empezar a elaborar el duelo; el cuerpo sin vida es el elemento q confirma fehacientemente la muerte irreversible.

Los rituales colectivos son de gran importancia para la elaboración del duelo y la falta del cuerpo los obstaculiza porque es el elemento central.

Es importante establecer algún lugar donde simbólicamente se encuentre la persona fallecida (una roca, un banco de un parque, un recoveco de una playa...), para que la familia, si lo desea pueda ir allí a dejar flores, a rezar o a sentir /hablar con la persona perdida.

En algunos casos, aunque no haya aparecido el cuerpo y dadas las circunstancias de la muerte y la presencia de ningún otro indicio de vida, se puede considerar que la persona ha muerto;



pero a pesar de ello la incertidumbre continúa, y con rumiaciones cognitivas en cuanto a lo que pasó.

Se recomienda, cuando ya no hay posibilidades de que aparezca la persona viva, realizar ritual de despedida que sirva de punto y aparte y cerrar asuntos pendientes.

En estos tipos de duelo, el apoyo social cobra mucha más importancia que en duelos que se producen por otras circunstancias; las personas necesitan sentirse comprendidas, arropadas, acompañadas...

### Duelo ante muerte por suicidio

El suicidio es definido por la (OMS, 1976) como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”.

La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo, cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad.

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

Se considera intento de suicidio a toda acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal.

### Mitos sobre el suicidio

Piña Martínez (2014) destaca la importancia de considerar todos los aspectos que rodean al suicidio, entre ellos están el tabú (social, cultural, religioso) y los mitos que envuelven a este acto.

A medida que han avanzado las investigaciones acerca del suicidio y se ha

difundido la experiencia del trabajo psicoterapéutico, muchos mitos se han terminado; sin embargo, otros se han mantenido vigentes, y es necesario cuestionarlos. Uno de los mitos más fuertes y arriesgados es suponer que la persona que ha cometido un intento de suicidio no va a cometer otro. Si la persona intentó suicidarse una vez y no ha resuelto la crisis que está viviendo o no ha recibido apoyo adecuado de un profesional, se incrementa el riesgo de manera considerable de que lo intente nuevamente y con mayor probabilidad de lograrlo, y más aún si el propio terapeuta asume que el suicida fallido no reincidirá (Eguiluz, 2010).

Otros mitos son de naturaleza diversa. Hay quien piensa que solo los ancianos se suicidan, que quien se suicida es un cobarde o un valiente, que si se reta a un suicida éste no lo intenta, que quien lo dice no lo hace y que el suicidio se hereda.

### Aspectos psicológicos del suicida

Es importante considerar las características y los rasgos de personalidad que están presentes en un suicida (Piña Martínez, 2014):

- Infelicidad: Las causas son muy diversas, puede tratarse desde una autoestima pobre hasta serias complicaciones psicológicas y fisiológicas.
- Dependencia: Imposibilidad para asumir sus acciones y pensamientos de manera autónoma, necesidad de tener a alguien en quien apoyarse y que prácticamente resuelva sus problemas cotidianos. Esta característica está ligada al miedo a la soledad.
- Ausencia de sentido de la vida, desesperanza: Relacionada con las dos características anteriores. Existe el miedo a la frustración.
- Depresión: De origen y manifestaciones muy variadas. El suicidio es generalmente el resultado de una depresión profunda.
- Perfeccionismo: Personas con un pequeño umbral para la frustración ya que su autoestima depende de sus logros, y pueden llegar a sentir que no valen nada como personas por las faltas cometidas.

- Soledad: Afecta sobre todo a personas mayores; sin embargo, los adolescentes y adultos no están exentos de vivir un aislamiento real o imaginario.
- Impulsividad: Reacciones generalmente irracionales, muchas veces están ligadas a la ausencia de algunas sustancias químicas indispensables para el equilibrio emocional, aunque no siempre es el caso.
- Expectativas irreales: Miedo al fracaso. En ocasiones se trata de actitudes de fantasía, que, al no verse cumplidas, se ve a la muerte como un medio de gratificación: querer alcanzar a un ser querido, por ejemplo.

Si a estos rasgos y características le añadimos el consumo de drogas y alcohol, tenemos un individuo potencialmente suicida.

Está comprobado que el elemento psíquico es determinante para llevar a cabo el acto suicida. Los problemas no resueltos durante las etapas de desarrollo infantil y la estructuración de la personalidad son dos factores sumamente importantes que influyen en la decisión del suicida.

### **Suicidio en la familia**

Siempre es sorprendente el suicidio, lo es para todas las personas involucradas afectivamente con quien comete suicidio. Por lo general, es difícil prever un acto suicida, por muchas medidas que se tomen, siempre existe la posibilidad de que suceda y ello llena de un profundo malestar a las familias.

Son muchas las preguntas e inquietudes que surgen a partir de ello, lo que se hizo, lo que no se hizo, lo que se dijo, lo que no se dijo, giran obsesivamente en el ambiente familiar y suscitan sentimientos de muy difícil verbalización. Todos se preguntan si el suicidio es una expresión de una enfermedad individual o si es una expresión de una disfuncionalidad familiar; es difícil no sentirse en algún sentido responsable por la muerte por suicidio de un ser querido.

Las tasas de suicidio en el mundo han aumentado de forma notable y sobre todo en personas jóvenes, lo cual deja una estela de

dolor en un amplio espectro de personas que se relacionan con el suicida. Las familias son directamente afectadas, así como los amigos, conocidos y sin duda los médicos, de manera que en los familiares de personas que han cometido suicidio aumenta el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y depresión (Shaffer, 2001).

El suicidio, por lo general, es un fenómeno de difícil elaboración, ya que sucede de una manera repentina, inesperada, que interpela a los sobrevivientes de muchas maneras y socialmente es inaceptable en la mayoría de las culturas. Es vivido en la familia como un verdadero ataque a su equilibrio, que afecta la estructura y la organización. Cada suicidio afecta siempre a un grupo de personas amplio y genera sentimientos de abandono que suscitan preguntas de reclamo y recriminación, como: ¿por qué me ha hecho esto a mí?; sentimientos de culpa que cuestionan la participación personal: ¿podría haber hecho algo para evitarlo?; sentimientos de vergüenza que despiertan ansiedades paranoides: ¿qué pensarán de nosotros, de nuestra familia, de mí, las demás personas?; sentimientos de estigma que victimizan el entorno familiar: ¿seremos una familia maldita, tenemos alguna maldición?; y sentimientos autodestructivos. Pero, sobre todo, el impacto del suicidio en la familia pone en evidencia la inutilidad y la invalidez de la epistemología personal y familiar para entender y comprender ese acto, como lo expone Antón (2010).

