



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Maestría en Psicología Clínica

Tesis de Maestría para la obtención del Título
de Magíster en Psicología Clínica

Título de la tesis:

**Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio.
Estudio de casos**

Autora: Lic. Susana Quagliata

Directora de Tesis: Prof. Adj. Irene Barros

Co- Directora: Prof. Adj. Lis Pérez

Diciembre 2015
Montevideo, Uruguay

RESUMEN

La experiencia de perder un hijo por causa de un suicidio es una de las heridas más dolorosas que pueden vivir los padres, lo cual implica sobrevivir al hijo en un proyecto de vida truncado. Los estudios relevados no profundizan sobre los procesos psicológicos en estos duelos, sino que realizan descripciones generales de síntomas, clasificados en normales o patológicos. En Uruguay, el suicidio representa la segunda causa de muerte entre las edades de 15 y 34 años. En el 2012, un estudio reveló que el 9.2 % de 3.524 adolescentes de la enseñanza media, entre 13 y 15 años intentaron suicidarse. En el 2014, la tasa de suicidio fue de 17.4 por cada 100 mil habitantes y 601 suicidios. Mientras que las notificaciones epidemiológicas fueron 3.395 para intentos de suicidio.

Para conocer las vivencias de este duelo se realizó una investigación cualitativa de carácter exploratorio, cuyo diseño fue un estudio de casos sobre una muestra de seis madres. Se investigaron los procesos psicológicos comprometidos en el duelo, las posibles causas del suicidio y los recursos psicosociales para enfrentar el dolor. Se interpretaron las narraciones de entrevistas, a partir del análisis de contenidos y desde la teoría psicoanalítica y bibliografía internacional sobre prevención del suicidio.

El trauma psicológico es inherente a este duelo, el cual es determinado por el vínculo, el suicidio como causa de muerte y la culpa que cumple una función en ellos. En todos los suicidios hubo combinación de factores de riesgo, aunque sobresalió la violencia intrafamiliar y la depresión. La resiliencia fue la capacidad fortalecida en los nuevos vínculos con grupos de la comunidad.

Finalmente, el duelo es un estado que permanece en el tiempo y cumple la función de mantener con vida a estas personas, sintiendo culpa, para vivir negando una parte de la realidad irreversible.

Palabras clave: estado de duelo, suicidio hijo, trauma psicológico, resiliencia

ABSTRACT

Losing a child because of a suicide is one of the most painful experiences that parents can suffer, implying surviving their son in a truncated life project. Studies surveyed do not delve into the psychological processes of these mournings, but perform general descriptions of symptoms, classified into normal or pathological. In Uruguay, suicide is the second cause of death between the ages of 15 and 34. In 2012, a study revealed that 9.2% of 3,524 high school teenagers, between 13 and 15 attempted suicide. In 2014, the suicide rate was 17.4 per 100 thousand inhabitants and 601 suicides. While epidemiological reports were 3,395 for suicide attempts.

To learn about the experience of this mourning process, a qualitative-exploratory research was conducted based on a case study of six mothers.

The psychological processes involved in mourning, the possible causes of suicide, and psychosocial resources to deal with the pain were investigated. The interview narratives were interpreted from the analysis of contents, psychoanalytic theory, and international literature on suicide prevention.

The psychological trauma is inherent to mourning, which is determined by the bond, the suicide as a cause of death, and the guilt that plays a role in mourning itself. There was a combination of risk factors in all the suicides, but the inner-family violence and depression excelled. The power of resilience was strengthened by the new bonds with community groups.

Finally, the mourning stage remains over time keeping parents alive, feeling guilt, and denying a part of the irreversible reality.

Keywords: state of mourning, child suicide, psychological trauma, resilience

INDICE

Página

Resumen.....	1
Dedicatoria.....	6
Agradecimientos.....	7
Introducción.....	8
A. Antecedentes de la Investigación.....	10
B. Metodología utilizada.....	18
C. Guía de Lectura.....	19
1.- CAPITULO I: Fundamentación General.....	20
1.1. Fundamentos Epistémicos.....	20
1.2. Situación del problema.....	21
1.3. Relevancia de la Investigación.....	23
1.3.1. Trascendencia social.....	23
1.3.2. Soporte comunitario.....	24
1.3.3. Prevención del Suicidio en el Sistema de Salud.....	24
1.3.4. Formación clínica en procesos suicidas.....	25
1.3.5. Duelos Complejos.....	25
1.3.6. Recursos de afrontamiento.....	26
1.3.7. Detección de riesgo suicida.....	26
2.- CAPITULO II: Marco teórico-referencial.....	27
2.1. El suicidio. Prevención.....	27
2.2. La muerte: Significados y Representaciones.....	31
2.3. El Duelo: Representaciones de la Pérdida.....	33
2.4. El dolor del sujeto en la Hipernmodernidad.....	45
2.5. El suicidio: la violencia en un acto.....	47
2.6. El Yo está herido.....	50
2.7. Diferentes modelos para pensar el duelo.....	56
2.8. La simbolización en el duelo.....	58
2.9. Los tiempos en el duelo, una construcción continua.....	61

2.10.	Un aprendizaje, una enseñanza.....	62
3.	CAPITULO III: Problema de la Investigación.....	64
3.1.	Justificación.....	64
3.2.	Orientadores para la formulación del problema.....	65
3.3.	Preguntas que intenta responder la investigación.....	67
3.4.	Objetivos generales y específicos.....	67
4.	CAPITULO IV: Metodología utilizada y presentación de los	
	Datos.....	68
4.1.	Fundamentación metodológica.....	68
4.1.1.	Caracterización de la muestra inicial.....	69
4.1.2	Fundamentación teórica de la metodología.....	70
4.2.	Justificación del abordaje metodológico: Estudio de Casos.....	71
4.2.1.	Fundamentación del método de análisis de los datos.....	71
4.3.	Diseños y métodos de aplicación metodológica.....	72
4.4.	Técnicas e instrumentos utilizados.....	74
4.5.	Validez y credibilidad.....	76
4.5.1.	Criterios de validez.....	77
4.5.2.	Criterios de credibilidad.....	78
4.5.3.	Criterios de dependencia o confiabilidad cualitativa.....	79
4.6.	Consideraciones éticas.....	80
4.7.	Presentación de los Datos.....	82
4.7.1.	Fase uno: Codificación.....	82
4.8.	Fase dos: Análisis del trabajo de campo.....	83
4.8.1.	Dimensiones de Análisis y Categorización.....	83
4.9.-	Fase tres: Construcción de los datos.....	85
4.9.1.	Significados atribuidos al suicidio de un hijo.....	85
4.9.2.	Las experiencias del duelo a partir del suicidio de un hijo.....	107
4.9.3.	Recursos psicosociales para enfrentar la pérdida.....	107
5.	CAPITULO V: Análisis de los resultados y Discusión.....	112
5.1.	Categoría uno: Significados atribuidos al suicidio de un hijo.....	113
5.1.1.	La violencia intra-familiar, las pérdidas, el abandono y la vivencia de vacío traumático.....	114
5.2.	Categoría dos: La experiencia de vivir el duelo por causa del	

	Suicidio.....	118
5.2.1.	Herida Narcisista.....	119
5.2.2.	El sentimiento de culpa ¿una función?.....	120
5.2.3.	Renegación, ¿mecanismo de defensa o de afrontamiento?.....	126
5.2.4.	Procesar el duelo, ¿una cuestión de tiempos?.....	129
5.3.	Categoría tres: Recursos psicosociales para el afrontamiento de la Pérdida.....	133
5.3.1.	Ser resiliente: ¿una cuestión del ser o una decisión de ser?.....	133
6.-	CAPITULO VI: Conclusiones.....	137
6.1.	Significados y causas adjudicadas al suicidio del hijo/a.....	137
6.1.1.	Factores de riesgo desencadenantes.....	138
6.1.2.	Violencia intra-familiar y maltrato infantil.....	138
6.1.3.	Identificaciones parentales.....	138
6.1.4.	Antecedentes de IAE, de suicidios en la familia y en personas Cercanas.....	138
6.1.5.	Traumas psicológicos infantiles.....	138
6.2.	Características del duelo en las madres sobrevivientes de un Suicidio.....	138
6.2.1.	Una herida narcisista.....	139
6.2.2.	La culpa es funcional al duelo.....	140
6.2.3.	La renegación: un proceso creativo en el duelo.....	141
6.2.4.	El duelo concluye... ..	142
6.3.	Recursos psicosociales para el afrontamiento de la pérdida.....	143
6.3.1.	La resiliencia y el cambio de posición subjetiva.....	143
6.3.2.	La sinergia de los grupos de pares.....	144
7.	CAPITULO VII: Consideraciones Finales.....	144
7.1.	Prevención del Suicidio.....	145
7.2.	Estado de Duelo.....	146
7.3.	Formar en Resiliencia.....	148
	Referencias Bibliográficas.....	150
	Anexos.....	161

Dedicatoria

*Con admiración, respeto y amor a mis padres Angelina y Vicente
cuyo destino quiso que desembarcaran en estas tierras
por sus valores y sencillez
por haber aprendido de ellos que la vida es hoy*

A mis hermanos Gennaro y Carmine

A mi hermana de la vida Adriana por su cariño y su esposo Andrés

A mis sobrinos Carina, Mariangela, Enzo, Evelyn y Arianna

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología y Universidad de la República por haberme dado la oportunidad de crecer académica y profesionalmente

A la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, por el espacio dado para mi formación y crecimiento personal y por las personas que he conocido

Al Grupo de Padres Renacer por abrirme las puertas de su alma y por la confianza depositada para este trabajo

A las madres que participaron de esta tesis y a sus hijos que conocí a través de ellas

A mi analista Ana Chabalgoity por ayudarme a no abandonar el camino elegido

A Sara Vilacoba por su candidez

Al Departamento de Documentación y Biblioteca de la Facultad de Psicología y a sus funcionarios, por la atención y el apoyo brindado

A mis compañeras de ruta durante este tiempo Margarita, Silvana y Valeria, por su compañía

A la Prof. Adj. María Ana Folle por acompañar el proceso

A la Prof. Adj. Irene Barros, Directora de Tesis, y a la Prof. Adj. Lis Pérez, Co-Directora, muy especialmente gracias por implicarse con este trabajo y acompañarme

A todos y todas aquellas personas que creen en mí

A todas las personas que conoceré y amaré

Introducción

Muchas veces me he preguntado por qué escribir una tesis acerca de los duelos cuando un hijo/a¹ fallece. Soy sujeto de los tiempos que corren y de la historia que me precede. En ellos confluye un sinfín de saberes ancestrales e históricos que desconozco y desconocemos. Hace siete años que trabajo con padres que se interrogan diariamente cómo seguir adelante luego de haber perdido un hijo.

Esta tesis de maestría intenta responder preguntas, así como los padres buscan sus propias respuestas y producen teorías sobre sí mismos. Ellos buscan sentidos transitorios como un límite ante la desesperación del dolor. Dichas teorías son las que me interpelan como profesional y motivan a ampliar mis horizontes académico-disciplinares. El propósito de este trabajo es llegar a conocer *qué características tienen los duelos en las madres y padres de hijos e hijas que fallecieron por causa de un suicidio*². Este trabajo tiene como horizonte la construcción de conocimientos a partir de las experiencias de duelo compartidas por los padres.

He aceptado la interrogante de otros como propia, para comprender los aspectos psicológicos interactuantes en estas pérdidas. El acercamiento sobre lo “ominoso” como algo siniestro acerca de lo *no dicho* alimenta el fantasma de sentidos que subyacen a estas experiencias del dolor humano. Freud en 1919 utiliza la palabra *ominoso* para agrupar impresiones sensoriales, vivencias y situaciones que despiertan una angustia ante el horror, «dilucidando el carácter escondido [...] lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo» (p. 220). Lo ominoso es un sentimiento desorientador que genera incertidumbre intelectual (O. Cit.). A título de una breve introducción que ilustra el avance hacia el problema de investigación.

Esta investigación ha abordado el fenómeno desde un diseño cualitativo de estudio de casos. Se ha utilizado un diseño flexible y emergente en la recolección del material de campo, así como también con los procedimientos de análisis. La cualidad del diseño permitió abordar la problemática y obtener resultados a partir de verificaciones constantes

¹ Hijo/a se utiliza en sustitución de hijo, hija, hijos, hijas. Indistintamente a efectos de redacción

² De aquí en adelante la cursiva es mía, a excepción que sea parte de una cita textual

sobre las teorías individuales encontradas. La muestra fue seleccionada por criterios estratégicos y por conveniencia desde un grupo de padres de hijos fallecidos. Finalmente la muestra quedó conformada por seis madres por saturación de categorías. A partir del análisis de contenido fueron extraídos los datos, los temas y las categorías tras sucesivas síntesis, lo cual permitió arribar a la descripción de características en los duelos de este estudio.

En los duelos que se instalan a partir de la pérdida de un hijo aparecen sentimientos de abandono y de desvalimiento. Concomitantemente, el dolor de un proyecto de vida trancos, el suyo propio y el de sus hijos, lo cual configura una nueva percepción de sí y transforma la propia existencia. En el horror y frente a tamaña pérdida, a estas personas bien podría caberles una denominación tal como “*padres huérfanos de hijos*”, si se invierte la acepción del término “orfandad”. Para la madre y padre sobrevivientes, representa un impensable, así como para nuestra lengua no existe un término que refiera al estado de ser madre o padre de una hija o hijo fallecidos, excepto en el idioma hebreo, “**shjol**”. Con este término se designa a las personas que han perdido un hijo (Roitman, Armus y Swarc, 2012).

Desde las ciencias de la salud situar al suicidio sobre el polo de la salud o sobre el polo de la enfermedad obstaculiza el enfoque que puede darse sobre las consecuencias. Los padres son familiares sobrevivientes a un suicidio, por lo cual configuran un grupo de alto riesgo para un probable próximo suicidio.

Desde la Psicología planteamos el suicidio como un proceso y *continuum* autodestructivo. Sin embargo, desde la Sociología es un fenómeno social. Durkheim (1897) decía que «la tendencia al suicidio crece regularmente desde la infancia hasta la vejez más avanzada» (p.12), propone así una mirada determinista y finalista del tema. El suicidio es un fenómeno que ha capturado la atención de pensadores y científicos, ingresando ya en el siglo XIX. Observaron que incrementaba su incidencia en la población mundial, a medida que transcurrían los decenios. En los últimos 20 años no hay indicios que el suicidio vaya en retroceso, conforme a las cifras y a los pronósticos de la Organización Mundial de la Salud³ (OMS, 2014).

³ En adelante OMS para citar a la Organización Mundial de la Salud

A. Antecedentes de la Investigación

La combinación como problema del suicidio de un hijo con el duelo en los padres ha sido muy poco estudiada. La Directora General de la OMS (2014), Margaret Chan, señala que cuando ocurre un suicidio «los efectos sobre las familias, los amigos y las comunidades son terribles y de amplio alcance, aún mucho tiempo después de que un ser querido se haya quitado la vida» (2014, p.2). Cada día en promedio casi 3.000 personas ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse, por cada una que lo consigue (OMS, 2012). El organismo internacional establece un Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, cuyos Estados miembros están comprometidos a reducir en 10% la tasa de suicidios para el 2020 (OMS, 2014).

En el 2012, 804 mil personas aproximadamente se suicidaron en el mundo. Sobre este total, para el 2014 unas 35 mil personas pertenecían al sector de ingresos bajos y medianos en las Américas (OMS, 2014). La Prevención del Suicidio constituye una prioridad para la Salud Pública mundial. La cifra total de suicidios representa al 1.4% del total de las muertes del planeta.

La OMS (2014) prevé que para el 2020 esta cifra se elevará al 2.4% (Fleischmann, Bertolote, Wasserman, De Leo, Bolhari, Botega, De Silva, Phillips, Vijayakumar, Värnik, Schlegel, y Tran Thi Thanh, 2008). Asimismo, las muertes por suicidio en el mundo superan a la suma de las ocurridas por homicidios, guerras y accidentes de tránsito (OMS, 2004). Los accidentes de tránsito y los suicidios entre los 15 y los 29 años son las dos primeras causas de muerte. Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo (O. Cit., 2014).

Desde la OMS (2014), los suicidios no parecerían guardar relación con los ingresos económicos bajos, exclusivamente. Sin embargo, un estudio en la población uruguaya demuestra lo contrario, para los suicidios ocurridos en el período 2002-2010. El estudio comprueba en parte las tendencias mundiales sobre el fenómeno. Señala que la incidencia de los suicidios en Uruguay está correlacionada a la pertenencia de estratos socio-económicos, bajos y muy bajos, lo cual resultó representativo para el 40% de los suicidios estudiados en dicho período (González, 2014).

La 66ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2013) resolvió sobre el Primer Plan de Acción sobre la Salud Mental en la historia de la OMS (2014). En Uruguay en el 2014 ocurrieron 601 suicidios, los cuales representan una tasa de 17.4 por cada 100 mil habitantes, y la notificación epidemiológica de los Intentos de Auto-Eliminación alcanzaron

3.395, conforme a cifras de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio⁴ (CNHPS, 2015, 17 de julio)⁵.

En América del Sur, Uruguay en cuanto a las tasas por cada 100 mil habitantes ocupa el primer lugar según las cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública⁶ (MSP). Con el propósito de disminuir localmente la tasa de suicidios, que para el 2011 era 16.7 por 100 mil habitantes, se elaboró en Uruguay el primer *Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015* (CNHPS, 2011). No obstante, en nuestro país no se ha logrado alcanzar dicha meta, lo cual en base a los parámetros globales ubica a Uruguay en el sitio de país de riesgo⁷. Además, si se cruzan las variables de edad, sexo, Montevideo e Interior resulta ser sumamente inquietante que cada dos días ocurran tres suicidios. Para Moyano y Barría (2006), «las cifras de suicidio son consideradas indicadores del estado de la salud en el mundo y permiten evaluar el eventual progreso de ésta» (p. 345)

Las cifras del suicidio en Uruguay a partir del año 2000, a excepción del 2002 (683 suicidios), para el cuatrienio 2008-2011 a nivel estadístico parecerían registrar una leve tendencia hacia la estabilidad. Luego de un crecimiento sostenido registrado a finales de la década de los 90. Aunque, dicha tendencia no resulta lo suficientemente significativa para considerar una baja en la tasa de suicidios.

Entre los 15 y 34 años el suicidio es la segunda causa de muerte en la población mundial, inclusive en Uruguay. Son pérdidas de vidas sostenidas desde las últimas décadas del siglo pasado, lo cual socava a las sociedades, al crecimiento y al desarrollo de los países. Una franja etaria que coincide con la etapa vital de mayor productividad, a nivel individual y para la economía mundial.

En el *Manual de Suicidología* del médico cubano Pérez-Barrero (2005), experto consultado por la OMS concluye: «según estimados conservadores en el 2020 morirán por suicidio no menos de 1.530.000 seres humanos y por cada uno de ellos lo intentarán entre 15 y 20». Esto representa un suicidio cada 20 segundos y una tentativa de autoeliminación entre 1 y 2 segundos (O. Cit., p. 1). Pérez-Barrero denomina a los familiares del suicida «familiares sobrevivientes», un término que es compartido en la literatura sobre el tema.

⁴ En adelante CNHPS

⁵ La CNHPS tiene carácter inter-ministerial e inter-sectorial, se encuentra integrada por los Ministerios de: Salud Pública, del Interior, de Educación y Cultura, y de Desarrollo Social. Dicha Comisión cuenta con el asesoramiento de la Universidad de la República y de la Facultad de Psicología.

⁶ En adelante MSP indistintamente

⁷ Por encima de la tasa del 13 por cada 100 mil habitantes. Fuente OMS

Los duelos en los familiares sobrevivientes presentan características que los diferencian de otros. En ellos se observa una predisposición a desarrollar patologías como: trastornos por ansiedad y trastornos por estrés postraumático, episodios depresivos mayores y enfermedades orgánicas, principalmente durante el primer año. Estos síntomas se acompañan muy frecuentemente de pensamientos autorreferenciales recurrentes, como ser: “si yo me hubiera dado cuenta de lo que le pasaba, esto no hubiera ocurrido”⁸. También, el miedo exacerbado a pasar por lo mismo y a padecer una enfermedad mental que les conduzca a morir de la misma manera. Los sobrevivientes (padres) atraviesan por una gran tristeza, por intensos sentimientos de culpa y por estados de ira hacia su hijo. Los hacen responsables de lo sucedido, así como del padecimiento posterior.