Uno de los aspectos más complejos del fenómeno del suicidio en la familia es que con frecuencia se convierte en un secreto familiar. Adicionalmente, el secreto se transforma en un consenso compartido, cuya naturaleza adquiere la dimensión de un tema tabú, no dialogable, lo que es preciso ocultar a los otros que no forman parte de la familia. Este aspecto se confirma en la apreciación de Cain (1973), para quien el suicida deposita muchas incertidumbres y todos sus secretos en los sobrevivientes, y de alguna forma los sentencia a afrontar sentimientos angustiosos y negativos que los obsesiona con la culpa, la probable responsabilidad y la posibilidad de haber contribuido a precipitar el acto suicida.

Se cierne sobre el colectivo familiar, un

estigma que posiciona al grupo en la categoría de gente rara, insana; algo les sucede que no es normal, porque un hijo, el padre o cualquier otro miembro se suicidaron. Para Pérez y Mosquera (2006), la muerte por suicidio genera una más intensa estigmatización, con más frecuencia sentimientos de culpa, muy pocos deseos de hablar sobre la muerte y fuertes cuestionamientos en relación con lo que se pudo o se debió hacer. De entrada, el suicidio genera una respuesta de rechazo, debido a la fuerte calificación como acto contra natura para la mayoría de las creencias religiosas que las personas practican. Se supone que el colectivo social hace muchas cosas para preservar y prolongar la vida (sistemas de salud, prácticas religiosas, legislación del Estado, etc.). El hecho de que alguien decida finalizar su proceso vital no parece ser aceptable para la mayoría de las personas y ello genera siempre una mirada moral sobre el suicida y su familia. El estigma del suicidio incorpora el juicio moral sobre el suicida, pero, especialmente, sobre quienes lo sobreviven y fueron cercanos a él. La recriminación más frecuente está en el orden de la culpabilización por los posibles actos y omisiones que se produjeron para impedir que tal hecho sucediera, y no solo involucra a los deudos actuales del fallecido, sino que tiene implicaciones transgeneracionales que se proyectan en el futuro de la vida familiar y en cada una de las existencias individuales de sus componentes. En algún sentido, cargan con el fantasma de un muerto que pesa sobre su identidad como la evidencia de un daño o fallo que de alguna forma comparten como miembros del mismo colectivo familiar.

Según John Bradshaw, en su capítulo “Los secretos ocultos de sus antepasados” (Bradshaw, 2000), en el que presenta el Diagrama generacional de James Jeder, la mayoría de las familias que guardan secretos oscuros producen un gran impacto transgeneracional, en particular nos interesan los que impiden que la familia pueda resolver los problemas del pasado y, por lo tanto, mantienen la disfunción generacional. Es decir, en el caso del suicidio de algún antepasado y que este hecho no se haya querido revelar se convierte en un secreto que se mantiene mediante mentiras y engaños: “un secreto lleva a otro”. Si este secreto guarda un

suicidio y la muerte de esa persona ha sido explicada a sus descendientes como una muerte natural, una enfermedad prolongada o un accidente, entonces, el solo hecho de mantener este secreto genera ansiedad, ya que la familia deberá estar permanentemente en estado de alerta para que nada se descubra, y se ve en la obligación de evitar ciertos temas y de distorsionar la información para que el secreto no sea desvelado. Es importante recordar que las víctimas del suicidio muchas veces provienen de familias con problemas sociales difíciles como el alcoholismo, la violencia o el abuso infantil. En este contexto existen ya sentimientos ambivalentes y el suicidio sirve para aumentarlos.

El suicidio frente a cualquier otro tipo de muerte tiene la particularidad de que no solo trae, como toda muerte, el sentimiento de pérdida, sino que, más allá de ello, ya de por sí doloroso, incorpora en la vida de las personas sentimientos de vergüenza, miedo, rechazo, enfado y culpa. Porque, en algún sentido, genera en los deudos pensamientos relacionados con su papel real o imaginario a la hora de haber precipitado o haber fracasado en evitar el suicidio, ello hace que por lo general el duelo en la muerte por suicidio sea más intenso y dure más tiempo, aunque no necesariamente sea así siempre.

También, nos encontraremos con sentimientos de temor premonitorio en los deudos, expresado en el miedo a la amenaza interna de ser víctima de los propios impulsos autodestructivos. Cuando los suicidas son padres, los hijos pueden sentirse invadidos por el sentimiento de un sino fatal, una trágica predestinación que los vincula con el suicidio como un destino, máxime cuando se une el temor de portar un estigma genético.

### **Secuelas psicológicas en la familia**

Piña Martínez (2014) recoge una serie de secuelas psicológicas que se producen tras el suicidio de un familiar:

- Tristeza y rabia: Durante la fase de incredulidad aparece también la tristeza, aunada a algunos síntomas físicos, tales como dolores precordiales, hipersensibilidad, sentimientos de irrealidad, trastornos del

apetito y del sueño. Después llegará la fase de rabia, que puede ir dirigida hacia uno mismo, por no haber sabido o no haber podido evitar el suicidio; hacia los médicos, por no haber sido capaces de impedir la decisión del familiar; hacia el suicida, por haberse dado por vencido y haber rechazado la ayuda que se le prestó o se hubiera estado en disposición de prestarle.

- **Fracaso de rol:** Este sentimiento está ligado a la culpa, sobre todo en el caso de las madres quienes, por su rol de protectoras y cuidadoras, sienten haber fracasado y encuentran muy difícil comprender por qué, a pesar de sus desvelos, sus cuidados, sus intentos de protección y sus esfuerzos de contención, hayan sido inútiles para evitar la tragedia.

- **Miedo:** Es una respuesta normal después de un suicidio. Está presente en la mayoría de los familiares del suicida y tiene que ver con una especie de vivencia que los hace sentirse vulnerables y en riesgo de repetir la conducta del suicida o de padecer una enfermedad mental que les empuje a ello. Este sentimiento que afecta, sobre todo a los más jóvenes, queda reforzado cuando cada uno entra en contacto con sus propios pensamientos autodestructivos.

Un temor a una predestinación se hace presente entre varios integrantes de la familia. La familia del suicida puede experimentar un tremendo horror al pensar que el suicida haya podido arrepentirse cuando ya era muy tarde, cuando las fuerzas lo habían abandonado, y no haber podido evitar la muerte, a pesar de haberlo deseado. Se sabe que los niveles de ansiedad son más altos entre los supervivientes de suicidios que entre los de muertes naturales.

Un aspecto importantísimo en la investigación de Worden (1991) es el que llevó a cabo con familias en las que hubo varios suicidios. Se encontró con que los supervivientes vivían en un estado altísimo de ansiedad por miedo a la transmisión genética de la tendencia. Algunos de sus pacientes venían a consulta desesperados ante la idea de tener descendencia con características suicidas; incluso encontró a personas que se negaban rotundamente a tener hijos, por miedo a que heredaran la fatídica carga familiar.

- **Culpa:** La culpabilidad es como un enorme peso en la familia del suicida. Este sentimiento está íntimamente ligado a la sensación de fracaso que se experimenta por no haber sido capaces de evitar la muerte del familiar. El no haber podido detectar oportunamente las señales que anunciaban lo que ocurriría, el no haber puesto atención en las llamadas de auxilio del suicida, las que habitualmente consisten en gestos, intentos de suicidio previos, así como no haber logrado la confianza del ser querido para que éste manifestara sus ideas suicidas constituyen una terrible carga moral para la familia. Otras veces la culpabilidad la ocasiona el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro emocional y psicológico que seguramente conducirían al suicidio. Se ha comprobado que, muchas veces, cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar puede fallecer de alguna causa médica poco después del suicida, o bien, puede también cometer un acto suicida para acabar con su culpa. Este sentimiento de culpa es particularmente cuando el suicidio ha ocurrido en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente.

A pesar de que los sentimientos de culpa son normales después de cualquier tipo de muerte, en el caso de suicidio se pueden exacerbar seriamente. Debido a la intensidad de la culpa las personas sienten que necesitan ser castigadas y pueden actuar con la sociedad de manera que, a su vez, dicha soledad las castiga a ellos. El alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia pueden ser ejemplos de esta conducta de autocastigo, aunque, cabe aclarar, que no todos los delincuentes, alcohólicos y drogadictos son producto de esta conducta, ni que todos los supervivientes terminan siendo delincuentes alcohólicos o drogadictos.

La culpa se puede también manifestar culpando a otros. Algunas personas controlan su propia sensación de culpabilidad proyectándola en otros y culpándolos de la muerte. Encontrar a alguien a quien echar la culpa puede ser un intento de afirmar el control y de encontrar significado en una situación difícil de entender.

- **Sentimientos de traición y abandono:** El impacto del suicidio en una familia no es de

ningún modo el mismo para cada integrante. En el caso de los hijos y la esposa o esposo, se añade, a la tristeza y el dolor, el sentimiento de abandono y traición. Los hijos no pueden entender cómo su padre fue capaz de abandonarlos, de haber cometido el acto de suicidio sin haber pensado en ellos; para el cónyuge, es una traición, pues sienten que su pareja pensó más en sí mismo y no le importó dejar sola o solo al cargo de una familia. Los proyectos truncados son también un motivo para que un esposo o esposa se sientan traicionados. El desamparo se instala de manera mucho más fuerte que en los hermanos, primos, etc.

- **Vergüenza:** La mayoría de las familias vive el suicidio como un verdadero estigma que les llena de vergüenza y que no les es fácil sobrellevar. Existe entonces la necesidad de enmascarar una realidad terriblemente dolorosa. Se fabrica así un verdadero tabú sobre lo que en realidad le sucedió a la víctima. Es una forma de protección y al mismo tiempo algo que no se quiere aceptar porque resulta más amenazante de lo que uno está dispuesto o capacitado a soportar. La presión emocional añadida no sólo afecta a las interacciones del superviviente con la sociedad sino que puede, además, alterar de manera importante las relaciones en la unidad familiar. Es muy frecuente que los miembros de una familia sepan quién conoce y quién no los hechos que rodean la muerte y, casi con un acuerdo tácito, ajusten su conducta los unos a los otros basándose en ese conocimiento. (Worden, 1991)

- **Pensamiento distorsionado:** Frecuentemente los supervivientes, especialmente los niños, necesitan ver la conducta de la víctima no como un suicidio sino como una muerte accidental. Lo que se crea es un tipo de comunicación distorsionada en las familias.

La familia crea un mito respecto a lo que realmente le pasó a la víctima y si alguien lo cuestiona llamando a la muerte por su nombre real, provoca el enfado de los demás, que necesitan verla como una muerte accidental o cualquier otro tipo de fenómeno natural. Worden asegura que este tipo de pensamiento puede resultar útil a corto plazo, pero a la larga no es nada productivo.

## Duelo en niños por suicidio de sus padres

García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013) exponen que si el suicidio lo ha realizado uno de los padres, los niños tienen una reacción típica que consiste en negar lo ocurrido, mostrarse llorones e irritables, con cambios anímicos bruscos y dificultades con el sueño y el apetito e intenciones suicidas que adquieren el significado de reunión. Pueden presentar alteraciones perceptivas como escuchar voces dentro de la cabeza y ver el fantasma de la madre o el padre fallecido. También pueden tener pensamientos de haber sido el causante de la muerte o sentir agresividad hacia el progenitor suicida por estar ausente definitivamente. En estos casos, la familia debe decir la verdad de lo sucedido, con un lenguaje claro, sencillo y comprensible. Debe prestarse soporte emocional por parte de una figura sustitutiva, como puede ser un hermano mayor, un tío o tía, según sea el caso.

En ocasiones, sobre todo para los hijos adolescentes, explicar la muerte por suicidio como un síntoma de una enfermedad mental grave puede disminuir el riesgo de la imitación, ya que la enfermedad mental es rechazada por la inmensa mayoría de las personas.

Es difícil decidir el momento adecuado para hablarle al niño sobre el suicidio. El mejor momento para hacerlo puede ser el de la muerte misma, antes de que otros niños lo comenten.

El concepto de muerte y su proceso en el niño, se relacionan con su edad. En general, los niños comprenden mejor el asesinato que el suicidio, porque conocen y están familiarizados con sus sentimientos agresivos. Si el padre superviviente opta por mantener el secreto o deformar la realidad de los hechos, el niño se dará cuenta de que hay algo que se le oculta o es incongruente con la realidad que aprecia, lo cual levantará una barrera en la comunicación entre padre e hijo, precisamente en un momento en que el niño necesita expresar sus ambivalentes y conflictivas emociones. Ante esta situación, en el niño pueden existir deseos de morir existiendo incluso intenciones suicidas que adquieren el significado de reunión con el ser querido fallecido. La familia,

por tanto, debe enfrentar la realidad y explicarles la verdad de lo sucedido.

La estructura de la personalidad del niño y su nivel de desarrollo en el momento del suicidio hacen que la reacción sea absolutamente individualizada. En muchos casos, antes del suicidio, ya existían problemas de desarrollo en los niños.

Además de ello, los niños están frecuentemente involucrados en algunos aspectos del acto mismo del suicidio. El sentimiento dominante originado por el suicidio de uno de sus padres es el de culpabilidad y su origen puede ser diverso. Dado que la forma de pensar de los niños es eminentemente concreta y caracterizada por un concepto deformado de causalidad, egocentrismo y pensamiento mágico al interpretar las realidades psíquicas, muchos creen que determinados incidentes inmediatamente anteriores al suicidio -sobre todo quejas de sus padres por su mala conducta - son la causa directa de su muerte intencional.

El sentimiento de culpabilidad del niño se suele concentrar también en el propio acto de suicidio y es matizado por cuestionamientos del tipo « ¿Cómo pudo, cómo debió evitarlo?» Este sentimiento de culpa es intenso y agobiante, y sus efectos son claramente visibles: declaraciones insistentes y directas de culpabilidad, depresión, comportamiento provocativo, auto-castigo, conducta obsesiva, pensamientos cargados de culpabilidad y esfuerzos desesperados para defenderse demostrando que es absolutamente bueno, que no hace daño a nadie y que no es malo ni peligroso.