Pérez-Barrero (2005) afirma que por cada suicidio son afectadas seis personas, los cuales necesitan alguna clase de abordaje terapéutico. Con la misma necesidad de certezas, la Facultad de Psicología del País Vasco señala en una investigación que «alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca» (Pérez Trenado, 1999; citado por Echeburúa y Herrán, 2007). Asimismo observaron la aparición de conflictos y «a menudo, un cónyuge sufre más que otro y eso genera acusaciones, culpabilidad y rabia» (O. Cit., p. 38)

El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (Estados Unidos) realizó una encuesta sobre el suicidio adolescente en 82 países. En Uruguay fueron encuestados 3.524 adolescentes de 2º, 3º y 4º año de la enseñanza media, entre junio y julio de 2012. Los factores de riesgo detectados por las autoridades sanitarias fueron «la depresión, la tristeza y el deseo de no vivir más» (Grunbaum, 2012, diciembre 13). En la misma nota, la Directora del Programa de Adolescencia y Juventud del MSP señaló que «es urgente avanzar en personal capacitado, equipos interdisciplinarios y controles anuales de salud, para todos los adolescentes» (O. Cit.). Lo más alarmante de estos resultados fue que el 10.1% de los adolescentes encuestados intentaron quitarse la vida y el 9.2% de este grupo tenían entre 13 y 15 años al momento de ser encuestados⁹.

El suicidio infantil parecería ser un campo de investigación *cuasi* nulo en todo el mundo y este es un cuestionamiento que recae sobre toda la sociedad. En el mismo sentido la pregunta es inevitable: *¿qué les está pasando a nuestros niños?* Dicho esto con una anónima distancia y con una cercanía impensable. El suicidio infantil es mucho menos estudiado y a nivel global es el de más reciente aparición o detección. Concomitantemente,

⁸ El entrecomillado es mío

⁹ El 9.2% equivalió a 324 de los 352 adolescentes encuestados, los cuales representaron el 10.1% del total de la muestra encuestada que intentó suicidarse

son los menos tolerados socialmente, mucho menos los padres podrían estar preparados para pensar y verse en la situación de tener que preguntarse por qué su niño o su niña querrían suicidarse. Sobre una base constatada, en el 2011 entre los 10 y los 19 años los suicidios en el país fueron 42. (MSP, 2012)

➤ **En cuanto a los estudios que se relacionan con duelos por la muerte de un hijo**

Las investigaciones son escasas. Si se toma en cuenta al suicidio como causa de la muerte, aquellas son aún más escasas. No obstante, algunos de los estudios relevados describen científicamente las manifestaciones del duelo, los cuales han orientado a la presente investigación.

Es de orden citar un clásico, el trabajo de Durkheim *El Suicidio* en 1897 desde la Sociología. Más específicamente, Calhoun, Selby y Faulstich (1982) señalan que la muerte de un hijo causada por una enfermedad genera un impacto mucho menor que si la causa de la muerte es un suicidio. Asimismo las conductas y las percepciones son más negativas respecto a los padres. Señalan:

Los juicios que se emiten sobre los padres cuyos hijos se mataron son más duros que aquellos en que los hijos murieron por otras causas, afirman que estos padres están en mayor riesgo y vulnerabilidad de tener problemas psicológicos, en tanto que no son tan bien recibidos por la red social y esto es en parte por las valoraciones más negativas que se tiene sobre ellos (Cain 1972; en Calhoun et al.,1982) ¹⁰

En prevención del suicidio los padres son una fuente valiosa de información, pues el riesgo era frecuentemente percibido, aunque no identificado. En un estudio sobre padres cuyos hijos intentaron suicidarse y sobrevivieron se identificó al suicidio como un proceso que evoluciona y que puede ser intervenido a futuro para evitarlo (Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri y Barros, 2012). En tal sentido, se ha encontrado como riesgo suicida a nivel individual, la asociación de traumas psicológicos severos por causa del maltrato infantil y la combinación con el consumo de drogas, lo cual ha sido constatado en la repetición de los intentos de suicidio (Marshall, Galea, Wood y Kerr, 2013). Complementariamente, hay estudios que critican a la Suicidología occidental por privilegiar a la enfermedad mental como factor principal de riesgo en función de los datos estadísticos, en detrimento de los

¹⁰ "Parents of children who kill themselves are likely to have increased vulnerability to psychological difficulties but are less likely to receive overt social support (Cain, 1972). The lower levels of social support may be partially a function of the more negative evaluations which parents of the child suicide are given". Colhaun, L., Selby, J., Faulstich, M. (1982). Traducción mía.

datos provenientes de las autopsias psicológicas¹¹, los cuales complejizan el fenómeno (Owens y Lambert, 2012). Asimismo, producto de otras investigaciones es un factor de riesgo suicida relevante haber tenido padres con una enfermedad mental (Oladeji y Bureje, 2011; King, Kerr, Passarelli, Foster, Perchant, 2010)

En el Tratado de Psiquiatría DSM-IV-TR la clasificación de *duelo complicado*, categoría a la cual corresponderían los duelos de este estudio, ha sido excluída por falta de consenso para su definición. Igualmente, es pertinente traer a colación algunos de los signos que lo identificaban: predominancia de pensamientos de muerte y deseos de morir, deterioro funcional acusado y prolongado, pensamientos intrusivos, «experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida» (Díaz-Curiel, 2011, p. 94), entre otros. En igual sentido, un estudio sobre la fenomenología de este duelo encontró que no es infrecuente la sensación de sentir la presencia y/o percibir imágenes, las cuales son referidas *como si* fueran reales y descritas vívidamente (Becker y Knudson, 2003).

Desde la medicina paliativa determinadas manifestaciones del duelo no son consideradas patológicas, en función de la pérdida y de las circunstancias que rodearon a la misma (Payás, 1998, citado por Romero, De Rosales, Sánchez y Gálvez, 2013). Dentro de las investigaciones que se aproximan al duelo por un suicidio no refieren a la muerte de un hijo. No obstante, se encontró que el estigma social no permite al sobreviviente expresar su dolor y construir significados entorno al suicidio, lo cual puede complicar el duelo.

En el mismo sentido, se considera fundamental la inserción de los sobrevivientes en grupos específicamente enfocados en el duelo, en la psico-educación de las redes familiares y sociales. Asimismo, los participantes dijeron sentirse en shock, no podían creer lo que había pasado y se preguntaban ¿por qué? Dentro de las causas atribuídas al suicidio revelaron la combinación de más de uno de los factores de riesgo. El suicidio del hijo fue considerado una alteración en el orden natural de la vida, así como también que la muerte de ellos debería haber sido antes y que tendrían que morir como castigo. En el mismo sentido, se concluyó que los suicidios para estos estudios son un evento catastrófico de impacto devastador (Supiano, 2012).

¹¹ «Cuando hablamos de autopsia psicológica estamos haciendo referencia a un proceso desarrollado para evaluar conductas, rasgos psicológicos y psicopatológicos, relaciones sociales mantenidas por un individuo que ha fallecido, y tratar de llegar a un diagnóstico psiquiátrico, si lo hubiera. Es un procedimiento que cada vez adquiere mayor importancia en la investigación sobre los factores de riesgo» (Guija, Giner, Marín, Blanco, Parejo-Merino, 2012, p. 166)

Otras investigaciones provenientes del Reino Unido (Inglaterra e Irlanda del Norte), cuya tasa de suicidios es inferior a la de nuestro país, señalan que las investigaciones sobre el suicidio están enfocadas en los factores de riesgo y protectores, mas no en el trauma de la muerte de un hijo y en cómo ayudar a los padres sobrevivientes. Indicaron que las circunstancias trágicas que rodean a la muerte de un hijo hacen a estos duelos difíciles de sobrellevar. También afirman que el suicidio de un hijo resulta para los padres un duelo complicado y traumático, que genera reacciones sociales tales como el ostracismo y expectativas irreales de recuperación (Gibson, Gallagher y Jenkins, 2010). Asimismo, para Pereira-Tercero (2010) el denominado duelo ambivalente es el único tipo de duelo patológico considerado de mayor riesgo para el suicidio.

Las madres en un estudio describen que hay falta de aceptación social frente a esta situación de pérdida. Ellas tratan de proteger a otros, pero no hablan de su propia pérdida con la ilusión de ayudar (Jacob & Scandrett-Hibdon, 1994; Gibson et al, 2010). También se relevó que la falta de respuesta social hacia ellos y su desconsuelo es debido a que representan el peor de los temores (Rando,1985, citado en Gibson et al, 2010) Contrariamente, aún en aquellas culturas donde el ataque suicida terrorista es esperable, las madres manifiestan una herida profunda por la muerte de sus hijos y el auto-reproche aparece por no haberlo podido proteger de la propia decisión de ser activistas (Bruce, 2013).

Otros estudios identificaron que las vivencias del duelo en los padres eran: sentir horror, miedo, pérdida del sentido de sí mismos, sentir culpa, sentirse estigmatizados, permanecer en estados de hipervigilancia y de estrés, estar irritables y tener síntomas depresivos, como algo más allá de lo esperado en un duelo (Lightner y Hathaway, 1990; Seguin, Lesage y Kiely, 1995; Wagner y Colhoun, 1991; en Gibson et al., 2010). Además, los padres cuentan con menos soporte de las redes sociales, dijeron sentirse evitados por los conocidos y/o compañeros de trabajo, quienes tendrían expectativas irreales sobre su pronta recuperación (Fielden, 2003; Rando, 1985; O. Cit., 2010)

Se encontró que es esperable en estos duelos que las madres investiguen, consulten a testigos, amigos, conocidos y a médicos, para intentar construir un significado final a la historia del hijo que terminó en suicidio. Las madres concluyeron que el suicidio ocurrió para acabar con el sufrimiento, lo cual fue considerado un obstáculo en estos duelos (Castelli, 2013).

Sobre el duelo por la muerte de un hijo, Bacci (2014) ratifica que el mismo se efectúa en «lo que queda de la historia del padre [...] desde la naturaleza narcisista de la relación

entre padres e hijos» (p. 58). En el relevamiento de antecedentes, se encontró un relato que describe la experiencia de duelo de una madre por la muerte de su hijo:

La pérdida de un hijo es el viaje más solitario y desolado que una persona puede vivir y las únicas personas que pueden comprenderlo de cerca son aquellas que comparten la misma experiencia [...] de mi propia experiencia al haber perdido a un hijo hace ya cuatro años, y después de aceptar que va a ser un viaje de toda la vida el poder sanar una pena tan profunda. (Stephens, citado en Araya, 2015)

En Estados Unidos otra investigación confirmó que las percepciones de los padres sobrevivientes al suicidio de los hijos se relacionaban a la presencia potencial de la muerte en sus vidas y que el mundo pasó a ser un lugar impredecible e inseguro. Asimismo, constataron que los cambios en sus vidas comenzaron a partir del tercer o cuarto año, presentaban indicadores de angustia y de trauma muy por encima a otros padres, cuya causa de muerte era otra (Armour, 2006).

En síntesis: sobre el relevamiento de antecedentes realizado, se puede decir que la gran mayoría de las investigaciones han tenido como objetivos generales: a) verificar la prevalencia de los factores de riesgo suicida en los hijos a partir de los participantes (los padres), b) describir las percepciones en el duelo y el relevamiento de síntomas, en términos de duelo normal o patológico, c) relevar las percepciones acerca de las redes sociales de apoyo, en función del estigma alrededor del suicidio y d) arribar a conclusiones para la orientación de estrategias terapéuticas en dispositivos grupales. También, se puede decir que no se han encontrado estudios orientados a la exploración clínica sobre estos duelos y sus manifestaciones. Asimismo, no se han encontrado investigaciones sobre indicadores que orienten sobre la evolución y la puesta en práctica de capacidades individuales para su afrontamiento.

➤ **Antecedentes que justifican la elección del problema de investigación a nivel nacional**

La temática que se investiga surge a partir del entrecruzamiento de la práctica profesional en el ámbito clínico desde hace años, a través de la cual he tomado contacto con la población de este estudio. A nivel de las políticas públicas, desde el 2011 he intervenido en representación de la Facultad de Psicología como técnica asesora en prevención de suicidios, así como también en el desempeño de un rol de gestión académico-institucional entre la Facultad de Psicología y la CNHPS.

En el marco de esta representación y como técnica en esta Comisión he integrado el grupo de trabajo responsable del diseño del *Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015*. He dictado cursos de capacitación en prevención de suicidios, sobre estrategias de intervención en red para el abordaje de las crisis en proceso de suicidio. Dichos cursos estuvieron dirigidos a profesionales de la salud y al personal del Primer Nivel de Atención, así como también a docentes de Secundaria en la Educación Pública y a funcionarios del MIDES.

Los conocimientos que sostienen la formación en este tema de investigación se relacionan con el conjunto de experiencias técnico-docentes, la práctica clínica y el relevamiento bibliográfico entorno al duelo específico de padres frente al suicidio de un hijo. Asimismo, en el campo de las estrategias de prevención necesariamente se articulan la interdisciplina y el conocimiento teórico-empírico de las praxis en la clínica del duelo. La selección del tema de la investigación responde a un interés por contribuir en el desarrollo académico y profesional sobre estas áreas.

En el 2012, en el marco de la Maestría en Psicología Clínica y para la articulación en la formación de grado y posgrados dicté un curso semestral, el cual pretendió articular el Psicoanálisis y la prevención del suicidio (Tercer ciclo del Plan IPUR 1988). El objetivo se orientó a comprender desde el psicoanálisis al sujeto en su forma de ser y estar en el mundo, sus conflictos y sus duelos. A partir de allí pude constatar la importancia que tiene para la formación de grado profundizar en el conocimiento del suicidio como un proceso, para su prevención. Desde esta concepción, se trabajó sobre la intervención oportuna en alguna fase del desarrollo en dicho proceso, de la misma manera con el enfoque de acciones para la prevención y en proporcionar elementos para su comprensión.

En la misma línea, en el segundo semestre de 2013 y primero del 2014, ya en el marco del Plan de Estudios 2013, participé como docente invitada en el Ciclo de Formación Inicial, Espacio Práctico: Escenario clínica, en el cual se trabajó con los estudiantes sobre el rol del psicólogo/a frente a una crisis suicida y en la prevención del suicidio, desde las intervenciones psicológicas durante el desarrollo de un intento de auto-eliminación IAE¹².

➤ **Caracterización de la organización**

La investigación se realizó con la participación de los padres que concurren y/o concurrieron al Grupo “Renacer”. Esta agrupación reúne a madres y padres de hijos fallecidos por múltiples causas, funcionan en frecuencia quincenal en la sede del Sindicato

¹² En adelante IAE

Médico del Uruguay (SMU)¹³ y se constituyen como grupo en el año 1994. El grupo es una asociación civil sin fines de lucro. Se auto-denominan como grupo de ayuda mutua.

El funcionamiento grupal se subdivide en dos dispositivos o subgrupos:

- ✓ El primero llamado *grupo de inicio o recepción*, al cual acuden los padres que recién se integran y es coordinado por padres-referentes. Vale aclarar, que la nominación no guarda estricta relación el ingreso con la fecha del fallecimiento. Algunos padres no se integran con anterioridad por desconocer la existencia del grupo y algunos otros porque les llevó más tiempo tomar la decisión de concurrir
- ✓ El otro grupo tiene como requisito que los padres que se integran ya hayan pasado por el primer grupo, del cual son derivados por los coordinadores. Los padres que integran este segundo grupo se caracterizarían por estar más avanzados en el tiempo en sus duelos. Los criterios para el pasaje del primer al segundo grupo son establecidos entre los referentes de uno y otro grupo. Por lo general esto no ocurre antes del año de haber ingresado, siempre que hubieran ingresado inmediatamente después del fallecimiento

Ambos grupos difieren en el foco de atención sobre los procesos de los padres. En el primero prevalece la escucha y la contención a los padres que necesitan relatar repetidamente las causas de la muerte del hijo/a. En el segundo se orienta a la comprensión y en compartir cómo van sintiéndose cada uno a medida que pasa el tiempo. Los padres comparten sus experiencias reunión a reunión y orientan los procesos hacia la aceptación de la irreversibilidad de la pérdida. La dinámica grupal tiene como finalidad la contención recíproca de los padres en el afrontamiento de sus duelos, excediendo al espacio de encuentro quincenal, debido a que utilizan redes de contención entre ellos (charlas telefónicas, encuentros extra-grupales, entre otras)

B. Metodología utilizada

La utilidad metodológica de la presente investigación se fundamenta a partir de la estrategia y del diseño, lo cual permite arribar a la construcción de conceptos teóricos novedosos. Asimismo, se pudo cuestionar, complejizar y profundizar sobre algunos conceptos clásicos del psicoanálisis, a la luz de estos duelos.

Como punto de partida, los registros preliminares de observaciones de la experiencia clínica con estos duelos constituyeron la base empírica de las preguntas formuladas para la

¹³ Bvrd. Artigas N° 1515

investigación. Se realizó un estudio cualitativo de casos sobre esta población, se aplicó análisis de contenido para la construcción de los datos y la obtención de resultados. La saturación por repetición de los significados de las categorías y las síntesis de sus contenidos hizo posible arribar a conclusiones que luego fueron enunciadas.

La triangulación metodológica de los datos con la teoría constituyó una constante que sostuvo la síntesis de los datos presentados. El análisis de los contenidos otorgó densidad teórica al material de los registros preliminares, los cuales han sido corroborados en las unidades de significado tomadas de las entrevistas y en las agrupaciones de las categorías emergentes.

El diseño narrativo fue utilizado para la presentación de los datos y los resultados, así como también para la discusión teórica, lo cual se muestra en las conclusiones.

El análisis metódico e interpretativo de los contenidos le otorgó entidad a las categorías y temas emergentes. El seguimiento de los procedimientos del diseño flexible y emergente definido en la estrategia ha otorgado profundidad y consistencia a las conclusiones enunciadas. Las mismas fundamentan las descripciones a las que se arribó con el fenómeno estudiado.

C. Guía de lectura

Antes de pasar a la presentación de cada capítulo importa hacer una síntesis al final de este mismo apartado que llamamos *Introducción*. Esta se encuentra al inicio de toda tesis. Se trata de una división inicial de la tesis, la cual presenta de qué va a tratar la investigación y ordena la lectura. La tesis está organizada para su lectura en siete capítulos:

En el primer capítulo llamado (*Fundamentación General*) se presentan las dimensiones sociales, culturales y psicológicas acerca de las representaciones sociales sobre la muerte, el suicidio y el duelo. Se sitúa el contexto del suicidio en Uruguay así como la alta incidencia que tiene en la población, lo cual torna visible el objeto de estudio relacionado a la sobrevivencia de los padres respecto a los hijos. Asimismo, se presentan las áreas en las cuales este estudio podría generar aportes.

El capítulo dos, (*Marco Teórico-referencial*) se profundiza en la comprensión del suicidio y las consecuencias en los sobrevivientes. Se presentan diferentes desarrollos psicoanalíticos referidos al duelo, a las relaciones de objeto, al trauma psicológico y a la simbolización. También se presentan la concepción de sujeto, las perspectivas de cambio para la subjetividad y los diferentes modelos de duelo. Estos conceptos son los referentes que permiten la comprensión del duelo y sus incertidumbres.

En capítulo tres, (*Presentación del Problema de la Investigación*) se realiza el recorrido teórico-empírico que justifica la elección del fenómeno estudiar, así como las

interrogantes iniciales que dieron cuenta del vacío de conocimiento respecto al mismo. Por último, se introducen las preguntas de la investigación, a partir de las cuales se elaboran los objetivos.

El capítulo cuatro, (*Metodología aplicada y presentación de los datos*) está destinado a fundamentar la investigación cualitativa y el tipo de diseño seleccionado, el cual respondió a un estudio de casos sobre una muestra de seis madres participantes. Se fundamentan los criterios de validez y credibilidad para la investigación, así como también para las categorías. Se explican los procedimientos realizados para la construcción de los datos

En el capítulo cinco (*Análisis de los resultados y discusión*) se describen los procedimientos utilizados y se fundamentan las decisiones metodológicas que permiten la obtención de los resultados. Se utiliza el diseño narrativo para la presentación de los datos y resultados, del mismo modo con la discusión teórica y los datos encontrados.

El capítulo seis (*Conclusiones*) muestra las conclusiones, las cuales remiten a constructos emergentes identificados y surgen de la discusión teórica y metodológica sobre los contenidos. Son presentados para su comprensión en un orden que se corresponde con las dimensiones de análisis.

El capítulo siete (*Consideraciones finales*), describe las reflexiones que se desprenden del trabajo de la investigación, relacionadas con los factores de riesgo suicida, las características del duelo estudiado y la descripción de los recursos utilizados para salir adelante. Asimismo, se transmiten algunas inquietudes personales surgidas desde la investigación y que comparto con los lectores.

1. CAPITULO I: Fundamentación General

1.1 Fundamentos Epistémicos

Para comenzar una oración que bien puede representar a esta investigación **veo pero no quiero ver**. Esta frase contradictoria sostiene la ambivalencia en el sentimiento de atravesar una experiencia tan ajena y cercana como la muerte de un hijo/a. De la misma manera el suicidio es un acontecimiento familiar, al cual ocultar y esconder para que otros no sepan. El término *ominoso* en idioma alemán es *heimlich*¹⁴, cuya categoría lingüística es un oxímoron¹⁵, pues concentra significados contrarios e inseparables. Freud (1919/1986, vol.