Las implicaciones del suicidio paterno y sus graves consecuencias a largo plazo sobre la estructura psíquica del niño, exigen una cuidadosa y continuada vigilancia a todo lo largo del duelo desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinaria.

### **El duelo por suicidio**

Según exponen García-Viniegras y Pérez Cernuda (2013), el suicidio de un ser querido es una tragedia devastadora que deja despedazada la vida de los supervivientes y

produce un duelo muy traumatizante. La persona en duelo se va a ver inmersa en una situación especialmente agotadora. Agotadora porque no comprende, duda incluso que haya podido ser así, se rebela contra Dios o contra el destino, contra el hecho mismo del suicidio, se siente culpable y se puede sentir también asediada en cualquier momento por las imágenes traumáticas de la muerte. Quizás no encuentre tampoco en su entorno la ayuda que hubiera recibido de tratarse de una muerte por accidente o enfermedad. Además, este tipo de muertes inesperadas no permite realizar un cierre en la relación, es decir, despedirse o resolver algún asunto pendiente.

En estos casos, una de las primeras reacciones suele ser negar la muerte de la persona. La gente parece querer convencerse a sí misma que su negación es legítima y que la muerte de su ser querido realmente no ha ocurrido. Luego se intenta buscar la razón de la muerte, se oyen comentarios como «¿Qué fue lo que pasó?», «¿cómo murió?». En este punto la causa de la muerte es importante para reconocer la pérdida y se hace muy difícil para muchas personas no encontrar las respuestas. Hay mucha confusión y no hay respuestas. Existe una urgente necesidad de encontrar una justificación racional, una causa medianamente aceptable. El doliente reconstruye obsesivamente los eventos y el escenario en que sucedieron, buscando entender esa muerte y obtener control sobre ella.

Generalmente, la familia del suicida rechaza hablar de ello con otras personas, debido al estigma que frecuentemente acompaña al suicidio en nuestra cultura. El estigma del suicidio y la culpabilidad sentida por la familia a menudo le acompañan toda la vida, e incluso, cuando se convierte en un secreto familiar, el duelo puede durar por varias generaciones.

En los casos de suicidio, como en otras muertes inesperadas, muchas veces es imprescindible la realización de una autopsia. Si esto va en contra de la cultura o religión de los familiares, se agrega otra fuente de dolor o preocupación. Estos procesos legales pueden durar mucho tiempo y demorar o prolongar el proceso de duelo.

Los dolientes de un suicidio tienen una mayor necesidad de entender por qué su ser querido decidió quitarse la vida. Se experimenta una larga búsqueda de los motivos que tuvo la víctima para adoptar tal decisión, muchas veces se niega la causa de la muerte, se hacen preguntas religiosas sobre la vida después de la muerte de la víctima.

Además de los usuales sentimientos de duelo, puede presentarse una serie de emociones negativas, tales como: enfado con la persona que se ha quitado la vida, confusión por no entender por qué lo hizo, culpabilidad, cuando la persona se acusa a sí misma de no haberse percatado de cómo se sentía la persona que consumó el suicidio, así como de acciones que pudo haber emprendido para evitar que esto sucediera. Pueden presentarse sensaciones de impotencia y rabia, así como preocupaciones por algún suceso que se interpreta como causa de la decisión del suicida. Al mismo tiempo y aunque parezca contradictorio, el doliente del fallecido puede sentirse aliviado de que ya no estará sufriendo o por no tener que seguir apoyando sus ideas y tentativas suicidas. También pudiera sentirse vergüenza por lo que su familiar ha hecho, especialmente si su cultura lo ve como algo pecaminoso o desgraciado. Pueden presentarse síntomas, tales como pesadillas de imágenes intrusivas y miedo referido a sí mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve.

Este proceso de duelo en casos de suicidio, es diferente a otros duelos de muerte violenta, al presentarse una serie de reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, que afectan la funcionalidad y estabilidad del individuo. Sensaciones como la traición y abandono aparecen constantemente.

En estos casos, la muerte parece que «ha hecho trampa»: se ha llevado a alguien a quien todavía «no le había llegado la hora». Se trata de una muerte para la cual uno generalmente no se ha podido preparar y en la que el propio fallecido es el autor. El suicidio se vive como una trasgresión de las leyes naturales, una trasgresión estigmatizada por la sociedad, las leyes y las religiones.

El duelo que sigue a un suicidio se diferencia de otros duelos por muerte violenta tanto por

su contenido temático (elementos característicos, como la búsqueda de sentido y los sentimientos de culpa) como por la intensidad del impacto y las reacciones en el plano individual, familiar o social. La capacidad de adaptación del doliente disminuye como consecuencia del evento traumático; este hace que aparezcan múltiples factores estresantes. Los síntomas agudos del duelo y choque emocional físico duran más tiempo.

Sin embargo, algunos estudios no demuestran con claridad que en las personas que sufren un duelo por suicidio, los síntomas sean más graves que en otros casos de duelo. Así como la pérdida de un allegado en circunstancias traumáticas no provoca necesariamente un duelo patológico, tampoco es siempre patológico un duelo por suicidio. Dado que el proceso de duelo no se produce en una tabula rasa, sino en un contexto de vida ya instalado, varios factores y elementos ejercen influencia. El duelo adquirirá formas diferentes no sólo en función de lo que ha ocurrido a partir del fallecimiento, sino también en función de qué persona vive qué tipo de duelo, en qué momento de su vida. Desde este punto de vista, los antecedentes en términos de salud mental y el tipo de apego son factores que desempeñan un papel en el proceso de duelo. Las personas que desarrollan un duelo patológico y, en especial, las que tienen antecedentes psiquiátricos, presentan más riesgo de que el suicidio traiga consecuencias negativas para su salud mental y necesitan un mayor apoyo.

En el ámbito social, el estigma dificulta el expresar todas estas reacciones posteriores al suicidio del ser querido. Y es que, aun cuando las acusaciones y culpas del suceso hayan desaparecido en gran parte, el suicidio estigmatiza a la familia. Esta condena es dirigida tanto hacia la familia como hacia el propio suicida. De ahí que los dolientes por suicidio suelen experimentar menor apoyo social, aun cuando sean los que tengan mayor necesidad de comprensión, que en otras muertes. Esto genera vergüenza para hablar sobre el acto del suicidio y sus emociones derivadas del mismo, ya que creen que serán juzgados o incomprendidos, por lo que en algunos casos, optan por ocultar la causa de muerte, o hacer como que ese ser querido

nunca existió. Y por último, el miedo sobre el futuro tanto de la persona perdida (por ejemplo, condenación, infierno o sufrimiento) como de la propia (sensación de destino o herencia a cometer otro suicidio, tanto él como un familiar) es otro punto que frecuentemente aparece en el duelo por suicidio.

El duelo por suicidio se asocia a manifestaciones depresivas más intensas y duraderas, empeoramiento de enfermedades anteriores, nuevas enfermedades, y apareamiento de conductas de riesgo para la salud como los consumos excesivos de sustancias. Los dolientes (cualquier persona vinculada directamente con el suicida) pueden estar expuestos en mayor grado que los dolientes de otros tipos de muerte a trastornos de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, y episodios depresivos mayores. Además estas personas tienen entre un 80% y un 300% más de probabilidades de suicidarse que la población general.

Cuando se comete suicidio porque la persona tenía una enfermedad crónica, una enfermedad muy dolorosa, parálisis cerebral o alguna enfermedad degenerativa, la recuperación de la familia es menos complicada y llega más pronto, es decir, es más aceptable.

Cuando el suicida tenía problemas de estabilidad emocional, problemas como el alcoholismo, la depresión crónica, la drogadicción o trastornos de personalidad, es decir, que se deba a problemas en la familia, es cuando los supervivientes experimentan sentimientos encontrados, les cuesta trabajo identificar el sufrimiento. Es muy frecuente que se encuentren en una controversia sintiendo el dolor de la muerte, pero al mismo tiempo alivio por todos los problemas que el fallecido causó. En este caso el duelo es difícil y largo debido a la falta de claridad en las relaciones y en los efectos.

### **Tratamiento psicológico**

Sobre la intervención a realizar, se plantea entre uno a dos años de seguimiento, no obstante la duración del tratamiento y el tipo de intervención pertinente se evaluará con el diagnóstico de cada caso en particular. Estas intervenciones pueden ser de seguimiento

individual (psicológico y/o psiquiátrico), internación, trabajo grupal, trabajo familiar o grupos de auto-ayuda.

El trabajo con este grupo de personas debe estar principalmente enfocado a elaborar el duelo por la pérdida, asimismo recomienda trabajar sobre la contención emocional y la búsqueda de sistemas de apoyo. Lo traumático de la situación, el tabú del suicidio y el desprestigio cultural del acto suicida pueden aumentar significativamente el dolor por la pérdida.

Según Silvera Lucas (2014), debemos informar sobre el contenido del suicidio en nuestra cultura: brindar información sobre el suicidio y sus efectos, esto ayudará a la persona a entender y aceptar sus sentimientos, a ver que esas emociones son normales en tal situación. También le ayudará a entender y superar las reacciones de las otras personas sobre el suicidio, de esa forma se comenzará a trabajar el estigma, el tabú y su elaboración. Es muy importante en esta primera etapa evaluar el riesgo suicida, teniendo en cuenta los factores de riesgo suicida y los factores protectores, así como los signos de la conducta suicida.

Las consideraciones sobre el acto (acting out y pasaje al acto) nos muestra la importancia de ayudar a que la persona ponga en palabras los sentimientos ambivalentes, la culpa hacia uno mismo o hacia otros, la ira, el sentimiento de fracaso del rol, el miedo a lo hereditario, el estigma social. Remarcar la importancia de poder hablar del suicidio y contar con un lugar seguro para expresar sus sentimientos. Incentivar la expresión con otros o artísticamente. Incentivar el compartir su experiencia con quienes hayan pasado por lo mismo ya que a veces es la única forma de compartir su dolor. Tendremos que prestar atención al trauma: las autoras plantean que la muerte por suicidio conforma un trauma, tiene una carga violenta e intrusiva que genera una demanda muy grande de procesamiento psíquico, donde la simbolización puede llegar a fallar. De tal forma, si falla la simbolización frente a la acción de lo traumático, existirá una ausencia de palabras provocada por lo irrepresentable, pudiendo llevar al sujeto al acto. La escucha analítica, la escucha de lo irrepresentable, de lo que escapa a la



representación del sujeto, permitirá la palabra del sujeto, y por ende que la simbolización, desviándolo del acto.

Ayudar a respetar la elección del familiar que se suicidó ya que no se pudo elegir por este, el dolor que siente no es una enfermedad. Esta persona deberá aprender a vivir sin la persona que se suicidó y seguir adelante. Trabajar para que esa persona comunique lo que necesita. Trabajar para que esa persona reconozca que el suicidio fue un suicidio. Ayudar a corregir las negaciones del suicidio para ayudar a tomar conciencia de la realidad, si fueron testigos buscar si existen imágenes intrusivas irreales, y si no estuvieron presentes explorar la escena imaginada ya que puede ser peor que la de la realidad. También corregir distorsiones acerca de la imagen del fallecido acercándola a la realidad.

Confrontar con la culpabilidad: si no tuvo culpa y trato de ayudar a la persona tratar de hacer consciente de lo que hizo, en qué momento y cómo. Si pudo haber culpabilidad, se busca enfrentar esos sentimientos de culpa. Si se culpa a otros se busca confrontar con la realidad. Si aparecen chivos expiatorios se tratará de pautar encuentros familiares.

Explorar las fantasías de cómo les afectará ese suicidio en el futuro confrontándolas con la realidad. Confrontar la sensación de abandono con la realidad. Indagar acerca de qué significa el suicidio para este, sobre el concepto de muerte, el concepto de enfermedad mental, la culpa, el miedo a la carga genética o a la imitación de la conducta suicida.

En el análisis debemos hacer un recorrido sobre la relación de ese familiar con el suicida, y estar atentos a los prejuicios. A través de la reconstrucción de esa relación podremos conocer junto con el sujeto los problemas familiares que tuvieron influencia sobre el suicidio. Abordar ese problema será una prioridad en la intervención, ese problema, o esos problemas, enferman el sistema familiar y causan reacciones, favoreciendo la imitación de la conducta suicida.

Es fundamental mejorar la sintomatología depresiva asociada a la pérdida y enseñar técnicas de afrontamiento al duelo para sentirse mejor con sí mismos, es decir, aceptar

la pérdida. Eso implica reservarse un tiempo cada día para trabajar con el dolor y las emociones, y de lo posible motivar a escribir esas emociones y pensamientos, lo que va ayudar a tener un cierto control sobre esas emociones. A veces la persona necesita obtener consejos sobre situaciones prácticas. Se podrá también utilizar o enseñar técnicas de relajación que ayudan a reducir el estrés por la pérdida, escuchar música también es bueno para este fin. Incentivar el cuidado propio.

Debemos considerar y ayudar a mejorar las relaciones socio-laborales y familiares: incentivar actividades, explicar que esto nada tiene que ver con ser desleal. Es importante también incentivar el ejercicio, ya que ayuda a sentirse mejor y mejora el sueño.