¹⁴ Heimlich: también escusado del gabinete higiénico. Mantener algo oculto y clandestino. Heimlich traducido por J. L. Etcheverry del idioma alemán al español es lo ominoso. Freud recorre varias lenguas tras este significado hasta arribar la noción de algo siniestro y lúgubre (1919/1986)

¹⁵ Oxímoron: «combinación en una misma estructura sintáctica de dos palabras o expresiones de significado opuesto, que originan un nuevo sentido; p. ej., *un silencio atronador*» (Diccionario de la Real Academia Española 2014)

17) estudió los orígenes de *heimlich* y constató la existencia de una angustia de horror. También rastreó el término y encontró matices, el más importante su opuesto en alemán *unheimlich*. Freud cita a Schelling para decir que «se llama *unheimlich* a todo lo que estando destinado a permanecer en el secreto, en lo oculto, [...] ha salido a la luz» (O. Cit., p. 224).

¿Cómo comprender que *heimlich/unheimlich* en la lengua alemana son palabras gramaticalmente opuestas y que en *heimlich* confluyen significados emparentados? Freud al respecto dice:

Quedamos advertidos de que esta palabra *heimlich* no es unívoca, sino que pertenece a dos círculos de representaciones que sin ser opuestos, son ajenos entre sí: el de lo familiar y agradable, y el de lo clandestino, lo que se mantiene oculto [...] *heimlich* es una palabra que ha desarrollado su significado siguiendo una ambivalencia hasta coincidir al fin con su opuesto, *unheimlich* (O. Cit., p. 224-226)

Para Popper (1972), una pregunta epistemológicamente adecuada es aquella cuya afirmación concuerda con los hechos, si esto sucede tal pretensión de verdad es objetiva. En igual sentido señala que «el avance del conocimiento consiste principalmente, en la modificación del conocimiento anterior» (O. Cit., p. 52). Asimismo, la ciencia deja de ser segura para tener un carácter hipotético y conjetural, al igual que entender el mundo es un problema esencialmente humano. Sostiene que «el hombre puede conocer; por lo tanto, puede ser libre» (O. Cit., p.26). Del mismo modo con las fuentes de la ignorancia inherentes al hombre, cuyos prejuicios son inoculados por la cultura y la sociedad. El poder de las tradiciones y de las doctrinas religiosas ciegan los ojos del observador y falsean la verdad que aparece ante sus ojos (O. Cit.)

1.2 Situación del problema de la investigación

Para Harris (2004) nuestra cultura es dinámica pero cambia lentamente el estado de las cosas sostenido por las prácticas cotidianas y las experiencias subjetivas de los sujetos. Accedemos a la cultura a través de las representaciones que las personas tienen sobre ella. Compartimos una misma época, un tiempo y un espacio comunes de un entramado social e intersticios culturales vivos, los cuales son transmitidos de generación en generación. Este mismo autor señala que esta transmisión de valores, conceptos y tradiciones se le llama *endoculturación*, la cual es «una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente» (O. Cit., p. 144). Las generaciones de más edad, inducen y obligan a las generaciones más jóvenes a adoptar los modos de pensar, estilos de vida y comportamiento tradicionales, a través de dichos procesos. La endoculturación es un

dispositivo intrínseco de control ejercido por las generaciones más grandes para asegurar la continuidad de su cultura, la cual transmite un carácter natural y casi incuestionable a nuestras pautas de conducta (O. Cit.).

En el siglo XXI estos procesos se complejizan a partir de la movilidad de los significados, lo cual es inevitable debido a los entrecruces transnacionales que impugnan la inercia de las cosas. Si bien la endoculturación es un dispositivo restrictivo «puede explicar la continuidad de la cultura, pero no puede dar cuenta de la evolución de la cultura» (Mead, en Harris, 2004, p. 148).

La cultura deja vacíos en la no-repetición de algunas prácticas, lo cual dificulta poder anticipar los comportamientos esperables para las diferentes franjas etarias. Las ascendientes generaciones son los vectores humanos de transmisión de las tradiciones. Del mismo modo, las nuevas adquisiciones de la cultura son propiedad de las generaciones presentes y actuales, lo cual desdibuja las certezas de lo esperable para cada generación y para cada contexto socio-histórico.

Para este trabajo, lo inesperado se vuelve una pregunta sin respuesta para las madres *¿por qué se suicidó, por qué lo hizo?* La cual se mantiene en espera por años. En tal sentido, un riesgo a prevenir es la identificación del sobreviviente con el suicida (Pérez Barrero, 2005).

El suicidio es un acto mortal por medio del cual una persona pone fin a la propia vida. Para el mundo académico representa la interpelación constante que moviliza a la producción de conocimientos, el cual debe dirigirse al corrimiento de las fronteras disciplinares y de las certezas sobre las cuales se asientan dichos saberes.

Para las madres sobrevivientes resulta difícil encontrar cómo expresar el conflicto de las emociones. A nivel intrafamiliar y social, el suicidio concentra significados y representa un tema prohibido. Los/as sobrevivientes en ocasiones optan por callar y quedan solos ante el dolor y el silencio de los otros, lo cual acrecienta el daño psicológico por la falta del soporte social en las redes de vínculos.

Cabe preguntarse: *¿qué pasa con estos padres y madres, quienes sienten el dolor y angustia por la pérdida del hijo/a?, ¿cómo es la convivencia del duelo con la prohibición solapada de la sociedad que les impide manifestarse, les ignora y sofoca su dolor?*

Parecería ser que en este siglo XXI se catapultaron polaridades presentes en todos los tiempos, pero difíciles de integrar para el psiquismo. Somos los únicos seres vivos que sabemos de la finitud de la vida. Por lo tanto, vivir implica también saber de la muerte. De la

misma manera, vivir implicaría integrar el concepto de muerte como algo ajeno a uno mismo y como forma de obtener el beneficio de la vida en vivir.

Con el advenimiento de la modernidad, el duelo era de costumbre y orden reconocerlo, contrariamente a lo que parecería suceder hoy. El sufrimiento que interpone el duelo por estas muertes ha pasado a ser inconveniente, rechazado, prohibido y hasta medicado. Asimismo en nuestra cultura judío-cristiana el duelo parecería que dejó de ser un acontecimiento social, «la muerte ya no es más subjetivable, aunque fuera en el sentido de un choque con la subjetivación» (Allouch, 1996, p. 154).

La muerte del hijo/a instala una nueva realidad subjetiva. Probablemente, haya que volver a significar el “estar de duelo”¹⁶. No necesariamente, el duelo como proceso reactivador de energías psíquicas y representante de un “estado transitorio”¹⁷. Sino que las madres de nuestro estudio tienen que asimilar la desaparición del hijo/a y hacer propia la inexistencia del objeto, aunque éste exista como objeto perdido en lo psíquico (Allouch, 1996)

Para Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2005), «no hay operación por más elemental y, en apariencia automática que sea de tratamiento de la información que no implique una elección epistemológica e incluso una teoría del objeto» (p. 68). Es posible conocer los hechos sociales hasta cierto punto. Se tiene conciencia de ellos a través de las sensaciones e impresiones, así como también desde las ideas-fuerza y de los conceptos explicativos que los circunscriben. Desde la misma perspectiva, la construcción del objeto nunca puede resolverse de antemano y en forma definitiva (Bourdieu et al., 2005). Ha sido una decisión metodológica de esta investigación poner el centro en las voces de las participantes, debido a los escasos desarrollos sobre la temática.

1.3 Relevancia de la investigación

Esta investigación tiene carácter social, pues para Denzin y Lincoln (2011) se ubicaría dentro del movimiento basado en la evidencia, lo cual la define como una actividad que sitúa al observador en el mundo.

Luego de haber expuesto el problema resulta un compromiso social y universitario dar respuesta a ambas temáticas. Se considera que esta investigación tiene un compromiso ético con la población y adquiere una relevancia que se aplica a diferentes dimensiones.

¹⁶ El entrecomillado es mío

¹⁷ Ibidem

1.3.1 Trascendencia social

El fenómeno estudiado contribuye a visibilizar el tema del suicidio en nuestra sociedad en particular. Se generan aportes para la comprensión del fenómeno en general y para su prevención. Asimismo, aporta un enfoque para el tratamiento y abordaje con los familiares sobrevivientes.

1.3.2 Soporte comunitario

Resulta relevante transmitir a toda la sociedad y sus instituciones que estos duelos menoscaban todas las áreas de desempeño de la persona. Igualmente para considerar que los tiempos de recuperación ante la pérdida no son predecibles. Para poder ayudarles, es fundamental comprender que en los padres sobrevivientes se mantiene el anhelo y el deseo de volver al pasado para evitar el suicidio.

Reconocer y aceptar como sociedad que es un tema que genera rispideces y rechazos, lo cual inconscientemente refuerza el tabú y los mitos alrededor.

Aprender que en este sentido se puede apoyar y habilitar a los sobrevivientes a hablar del duelo y del suicidio. Asimismo, hacer visible la importancia que representa que los padres abandonen la dureza del castigo moral de echarse culpas, lo cual facilitaría el tránsito y las vivencias experimentadas en estos duelos. En igual sentido correrse del lugar de víctima como sobreviviente y poder apropiarse de una posición activa para el cambio en sus condiciones de vida.

1.3.3 Prevención del Suicidio en el Sistema de Salud

Contribuye a reiterar la necesidad de un cambio urgente en el modelo de atención en salud mental, particularmente con relación al Sistema Nacional Integrado de Salud¹⁸ (SNIS). Del mismo modo con la generación de aportes para una base de conocimientos sobre la prevención del suicidio a escala individual y sobre el abordaje con los familiares sobrevivientes.

En el mismo sentido la investigación muestra la necesidad de capacitar en el reconocimiento del riesgo suicida, en el tratamiento y seguimiento de los Intentos de IAE. De igual manera con el seguimiento de los efectos del suicidio sobre los sobrevivientes. Indica la importancia de la capacitación de todo el personal de la Salud, tanto técnicos como no-técnicos.

¹⁸ SNIS en adelante

El estudio muestra la posibilidad de crear y/u optimizar la articulación de los recursos asistenciales desde un enfoque interdisciplinario, para la prevención de posibles futuros suicidios en los familiares. Desde los recursos, genera visibilidad para la implementación de campañas de sensibilización dirigidas a la comunidad, a la articulación de las redes de contención social, desde y hacia las instituciones con distintos sectores de la sociedad.

1.3.4 Formación Clínica en Procesos Suicidas

A nivel de la formación de los psicólogos/as apunta a generar elementos de diferenciación en las clasificaciones de duelo tradicional, así como a construir herramientas técnicas para las intervenciones psicológicas.

Esta investigación también propone aportar y generar conocimientos sobre la prevención del suicidio a nivel local y atender a las señales sobre una posible evolución patológica del duelo; desde las perspectivas de las madres sobrevivientes. En el mismo sentido, aspira a contribuir a la construcción de indicadores específicos sobre este duelo en la clínica psicológica.

La literatura científica se enfoca hacia la comprobación de la existencia de los factores de riesgo suicida a nivel poblacional. Sin embargo, aporta sobre la necesidad de formar a los psicólogos/as en la detección y en la manifestación de los riesgos a escala individual, para prevenir un posible suicidio y para intervenir durante las crisis del proceso. Se entiende que las problemáticas sociales traspasan el límite del imaginario colectivo sobre el suicidio y muestran su anclaje en la clínica individual. En este sentido hace visible la necesidad de realizar diagnósticos más tempranos, en el tratamiento de los traumas psicológicos y sus efectos, en las depresiones y en el uso problemático de drogas, entre otras afecciones en el límite con la salud mental.

Por último contribuye a tomar conciencia de la necesidad en agudizar la mirada y la escucha clínicas, así como también profundizar la formación específica en esta temática.

1.3.5 Duelos complejos

Este estudio aporta visibilidad para precisar algunos conceptos teórico-clínicos, los cuales ayudan a la comprensión de los procesos acompañantes en ellos. Asimismo, desde un abordaje individual y social señala la necesidad de crear estrategias innovadoras y contingentes, así como también para construir e interconectar dispositivos de contención. Se considera necesario el acceso a la atención específica con dispositivos individuales y grupales.

La investigación señala la necesidad de rescatar el reconocimiento social por estar de duelo y contribuir a la des-estigmatización del suicidio. Especialmente hace visible la entidad que adquiere la violencia intra-familiar como factor de riesgo para cometer suicidio. En igual sentido deja en evidencia a la violencia¹⁹ en todas sus manifestaciones como una problemática político-social que arrasa con las personas, que vulnera el soporte de los vínculos y socava la capacidad de tolerar el estrés, en estos hijos/as que cometieron suicidio. Asimismo, pone en evidencia que los efectos de la violencia perdidos en la memoria se reintroducen en las dimensiones de la realidad psíquica (Barros, 2014). Del mismo modo con los suicidios, «el silencio refuerza el desamparo y desvalimiento psíquico de los sujetos» (O. Cit., p. 132)

Apunta a un cambio cultural para revertir el estigma social, lo cual representa un obstáculo en el duelo, dado que refuerza la culpa de las madres y la soledad en el duelo. Asimismo, hace posible ver determinados riesgos en ellos: la desesperanza, la angustia, el aislamiento, el miedo a morir de igual forma y la falta de proyección a futuro. No obstante, los aspectos protectores a tener en cuenta son la aceptación de ayuda y la flexibilidad para adaptarse a la nueva realidad.

1.3.6 Recursos de afrontamiento

La resiliencia es una capacidad a fortalecer en los sobrevivientes. Resultan relevantes los aportes sobre este concepto, el cual se considera un proceso creador de nuevas condiciones y de establecimiento de nuevos vínculos. Esta perspectiva de proceso aporta un enfoque que permite diagramar recursos psicosociales e integrar las organizaciones de los apoyos en estos duelos. Desde una perspectiva de comunidades resilientes.

A escala individual se considera que la resiliencia es una fortaleza, la cual las personas pueden reconocer en sí mismas. La puesta en marcha de los aprendizajes previos abre caminos hacia los nuevos. Se considera que la resiliencia es un proceso de procesos interactivos, el cual se enriquece y cobra fuerza con el apoyo de los grupos al servicio del duelo.

1.3.7 Detección de riesgo suicida

¹⁹ Violencia entendida como la ruptura del contrato social que debería regular las relaciones entre los sujetos. En Uruguay la Ley 17.514 cambia la carátula penal de la violencia doméstica dejando de ser un conflicto interpersonal y familiar, para pasar a ser un delito (Barros, 2014)

A nivel académico local y regional escasamente existen producciones científicas específicas de referencia. Por lo tanto a nivel general aporta conocimientos para la formación de la disciplina en los siguientes temas:

- La prevención de posibles futuros suicidios tanto en los padres como en los demás integrantes del grupo familiar y en el entorno afectivo más cercano (amigos, compañeros de trabajo, entre otros)
- La reducción de los riesgos y posible cronificación de los duelos hacia la patología
- La articulación, optimización y creación de recursos psicosociales y asistenciales orientados hacia la interdisciplina e inter-sectorialidad

En términos generales aporta a generar visibilidad sobre el anclaje individual de los factores de riesgo que se presentan en los antecedentes y en el marco teórico. Este trabajo es una contribución general a la identificación de los aspectos clínicos y a la presentación de conocimientos teóricos novedosos, que complejizan las nociones acerca del duelo. En igual sentido aporta una nueva mirada a la comprensión del funcionamiento psíquico frente a una situación traumática, como lo es el suicidio de un hijo o una hija.

2. CAPITULO II: Marco Teórico-Referencial

Este capítulo presenta el recorrido teórico principal que contribuyó a la comprensión y delimitación del problema de la investigación. Se comienza por presentar el suicidio, desde su definición y las representaciones que concentra a su alrededor, así como también los aspectos relacionados con el riesgo y la protección del mismo. Seguidamente, se profundiza sobre las concepciones del duelo y de las representaciones de la pérdida de un hijo o una hija. Del mismo modo se caracterizan las particularidades del duelo con relación al suicidio como la causa de la muerte. Al final se presenta el concepto de resiliencia, sus manifestaciones y diferentes recursos para enfrenar la pérdida.

Se toma al Psicoanálisis como marco teórico-referencial, del mismo modo que se articulan saberes desde una perspectiva dialógica de aprendizajes colaborativos, se incluyen otros desarrollos teóricos de la Psicología y de otras disciplinas.

2.1 El suicidio. La prevención

El suicidio es un acto de muerte ligado a la esencia del ser humano. El mismo término de “suicidio” admite más de un aspecto controversial. El rastreo del vocablo en los orígenes señala la inexistencia del mismo en innumerables idiomas (Morin, 2008). El suicidio representa para la sintaxis del lenguaje una forma compuesta proveniente del latín: «mod.

suicidium, y del lat. *sui* “de sí mismo” y *-cidium* “-cidio” [...] Acción y efecto de suicidarse» (Real Academia Española, 2014)²⁰.

La palabra suicidio es un emergente que condensa la intención y el acto en una misma expresión y solapa su condición de tabú. Semánticamente, la palabra suicidio remite a una perífrasis²¹ procedente de la articulación de las prácticas del pecado y del crimen «homicida de sí» (Morin, 2008, p. 165). De esta forma, el silencio que rodea al suicidio se perpetuaría desde la Edad Media. Este fenómeno remite a la colisión de tres mundos: el estoico, la moral y el cristiano (Murray 2000; O. Cit.). Aunque, en el Renacimiento se produjo la medicalización del suicidio que las diferentes culturas han buscado capturar.

El sociólogo Durkheim (1897) fue uno de los primeros investigadores de la Modernidad en ocuparse del suicidio como un fenómeno de ocurrencia social. Al respecto, decía que el suicidio se hace más frecuente a medida que avanza la edad. Realizó una clasificación de los suicidios relacionada a las causas sociales y observó la influencia de los factores psicológicos. Asimismo determinó que la imitación en los suicidios es un fenómeno social de reciprocidad, que contribuye a la elaboración de un sentimiento general. Este autor dice que: «en la medida en que se puede admitir que el suicidio se reproduce por unas o por otras de estas direcciones, habrá que hacerlo depender de causas sociales y no de condiciones individuales» (O. Cit., p. 53)

Amèry (1976) dice del suicidio que conforma el par conceptual *suicidante-suicidario*, pues el sujeto lleva consigo el proyecto de muerte voluntaria, así como el acto mediante el cual se extingue a sí mismo. Además, considera que el suicida manifiesta dos cosas a través de su acto, la fidelidad a los pactos y al triunfo de un yo, que solo se pertenece a sí mismo (O. Cit.). Desde una óptica diversa acerca del suicidio:

Ya sólo cuenta una sola cosa, lo que llamamos dignidad: el suicidario está decidido a ser suicidante, y a no exponerse de nuevo al ridículo de la cotidianeidad alienante o a la sabiduría de psicólogos o parientes, que suspirarán aliviados, pero a duras penas podrán reprimir una sonrisa indulgente. (O. Cit., p. 96)

Para las autoridades nacionales:

El suicidio es un fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo». En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta

²⁰ En adelante RAE

²¹ «Expresión, por medio de un rodeo verbal, de algo que se habría podido decir con menos palabras o con una sola como en los eventos consuetudinarios que acontecen en la rúa por lo que pasa en la calle» (RAE, 2014)

enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones (CNHPS, 2011)

Se ha tratado el suicidio como un fenómeno a comprender y prevenir desde el punto de vista social. En tal sentido, la OMS (2014) ha recopilado investigaciones internacionales sobre los factores de riesgo y factores protectores en la prevención del suicidio, cuya meta es propender y promover acciones tendientes a la identificación de los mismos a escala individual, como estrategias de prevención.

Los factores de riesgo suicida son clasificados a nivel de:

- ✓ El Sistema de Salud y la Sociedad
- ✓ La Comunidad y sus relaciones
- ✓ El Individuo

Asimismo, la OMS (2014) ubica tres estrategias para la prevención del suicidio: universales, selectivas e indicadas:

Las *estrategias universales* se relacionan con la construcción de políticas dirigidas a toda la población, en relación con: el acceso a la atención, la promoción de la salud mental, la reducción del consumo de alcohol y drogas, la limitación al acceso de los métodos para cometer suicidio y la información responsable por parte de los medios de comunicación.

Las *estrategias selectivas* se relacionan con las políticas o acciones dirigidas a la prevención sobre los grupos vulnerables de personas que: han padecido traumas y/o abusos, son familiares sobrevivientes de suicidas, son víctimas de conflictos bélicos y/o desastres naturales y aquellas que son refugiadas y migrantes.

Las *estrategias indicadas* se relacionan con las acciones dirigidas al cuidado de las personas vulnerables mediante el apoyo de la comunidad y el seguimiento posterior desde las instituciones de salud. Para ello se propone la capacitación específica del personal de la salud en la identificación de los trastornos mentales y en el uso y consumo de sustancias.

Por consiguiente, para la OMS (2014)

- Los factores de riesgo asociados al Sistema de Salud y a la sociedad son:
 - ✓ Dificultades en el acceso a la atención sanitaria necesaria, oportuna y específica
 - ✓ El acceso a los diferentes medios y métodos para cometer suicidio
 - ✓ El sensacionalismo concerniente a la difusión del suicidio en el cual incurren algunos medios masivos de comunicación, lo cual aumenta el riesgo de imitación de las conductas

- ✓ La estigmatización que recae sobre las personas que piden ayuda por comportamientos suicidas, por problemas de salud mental y por el consumo de drogas psicoactivas.