Ayudar a ver el duelo como una situación de la que se puede salir: darse el tiempo de recuperarse, no abusar de fármacos o drogas. Si el duelo desemboca en duelo complicado o en una psicopatología grave lo recomendable es derivar al centro de salud. En estos casos el tratamiento farmacológico correspondiente es indispensable para complementar la psicoterapia. En el caso que se detecte riesgo suicida, nuestra intervención deberá estar acentuada en el abordaje de la conducta suicida, ya que muchas veces el suicidio viene a partir del duelo que no ha podido ser elaborado.

### **Duelo por muerte perinatal**

Según García y Yague (1999) las últimas semanas de embarazo son consideradas como un periodo psicológicamente difícil, con un conflicto progresivo del binomio atracción-rechazo (ilusión por ver al hijo/ miedo al parto y a lo que pueda suceder a ambos). Los padres se encuentran esperanzados con la inminente llegada de su hijo, incluso establecen planes de futuro porque la relación no comienza fisiológica o psicológicamente en el momento del nacimiento, sino que los padres se forman alguna impresión más o menos idealizada sobre su hijo ya desde el periodo intrauterino. Una vez iniciado el camino hacia la maternidad, si éste se ve perturbado pueden producirse pérdidas de afectividad y reacciones psicológicas patológicas, consecuencia de la no aceptación.

Se define la “mortalidad perinatal” como la suma de la mortalidad fetal tardía (muertes fetales que se producen a partir de las 28 semanas de gestación, incluyendo los fetos de más de 1000 g y/o con una longitud de más de 35 cm) y la neonatal precoz (recién nacidos muertos dentro de los primeros 7 días de vida).

### **El proceso de duelo por muerte perinatal**

Rozas y Francés (2001) consideran que después de la pérdida, la pareja puede experimentar algunos síntomas específicos, además de una intensa respuesta emocional. Se observa la aparición de cansancio físico severo, posiblemente agravado por un parto difícil, y la presencia de otros síntomas como presión en el pecho, necesidad de respirar profundamente, palpitaciones, molestias gástricas, pérdida de apetito y trastornos del sueño asociados a insomnio y pesadillas. Todos estos síntomas reflejan una respuesta normal al proceso de duelo que permite al organismo experimentar el dolor de la pérdida. Esta sintomatología es temporal y desaparece con el tiempo.

Ewton (1993) refiere que la madre en la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto. Considera que los puntos más significativos en este proceso son: 1) Incremento de la sensación de irrealidad, debido a que su relación con la persona que fallece no se basa ya en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en los lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecer con ella un contacto físico. La relación, en este caso, está basada en esperanzas y fantasías de los padres para con el hijo frustrado por la muerte. Además, en la mujer, la tensión física y mental del trabajo de parto, posiblemente asociada a la sedación intensa o a la anestesia general, aumenta la sensación de irrealidad y 2) la disminución notable de la autoestima materna, como consecuencia de la incapacidad que percibe la mujer para confiar en su cuerpo para lograr satisfactoriamente el nacimiento de un hijo vivo y sano; en particular cuando la pérdida de éste se debe a anomalías fetales o problemas genéticos.

Cada pareja va a experimentar el proceso de duelo según su idiosincrasia, su personalidad y

su entorno sociocultural. Sin embargo, todas ellas manifiestan unos modelos generales de comportamiento que revelan la universalidad de la experiencia del duelo.

Dado que los lazos afectivos se desarrollan conforme avanza la gestación, cabría esperar que el duelo fuera menor en las pérdidas tempranas que en las tardías o en las neonatales. No obstante, los estudios revisados indican que no existe relación entre la intensidad del duelo y la duración del embarazo o el grado de contacto con el neonato. En este sentido, los abortos y las pérdidas fetales se asocian con sentimientos de fracaso en la gestante, mientras que en las muertes neonatales parece estar más presente el sentimiento de ira.

En la muerte antenatal la pesadumbre presenta algunas peculiaridades respecto al proceso de duelo habitual. La diferencia más notable es que la relación con la persona muerta no se basa en la experiencia ni en los recuerdos, sino que está constituida por las expectativas y las fantasías que los padres desarrollan respecto al futuro hijo.

El manejo mal orientado del duelo en la madre puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor en los dos primeros años después de la pérdida de su hijo. Además puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia

### **Factores que influyen en el duelo**

Entre todas las circunstancias que rodean a la muerte perinatal, y que van a condicionar un mayor o menor ajuste al proceso del duelo, García y Yagüe (1999) destacan las siguientes:

- **edad gestacional:** Los lazos afectivos de los padres aumentan al progresar el embarazo, por lo que la aflicción también se relaciona con la edad gestacional. Se ha evidenciado que las pérdidas tardías en el embarazo se asocian con reacciones de pena más intensas que las pérdidas tempranas.
- **Momento de la muerte:** Las muertes perinatales más traumáticas son las que se

producen de forma inesperada durante el parto o poco después del nacimiento. En los casos en que puede preverse la pérdida, aunque la pena es la misma, la pareja tienen la posibilidad de anticipar la tristeza, lo que proporciona cierta preparación emocional para la pérdida final.

- **Nacidos con malformaciones:** Las madres de neonatos malformados tienen con frecuencia una reacción de pesadumbre prolongada y síntomas de trastornos psiquiátricos. Pero cuando los profesionales les explican que el malformado podría sufrir toda su vida las consecuencias de su defecto, la muerte se presenta como un desahogo y la resolución es más favorable.
- **Nacimiento múltiple:** La muerte perinatal de uno de los gemelos crea confusión en el proceso de duelo. Los padres sienten tristeza por el hijo perdido y al mismo tiempo alegría por el que nace vivo. No se debe infravalorar el momento doloroso por el que atraviesan, puesto que puede incluso aparecer rechazo hacia el gemelo superviviente.

### Los hermanos olvidados

Como dice Alvarado García (2003), un punto que generalmente se olvida es el de los hermanos de los niños que fallecen. Los padres, agobiados en su duelo, no se dan cuenta de los efectos de la muerte en su otro hijo. El duelo de los padres, desde el punto de vista del niño que lo observa tiene un impacto mayor que el propio. Los cambios observados con más frecuencia en la relación padres– hijo, son alteraciones en los patrones de sueño, mala interacción social, regresión en el control de esfínteres y cambios en los patrones de la alimentación.

Mandell y cols. (1983) encontraron que el 80% de las madres mostraron disminución de la paciencia y sobreprotección. La mala interacción social se acompañó de aumento de la violencia. El 50% de los niños que ya tenían control de esfínteres, presentó enuresis por más de 12 meses.

Es fundamental que los padres comuniquen a su(s) hijo(s) lo sucedido, como parte que son de

la familia. La explicación debe ser acorde con la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño. No se deben usar frases como “se durmió”, o “se fue” o “Dios se lo llevó”, pues provocan temor al dormir, odio o resentimiento innecesarios. Este aspecto depende del grupo sociocultural y religioso al que pertenece la familia.

### Grupos de autoayuda o de apoyo al duelo

Según Oviedo-Soto et al. (2009), aceptar la muerte como real e irreversible es el primer paso para lograr la recuperación psicológica de la madre, aunque esta aceptación, al principio, aumente su pena. Es más fácil abordar el duelo materno al compartir la madre las vivencias que ha experimentado, con otros padres que han estado en una situación semejante y que se encuentran en otras etapas del duelo para que ella pueda aprender de estos últimos la manera cómo han superando este trance, de aquí la importancia del manejo del duelo de manera grupal con personas que han pasado por la vivencia del duelo perinatal.

### Planificación de la nueva gestación

Los antecedentes de pérdida perinatal conllevan que el nuevo embarazo se considere de riesgo elevado, motivo que implica un seguimiento y unos cuidados más exhaustivos. La frecuencia de los controles clínicos y las exploraciones complementarias vendrán determinados por la causa que ocasionó la muerte. Este hecho va a provocar en la pareja un doble efecto: por un lado, la sensación de seguridad y control de su gestación y, por otro, un aumento de la ansiedad ante cualquier prueba y su resultado.

### Conducta de la pareja en la nueva gestación

Como dicen Rozas y Francés (2001), los rasgos de la personalidad de los miembros de la pareja y, en particular de la mujer, influirán en gran medida en las repercusiones psicológicas de la experiencia traumática que supone la pérdida y en la vivencia de la nueva gestación. Cada pareja va a reaccionar de forma distinta al nuevo embarazo aunque, en general, todas manifestarán, en mayor o menor grado, ansiedad y depresión. Además, puede

aparecer un sentimiento de ambivalencia, ya que, por una parte experimentan dolor ante la pérdida y, por otra, alegría por el hijo que esperan. Esta sensación puede ocasionar en la mujer distimias emocionales.

La respuesta emocional de la mujer será más intensa si la gestación se produce antes de los doce meses desde la pérdida y se acompaña con frecuencia de síntomas de depresión.

Ante la noticia del embarazo pueden producirse diversas reacciones emocionales: algunas mujeres muestran alegría y júbilo, mientras que otras no manifiestan su satisfacción ni lo comunican a sus allegados hasta una edad gestacional avanzada. También se ha observado que, mientras unas aprovechan cualquier oportunidad para evocar el recuerdo y expresar sus sentimientos hacia el hijo muerto, otras rehusan hacerlo manteniéndose poco comunicativas al respecto.

En un 50% de los casos el control prenatal lo efectúan profesionales distintos a los de la anterior gestación. Esto ocurre para evitar asociaciones con la experiencia anterior y no por insatisfacción. En ocasiones, solicitan un mayor número de controles clínicos para confirmar el bienestar fetal, lo que les proporciona una mayor seguridad y tranquilidad.

Es frecuente que la mujer compare el embarazo actual con la gestación anterior, lo que puede desencadenar un estado de hipervigilancia, ya que existe el temor de que algo pueda ir mal en cualquier momento, aunque los resultados del control prenatal indiquen lo contrario.

Pueden incluso evidenciarse conductas de autoprotección, con un incremento del escepticismo respecto al resultado favorable del embarazo. En este sentido, existen parejas que retrasan los preparativos en torno al nacimiento del bebé e incluso pueden llegar a hacer planes por si se produjera de nuevo la muerte del hijo.

Si la causa de la muerte fue una anomalía congénita, la mujer siente miedo ante la posible recurrencia del problema. En muchas ocasiones, no manifiesta ilusión por la

gestación actual y tiende a ocultarla a otras personas hasta obtener unos resultados de normalidad en las pruebas de diagnóstico prenatal.

El nivel de ansiedad va a aumentar o disminuir en función de determinados acontecimientos durante el embarazo. Algunos hechos como superar el primer trimestre, la detección de movimientos fetales y la percepción del latido cardiaco fetal resultan relevantes porque indican el progreso favorable de la gestación y ofrecen información sobre el bienestar del feto. La mayoría de las mujeres expresa la edad gestacional en semanas en lugar de en meses, porque superar cada semana significa mayores esperanzas de éxito en el embarazo.

En ocasiones, la mujer cambia alguno de sus hábitos de vida como la dieta, el ejercicio, los viajes e incluso la actividad sexual durante la gestación, ya que creen que pudo existir una relación entre su conducta y la pérdida, lo cual puede contribuir a aumentar su ansiedad. También es característico que utilice una ropa distinta a la que usó en la gestación anterior.

La gestante precisa confirmar constantemente el bienestar de su hijo, por lo que la consulta al equipo médico suele ser más frecuente de lo habitual. Tiene la necesidad de percibir los movimientos fetales y, por ello, incrementa el ejercicio físico hasta confirmar la actividad fetal. Su intranquilidad va aumentando progresivamente a medida que se acerca la fecha en la que se produjo la pérdida.

Durante la nueva gestación el umbral del dolor se encuentra disminuido, lo que provoca que la mujer acuse más las molestias habituales del embarazo. Este hecho puede considerarse una somatización de su ansiedad debido a la preocupación de sufrir una nueva pérdida.

Todas las manifestaciones descritas están más acusadas en el primer embarazo después de la pérdida que en las siguientes gestaciones. Suelen ser menos intensas en caso de que exista un hijo vivo, ya que, de lo contrario, la mujer puede tener un sentimiento de frustración e incluso obsesión por no ser capaz de llevar a cabo la maternidad.

## Parto

La proximidad del nacimiento del nuevo hijo puede convertirse en otro momento de angustia para la pareja, puesto que, durante este periodo, continúa el temor a la aparición de complicaciones. Los padres manifiestan ilusión ante el nacimiento del nuevo hijo, aunque, por otra parte, aparecen inquietudes y preocupaciones ante la posibilidad de recurrencia de la pérdida.

Inmediatamente después del nacimiento, se tiene que mostrar el neonato a sus padres, con el fin de reducir los temores sobre su estado o su apariencia. Es importante tener en cuenta que algunas parejas necesitan un tiempo adicional para aliviar su preocupación, por lo que se ha de facilitar que permanezca con ellos el máximo tiempo posible, aunque en ocasiones esto suponga un cambio en los protocolos de actuación de algunos servicios de maternidad.

Algunas mujeres pueden manifestar una actitud inicial de rechazo al neonato por haber idealizado al hijo anterior, y será necesario que tengan un espacio de intimidad para promover la formación del vínculo maternofilial. Este contacto entre la madre y el hijo puede verse dificultado si aparecieron complicaciones en el parto o si se utilizó anestesia general, en cuyo caso, se favorecerá de momento el contacto con el padre y, en cuanto sea posible, con la madre.

## Cuidado de un hijo posterior a la pérdida perinatal

Rozas y Francés (2001) recuerdan que no hay que olvidar que el nacimiento del nuevo bebé provoca la aparición de recuerdos de la pérdida anterior. En ocasiones, constituye un medio para la resolución del duelo perinatal, mientras que en otras, representa una forma de evitar el dolor de la pérdida. Si el proceso de duelo se superó correctamente, los padres reconocerán la identidad propia del recién nacido sin considerarlo un sustituto del hijo anterior y se adaptarán de forma adecuada a su rol de paternidad; sin embargo, en algunos casos reconocen abiertamente que consideran al nuevo hijo un sustituto del que perdieron.