➤ Factores de riesgo asociados a la Comunidad y sus relaciones:

- ✓ Las guerras y desastres naturales
- ✓ Procesos de aculturación impuestos sobre poblaciones indígenas y/o poblaciones desplazadas
- ✓ La discriminación, el aislamiento social
- ✓ El abuso, la violencia y las relaciones conflictivas

Factores de riesgo asociados al Individuo:

- ✓ Intentos de suicidio previos
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio
- ✓ Trastornos mentales y/o problemas asociados a la salud mental
- ✓ Dolores crónicos
- ✓ Pérdidas afectivas significativas
- ✓ Pérdidas financieras

También, vinculadas a las estrategias de prevención: fortalecer en el individuo la identificación de factores protectores, tales como las relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas. (O. Cit.)

En cuanto al marco legal, el Poder Legislativo (2006) crea la «Ley 18.097 “Día Nacional para la Prevención del Suicidio”, declarándose con ese fin el 17 de julio de cada año. A nivel nacional, en el año 2004 el Poder Ejecutivo crea la *Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio* (CNHPS) con la participación de los Ministerios de Salud Pública²², de Educación y Cultura, del Interior y de Relaciones Exteriores. Esta Comisión tiene como finalidad la coordinación de las estrategias nacionales para la prevención de suicidios. Consecuencia directa de las estrategias sanitarias a nivel mundial y nacional. En el año 2009 se integra la CNHPS presidida por el MSP y en el 2010 se suma el Ministerio de Desarrollo Social, en lugar del Ministerio de Relaciones Exteriores. Además, se incorporan representantes de la Universidad de la República al asesoramiento técnico. En el marco de esta Comisión se elabora en el 2011 el “*Plan Nacional de Prevención del Suicidio*”

²² En adelante MSP

2011-2015”, cuya meta es la reducción de la mortalidad por suicidio en un 10% para el período 2011-2020 (CNHPS, 2011).

➤ Los ejes estratégicos del Plan Nacional (2011) son:

1. Organización de la Atención Integral en Salud Mental.
2. Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red.
3. Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
4. Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y Suicidios.

La OMS (2014) indica que la cultura en algunas sociedades del planeta constituye un factor de riesgo suicida a considerar. Sobre esto suscribe que: «se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio [...] la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos» (O. Cit., p. 8)

2.2 La muerte: significados y representaciones

La necesidad de pensar sobre la muerte ha sido una inquietud filosófica y existencial en los seres humanos. La raigambre de la negativa a asimilar la finitud del ser con la desaparición física trajo como consecuencia la construcción por añadidura de la inmortalidad del bienaventurado/desafortunado, que a entender de Ariès (2011) «proporciona un espacio intermediario entre la muerte y la conclusión definitiva de la vida» (p.122).

El *ars moriendi* o *artes del buen morir* surge en el siglo XV a partir del poderío y de la preeminencia de la ley de Dios en la vida de las personas, de tal manera que la vida después de la muerte y la salvación del alma adquirieron el valor de verdad absoluta en la Edad Media. Las *ars moriendi* emergen como la recopilación de aquellas prácticas sociales en prosecución del encuentro del hombre con la muerte y la salvación de su alma, como alternativa de sobrevivencia frente a las últimas tentaciones que le condenan. Desde estas artes y de algunas costumbres medievales que perviven, Ariès (2011) dice que «la habitación está llena de gente porque siempre se muere en público» (p. 124).

Este arte(s) consiste en la tensión entre el ritmo de los muertos y la parálisis de los vivos. Un tiempo de incertidumbre «la de la hora de la muerte y la igualdad de los hombres ante ella» (O. Cit., p. 133). Para las *ars moriendi*, el suicidio aparece como una tentación: «“Mátate a ti

mismo”, le sugiere el diablo al enfermo que alza ya su puñal para matarse» (Rousset, 1936, en O. Cit., p. 141)

Las *ars moriendi* adquieren otras manifestaciones aunque con la subyacente negación de la muerte como la finitud del ser. En el Renacimiento surge un *amor apasionado por la vida* como la voluntad absoluta e imponer la vida como un valor autónomo, «voluntad que podía ir incluso hasta la negación del alma y de la supervivencia» (Ariès, 2011, p. 148). El triunfo *versus* el fracaso impone una velocidad al hombre para nunca detenerse, pues su deseo debe encontrarse con el triunfo en la meta. Este autor considera que las ambiciones de “*el hombre*” van a un ritmo más rápido del que puede alcanzar. «Entonces siente que ha echado a perder su vida». En particular sostiene que es una prueba que ha sido reservada para los varones. (O. Cit., p. 158)

Complementariamente, el suicidio en las sociedades posmodernas impacta en la población adolescente. El fracaso que representaría el no triunfo del deseo y por ende de la vida, sería una prueba que se le presenta al ser humano alrededor de los 40 años (Ariès, 2011). Sin embargo, esta conclusión ha cambiado actualmente. La reflexión acerca del triunfo personal tiende a confundirse antes de la aparición de las decadencias de la vejez y de la muerte. La antelación de la pregunta por el triunfo o por el fracaso se observan en las dificultades que tienen los adolescentes para acceder al mundo de los adultos. Conforme al autor estas dificultades pueden llevar al alcoholismo, a la droga y al suicidio» (O. Cit.)

El fracaso y la muerte aparecen como par de opuestos al triunfo y a la vida. Esto se comprueba en la realidad que data en las cifras, pues los adolescentes constituyen una población de alto riesgo suicida.

En el siglo XX y XXI se observa la inversión de la muerte como fenómeno, «la sociedad ha expulsado a la muerte [...] la sociedad no tiene ya pausas: la desaparición de un individuo no afecta ya a su continuidad. En la ciudad todo sigue como si nadie muriese» (Ariès, 2011, p. 626). Sin embargo, como la muerte no puede ser expulsada de la vida y tampoco de la sociedad, «la muerte entra por la ventana, vuelve tan rápido como había desaparecido» (O. Cit., p. 626). Evidentemente, la expulsión es una ilusión mentirosa.

En este sentido, la supresión del duelo se debe a un acto frívolo de los vivos, pues se niegan a participar de la emoción triste de los que están de luto, que aparece ya en la actualidad como un rasgo significativo de nuestra cultura. La *muerte es excluida*, «las crisis de lágrimas se convierte en crisis de nervios. El duelo es una enfermedad» (Ariès, 2011, p. 648). En igual sentido, el silencio ya no es un aspecto respetado para el que está de duelo, sino que es propiedad del entorno del doliente. El rechazo de la muerte iría más allá de la

persona *en luto*, se ha extendido a todo aquello afectado por la muerte, lo cual se torna infeccioso (O. Cit.). Por ende, la muerte es contagiosa.

La muerte no es un acto simplemente individual. El suicidio como la muerte por mano propia, para el duelo de los padres por un hijo/a es una muerte que arrastra consigo la sobrevida. La muerte de uno mismo como modelo triunfa en el siglo XIX como la representación del más allá, lo cual se convierte en un lugar de encuentro de los vivos con aquellos seres separados por la muerte y quienes nunca habrían aceptado esta separación. (Ariès, 2011)

2.3 El duelo: representaciones de la pérdida

Como componentes del marco teórico se toman conceptos comunes y característicos a todos, ya que las diferencias en el duelo están dadas por el vínculo con el hijo/a fallecido y por las causas y circunstancias de la muerte. No obstante, la singularidad está dada por el problema a investigar en esta tesis. El duelo con relación al suicidio de un hijo/a. Mayormente, los desarrollos teóricos encontrados parten de conceptos de duelo en sentido genérico y descriptivo.

En los duelos representar la pérdida requiere de una reacomodación psíquica a la ausencia del ser perdido y amado. Para Martínez-Lucena (2008) «la muerte está fuera del tiempo experienciable, y es algo indeterminado» (p. 238). Asimismo, la angustia ante la cual se angustia el ser humano es la angustia de la existencia en tanto del «ser-para-la-muerte» (Heidegger, 1991; en O. Cit.).

La muerte en el duelo remite a una pérdida a ser pensada en sentido metafórico. A partir de la función representacional del lenguaje el sujeto trata de relacionar con el mayor ajuste posible a la realidad, las relaciones entre las palabras y las cosas (Jakobson, 1974). Esta función implica una asignación de sentidos propios a la muerte de ese hijo/a con referencia a la propia experiencia vivida. En el lenguaje operan dos niveles: el ideal en el cual el *sentido* no existe a nivel psíquico y físico y el referencial donde el sentido guarda relación con la experiencia de la situación a representar (Martínez-Lucena, 2008)

Sobre el concepto de ser-para-la-muerte y el ser contra la muerte Lévinas (1979) lo discute con otros filósofos (citado en Peñalver, 2010). Asimismo afirma que la Filosofía tiene la tarea de tranquilizar al ser humano frente a lo inevitable, «debe hacerse cargo del profundo “no aceptar la muerte” del viviente más o menos sano» (O. Cit., p. 31). En el mismo sentido, plantea que Lévinas sobre la prohibición del suicidio dice que no es de tipo

religioso, sino que es una resistencia a la oscuridad de la muerte, a la imposibilidad de evadirse del ser. Esto equivaldría a la neutralización de los afectos y a la ruptura por el interés pragmático de la vida cotidiana, lo cual implicaría una liberación del alma para crear conocimiento (O. Cit.)

Con referencia exclusiva a la muerte, «si el suicidio pretende “dominar” la muerte, no es ya que sobre él recaiga una prohibición de profundas raíces, es que es imposible.» (Lévinas, 1979, en Peñalver, 2010, p. 39). Sobre la representación de la muerte, señala la imposibilidad de asumir la muerte, pues la nada es imposible «es una toma de conciencia de la imposibilidad de aniquilarse» (O. Cit., p. 39).

Sobre los fundamentos teóricos presentados. Epistemológicamente cercana a la ruta de esta investigación, la psico-sociología y la sociología clínica. Ambas sostienen la perspectiva de un sujeto-objeto de estudio (madres) enlazados en nudos socio-psíquicos que les constituyen como tales. Las participantes permiten una aproximación a la experiencia y vivencia de sujetos concretos, pues son las acompañantes privilegiadas para introducir a la Psicología en esta temática (Araújo, 2013).

La especificidad del duelo como estado del alma queda inaugurado por la muerte de un hijo/a, es uno de los matices más lastimosos que tiene la sociedad uruguaya frente al suicidio. Transitamos el siglo XXI con la pesada historia de guerras y catástrofes, calando la esperanza de las personas. «La inseguridad y ese miedo a la pérdida y el fracaso, genera vulnerabilidad y desasosiego, que, a su vez, son productores de ansiedad y angustia» (Araújo, 2013, p. 27). A partir de la década de los 60 los reclamos sociales, las políticas internacionales post-guerra y la economía capitalista neoliberal configuraron un nuevo paradigma epocal. Para Araújo «La Hipermodernidad irrumpe con la tercera revolución tecnológica [...] todo es movimiento: espacio-tiempo [...] la descorporalización de los vínculos, la desterritorialización del trabajo y del encuentro» (O. Cit., pp. 29-30).

La Hipermodernidad constituye un nuevo paradigma para pensar y repensar lo esencialmente humano atrapado por las paradojas del tiempo, por la soledad afectiva y el miedo, lo cual interpela el sentido de vida misma a través del sujeto afectado por la angustia y el agotamiento del sentir. El cuestionamiento principal en este paradigma es el tiempo y las velocidades y cómo afectan en la subjetividad los cambios sociales. En tanto paradigma, «crea y re-crea valores y *habitus* con tal vertiginosidad que nos impacta y genera, al mismo tiempo, una sensación de asombro y admiración y un sentimiento de estar “fuera de nosotros mismos”» (Araújo, 2013, p. 33). El sujeto se debate en la temporalidad de las

urgencias personales y colectivas. El yo de cada individuo se diluye en una sociedad líquida, según Bauman (en O. Cit.)

La alteridad en los duelos está dada en la responsabilidad del otro de continuar la obra del que se ausenta. En contraste al ser-para-la-muerte de Heidegger, Saldívar (2011) afirma que en Lévinas hay un imperativo categórico en la alteridad, en la cual hay una responsabilidad con los muertos, que denomina a «aquel que viene después de mí» (p. 140). Saldívar (2011) toma de Derrida el concepto de temblor para hablar de la muerte, para decir sobre:

la imposibilidad de contener el advenimiento de lo absolutamente otro, lo ajeno, lo imprevisible [...] la *responsabilidad por el otro*, sin este *responder por*, sin el reconocimiento del otro como parte de mi ser, la vida no es vida, ni la muerte, muerte. (p. 141).

Asimismo, en la entrevista realizada a Cohen afirma que tanta repetición de la palabra “otro” en todo discurso genera que el concepto mismo de alteridad ha de desgastarse y de generar deterioro en el uso de la lengua (O. Cit.).

Desde la clínica psicoanalítica las identificaciones tienen un lugar importante en la teoría relacionado a la línea de las descendencias. Sin embargo, considerar que existen deseos filicidas encarnados en la propia existencia aporta a estos duelos una mirada interrogativa. Käs (1996) considera que las identificaciones se erigen sobre los objetos y los procesos de la transmisión psíquica, las cuales estructuran los vínculos inter-subjetivos.

En la línea identificatoria, hay autores que conciben una identidad intrincada entre madres e hijos, a los cuales aquellas transmiten una vivencia de desamparo e impotencia demasiado dolorosas para seguir viviendo. «Ellas se maternan por proyección» (David, 2014, p. 118). Estas madres por identificación proyectiva atribuyen a sus hijos/as todas las vivencias que le son propias (O. Cit.) La convicción desesperanzada de no seguir viviendo ellas mismas, parecería participar de un encargo inconsciente. La idea de “no seguir viviendo”²³, podría penetrar en el psiquismo de sus hijos e hijas, pero para no seguir viviendo ellos.

Cabe soslayar, que las madres con deseos de muerte filicida encubrirían deseos suicidas, la muerte parecería ser la única escapatoria ante una situación vital intolerable y una fuga de la realidad. «Las madres que matan necesitaron borrar las huellas de un amor perdido [...] rupturas como un trauma, un terror sin nombre del que no es posible liberarse

²³ El entrecomillado es mío

[...] una llama intensa de sufrimientos de su pasado» (David, 2014, pp. 114-115). Hijos e hijas que probablemente hayan sido objetos fuertemente subjetivados por el psiquismo materno y constituyeron una prolongación psíquica de ellas mismas. «Estos niños son la representación inconsciente de lo que debe reparar el narcisismo maternal, lo que debe insuflar esperanza.» (O. Cit., p. 117). Lo que puede transformarse para sus hijos/as en una suerte de madres omnipresentes.

Cabe el paréntesis para traer a colación, que David (2014) en su trabajo *Las madres que matan* entrevistó a varias madres privadas de libertad por causa de haber matado a sus hijos e hijas. Una de ellas decía: «Yo creía que por fin me había aferrado a la vida por la suya. La vida había cobrado sentido. Ahora yo tenía raíces, me había estabilizado; gracias a la seguridad de ser finalmente esencial para alguien» (p. 117).

La teoría psicoanalítica sostiene el marco de referencia principal. Freud en 1915, en *Duelo y Melancolía* dice: «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.» (p. 241) El trabajo que conlleva el duelo – así es considerado por él –, no ha de ser perturbado en su evolución, pues pasado un tiempo éste se superaría. Asimismo, establece diferencias entre el duelo normal y la melancolía como representante del duelo patológico, por el desasosiego que ésta conlleva y por la espera de un castigo delirante. Freud también delimitó diferencias sustanciales, cuando afirmó que, en «el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo» (O. Cit., p. 243). Sin embargo, no pudo responderse si era posible salir del duelo cuando se trataba de la muerte de una hija. Para Freud el conflicto en el duelo podría no resolverse a nivel inter-sistémico, sino que la ambivalencia puede no resignar las inversiones sobre el objeto perdido.

El modelo freudiano propone la sustitución del objeto perdido para dar por finalizado el trabajo de duelo. Sin embargo, hace presuponer que lo perdido es algo que se puede reponer como objeto (hijo/a). Luego, el sujeto podría reencontrarse con su propio deseo, una vez que la libido atrapada quedara libre para amar a otro objeto. En contraste, si el sujeto es capaz de producir inscripciones inconscientes de la pérdida correspondería a la experiencia de la muerte representada, por tanto podría darle un significado y concluir el duelo con la simbolización. Freud lo plantea como una conquista de algo perdido primero; para Lacan es una reconquista del objeto (Lacan, 1957; en Bauab, 2012). La reconquista del objeto perdido.

En las madres sobrevivientes al suicidio de un hijo o hija presentan una herida traumática o fractura psíquica. En esta dimensión se podría ubicar a estos duelos, los cuales

remiten a un hueco en la trama de las representaciones de las pérdidas de objeto, lo no representable. Las características de estos duelos llevan a preguntar si serían elaborables a partir de un trabajo, el cual finalizaría una vez que se pudiera sustituir por otro al objeto perdido. Por consiguiente, en términos de “duelo normal”²⁴ así tendría que advenir. Sin embargo, el hijo/a como objeto-muerto no llegaría a configurarse como tal, pues es parte constituyente de las representaciones del sí mismo del yo y atañe a la historia autobiográfica. Por consiguiente, este duelo se asemejaría a recrear la imagen de un agujero en el conjunto de la trama de las representaciones. La misma guardaría relación con la repetición de experiencias traumáticas infantiles de pérdidas significativas y de duelos no elaborados, mas no por ello podrían ser clasificados como patológicos. Son duelos, en los que hay un vacío de representaciones (Manfredi, Julián y Linetzky, 2007). En la línea de recuperación del objeto (muerto), no podría realizarse pues no pudo ser representado como tal, por ende abre interrogantes.

El padre o madre sobreviviente al suicidio de un hijo/a transita por estados de intensa aflicción en el proceso de ir aceptando la irreversibilidad de la pérdida. El duelo cumple con una tarea mental muy específica, devolver el equilibrio psíquico al doliente y anteponer paulatinamente los límites temporales que permitan reorganizar sus vidas y sus sistemas de creencias. La tarea implica la recuperación de la capacidad para redistribuir la energía hacia otros objetos significativos en su vida. (Loitegui, 2008). Desde la antropología social, Robben (2006) señala que «la realidad y la fantasía son difíciles de separar, ya que un padre se encuentra a mitad de camino entre la esperanza de la vida y la resignación de la muerte» (p.30). Klass (citado en Robben, 2006) dice que los padres terminan por aceptar la muerte de sus hijos/as cuando han conocido todos sus detalles.

La duración del duelo, conforme a autores como Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez (2008):

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos. (2008, p. 29).

²⁴ El entrecomillado es mío

En la psicoterapia psicoanalítica del duelo patológico, Bleichmar (1997) se pregunta ¿por qué alguien queda fijado a un objeto perdido o al ser querido que murió? Para él, los sentimientos de culpa en los sobrevivientes están presentes, determinando que se vuelva una y otra vez sobre aquellos pensamientos de no haberlos cuidado adecuadamente. La identificación con el hijo/a muertos obstaculiza la desinvestidura ligada al sufrimiento que padecía ese hijo/a y sufren por aquellos placeres de los que no podrán disfrutar ellos. Bleichmar (1997) señala que:

El sujeto lo representa como si pudiera experimentar el dolor que él, sujeto vivo, sentiría si estuviera en su lugar [...] el sufrimiento del sujeto, su pena, es una forma de mostrarse a sí mismo que se amó y se continúa amando al ser perdido, convirtiéndose en una defensa en contra de los sentimientos de culpa. (p. 303)

La introducción de una categoría intermedia entre duelo normal y patológico, como serían los “duelos complicados”, abriría un espacio para la discusión sobre la complejidad de estos procesos que transitan por los bordes, ya que el duelo por un hijo/a que se suicida configura una experiencia traumática límite. El criterio cronológico parecería ser el más claro para diferenciarlo del duelo patológico, el cual se acompaña de un sentimiento de frustración por sentirse impedidos de volver a alcanzar el bienestar emocional y el funcionamiento anterior (Dollenz, 2003).

Acerca de los duelos complicados, (Meza, García, Torres, Sauri y Martínez, 2008) toman la clasificación retirada luego del DSM-IV-TR²⁵, encontraron como primer factor de riesgo para un *duelo complicado*²⁶ haber perdido un hijo/a, seguido por la pérdida de un cónyuge y familiares íntimos, se le suman las reacciones anormales y los síntomas fuera de control en todo el proceso, formando parte de los criterios diagnósticos. Estos duelos constituirían una modalidad de respuesta a medio camino, entre lo normal, lo traumático y lo patológico. Estos duelos sacuden las bases existenciales del sujeto, sin llegar a la profundidad estructural del duelo melancólico. Los denominados duelos complicados se diferenciaban de los otros por: el desborde de la persona, la presencia de conductas desadaptativas, el sentimiento de no avanzar en el proceso del duelo y la presencia de respuestas estereotipadas e interrupciones frecuentes de los tratamientos.