También puede aparecer el denominado síndrome del niño vulnerable, que se

caracteriza por una percepción distorsionada del hijo por parte de los padres y que conduce a una sobreprotección. La gran preocupación por la salud del niño puede provocar comportamientos como la vigilancia excesiva de su respiración mientras duerme y una mayor inquietud la primera vez que se pone enfermo. Asimismo, existen dificultades para separarse del hijo, lo que interfiere en el desarrollo de su independencia.

Estos sentimientos en los padres irán desapareciendo a medida que se adapten y asuman el nuevo rol de paternidad.

## Abordaje terapéutico del duelo patológico

Rubio Espindola propone el siguiente abordaje terapéutico:

- Facilitar el que el paciente hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.
- Propiciar la expresión emocional del paciente, siendo frecuente además de las vivencias de tristeza, pesar o desesperación, los sentimientos de hostilidad hacia el fallecido y la cólera hacia el médico o el hospital donde se produjo la muerte del ser querido.
- Explicación al enfermo de que los síntomas que padece como: ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por la imagen del difunto, son reacciones normales y que desaparecerán con el paso del tiempo.
- Asegurar que aunque inicialmente puede ser necesario que reduzca sus compromisos laborales o sociales, se debe facilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas.
- Recomendar el acompañamiento de familiares y amigos y facilitar la realización de las tareas domésticas durante el período inicial.
- En las reacciones agudas de duelo, la contemplación del cuerpo de la persona fallecida, evita la cristalización de fantasías, imaginaciones o temores a lo desconocido, ya que para poder iniciar el duelo, muchas personas necesitan la oportunidad de decir "adiós".
- Tratamiento farmacológico.

## Conclusiones

Una vez producida la pérdida, da comienzo el proceso de duelo, el cual se caracteriza por una serie de manifestaciones cognitivas, emocionales, comportamentales y físicas, que normalmente están limitadas en el tiempo, aunque la duración es variable en función de multitud de factores.

En los últimos años se ha investigado mucho sobre cuáles son aquellos factores de riesgo y de protección en cuanto a complicaciones en el proceso natural, lo que se conoce como duelo complicado, con el principal objetivo de ampliar el conocimiento de este fenómeno multidimensional. Algunos de los factores de

riesgo identificados son los relacionados con la edad del doliente, el tipo de relación con el fallecido, circunstancias de la muerte, bajo apoyo social o duelos previos no resueltos.

Las muertes inesperadas o en circunstancias complicadas (traumáticas, suicidas, en personas desaparecidas), suelen originar más dificultades en la elaboración del duelo. Los niños son especialmente vulnerables; debe cuidarse mucho la manera en que se les transmite lo ocurrido y cómo se les ayuda posteriormente a la elaboración del duelo. La presencia de recursos de ayuda y apoyo social son fundamentales para favorecer la elaboración de la situación y disminuir su complejidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicosomát*, 2, 1-17.
- Antón JM. El impacto del suicidio en la familia. El proceso específico del duelo familiar *Rev Psicot Rel Interv Soc*. Segunda época. 2010;2: 109-23.
- Barreto, P., & Soler, M. C. (2007). Muerte y duelo. *Madrid: Síntesis*.
- Bradshaw, P. *Secretos de familia*, Ed. Obelisco, 2000.
- Cain AC, comp. *Survivors of suicide*. Springfield, IL: Thomas; 1972.
- Corredor, A. M. (2002). Estudio cualitativo del duelo traumático de familiares de víctimas de homicidio según la presencia o ausencia de castigo legal. *Revista Colombiana de Psicología*, 11(1), 35-55.
- De Miguel Sánchez, C., & Romero, A. L. Atención al duelo.
- De San Segundo, M. C. (2007). Intervención en crisis en Comunicación de fallecimiento e inicio del duelo.
- Díaz Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107.
- Echeburúa E. *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide; 2004.
- Eguiluz, L. *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*, Ed. Pax México, 2010.
- Espíndola, J. R. DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO.
- Ewton DS. A perinatal loss follow-up guide for primary care. *Nurse Pract* 1993; 18: 30-36.
- García Campayo, J., Tazón Ansola, P., & Aseguinolaza Chopitea, L. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. Colección Enfermería S*, 21, 392-403.
- García, R. A. (2003). Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediátrica de México*, 24(5).
- García-Viniegras, C. R. V., & Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Imaz, J. A. G. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 71-79.

- Kawano K. The mental health of persons bereaved by suicide. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2011; 113 (1): 87- 93.
- Kubler-Ross E. Los niños y la muerte. Barcelona: Luciérnaga; 1992, p. 20-28.
- Lucas, M. A. S. El trabajo de duelo por suicidio de un familiar.
- Mandell F, McAnulty EH, Carlson A. Unexpected death of an infant sibling. *Pediatrics* 1983;72(4):652-57
- Martínez, C. G., & Frías, A. Y. (1999). DUELO PERINATAL. " *Vde enfermería*, 19.
- Martínez, N. Y. P. EL SUICIDIO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA.
- Nader, K. (1997). Childhood traumatic loss: the interaction of trauma and grief, en Figley, C., Brides, B.; Mazza, N., *Death and Trauma: the Traumatology of Grieving*. Taylor & Francis: Washington D.C.
- National Organization for Victim Assistance NOVA (1985). Survivors of homicide victims, *Network Information Bulletin*, 1, 3.
- Oviedo-Soto, S., Urdaneta-Carruyo, E., Parra-Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). Trabajo de revisión. Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5).
- Pérez Barrero SA, Mosquera D. El suicidio. Prevención y manejo. Galicia: Ediciones Pléyades; 2006.
- PEREZ, E. B. (2014). CIRCUNSTANCIAS QUE FAVORECEN EL DUELO SILENTE.
- Quintanilla R, Eguiluz L. Programa de prevención en suicidio. Manejo del duelo familiar. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2009.
- Rando, T (1993). *Treatment of complicated mourning*. Taylor & Francis: PA (1996) Complications in mourning traumatic death; Doka, K. (Ed.), *Living with grief after sudden loss*. Taylor & Francis: PA
- Redmond, L. (1996). Sudden Violent Death; Doka, K. (Ed.), en *Living with grief after sudden loss*. Taylor & Francis: PA
- Rozas García, M. R., & Francés Ribera, L. (2001). Maternidad tras una muerte perinatal. *Matronas Profesión*, 2001, vol. 2, num. 3, p. 29-34.
- Shaffer D, Pfeffer CR. Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Rev Psiquiatr Urug*. 2001;65:146-88.
- Spungen, D. (1998). *Homicide: the hidden victims*. Sage Publications: CA
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.