²⁵ Cabe destacar que esta clasificación fue provisoria. Los duelos complicados no se encuentra en la versión final de la edición del Tratado de Psiquiatría DSM-IV-TR (2002)

²⁶ La categoría de duelo complicado permite la articulación de los autores con los relatos de los padres en torno al duelo. El mismo no tendría un orden y tiempo de duración cronológicos y tampoco cumpliría el modelo por etapas.

Meza et al. (2008) afirman que «se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo» (p.30).

Desde la *psicoterapia de las situaciones traumáticas* y los duelos complicados, Pérez-Sales, Hernangómez y Santiago (2000), elaboraron indicadores para cuatro momentos del trabajo de duelo: «Creérselo, Permitirse sentirlo, Asumir roles pendientes y Reorganizar la vida» (2000, p. 278) La sobrevivencia a la experiencia del suicidio de un hijo/a implica soportar un impacto altamente traumático y doloroso que daña el sistema de equilibrios del sujeto. Del mismo modo constituye una amenaza para la integridad psicológica y física, trastocando la propia identidad (Pérez-Sales, 2006).

El conflicto que implica el duelo en estos casos se instala a partir de ese momento funesto, cuando un hijo/a se suicida. A partir de ahí una pregunta recurrente que no se responde **¿por qué a mí?**²⁷ El interés libidinal (vital) es retirado del objeto de amor (hijo/a) a causa del padecimiento. Este mecanismo opera para sanar heridas, retirar las investiduras externas y traerlas hacia sí, en lo que Freud dice “el decaimiento de la disposición de amar” (1915, p.79). Las investiduras son devueltas al volver a amar para después de curarse.

Profundizar en estos duelos tiene el propósito de prevenir la patologización y cronicidad de los mismos. Se hace acuerdo con Freud cuando en *Introducción al Narcisismo* (1915) decía: «Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar» (p.82)

Particularmente, en los padres se produce un renacimiento y reproducción del narcisismo propios con los hijos/as, a quienes se les atribuye toda una serie de perfecciones y se les encubre otros tantos defectos. El niño debe tener mejor suerte que los padres. La enfermedad, la muerte, la renuncia al goce, la resignación de la voluntad propia, deberían resignarse y no ser impuestos al niño, para prevalecer el centramiento en el niño y la posibilidad de creación (Freud, 1914). En el texto «*His majesty the baby*» los padres transfieren a sus hijos/as este renacimiento del narcisismo propio, como fuente de satisfacción.

Dice Freud (1914):

El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño. El

²⁷ Texto resaltado es mío y de aquí en adelante

conmover amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres. (p. 88).

Frente a una no-renuncia del yo ideal infantil, cuya no-resignación late en el inconsciente para no perder los privilegios de una perfección narcisista; este ideal emerge y adquiere nuevas formas para el yo que no quiere abandonar el ansia de perfección. Entonces, el *¿por qué a mí?* - pregunta que se hacen estos padres frente a la muerte de un hijo/a - enuncia y denuncia que tal imperfección existía y que ahora se impone como real.²⁸

En el duelo hay un empobrecimiento del yo violentado ante la imposibilidad de ligazón libidinal con el objeto de amor perdido (el hijo o hija), el cual siente impotencia por la incapacidad de amar. La insatisfacción narcisista por esta pérdida estaría relacionada con una caída yoica, debido a que «se ama a lo que posee el mérito que falta al yo para alcanzar el ideal» (Freud, 1914, p. 97).

En *Duelo y Melancolía* Freud afirma que en «el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo» (1915, p. 243). Sin embargo, no pudo responderse si era posible salir del duelo cuando se trataba de la muerte de un hijo/a. El conflicto en el duelo podría no resolverse a nivel inter-sistémico, sino que los afectos ambivalentes podrían no resignar las investiduras sobre el objeto perdido.

La pretensión de deslindar a estos duelos de los clasificados como patológicos parte de la caracterización que Freud en 1915 hace de la melancolía. En el duelo por la muerte de un hijo/a pueden observarse estados similares a la descripción que Freud hace de ella: el profundo desasosiego y desesperación, la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad, las perturbaciones en el sentimiento de sí, los auto-reproches y auto-denigraciones, hasta una expectativa delirante de castigo, simultáneamente a una culpa sentida.

Parcialmente hacemos acuerdo con Freud cuando diferencia al duelo de la melancolía, cuando dice: «si consideramos que el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí» (1915, p. 242).

Se plantea esta interrogante *¿existiría una perturbación transitoria en el sentimiento de sí en estos duelos?*, y de existir tales perturbaciones, *¿significaría la evolución hacia una forma melancólica del duelo?* Además para Freud lo “normal” en el duelo es el acatamiento de la realidad, lo cual no sucedería en la melancolía. Contrariamente, el duelo terminaría en algún momento cuando el yo quedara liberado y desinhibido de todo tormento.

²⁸ En los capítulos 4 y 5 esta idea fuerza será desarrollada, a partir del análisis de las expresiones de los participantes, lo cual aparece en forma recurrente y le ha dado consistencia a la categoría y tema emergente

Visto así, el duelo representaría para la persona que en la pérdida del objeto amado sabría qué y/o a quién perdió. Sin embargo, los límites inter-sistémicos se tornan difusos en la melancolía, pues para Freud la pérdida sucede en un nivel no-consciente y sobre la representación inconsciente del objeto. Dice al respecto, «él sabe a *quién* perdió, pero no *lo que* perdió en él» (1915, p. 243)

Hacia fines de 1915, pero publicado en 1917, Freud vuelve a considerar el duelo y lo define como un enigma humano y cuestiona sus propios escritos sobre aquel duelo que concluía cuando la libido podía ligarse a un objeto sustituto para volver al yo.

Sobre ese concepto de duelo Allouch (1996) dice que dicha perspectiva el duelo es pensado como reemplazo del objeto perdido por otro sustituible, por haber centrado su desarrollo sobre la separación de la melancolía. No obstante, Freud vuelve sobre el duelo y e indica que «la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos aunque el sustituto ya esté aguardando. Eso, entonces, es el duelo» (1915, pp. 310-311).

Ahora bien, *¿qué ocurrirá cuando hay una sobrevida del muerto en el espacio psíquico y no se resigna al objeto perdido?* Allouch (1996) discrepa con la teoría del duelo de Freud, quien dice que se esboza una mirada romántica por la felicidad de reencuentro con él. Mientras tanto, *¿qué ocurre con las investiduras libidinales del objeto, con la subjetivación y representación muerte?*

En este sentido, la subjetivación de la muerte es un proceso dentro de otros procesos que tienen el cometido de permitir el acceso a una representación inconsciente, a partir de una percepción de la conciencia. En este estudio la subjetivación de la muerte de los hijos/as podría ser que resultase interferida, por causa de una interpelación dolorosa de aquello que proviene del exterior para su enmienda. De esta manera resultaría mediatizada la dolorosa realidad.

La subjetivación es un proceso inherente al sujeto, quien se forma, deforma, transforma y metamorfosea a lo largo de toda su existencia. Este sujeto es el producto de procesos grupales, mientras que el proceso de subjetivación se nutre de los aportes de las subjetividades del grupo y de las generaciones precedentes. Dicho proceso supone la inclusión de la organización narcisista y subjetiva de los otros en la propia organización subjetiva del sujeto. (Konicheckis, 2008)

Araújo atrae otra mirada sobre el sujeto: «las emociones son los relojes de la subjetividad...Brindan indicaciones de un valor inestimable sobre la manera en que los fenómenos sociales son sentidos, experimentados» (2013, p. 15).

¿A qué subjetividades se hace referencia?, a una subjetividad cuyas trazas intentaremos dar cuenta en este trabajo, la cual pretende objetivar y profundizar sobre las consecuencias de un fenómeno tan relevante como escasamente estudiado.

Vivimos un momento histórico caracterizado por la vertiginosidad del pasaje del tiempo. La velocidad en que son vividos los cambios, las transformaciones políticas, culturales, sociales y tecnológicas, lo cual construye y de-construye subjetividades. También son épocas de reconfiguración de los intersticios del entramado social, que determinan «nuevas formas de vivir los vínculos y vivirse como sujeto social complejo» (Rheáume, 2011, en Araújo, 2013)

Para Freud en *Pulsiones y Destinos de Pulsión* (1915) dice que la vida anímica se rige por tres polaridades: «sujeto (yo)-objeto (mundo exterior), placer-displacer y activo-pasivo» (p. 128). El sujeto desarrolla un papel activo en las relaciones yo-no-yo, quien se encuentra indefenso ante los estímulos pulsionales. La pulsión se define como un «concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma» (O. Cit., p. 108). En el mismo sentido, el yo-sujeto es parcialmente inactivo desde el inicio de la vida anímica, debido que satisface las pulsiones en sí mismo, estado al que denominó *narcisismo*. El yo-sujeto-activo es considerado en su obra como yo-sujeto-pasivo frente al problema económico del *masoquismo*, pues para Freud «el mirar precede al ser mirado» (O. Cit., p. 125); y viceversa.

Es necesario hilvanar conceptos en la construcción de una noción de sujeto para referenciar. Este sujeto es en relación a otros y con otros en un espacio inter-subjetivo, pues resulta necesario relativizar la polaridad del yo activo-pasivo freudiano. Una de las funciones del yo es catectizar la permanencia de una coherencia identificatoria. «El yo comprende el conjunto de las posiciones y enunciados identificatorios en los que se ha reconocido en forma sucesiva » (Aulagnier, 1997, p. 174). Estos enunciados sometidos por el yo al juicio de realidad podrían ser mantenidos o rechazados en su historicidad, de tal forma que el yo acceda a un proyecto futuro y preserve el recuerdo de dichos enunciados. Conforme a la autora, «el yo no es nada más que el saber del yo sobre el yo» (O. Cit., p. 168).

Diferenciamos al sujeto del ideal del yo o yo ideal (Aulagnier, 1997). Este sujeto es un sujeto del grupo, en tanto encierra una problemática identificatoria y una singularidad que va más allá de dos inter-locutores. El yo adviniendo como sujeto sería aquel que privilegia algunas representaciones por sobre otras, negocia las compartidas por el conjunto o grupo con aquellas que subroga el derecho de repetir y afirmar como verdaderas. El grupo brinda una parte del soporte a la libido narcisista que el yo necesita, ni el saber materno ni el paterno son garantes suficientes para la certeza del sujeto acerca del origen (O. Cit.). La

dimensión histórica en el proceso identificatorio le permitiría un nivel de autonomía para su funcionamiento.

El contrato narcisista en el advenimiento del yo del sujeto es contrastado permanentemente, así como también su realidad histórica. En ella, son constituyentes los acontecimientos del cuerpo, los sociales, los producidos por la pareja de padres durante la infancia del sujeto, del mismo modo los discursos dirigidos hacia y con relación al niño. Asimismo, son aspectos constitutivo del sujeto la posición de excluído, explotado y/o víctima impuestas por la sociedad sobre la pareja o sobre el niño/a (Aulagnier, 1997)

Freud (1915) en *Lo Inconsciente* dice que existe una conciencia de la cual no se tiene un conocimiento cabal, concepto al cual en principio denominó “consciencia segunda”, para después abandonarlo. En contraste, la misma guardaba estrecha relación con los contenidos socialmente compartidos por la conciencia. Luego afirmaba que no podía llamársela *conciencia inconsciente*, ya que el término en sí mismo era contradictorio, *pero aún así*, los procesos anímicos latentes conforman una *independencia recíproca* respecto a aquellos inconscientes. Nuevamente, como en *Lo Ominoso* (1919) aparece la contradicción, pues la reciprocidad lleva consigo una correspondencia de ambos procesos (concientes-inconscientes). Por lo tanto esta independencia no sería más que una dependencia entre unas y otras representaciones.

También problematiza lo que es ajeno y contraría a la conciencia de aquello que al mismo tiempo no se rechaza, sino que resulta familiarmente conocido. Esto confirmaba que el Inconsciente seguía siendo una noción ambigua. En esta connivencia pulsan los actos psíquicos que carecen de conciencia. Freud plantea que existe una *escisión* en las actividades del alma, la cual se manifiesta a través del fenómeno de “*doble conciencia*”. Para él, la misma conciencia se mueve de un campo al otro en aras de mantener un equilibrio.

Empero, cuando se trata de la muerte de un hijo/a es un hecho tan contundente que se mantiene ajeno por el dolor y el peso de lo externo, pero al mismo tiempo es familiar en los intersticios psíquicos, innegablemente. Aquello que aparece como vivido, *pero* no parece real. La teoría freudiana de fijación y de regresión de la libido a etapas de fijación en el desarrollo psicosexual, es una de la series que fundamenta el malestar psíquico. Para Freud (1916) no siempre la supresión de los síntomas es el camino para alcanzar la cura. La complementariedad del desarrollo es un modelo, el cual le permitió a Freud pensar los movimientos inter-sistémicos que equilibran el aparato anímico.

Se considera que hay un trauma²⁹ ocasionado por estas pérdidas en el mismo ser del sujeto. De igual forma, la importancia patógena de algunas vivencias infantiles – no estrictamente de origen sexual – atraen hacia sí otras vivencias posteriores de la adultez, con igual intensidad angustiosa. Una complementariedad entre lo ajeno externo (dolor de la muerte) y lo familiar (vivencias infantiles), dado que sería un sufrimiento del sujeto del cual se sabe y del cual se queja. En igual sentido, el trauma para Vieta (2007) sería la conformación del par “exclusivamente-excluído”. En su investigación acerca del concepto de *espacio mental* sostiene que existe una disociación en este espacio, cuyas expresiones clínicas dan cuenta de que en él existen un espacio de *exclusividad* y otro de *lo excluido* coexistentes.

Desde la dimensión simbólica que tendría que asignarse al hijo/a muerto. En el duelo, las madres enfrentan primero a la experiencia de la desaparición traumática de un hijo/a que se suicida y luego al tener que reconocer su inexistencia física. Esta no puede ser admitida de plano como tal, en el comienzo.

Singer (2014), plantea que hay un espacio psíquico productivo previo a la elaboración de la ausencia, debido a que la presencia del objeto permanece activa, pese a que hay una ausencia física real marcada por la muerte del hijo/a. Los movimientos de las fuerzas pulsionales en el psiquismo establecen una relación dialéctica con el objeto, pues no se produce un abandono de la relación de objeto (ausente), sino que el objeto continúa estando investido (presente), pero desde otro lugar.

El duelo como proceso en estas madres puede quedar congelado o colgado hacia un vacío inmenso, de una «ausencia que no termina de constituirse» (O. Cit., p. 14). El hijo/a como objeto de amor perdido pervive en el psiquismo de las madres como tal, más allá del conocimiento de un cuerpo enterrado. Una contradicción que mantiene el conflicto como una condición simbólica para asimilar.

Desde la perspectiva de la psicoterapia relacional se ha investigado la complementariedad en la relación espacio y tiempo mental. En el primero (exclusividad) «la relación con el objeto es ideal [...] en dicho espacio todo es perfecto, ya que el objeto es sentido como omnipotente y el tiempo está parado o es eterno» (Vieta, 2007, p. 112). Mientras que en el segundo espacio (lo excluído) predominan las ansiedades persecutorias de todos aquellos afectos que procuran mantener la relación fusional o de dependencia con el objeto perdido. Toda relación se da en un espacio y tiempo, físico-psíquico y externo-interno. La teoría psicoanalítica ha intentado explicar el funcionamiento mental a través de términos espaciales. Sin embargo, dice Vieta «la dimensión temporal ya desde Freud, ha

²⁹ «Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente» (RAE, 2014)

impregnado toda la teoría – fijación, regresión, compulsión a la repetición, fases, *après-coup*, timing, etc.» (O. Cit.). La dificultad en teorizar más allá de la dimensión temporal puede ser atribuida a nuestra cultura occidental y los requerimientos positivistas de secuenciar y clasificar los objetos de conocimiento.

2.4 El dolor del sujeto en la Hipermodernidad

Desde una perspectiva histórica, a mediados del siglo XX el duelo progresivamente ha quedado circunscripto al ámbito privado. Ha dejado de ser un hecho social ante la imposibilidad compartir su pesar con otros.

Las madres que pierden sus hijos/as expresan sentirse rechazados por amigos y familiares, con mayor dolor dicen haberse percatado que los demás no saben cómo tratarlas y tampoco qué decirles para consolarlas. Ariès (1992; en Allouch, 1996) denomina a este fenómeno como “muerte excluida” o la “muerte invertida”, dado que ya no es un hecho público. Se le impone al doliente sufrir a escondidas cuando antes era un mandato social.

En los tiempos hipermodernos que vivimos detenerse a sufrir aparece en principio como una *resistencia* a la velocidad de los cambios y al control sobre las formas de sentir, así lo expresa Naishtat en una entrevista (Araújo, 2013). En el mismo sentido, sería paradójal pensar que la duración de estos duelos puede ser pronosticada, así como también pueda ser clasificado en categorías de normal/patológico. Igualmente considerar que negar la pérdida podría eludir el dolor.

De Gaulejac (2008) sobre el sujeto de la hipermodernidad señala, que hay una ruptura entre «lo que yo vivo» y «lo que yo quisiera vivir» (p. 199). El mismo autor se detiene sobre estas contradicciones, puesto que «es necesario apostar al elogio de la lentitud y de la reflexión en el tiempo [...] reencontrar una serenidad psíquica, una tranquilidad afectiva, una continuidad subjetiva» (De Gaulejac; en Araújo, 2013, p. 148)

La ruptura en la continuidad existencial de los sujetos acrecienta la soledad en el dolor. Allouch (1996) reflexiona sobre los cambios sociales y sobre la concepción de estar de duelo, afirma que «ya no hay duelo, no solamente con relación al grupo sino, también por esto en sí mismo. Convertido en indecente, el duelo llega incluso hasta declararse como si ya no existiera [...] la familia no lleva el luto» (p. 156). Simultáneamente se excluye a la muerte como hecho social y se instala una prescripción *cuasi* médica para el trabajo de duelo a partir de ella. La muerte hacia fines del siglo XIX con el crecimiento industrial de la Modernidad dejó de ser considerada un acontecimiento social. El significado de la muerte ha

sido capturado por la medicina, en esta inversión de lo público hacia el ámbito privado y viceversa.

Con la misma inercia social, en culturas como la nuestra judío-cristiana, desde Freud el duelo ha quedado subsumido a la prohibición de hablar y de mostrar luto. Del mismo modo que ha quedado sometido a la «medicalización de la muerte». El duelo como algo normal, pasa a ser recibido por la enfermedad o la patología (Allouch, 1996).

En el siglo XXI, «una sociedad que busca patologizar el dolor de las víctimas o anular la distinción y asimetría existente en la relación víctima–victimario, también crea condiciones de impunidad y olvido que lesiona a las víctimas» (Markez, Fernández y Pérez, 2009, p. 41). Adicionalmente, la estigmatización social sobre el suicidio.

El trabajo del duelo como representante de “lo normal”, en Freud el concepto se resquebraja cuando en 1920 muere su hija Sophie.

En una carta dirigida a Ferenczi en 1920, decía de este dolor que es «una herida amarga, irreparable y narcisista» (en Ambertín, 2005, p. 181). De la misma manera, en una carta a Binswanger del 12 de abril de 1929, decía:

Aunque sabemos que después de una pérdida así el estado agudo de pena va aminorándose gradualmente, también nos damos cuenta de que continuaremos inconsolables y que nunca encontraremos con qué rellenar adecuadamente el hueco, pues aun en el caso de que llegara a cubrirse totalmente, se habría convertido en algo distinto. Así debe ser. Es el único modo de perpetuar los amores a los que no deseamos renunciar. (en Ambertín, 2005, p. 181).

Allouch (1996) dice de Freud que él no llegó a reconocer la muerte de su hija en las cartas a Jones y a Ferenczi. Asimismo, encontró que Freud decía que si bien era una desgracia para él, mientras estuviera en pie tenía que vivir y trabajar. También, critica la teoría del objeto de amor perdido y reemplazado por otro. Del mismo modo, en el caso de la muerte de la hija no resulta útil pensar la repetida frase de «**lo sé bien... pero aún así [...]** no tenga cuidado por mí, sigo siendo el mismo» (O. Cit., pp. 170-171). La renegación del dolor por parte Freud, parecería reafirmar su teoría de duelo normal/patológico.

Frente a la muerte de un hijo/a Allouch (1996) propone un nuevo reordenamiento denominado *condición simbólica*, la cual «consiste en crear una vida para el hijo/a que no puede estar muerto sin haber tenido una...» y esgrime el siguiente teorema «...*la medida del horror, en quien está de duelo, es función de la medida de la no realización de la vida del muerto*» (p. 375).

*¿Por qué no plantear que la violencia que conlleva la muerte de una hija/o a causa de un suicidio pudiera llegar a ser un duelo potencialmente traumatogénico?*³⁰ Esta muerte es una *situación disruptiva* para la vida psíquica, la cual se caracteriza por conformar un conjunto, donde el evento fáctico externo (la muerte traumática) desestabiliza el funcionamiento psíquico.

Estas pérdidas traumáticas desencadenan en el psiquismo procesos específicos que aparecen alterados en estos duelos. Particularmente, dadas las circunstancias y las características que rodean a la muerte. La muerte de un hijo/a es considerada un evento extremo ocasionado por la violencia misma del acto suicida, además de constituirse en potencial generador del trauma psicológico.

El acto de violencia que termina en el suicidio y muerte de una persona requiere conceptualizar la violencia como concepto genérico, como acto, acción y efectos sobre la trama psíquica a nivel individual. La violencia ha mutado en el concepto exclusivo de estar asociado a un exceso de fuerza, para asumir la connotación de agresión en el campo de las prácticas. En este sentido, (Markez et al., 2009) proponen una descripción al concepto de violencia desde tres perspectivas: a) la del *acto* como exceso de fuerza, b) la de los *actores* cuando un agresor mediante un acto causa perjuicio a otra persona o colectivos, y c) la de la *significación* cuando un observador o el propio agredido le asignan al acto el exceso y la connotación negativa para la víctima. Estos autores sobre Durkheim y el suicidio (1897) dicen que si bien es una decisión individual está enmarcada en lo que ellos llaman violencia social de fuerte raigambre cultural. El igual sentido señalan que este tipo de violencia ha perdido fuerza frente a otras etiquetas posteriores de las últimas décadas: violencia de género, sexual, escolar, entre otras.

2.5 El suicidio: la violencia en un acto

Como decíamos el suicidio es un acto violento cuyo agresor es la propia víctima. Asimismo, es un acto individual con repercusiones violentas sobre la sociedad, el entorno y las familias. Particularmente, este acto encarna para la subjetividad de las madres una violencia exterior que amenaza con arrasar el equilibrio psíquico.

La violencia inherente al suicidio también lo es para estos duelos. Existe una imposición inevitable de vivir las consecuencias del acto cometido por sus hijos/as. La confrontación de la necesidad del encuentro con el hijo/a y la devolución frustrante de la

³⁰ Potencialmente traumatogénico es un concepto de Benyakar y Lezica (2004, Vol. 1), el cual se desarrollará más adelante

realidad de una ausencia irreversible. En base a esto se podría decir que el hijo/a fallecidos desmarcan las fronteras entre lo interno y lo externo al yo.

La significación paradójica de tener que emprender un trabajo psíquico de enlazar la vivencia y las consecuencias que exceden las capacidades de auto-contención del sujeto. El riesgo implica encontrarse con las causas de lo inmodificable externo, lo cual no puede invertirse. Aquello que la confronta a sí misma, como la consecuencia y la causa de su sufrimiento (Aulagnier, 1994).

La violencia de la muerte intrépida del hijo/a sobre las madres víctimas de ella hacen pendular la estructura psíquica. Para Aulagnier (1977) «la representabilidad designa la posibilidad de determinados objetos de situarse en el esquema relacional» (p. 31). Esta posibilidad sería inasequible, pues resulta imposible establecer una relación con un objeto presente y ausente, así como lo es la contradicción de existir pero no existir más.

La exigencia para el psiquismo es el encuentro con el exceso, la muerte y su representación. Lo que excede (la muerte) «retorna a la psique bajo la forma de un desmentido concerniente a su representación de su relación con el mundo» (O. Cit., p. 32). Este duelo implicaría un encuentro anticipado con la muerte no anunciada.

Aulagnier (1977) destaca la importancia de las relaciones del *infans* y de la interacción socio-individual para la estructuración psíquica. Propone un modelo típico del aparato anímico en función de espacios psíquicos. Por esta causa y/o consecuencia, diferencia entre dos tipos de violencia: primaria y secundaria. La *violencia primaria* es ejercida desde el exterior como una primera violación del espacio psíquico. Mientras que la *violencia secundaria*, cuyas bases se asientan en su predecesora, representa un exceso perjudicial e innecesario para el funcionamiento del yo. Por consiguiente, mientras la violencia primaria es para el beneficio futuro del yo y es mediatizada por el deseo del otro que le impone elecciones, pensamientos³¹. La violencia secundaria es una forma de violencia que se ejerce contra él, en una suerte de expropiación de derechos. La misma por exceso es de tipo fáctica y es padecida por el yo.

En principio y de manera transitoria, estas muertes provocan distorsiones en el psiquismo dadas por la imposición brutal y repentina de estar obligadas a asimilar la desaparición del hijo/a.

³¹ «Función de prótesis de la psique de la madre» (Aulagnier, 1977, p. 37)

El suicidio como tal es un acto homicida contra sí mismo, las reacciones psíquicas que sobrevienen posteriormente son del orden de *lo traumático* a causa del impacto que la situación disruptiva trae consigo.

En el mismo sentido, en función de la situación disruptiva y de lo traumático (Benyakar y Lezica (2004, Vol. 1) sería válido preguntarse si estos duelos son potencialmente traumatogénicos. *A priori* parecen ser duelos que tendrán complicaciones. Estos se agravan por el vínculo y por tratarse de la pérdida de un hijo/a, lo cual sería esperable que configure una situación traumática y disruptiva al mismo tiempo. Este duelo instala un desequilibrio mayúsculo en el inter-juego de energías psíquicas.

La situación de la pérdida en sí misma es potencialmente traumática e impide la normal articulación entre afectos y representaciones, lo cual causa un colapso transitorio de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial (Benyakar et al., 1989, en Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1)

Se consideran pertinentes traer aquí estos desarrollos, pues proponen una correspondencia y complejidad conceptual entorno a los procesos de tramitación del trauma. Señalan que «que no siempre una situación hiper-intensa genera una disfunción traumática, y no toda disfunción de este tipo se instala a causa de un evento único y claramente detectable» (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1, pp. 17-18). En esta misma línea sería válida la equiparación de la pérdida y situación traumática a una herida psíquica ocasionada por un trauma.

Desde una epistemología dialógica se analizaron las dimensiones sociales y culturales planteadas al principio de este capítulo. La hipermodernidad como paradigma para pensar a los sujetos en situación y en la necesidad de sincronizar el tiempo social con el tiempo subjetivo en el duelo.

La dimensión temporal-atemporal es una de las características del funcionamiento inconsciente. El deseo tiene un anclaje singularmente subjetivo, por lo cual este tiempo subjetivo no es único y tampoco predecible. Guarda en la memoria y en el recuerdo, la historicidad de la historia del sujeto (Araújo, 2013).

No existe la sincronía de todos los tiempos en el tiempo subjetivo de estas madres. La no coincidencia impulsa a un movimiento en el presente dirigido hacia un tiempo pasado y hacia un futuro incierto. Desde el presente se niega el tiempo como si no existiera y/o no se lo tuviera. El ser en su cualidad de humano es cuestionado permanentemente por el pasaje del tiempo: ya no sé es quien se era y no se sabe quién será.

Para Araújo (2013), una epistemología humilde de los límites implicaría la asunción de la autoría y de ser el actor responsable de ese tiempo que el sujeto transforma y es transformado por él. Parecería ser que negar el pasaje del tiempo pretende evitar el malestar, se le retiene cual pertenencia. Tener o no tener tiempo, se gana o se pierde. La idea de un tiempo y de los tiempos en el duelo, de la misma manera se impone un cambio a la subjetividad, mueve en el presente temporalidades inconscientes que no siempre concuerdan con la percepción que se tiene del tiempo. Todo duelo modifica el estado anterior de las cosas, un posible decurso del mismo podría asimilarse a la idea que para conquistar un futuro se debe partir a una reconquista del pasado, así es referido Octavio Paz por la autora (O. Cit.)

2.6 El yo está herido

Se considera que el daño (este trauma) no es igual a pensar en una situación traumática. Esta distinción interroga al duelo en sí mismo como proceso, dado que su inicio ya no respondería a un hecho traumático solamente, sino que es la situación traumática es la desencadenada a partir de la pérdida violenta de un hijo/a. Conforme a Benyakar y Lezica (2004, Vol. 1) «el mundo fáctico, el sujeto y el funcionamiento psíquico conforman una unidad interrelacionada» (p.18). Sin embargo, no podría desligarse la situación disruptiva del nuevo escenario psíquico y tampoco del trauma acontecido en el yo. En el encuentro de ambos transcurre la experiencia de las madres en el duelo.

En base al trauma o daño psíquico resulta fundamental en el duelo el sostén de la propia historia del sujeto, así como su conformación psíquica temprana. Los aspectos constitucionales pueden obstaculizar o facilitar un mejor tránsito en estos duelos.

En esta historia del desarrollo psicosocial y evolutivo importa la relación temprana constitucional con sus madres (o cuidadoras)³² y el contexto. Conjuntar los aspectos individuales y el contexto en la fundación del psiquismo matiza la interacción de los primeros tiempos del desarrollo. De la misma manera el adulto debería proteger y/o contener la sobre-estimulación exterior para el niño y/u ofrecerse como vía de descarga. Al principio, cuando el bebé utiliza a la madre como su única protección pueden ocurrir fracasos transitorios en el rol de la madre. Luego, estos pueden manifestarse como perturbaciones en el niño/a y/o en las subsiguientes etapas del desarrollo, cuyos rastros son más del orden del sentir que del pensar.

³² En adelante, solamente se utiliza madre como término global para indicar su rol constitutivo en el desarrollo temprano del yo

Aunque, la repetición y la sensibilidad ante la frecuencia de dichos fracasos impactan en algún momento del desarrollo en la dimensión psico-somática en el niño, lo cual forma un núcleo de reacción patógeno. El impacto acumulado del trauma de tensiones o de shocks, aparece como recuerdos encubridores con efecto atormentador para el yo (Kris, 1956; citado por Khan, 1974). El *trauma acumulativo* correspondería a aquellos puntos significativos de tensión y presión fijados en la relación madre-hijo/a, los cuales se acumulan gradualmente en el sustrato dinámico. (O. Cit.)

¿Cuál sería la importancia de esta base relacional y constitucional del yo en estos duelos?

El yo puede sobrevivir, superar y redirigir las tensiones sin contención apropiada durante el desarrollo temprano, hasta incluso «amortiguar el trauma acumulativo y dejarlo en suspenso y llegar a un funcionamiento bastante sano y efectivo, puede, sin embargo, venirse abajo en la vida posterior como resultado de una tensión aguda y de crisis» (Khan, 1974, p. 63) Hay una herida psíquica que acompaña a estas pérdidas, la cual podría reforzar su potencialidad dolorosa a través de una eterna permanencia en el Inconsciente de las representaciones negativas de transmisión generacional.

La herida psíquica, como plantea Freud en la complementariedad de las vivencias actuales e infantiles, resignifica los efectos traumáticos de las representaciones desligadas o desprovistas de afecto, las cuales perturban al yo. Del mismo modo, el yo busca – cual si fuera una escena teatral – los autores y actores que se le presentan como impensables en busca de pensamientos (Konicheckis, 2008).

La identidad está herida. Para De Gaulejac (2008) la vergüenza es un sentimiento que aflora luego en la identidad. El suicidio de un hijo/a es una violencia extrema que genera confusión, «la autoestima es cuestionada por el menosprecio de los demás [...] confrontado a una negación de lo que constituye todo o parte de su ser profundo» (O. Cit., p. 195).

Una de las dimensiones sociales de esta herida en el yo, aparece bajo la vergüenza de tomarse – quizás – demasiado tiempo para volver a estar como se estaba antes de la muerte del hijo/a. Esta prisa sería producto del temor de ser descartado afectivamente por los otros y ser considerado “un problema”³³ a solucionar ya.

No queda tiempo para producir, por lo tanto parecería no destinarse un lugar, espacio y tiempo para los procesos. Para evitar la desinserción social y la exclusión, el sujeto se embarca en una lucha solitaria que profundiza el resquebrajamiento de solidaridades.

³³ El entrecomillado es mío

«Angustia de ser, inseguridad, soledad, desesperanza, el mundo de la hipermodernidad y de la vertiginosidad del tiempo parece desgarrador para el individuo» (De Gaulejac, en Araújo, 2013, p. 146).

Freud (1926) en *Inhibición, Síntoma y Angustia* distingue a la angustia ante un peligro externo de aquella proveniente del interior del sujeto. Green (1986) revisa en Freud la teoría de las representaciones de objeto, la cual se centró en el objeto en sus dimensiones de amado-perdido y presente-ausente. En el mismo sentido delimita la relación entre objeto y sujeto, entre Yo y Ello. La angustia circunscripta a tales representaciones hizo emerger una teoría de libido narcisista, la cual es anterior en términos evolutivos del desarrollo a una libido objetal. Green (1986) desde una perspectiva fenomenológica indica que «la angustia narcisista es angustia de objetos disfrazados de objetos narcisistas, puesto que en rigor **el narcisismo sólo conoce afectos**» (O. Cit., p. 133)

En base a las experiencias observadas sería válido anticipar y considerar que las representaciones atañen al objeto y que el afecto tendría una estructura doble: «a la vez el afecto hacia el objeto y afecto como afecto del yo; uno y otro se pueden confundir y no siempre el yo es capaz de establecer la diferencia» (O. Cit. p. 133)

Esta diferencia parece ser clave en los duelos. Correspondería precisar algunos aspectos que definen posiciones, para diferenciar lo que sucedió de lo sucedido y la situación traumática del trauma que daña y causa este dolor, la herida psíquica. También, diferenciar lo fáctico externo de lo interno angustiante, lo cual contribuye a alcanzar una visión más compleja para comprender que el hijo/a es una propiedad interior del alma y un componente del propio yo.

El duelo y sus procesos comprenden a la estructura y a la organización que el psiquismo se daba para funcionar. El yo ante el desequilibrio tiende a replegarse hacia la unificación interna, la reubicación del vínculo con el objeto perdido en la situación traumática y en procesar la vivencia tal como está aconteciendo.

Desde la perspectiva del sujeto, hay un desgarramiento por la pérdida, una sensación de desvalimiento interior frente a angustias de separación y muerte, así como también el conflicto por las tensiones contradictorias. El yo intenta salvaguardar la unidad de sí mismo en simultáneo a que rechaza una parte de sí mismo. Del mismo modo, sobrellevar el dolor de la contienda con la dignidad suficiente para no desmoronarse, resistir el sufrimiento y proteger la subjetividad.

El suicidio es un acto violento también para las madres sobrevivientes. Es un fenómeno que De Gaulejac (2008) llama «violencia humillante», pues instala una

contradicción, entre lo que tendría que ser para ser nuevamente reconocido socialmente con la identidad que le ha sido asignada. El individuo estigmatizado – como sucede en estas muertes – siente quedar atrapado por la ambivalencia de sus identificaciones, «de tal manera que la repulsión se transforma en vergüenza y la vergüenza en cargo de conciencia» (Goffman, 1963; en O. Cit., p. 197). El sujeto es confrontado por la mirada social cuestionadora, la mirada íntima se resiente por la vergüenza de *no ser lo que hay que ser*.

El grupo Renacer contiene a la necesidad de comprensión para las madres sobrevivientes. «El individuo humillado necesita encontrar un grupo capaz de brindarle una tranquilidad cuando ha sido despojado de sí mismo. Este paso a lo colectivo es necesario para restaurar la imagen de sí mismo» (De Gaulejac, 2008, p.211)

Para Green (1986), el yo no es el único que padece los efectos del trauma, sino que el mundo de los afectos se encuentra amenazado. Debe reaccionar ante la angustia de depender del objeto y no tenerlo consigo, como antes. «La imposibilidad de esta reunificación desorganiza al yo» (1986, p. 134).

El yo del sujeto se concibe como el resultado de la diferenciación de una parte del ello por influjo del mundo exterior. El yo sería como una red de operaciones e instancia intermedia, sin representaciones de sí mismo. Aunque, sí se puede decir del yo que concentra un conjunto de operaciones lógicas, cognitivas y afectivas (O. Cit.). Se puede decir que tales características del yo le confieren una lógica de funcionamiento de cambiavía u operador de funciones, pero sin representaciones de sí mismo. Esto de por sí puede crear divergencias y discrepancias, dado que este operador (el yo) bien puede verse a sí mismo operante y por ende puede representarse.

No obstante, la falta del objeto-hijo/a está destinada a quebrar el frágil logro de la organización del yo *como red* de investiduras relativamente constantes, en el contexto de estos duelos. Para Green (1986) «el objeto es encrucijada». El yo no encuentra enlace para su satisfacción pulsional, puesto que en términos reales ha desaparecido el hijo/a como objeto externo. La retroalimentación anhelada capaz de levantar al yo, no es la frustración sino la decepción. El objeto se ha vuelto inesperadamente demasiado real y amenazante para el yo, lo que es denominado como **objeto-trauma**. Se impone un nuevo orden para el yo, la ambigüedad y dualidad *versus* la polaridad de demasiado y demasiado-poco. «Demasiado presente, demasiado poco presente, demasiado ausente, demasiado poco ausente» (O. Cit., p. 137).

Los desarrollos de Green (1986) sobre la representación del objeto y la “supuesta”³⁴ ausencia de representaciones de sí mismo en el yo, coloca al yo *en encrucijada*. En términos de espacialidad psíquica parecería quedar a merced de las pulsiones y sin injerencia alguna, aparentemente.

Las madres en la re-organización de sus fuerzas se verían enfrentadas a lograr un nuevo equilibrio, en la relación del *yo-con-el-objeto-hijo-muerto*. El objeto estaría demasiado lejos y contraría a la lógica de tener al objeto (físicamente hijo/a). Esto iría en detrimento de reforzar el sentimiento de ser y sobre el sí mismo del sujeto. La situación de agobio por el cambio impuesto ahora por el objeto-trauma constriñe al yo a cambiar también. En este sentido, puede vincularse al *dolor psíquico*, el cual para Pontalis es un dolor del *yo-cuerpo* (en Green, 1986).

En estos duelos existe dolor psíquico, del cual busca el yo defender a todo el psiquismo. Del mismo modo, el yo a través de sus mecanismos se defiende del displacer *cuasi* permanente proveniente de aquel objeto, por ser y representar ser el causante de ese dolor. El mismo queda circunscripto a una zona intermedia entre lo interno y lo externo al psiquismo. El objeto atemorizante o fantasmal sería capturado en un espacio psíquico intersticial, el cual lo cobija transitoriamente y atrae hacia sí – cual si fuera un imán – la energía libidinal.

El dolor psíquico como afecto intermitente de las angustias representa un estado interior que reabre una herida narcisista primordial y adicionalmente traumatogénico. Dicho dolor sería el «producto de lo que Massud Khan ha llamado *traumas acumulativos* [...] como Freud lo describió, el de una experiencia traumática interna continua» (Green, 1986, p. 145)

Los sujetos (madres) viven la contradicción de una apariencia normal y una invalidez interior, conjuntamente a verse invadidos por representaciones de objeto que vampirizan al yo (Green, 1986). La coexistencia de temporalidades no-sincrónicas (entre el diario vivir y el presente psíquico) ponen al yo *en encrucijada y en una encrucijada*, como se propuso anteriormente. El yo se debate entre controlar al objeto-trauma y ser controlado por él.

Las capacidades de resistir y de tolerar el duelo anclan en el yo, pues para él «perder el objeto es perderse a sí mismo» (Green, 1986, p.146). De la misma manera, la vivencia de la pérdida está ligada a la vida desconocida del objeto, a partir de la muerte. La

³⁴ El entrecomillado es mío.

preocupación sobre el destino final del objeto es un impensable que alude a un no-lugar físico y tampoco psíquico (cuerpo y objeto).

Las resistencias a estos tránsitos y atravesamientos dan cuenta de las dificultades que se presentan en estos duelos, pues en la reacomodación del mundo interno el yo es obligado a administrar los recursos psíquicos para representar una ausencia tan presente del objeto. «La frialdad, la distancia, la indiferencia, se convierten en eficaces escudos contra los golpes que vienen del objeto» (O. Cit., p. 151). Por estas causas, la caparazón narcisista tras las defensas igualmente puede ser vulnerable ante el objeto-trauma (hijo/a)

En uno de sus repliegues defensivos el yo encuentra la omnipotencia/impotencia de enfrenar una doble angustia, la de separación y la de intrusión por parte del objeto, presente y demasiado ausente. La frustración de la insatisfacción pulsional ocasionaría que el ahora objeto perdido debiera ceder paso a la decepción, para iniciar el movimiento depresivo (Green, 1986).

La decepción o desilusión aparece en este desarrollo como un afecto facilitador del duelo, dado que impulsa la búsqueda de recursos compensatorios, a través de lo que se podría denominar como *omnipotencia positiva* para afrontar la pérdida.

La muerte de un hijo/a hace que padre y madre se cuestionen acerca de sus propias creencias personales y culturales, pues entran en conflicto los preceptos morales con las percepciones respecto a la vida misma. Allí donde la muerte de un hijo/a, «deja oraciones inconclusas y palabras sin decir [...] donde la vida se desmorona y deja de tener sentido», (Gutiérrez-Cuevas, 2009, p. 1). Frente a la necesidad desesperada de encontrar respuestas para mitigar el dolor.

Volvemos a citar a Freud (1915) en *Duelo y Melancolía* pero con relación al objeto específicamente y a la fuerte ligazón con el objeto de amor:

La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación (pp. 246-247)

El registro del suicidio y la muerte del hijo/a, es pasible de mutar hacia una representación contradictoria con el tiempo, que evada el conflicto y asegure la continuidad psíquica a través de la figurabilidad. Este mecanismo inconsciente podría enmascarar la dirección de los pensamientos, que rozan la percepción traumática del vacío (Botella y

Botella, 2003). La figurabilidad representaría una expresión, cuyo estilo sería como *comprender que el hijo/a se murió pero no poder comprender por qué no está*.

2.7 Acerca de los diferentes modelos para pensar el duelo

En el apartado anterior venimos desarrollando el papel del yo en relación con el trauma y el objeto perdido-hijo/a.

Aquí haremos un recorrido por algunos modelos que pueden ayudar a pensar estos duelos. Tomaremos algunas descripciones que son comunes a unos y difieren de otros.

A nivel general los duelos aparecen descritos en función a: etapas, fases y momentos, de la misma manera con las emociones expresadas, la relación con el fallecido/a y las causas de la muerte, entre otros criterios clasificatorios. En el mismo sentido, las presentaciones teóricas se orientan a establecer pronósticos de evolución entre normal, patológico y crónicos, así como también a fijar pautas de duración para los mismos. Cabe señalar, que no se han encontrado disponibles desarrollos teóricos particularmente referidos a los duelos que atañen a la investigación.

El duelo como proceso adaptativo es una descripción lo suficientemente abarcativa para comprender a todos los duelos, puesto que siempre conllevará una adaptación como explicaremos más adelante.

El modelo de duelo que plantea Parkes (1998) se basa en momentos o procesos, los cuales se manifestarían de manera secuencial: 1.) *Impacto*, 2.) *entorpecimiento*, 3.) *período de enganchamiento o de añoranza*, 4.) *desorganización y des-esperanza*, y 5.) *reorganización* (en Tizón, 2004)

Conforme a otro de los modelos, para Bowlby (1983) el duelo transcurre en cuatro fases: 1.) *incredulidad y embotamiento* de la sensibilidad, puede durar horas hasta una semana, cuyas características serían el impacto, la crisis y la protesta, 2.) *añoranza y anhelo*, búsqueda de la figura perdida; de meses a años, 3.) *desorganización y desesperanza*, y 4.) *de mayor o menor reorganización*, desapego y/o depresión (en O. Cit.).

Sobre el *duelo acerca de la muerte propia* consideraremos el modelo Kübler-Ross (2000), médica-psiquiatra que investigó sobre este tema, conforme al tránsito por fases: 1.) *conmoción e incredulidad*, en la cual se manifiesta la negación a aceptar la enfermedad y pronóstico 2.) *protesta, ira y resentimiento*, se manifiesta con rabia y envidia contra los que pueden seguir viviendo respecto a ellos, 3.) *depresión o desesperanza* más o menos profunda, proceso del comienzo de aceptación, y 4.) *aceptación y descatectización final*,

donde se consideran “molestas”³⁵ las interferencias del exterior, pues impedirían una muerte en paz (en Tizón, 2004).

Desde otras perspectivas, de la psicopatología contemporánea y sobre los aspectos psicológicos en juego, Rando (1993) propone las seis R del proceso de duelo: 1.) *Reconocimiento* de la pérdida a nivel cognitivo y afectivo (fase de negación), duelos ausentes, congelados, enmascarados, etc., 2.) *Reacción*, expresiones de pena, de dolor (fase de confrontación), duelos desviados, 3.) *Reviviscencia*, *rêverie* de la relación, (fase de confrontación) duelos conflictivos, distorsionados, inesperados, 4.) *Renuncia*, a los vínculos y al mundo que representan (fase de confrontación), 5.) *Readaptación* al nuevo mundo olvidando el anterior, (fase de acomodación) puede haber problemas para la finalización del mismo hasta convertirse en un duelo crónico, y 6.) *Reinversión* de los afectos (fase de acomodación) (Tizón, 2004)

Finalmente, varias preguntas sobre el estudio y los modelos presentados aquí con relación a los duelos a analizar. Es de considerar, que el sujeto concebido allí se corresponde con un sujeto de la modernidad. En otras épocas históricas no hubo de configurarse como inesperada la muerte de un hijo/a. A lo largo de la historia, a causa de epidemias mundiales, hambrunas y guerras no todos los hijos sobrevivían entonces, quizás hasta fuera una circunstancia de vida esperable. Los procesos de subjetivación del sujeto eran contextuales e históricamente diferentes. El sujeto que se propone en esta investigación, quizás sea también producto de una transición de paradigmas, Modernidad e Hipermodernidad.

Proponemos poner en cuestión la elaboración del duelo, de acuerdo a los modelos de duelo estudiados por Tizón (2004), cabría preguntarse sobre algunas de sus conclusiones, las cuales se incluyen en las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Es la vida, «el único objeto cuya pérdida nunca se puede elaborar suficientemente»? (O. Cit., p. 100)
- ✓ ¿Se podría delimitar, una «fase de mayor o menor reorganización» en los duelos»? (O. Cit., p. 141)
- ✓ Ante el pronóstico de la propia muerte y su aceptación por parte del sujeto, ¿Es un duelo «más difícil de elaborar para llegar a la aceptación final»? (O. Cit., p. 154)
- ✓ Existiría en los duelos de nuestro estudio, ¿la «readaptación al nuevo mundo, olvidando el viejo»? (O. Cit., p. 160)
- ✓ Seguir viviendo implicaría ¿«olvidar recordando»? (O. Cit., p. 163)

³⁵ El entrecomillado es mío

- ✓ La elaboración de la muerte de los hijos/as antes que la muerte de los padres, quizá deberían considerarse que, ¿«*son más difíciles de elaborar, cuando las muertes se producen contra la secuencia natural de la vida*»? (O. Cit., p. 183)
- ✓ ¿Qué significados podrían ser adjudicados por estos padres, si sobre la muerte de su hijo/a dijeran: «*una buena parte de mi vida se ha perdido con él/ella*»? (O. Cit., p. 325)
- ✓ ¿Resulta estrictamente necesario, «*que el medio circundante apruebe y favorezca la expresión de todo tipo de afectos y sentimientos con respecto a la pérdida*»? (O. Cit., p. 713)

2.8 La simbolización en el duelo

Estos duelos requerirían de la figurabilidad como mecanismo psíquico para representar la pérdida, conjuntamente a los mecanismos de escisión y de renegación como aquellos fundantes del funcionamiento psíquico. El mismo vínculo afectivo que unió y une al sujeto con el objeto perdido u objeto-trauma pone en una encrucijada al pensamiento que funciona en modo dual (Botella y Botella, 2003). En la expresión del dolor, estas personas recurren a este modo de pensamiento, el cual es propio del aprendizaje de los niños para diferenciar lo que es real de lo que no es real.

Las cualidades del objeto con relación a *demasiado presente-demasiado ausente*, a la dualidad conflictiva que le constituye y los obstáculos en el acceso a su representación, dejaría formulada la pregunta acerca de «cómo tratar dos enunciados contradictorios con respecto al “mismo objeto”» (O. Cit., p. 31). No obstante, el proceso de simbolización implicaría significar y asignar sentidos a la muerte del hijo/a o de la hija.

La simbolización como proceso representacional del objeto se plantea en función del estatuto del objeto. No existiría un proceso único sino modos de simbolización del objeto en el plano de las lógicas binarias, presencia *versus* ausencia. Sobre la no representación de la muerte, Bleichmar (2009) dice que «hay una confusión del inconsciente con la totalidad del psiquismo [...] no está dada porque no haya experiencia de la muerte sino porque en el inconsciente no hay negación. Es imposible la representación de una ausencia» (p. 183). En contraste, plantea que no ocurre tal imposibilidad del lado del sujeto puesto que es capaz de representar “situaciones”³⁶ de las cuales a nivel personal no tendría experiencia. La autora se basaría en que la transmisión de las experiencias de las generaciones anteriores constituye el psiquismo del sujeto.

³⁶ El entrecomillado es mío

En función de los estatutos que adquieren los objetos internos recopila una clasificación que es oportuna. Con relación a la especificidad de la cuestión de la muerte toma de Fedida la noción de *objeto reliquia*, cuya característica es la capacidad de transformarse en sus cualidades «como forma de ensalzamiento y de recomposición a nivel imaginario de lo siniestro [...] de un carácter altamente volátil» (O. Cit., pp. 184-185). Este objeto sería tanpreciado para el sujeto, que en su esencia lo presente es la ausencia (el muerto) que a su vez sostiene la anulación de la ausencia. Asimismo, en su interpretación del texto de Freud *Tótem y Tabú* los muertos condensarían el deseo del reencuentro con ellos y el deseo de la anulación de la muerte (O. Cit.).

Sobre las reliquias, dice Bleichmar «se producen en dos situaciones: en situaciones de sacralización o en situaciones donde es absolutamente intolerable la muerte» (2009, p. 185). En su lectura sobre Fedida y sobre el concepto de objeto reliquia, afirma que sería como «la fetichización patológica de los actos normales que se correlacionan con el duelo [...] se corresponde, a nivel de la muerte, con lo que el objeto fetiche implica a nivel de la castración» (O. Cit., p. 186), como la indiciaria del mismo. Sin embargo, concluiría que las formas metafóricas de conservación del objeto – como una reliquia – a largo plazo no son tan patológicas.

A diferencia de otros duelos señalados como normales en los que habría un desprendimiento gradual de los objetos de los muertos. El objeto tomado como reliquia u objeto reliquia «da derecho a una visibilidad de lo oculto» (Fedida; en Bleichmar, 2009, p. 187). El cual ha dejado rastros imborrables en el psiquismo de los dolientes.

Estos duelos encubrirían un deseo de no morirse nunca, por ende «si el muerto me puede venir a buscar es porque no se murió realmente, porque en algún lugar sigue viviendo» (O. Cit., p. 201)

La simbolización sería para el sujeto el conjunto de micro-procesos mediatizados por otros, lo cual le permite rescatar elementos o fragmentos y recomponer su historia. A nivel de la clínica serían los efectos de las intervenciones simbolizantes. Las mismas representan para Bleichmar (2009) una construcción, la cual a nivel de los procesos psicológicos es un elemento de transición. Esta construcción simbólica que es producto de las intervenciones. Al respecto dice «uno lo propone como un puente sobre el cual empezar a pensar, nada más [...] son puentes simbólicos de transición» (O. Cit., pp. 415-416)

Si bien hemos considerado en estos duelos la pérdida en sí misma. La muerte de un hijo/a para el padre y/o la madre tendría que poder ser integrada para dar continuidad al funcionamiento psíquico. Del mismo modo habría que reparar en las características

traumáticas inherentes a estas pérdidas, con efectos inevitables sobre el yo del sujeto y sobre la incesante necesidad de preservar el vínculo perdido con el hijo/a. Quien es para el sujeto un consabido objeto existente y ausente. Por consiguiente, se replantean las dificultades y/o imposibilidades para la representación de la muerte en el Inconsciente.

Igualmente sería importante pensar sobre cómo podrían estar constituídas las relaciones internas en la madre con los objetos constituyentes de su psiquismo infantil. En esta línea, Bollas (1991) concibe al yo como proceso organizador inconsciente y como reflejo de la estructura mental, el cual se desarrolla a partir de la dialéctica de lo interior y de lo exterior. «Todas las actitudes, sentimientos y operaciones del yo indican [...] la huella de una relación de objeto» (O. Cit., p. 23). Asimismo, las formas de presentación de los sujetos en tiempo y espacio podrían representar la relación con sus propios padres. Del mismo modo que el idioma espacio-temporal refleja – para este autor – el registro que el yo conserva de sus experiencias tempranas. «Es una forma de saber a la que le falta ser pensada, y constituye parte de lo sabido no pensado» (O. Cit., p. 67). El yo es la huella de un vínculo con los padres o con quienes hayan cumplido tales funciones, lo cual significa las formas de relacionamiento que el yo del sujeto mantiene consigo mismo. Esto expresaría la internalización que como objeto hubo del proceso de relacionamiento parental. «Representa una puesta en escena interior de relación de objeto» (O. Cit., p. 66).

¿En qué medida resulta importante conocer cómo el sujeto se trata a sí mismo? Para conocer los cuidados que sobre sí mismo realiza tomándose como objeto. En estos duelos sería significativa la función que el yo (de las madres) pueda asumir. Tiene procedimientos que pueden ser desconocidos para el sujeto, así como también lo puede llegar a ser la capacidad o incapacidad de transformarse a sí mismos. En base a que «hereda los procesos de cuidado yoico» (Bollas, 1991, p. 74).

En síntesis, en este apartado presentamos con relación al duelo, algunas particularidades a considerar en función de lo que se ha desarrollado. Como punto de partida, se toma al suicidio como el hecho que precipitó la muerte del hijo/a, lo cual adquiere un carácter traumático que hiere la subjetividad de los padres. Implica un desafío para el psiquismo el poder integrar la pérdida y/o establecer una nueva relación de objeto con el hijo/a, así como también lo es su inscripción en la trama vivencial para su continuidad existencial.

Con la particularidad de estos duelos, desarrollamos conceptos freudianos fundantes del psiquismo. Desde los textos de Freud con relación a la *Introducción al Narcisismo*, *Lo Inconsciente* y la teoría en *Duelo y Melancolía*. Asimismo, se presentaron otros desarrollos

teóricos: las relaciones de objeto y simbolizaciones, el trauma y el complejo traumático. El dolor del sujeto contemporáneo y los diferentes modelos de duelo para pensar. Lo cual ha sido una herramienta teórica construida para este estudio.

2.9 Los tiempos en el duelo, una construcción continua

En base a los conceptos teóricos desarrollados nos aventuramos a buscar teorías explicativas acerca del problema de la investigación. Hallamos que sería posible pensar, la analogía de ligar las dimensiones psíquicas comprometidas en el trauma y sus efectos con los tiempos que podrían ser considerados para estos duelos.

Benyakar y Lezica (2004, Vol. 1), sostienen que el vivenciar traumático tiene como afecto principal la angustia y tres afectos más emergentes a las complejidades que bordean al trauma: el desvalimiento, el desamparo y el vacío. Proponen que pueden ser enlazados en función de tres conceptos activos que otorgan entidad a la concepción de “ligar”. La *cohesión* como una primera acción para la interrelación sincrónica de los componentes del complejo traumático, *articular* para la unión funcional entre los afectos y las representaciones existentes y *ligar* en estricto sentido. Dichos procesos guardan relación con los afectos emergentes de raíz infantil, que ligan o enlazan estos afectos desarticulados y sin representación de la vivencia traumática. Correspondería a ligar afectos con afectos, como un tercer tiempo de los tres tiempos del trauma, propuesto como «momento rearticulador», o momento de la cura. (O. Cit. p. 176)

El modelo de los tiempos del duelo que propone Bauab (2012), orienta a pensar los duelos en función de tres tiempos.

- ✓ *Primer tiempo* o renuencia a aceptar la pérdida, cuyas características principales son la renegación, retener el objeto al precio de apartarse de la realidad. Que tendría que corresponderse con el siguiente enunciado «para estar de duelo en primer lugar se trata de localizar la falta, nombrarla, aceptar que algo se ha perdido, no renegar de ello» (O. Cit., p. 26)
- ✓ *Segundo tiempo*, el cual implica un trabajo de simbolización, correspondería a realizar un examen de la realidad que permitiría retirar la libido adherida³⁷ al objeto amado y perdido. Implica un alto gasto de energía. Empatarse en este tiempo del duelo, haría que el mismo duelo se tornara patológico

³⁷ La palabra adhesión con relación a la Física significa: «Fuerza de atracción que mantiene unidas moléculas de distinta especie química» (RAE, 2014)

- ✓ *Tercer tiempo*, se caracterizaría por una posición activa del sujeto, en la cual consume por segunda vez la pérdida. «Matando al muerto... o perdiendo en lo simbólico lo que había sido perdido en lo real» (O. Cit., p. 28)

Bauab (2012) afirma que hay duelos más difíciles de elaborar que otros, entre ellos el suicidio de un familiar, pues *per se* acarrea una enorme culpa. En relación con la sustitución del objeto perdido, lo irremplazable se resolvería en una serie de sustituciones infinitas del mismo (Safouan; en O. Cit.)

Finalmente, *¿qué hacer cuando un duelo no encaja en los parámetros clínicos de salida relacionados a: trabajo, término, elaboración, resolución, proceso y tampoco es predecible su evolución?*

2.10 Un aprendizaje, una enseñanza

Conocer el camino que toman estos duelos es parte central de esta investigación. Quizás en función de la incertidumbre de lo impredecible, habría que pensar no tanto en términos de finalización de un duelo, sino de aperturas.

Un camino se cierra, se ramifica o se abre a partir de la pérdida de un hijo/a. Abandonarse a sí mismos en el sufrimiento o sentir que ni siquiera éste puede volver el tiempo atrás, así como tampoco restablecer la vida que se tenía antes. Sin embargo, el ser humano ha sabido rescatarse en la adversidad. Aparece en el horizonte conceptual la resiliencia, como un proceso, como una capacidad, algo innato, adquirido y/o construido, etcétera.

La resiliencia existió, en sentido metafórico, siempre que el ser humano se sorprendía viendo en sí mismo su fortaleza interior. Sin embargo, la resiliencia como término fue acuñado recién por Michael Rutter en 1993, quien la define como:

como resiliencia al conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan el enfrentamiento exitoso a la adversidad. No se trata de factores congénitos ni adquiridos, sino que es un proceso que caracteriza a un complejo sistema social en un momento determinado, y que implica exitosas combinaciones. (en Llobet y Wegsman, 2004, p. 145)

Aunque, en esta concepción aparecería desdibujado el rol activo del sujeto. Cyrulnik (2009) considera que la resiliencia es un proceso que puede activarse o bloquearse, el cual depende directamente de la organización del apoyo recibido por el sujeto después de un

trauma. En función de estos apoyos, indica que la negligencia afectiva de una familia puede paralizar este proceso y las personas corren el riesgo de encerrarse en sí mismas, como una «especie de campo de refugiados psíquicos» (O. Cit., p. 52).

Para emprender o reactivar este proceso resiliente, las personas apelan a buscar en las viejas heridas aquellos aprendizajes que permiten no solo afrontar el trauma de la pérdida sino también adaptarse. «En la agonía psíquica posterior a un trauma tampoco hay un prójimo. Cuando uno recupera la vida, hay que volver a pensar todo» (O. Cit., p. 114)

De esta manera, Cyrulnik (2009) considera que «el trauma produce quebranto: ésta es su definición. Y la resiliencia, que permite volver a vivir, asocia el sufrimiento con el placer de triunfar sobre él» (p. 56). En consecuencia, el grado de afectación del trauma depende de la confianza interior adquirida anteriormente. La resiliencia como capacidad protectora ha comenzado a pensarse como un enfoque o un paradigma, para enfrentar situaciones de desastres naturales o de guerra, donde el trauma psicológico es una consecuencia esperable.

Lamas (2009) indica que en los últimos años hay una preferencia en pensar que la resiliencia es una cualidad de resistencia, que las personas utilizan para rehacerse ante situaciones traumáticas y/o pérdidas en pos de una proyección en el futuro. Incluso para las pérdidas consideradas como más graves, la muerte de un hijo/a.

Asimismo, señala que se investiga la resiliencia como factor protector, la cual parecería no tener predisposiciones genéticas. Es definida como una capacidad que no es fija y que puede variar en función del tiempo y las circunstancias. En cuanto a la génesis, dice que participan elementos como la naturaleza y la educación, así como también la persona y su actitud frente a otras situaciones de vida dolorosas y similares.

La resiliencia en estos duelos no podría ser pensada como la resolución de un trauma, sino que habría de pensar en un nuevo destino para el trauma psicológico. Esto implica una nueva posición subjetiva e incluye la capacidad de transformación de sí mismos. Pese al sufrimiento y al determinismo patogénico de los efectos traumáticos sería un acto de rebeldía creativo modificar las condiciones de existencia (Rozenfeld, 2005; en Zukerfeld y Zonis, 2005)

En estos duelos la resiliencia es una capacidad que permitiría a las madres transitar con más apoyo para el afrontamiento de las angustias y del dolor. Zukerfeld y Zonis (2005) proponen que los procesos terciarios cumplen una función en el psiquismo impactado por los efectos traumáticos. Dichos procesos son funcionales – valga la redundancia – al

funcionamiento psíquico, los cuales se relacionan con la creación y la construcción de una nueva subjetividad, a partir de la inclusión de nuevas prácticas sociales y de la resiliencia.

Es pertinente definir cuáles son las características de los procesos terciarios, los cuales representan una noción metapsicológica del aparato psíquico³⁸, cuya característica principal es la *creación de lo nuevo*. Al igual que Kâes los autores se enfocan en la preeminencia de los vínculos intersubjetivos. Dichos procesos tratarían de investir lo nunca investido anteriormente, para *crear* nuevas condiciones psíquicas (Zukerfeld y Zonis, 2005). A causa de una vulnerabilidad a transformar mediante la acción y efecto de los vínculos, lo que es denominada como una «posición subjetiva resiliente» (O. Cit., p. 41).

De esta forma, las madres para afrontar la adversidad en el duelo por esta pérdidas tendrían que adaptarse a una forzada y nueva realidad psíquica. Esto llevaría consigo nuevos comportamientos orientados a transformar la realidad externa y ampliar el conocimiento de sus propias fortalezas. Desde una perspectiva psicoanalítica, la resiliencia es definida como «una metamorfosis subjetiva producto de la actividad de un potencial que implica funcionar en proceso terciario, es decir con la fluidez libidinal necesaria para la creación de condiciones psíquicas nuevas que capturen y transformen el efecto traumático» (Zukerfeld y Zonis, 2005, pp. 38-39).

Como dijimos al principio del capítulo, los suicidios principalmente en los adolescentes y jóvenes son una dura realidad que marcan las cifras en nuestro país. El concepto de *comunidades resilientes* comprendería a los grupos y a las otras redes de conexión social. Se podría considerar necesario aprender a pensar la resiliencia a nivel comunitario. El enfoque de comunidad resiliente está basado en la prevención en salud mental, el cual convoca a los grupos de diferentes sectores sociales (Pfefferbaum, Reissman, Pfefferbaum, Klomp y Gurwitch, 2012).

3. CAPITULO III: Problema de la investigación

3.1. Justificación

La doble inserción de las prácticas de la profesión ha cimentado a las interrogantes que acompañan al desarrollo de la investigación.

³⁸ «La Tercera Tópica constituye la representación gráfica metafórica de la heterogeneidad y coexistencia de funcionamientos psíquicos inconscientes de estructura representacional y no representacional» (Zukerfeld y Zonis, 2005, p. 53)

Primero, la reflexión acerca del alto número de suicidios en nuestro país y sobre la adolescencia como población de alto riesgo suicida. Luego, la interrogante inevitable de cómo puede elaborarse un duelo cuando quien se suicida es un hijo o una hija. Por último he podido comprobar desde la práctica que existe una escasa articulación en territorio de las políticas públicas, desde la prevención en comunidad del suicidio y las instituciones, hasta el abordaje de los IAE y la posterior atención a los sobrevivientes y sus familiares.

La investigación pone de manifiesto la delgada línea que transitamos las psicólogas y psicólogos en la comprensión y atención en estos temas. Se requiere de una preparación especializada en la escucha de estos relatos, en la detección del riesgo y en la formación teórico-técnico-profesional para la toma de decisiones oportunas y necesarias en estos casos. Asimismo, se infiere la necesidad de preparar técnicamente a los psicólogos/as sobre el manejo de la contra-transferencia, debido a se depositan en ellos las ansiedades y angustias. Desde esta dimensión resulta necesaria la formación en una flexibilidad y/o disociación instrumental conforme a las circunstancias del encuadre de trabajo.

El desarrollo combinado de técnicas psicológicas permitiría al psicólogo un adecuado manejo de las ansiedades contra-transferenciales, así como también para la entrada y la salida de estados emocionales intensos, que circulan dentro y fuera de los espacios terapéuticos.

3.2 Orientadores para la formulación del problema

Estas preguntas cuestionan la posibilidad de que el duelo por la muerte de un hijo/a pueda o no ser elaborado. El propósito general que nos guía es identificar las características de estos duelos en estas circunstancias. Duelos, que *a priori* pueden ser complicados por la pérdida en sí misma y por la causa de la muerte.

Esta tesis de maestría se ocupa de responder estas y otras interrogantes que surgieron durante la indagación, desde la síntesis y entrecruzamiento del material recogido en las entrevistas, las observaciones y la teoría.

- ✓ ¿Es posible elaborar el duelo ante la magnitud de esta pérdida?
- ✓ ¿Cuáles son las diferencias en los duelos específicos por la muerte de un hijo/a, cuando ha sido causada por un suicidio?
- ✓ ¿Cuáles son las características que podrían o no dificultar el duelo desde el vínculo que existía entre el padre o la madre y el hijo/a fallecido?
- ✓ ¿Cuáles serían las características que podrían identificarse acerca del relacionamiento intrafamiliar a partir de la ocurrencia del suicidio?

¿Por qué investigar sobre los procesos de duelo en las madres de hijos/as que se suicidaron?

Por causas relacionadas a:

- La combinación de ambas situaciones de vida, cuyas consecuencias han sido muy poco estudiadas en el mundo y en la región. Aún, cuando el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes entre los 15 y los 34 (OMS, 2014)
- Los sobrevivientes, a quienes les resulta difícil la expresión de las emociones. El suicidio sigue representando un tabú social y por ende intrafamiliar. Las madres se quedan solas en el dolor ante el silencio de los que no saben cómo actuar y cómo preguntar, lo cual acrecienta el dolor y el daño recibidos y percibidos
- El personal de la salud debería continuar la línea de implementación del modelo de atención integral e interdisciplinario, el cual responde a las directrices de la OMS
- La formación inespecífica en todos los ámbitos en el manejo de las urgencias en las crisis suicidas
- La falta de acceso a una guía protocolizada para la detección, el tratamiento y el seguimiento de las personas con IAE, así como también la inexistencia de un mapa de ruta a seguir de referencia y contra-referencia institucional y con otros sectores sociales
- La necesidad curricularizar la formación en la prevención y atención de los IAE, así como también sobre el duelo con los familiares sobrevivientes. En la misma línea, profundizar la formación en las intervenciones y estrategias terapéuticas con personas afectadas por traumas psicológicos
- La multiplicación del daño psicológico por cada suicidio consumado en el entorno familiar y afectivo de seis personas como mínimo. En el mismo sentido por 100 cuando el suicidio ocurre en instituciones educativas u otras con gran concentración de público
- Las consecuencias de un suicidio se multiplican exponencialmente. Aunque si la cantidad de suicidios no aumentan significativamente cada año, empero sí ocurren nuevos suicidios. Estos acarrearán consigo efectos que se traducen en dolor psíquico y trastornos asociados, los cuales van en detrimento de la salud mental general de la población y son factores predisponentes para las generaciones venideras.

3.3 Preguntas que intenta responder la Investigación

Las preguntas que presentamos motivan y conducen a investigar la combinación viviente de testimoniar el duelo por la muerte de un hijo o una hija por causa del suicidio. Este problema se ha desglosado en tres preguntas principales, pues son las que permiten un acercamiento al objeto de estudio o fenómeno. Se apunta a una comprensión holística del problema.

Las respuestas que pretende encontrar esta investigación son:

- *¿Cuáles son los significados adjudicados por las madres al suicidio de sus hijos e hijas?*
- *¿Cuáles son las vivencias de las madres en estos duelos?*
- *¿Cuáles son los recursos individuales y sociales a los que acuden para afrontar la pérdida de sus hijos e hijas?*

La investigación cualitativa proporciona la oportunidad de profundizar en los datos a partir de la riqueza interpretativa y la flexibilidad que admite el diseño. Del mismo modo permite incluir la información del contexto y sus detalles, de las observaciones y el acercamiento a experiencias únicas, a partir de percepciones de los sujetos calificados que comparten sus experiencias en el marco de una investigación (Hernández et al., 2010)

3.4 Objetivos generales y específicos

Las preguntas del apartado anterior conducen a la formulación de los siguientes objetivos: general y específicos.

➤ **Objetivo General**

Explorar las dinámicas de los procesos psicológicos comprometidos en el duelo de las madres cuyos hijos e hijas se suicidaron, a partir de un grupo de padres de hijos fallecidos

➤ **Objetivos Específicos**

- ✓ Conocer los significados que las madres atribuyen al suicidio de sus hijos e hijas, a partir de sus percepciones y la identificación de los factores de riesgo presentes

- ✓ Caracterizar las dinámicas de los procesos psicológicos participantes en la asimilación de la pérdida, a partir del análisis de contenido de las entrevistas.
- ✓ Descubrir los aspectos individuales y los recursos psicosociales utilizados para disminuir el impacto de la pérdida, a partir de las conductas de afrontamiento identificadas

4. CAPITULO IV: Metodología aplicada y Presentación de los datos

En este capítulo se fundamenta y se describen los procedimientos metodológicos utilizados en la investigación. Se presentan fundamentos teóricos para las categorías halladas y para las unidades temáticas emergentes. Los temas se desprenden de las categorías surgidas luego de las síntesis de las unidades en la codificación inicial, en lo que se denomina codificación selectiva o secundaria.

Se procedió con el entrecruzamiento de relatos, anotaciones de las observaciones y la teoría, y con ello la triangulación de datos. Por último, se presentan los datos y resultados primarios en base al diseño narrativo, el cual será utilizado para la discusión de los resultados en el siguiente capítulo.

4.1 Fundamentación metodológica

La elección metodológica responde a una investigación cualitativa de carácter exploratorio, cuyo diseño responde a un estudio de casos sobre la muestra de una población de madres³⁹ que concurren a un grupo de hijos fallecidos por diferentes causas.

Se fundamentan las decisiones metodológicas acerca de los instrumentos utilizados en la recolección del material primario, así como también la estrategia seguida en la elaboración de las categorías y para la construcción de los datos y resultados. Los mismos surgen de los procesos interpretativos y sintéticos del análisis de contenido y desde la triangulación de los datos con el marco teórico. Asimismo, se presentan conceptos teóricos que fundamentaron la construcción de las categorías emergentes.

Esta investigación entra en el marco de la Maestría en Psicología Clínica, la cual es tomada como base referente para la integración de diferentes perspectivas socio-histórico-políticas en el abordaje de áreas del conocimiento desde una modalidad interdisciplinaria y en red (Facultad de Psicología, 2010). Esta investigación adquiere connotación social ya que

³⁹ En adelante solamente nos referiremos a las madres, por así corresponder en este estudio

para Denzin y Lincoln (2011) se ubicaría dentro del movimiento basado en la evidencia. La misma se establece como una actividad situada que desarrolla el observador (investigador), lo cual también hace a las formas de estar en el mundo.

4.1.1 Caracterización de la muestra inicial

La composición y tamaño de la muestra está determinada cuando se alcanza el punto de saturación teórica de las categorías. Pujadas (2002) define a la saturación como un umbral de llegada, el cual corresponde al momento esperable en que la información comienza a redundar en forma creciente.

Tipo de muestra: *Cualitativa no-representativa*. Se la define como activa y producida en el proceso de la continua revisión de las categorías (Glaser y Strauss, 1967, citados en Valles, 2002).

Selección de la muestra: *estratégica, por oportunidad y por conveniencia*. Se utilizan estos mecanismos clasificados para los estudios cualitativos, conforme a Hernández et al. (2010).

La muestra se configura a medida que avanza la recolección de los datos, la teoría va brotando y determina su composición final (O. Cit.). Para afinar dicha selección, Valles (2002) recomienda utilizar en la elección de los participantes pares de opuestos, como por ejemplo: rasgo de personalidad (introvertido/extrovertido), estado civil y otros. Criterios que esta investigación ha comprendido.

➤ **Criterios generales de inclusión y exclusión:**

- ✓ No fueron considerados para la muestra los padres de hijos/as cuya causa de muerte no fuera un suicidio
- ✓ No se incluyeron padres con patología psiquiátrica, debido a que la elaboración del duelo estaría interferida por la propia enfermedad
- ✓ No se consideraron para el estudio aquellos padres que tuvieran menos de seis de haber fallecido sus hijos/as.

El punto de saturación teórica se alcanzó con la entrevista número seis. Por lo tanto, la muestra final pudo determinarse cuando al agregar nuevas unidades de análisis no surgieron datos novedosos. Se justifica así el tamaño de la muestra en seis casos.

De esta manera se evidencia que para la indagación cualitativa de un fenómeno no se definen *a priori* el número de casos a estudiar y tampoco los parámetros que determinen el tamaño de la muestra (Hernández et al, 2010, p. 395). En igual sentido, «las poblaciones de casos pueden ser representadas pobremente por casos únicos o por muestras de unos muy

pocos casos, y dichas pequeñas muestras de casos pueden brindar fundamentos cuestionables para proponer una gran generalización» (Denzin y Lincoln, 2013, Vol. 3, p. 188).

Nota de campo: La muestra final se conformó con la participación exclusivamente de madres, debido a que fueron las personas que respondieron positivamente a la invitación y se prestaron para la realización de este estudio⁴⁰.

4.1.2 Fundamentación teórica de la Metodología

Una estrategia metodológica lleva en sí misma la conciencia de la incertidumbre que va a encontrar, lo cual conlleva a estar siempre alerta y no caer en una falsa incertidumbre irreductible (Morin, 2002).

El diseño metodológico de la investigación tiene la finalidad de aportar una descripción fundamentada del duelo y del suicidio como el hecho que lo inaugura. Se considera que la interpretación y el análisis de contenidos son la herramienta teórica a utilizar para la comprensión del mismo. El estudio cualitativo es el camino adecuado para conocer los significados que asignan las personas a sus propias experiencias y traducen su forma de ver la sociedad y el mundo.

El enfoque interpretativo subyace al proceso de la investigación, el cual implica un análisis desde la perspectiva de los sujetos, llamada *emic*⁴¹: «una visión del mundo que los participantes nativos aceptan como real, significativa y apropiada» (Harris, 2004, p. 153). Esta mirada refiere a adquirir formas de pensar las categorías de acuerdo a los nativos de un lugar, en este caso al grupo de pertenencia. Para García Canclini (2004) es un requisito ético y epistemológico, de tal manera que algo de la palabra pueda recuperarse a través de las narrativas de los participantes, lo cual se produce en la cercanía del encuentro en las entrevistas.

La metodología cualitativa admite un diseño flexible lo cual permite arribar a enunciados de tipo descriptivo y explicativo, lo cual a este trabajo le asigna un carácter exploratorio y es congruente con un problema escasamente indagado. Para Valles (2007) el diseño emergente es el que mejor se adapta a este objeto de estudio, así como para esta investigación lo es caracterizar las vivencias de duelo en las madres cuyos hijos/as han muerto por causa del suicidio.

Hernández et al. (2010), señalan que «los estudios descriptivos buscan

⁴⁰ A partir de esta aclaración metodológica en la muestra se hace referencia al duelo en las madres, por así corresponder

⁴¹ De fonemics, Harris (2004)

especificar las propiedades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis» (p. 80).

4.2 Justificación del abordaje metodológico: Estudio de casos

Con relación al abordaje metodológico se justifica desde los antecedentes, con relación a la existencia de escasas y aisladas producciones científicas sobre el tema de la investigación (Yin 1994; en Escudero, Delfín y Gutiérrez, 2008). Esto fundamenta la elección de un *Estudio de Casos* como el método para el abordaje cualitativo de este trabajo.

El estudio de casos es un diseño cualitativo que sostiene que a partir de lo diferente emerge la comprensión individual de cada caso. El análisis de varios casos permite una aproximación a la problemática, la cual conduce hacia los aspectos generales de la teoría (Stake, 2010). Sobre cómo hacer teoría desde la experiencia se basa en que «el cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización [...] se destaca la unicidad y esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia» (O. Cit., p. 20).

El estudio de casos permite «considerar simultáneamente las perspectivas de múltiples individuos, por la mirada longitudinal que permite capturar y analizar intensivamente los procesos y el carácter abierto» (Tomä y Kächele, 1990; Slapak, 2007; citados en Muñiz, Vanegas y Montoya, 2012, p. 183).

Para Escudero et al. (2008), este método es la estrategia de investigación empírica que permite abordar un fenómeno poco conocido y contemporáneo, a la vez «permite a los investigadores detectar las características más representativas y holísticas de los eventos y/o fenómenos de la vida real» (p. 8).

4.2.1 Fundamentación del método de análisis de los datos

(Hernández et al., 2010). Para estos autores el estudio cualitativo es inductivo y refiere a que «a partir de un fenómeno dado, se pueden encontrar similitudes en otro, permitiendo entender procesos, cambios y experiencias» (O. Cit., p. 390). Por consiguiente, permite enunciar las características que se encuentren en estos duelos. De esta manera por los procesos de inducción e interpretación sobre los datos se realizan sucesivos procesos de síntesis, lo cual permite ir de lo particular a lo general y arribar a descripciones y conclusiones.

La investigación está orientada a la especificidad de los duelos, por tanto es relevante una narración sucinta de las percepciones de las madres participantes en el estudio. El conocimiento se construye a partir del tratamiento del material de las entrevistas.

Se fragmentan unidades de significado de las entrevistas, que luego son estudiadas para realizar la codificación inicial y construir categorías de tipo emergente. Posteriormente, las unidades son reagrupadas en temas o unidades temáticas que fundamentan las categorías y describen a sus contenidos.

4.3 Diseños y métodos de aplicación metodológica

La metodología seleccionada para el trabajo de campo se basa en el enunciado acerca de que «la teoría proviene de los datos en sí, no es forzada en categorías» (Hernández et al., 2010, p. 497). El diseño – como decía – es de tipo *emergente y flexible*, el cual se configura a medida que se avanza en el trabajo de campo y simultáneamente con el análisis (O. Cit.)

El diseño *emergente* indica que las categorías no se definen *a priori*, pues el objetivo es que surjan de la inmersión en el trabajo de campo. Luego ser analizadas y vueltas a verificar en el campo de la investigación, así sucesivamente hasta saturar cada una de las categorías. La flexibilidad del diseño fue una elección necesaria por la complejidad de dimensiones en juego con el fenómeno estudiado y con los sujetos de la investigación. Morin (2002) señala sobre la investigación en contextos inciertos que «la estrategia busca sin cesar juntar informaciones y verificarlas, y modifica sus acciones en función de las informaciones recogidas y las casualidades con las que se encuentra en el camino» (p. 66).

Dentro de las clasificaciones de diseños cualitativos emergentes, se decide utilizar el *diseño narrativo* para la presentación de los datos y de los resultados, pues resulta ser el que mejor se adapta para la presentación de los relatos de forma secuencial, organizada y coherente en el orden de aparición en cada categoría y en cada entrevista. Este diseño permite una aproximación más detallada al contexto del fenómeno que se estudia.

De esta forma, desde un punto de vista tópico⁴² se enfoca sobre una temática, suceso o fenómeno de investigación (Mertens, 2005; en Hernández et al, 2010). El diseño narrativo y emergente permite la recopilación de las experiencias de las madres y sus duelos, para ser descritas y analizadas por medio de procesos de inducción crecientes, desde las entrevistas hasta arribar a las conclusiones. Creswell (2005) señala que también es un esquema de la investigación y una forma de intervención. En este sentido, para la Psicología, «contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o

⁴² **No se refiere al modelo tópico del aparato psíquico sino al foco temático a indagar.** «El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”) [...] Para diseñar la guía de tópicos de una entrevista cualitativa semiestructurada es necesario tomar en cuenta aspectos prácticos, éticos y teóricos» (Hernández et al., 2010, pp 420 y 424)

conscientes» (en O. Cit., p. 504). Los elementos claves para el análisis del material narrativo son las experiencias personales del duelo. El marco teórico del diseño guía al investigador para analizar y mostrar la «cadena de sucesos [...] posteriormente la narra bajo su óptica y describe (sobre la base de la evidencia disponible) e identifica categorías y temas emergentes en los datos narrativos» (Hernández et al., 2010, p. 506).

El *análisis de contenido* es un método interpretativo para el análisis de las narrativas que permite la construcción de los datos y de las categorías, puesto que no surgen espontáneamente del material de campo sino que por el uso de los procedimientos y de los procesos de inducción. Este método de análisis soporta la interpretación de los relatos, la articulación teórica y el entrecruzamiento de los datos procedentes del trabajo de campo.

Se identifican las unidades de contenido conforme a los objetivos propuestos y se clasifican los relatos. Los mismos se comparan constantemente para la verificación recíproca entre otros contenidos y para el ajuste de la categoría.

El análisis de los contenidos está dirigido a la comprensión del duelo y sus características, con cada participante. Luego, se analiza cada contenido de experiencia narrada entre sí para identificar la categoría y con los contenidos de las otras entrevistas. El mismo es un análisis de tipo holístico y comparativo. «No es un análisis “paso a paso”, sino que involucra estudiar cada “pieza” de los datos en sí misma y en relación con las demás (“como armar un rompecabezas”)» (Hernández et al, 2010, p. 440). Cada unidad de significado corresponde a una pieza no aislada del resto de la entrevista, sino en relación con las unidades de significado de las otras entrevistas.

Este método analítico-interpretativo no constituye un método lineal, sino que responde a una dinámica de ida y vuelta con las unidades, una revisión y comparación de los datos contruídos, entre sí y con todas las entrevistas. Asimismo, el análisis de contenido hace necesario un movimiento dialéctico en el pensamiento, lo cual permite la articulación de las referencias teóricas, las observaciones, los datos recolectados y la base empírica de los aprendizajes durante el propio trabajo de campo. Los datos que son analizados no son estructurados. Posteriormente, a la comparación constante intrínseca y a la triangulación de datos, los mismos son estructurados para su presentación. Estos procedimientos y procesos simultáneos se realizan hasta alcanzar una comprensión bastante profunda del objeto de nuestro estudio.

Complementariamente, las técnicas apuntan a la comprensión y descripción del contenido de los mensajes e indicadores del material recolectado. Los mismos permiten realizar inferencias de conocimiento por lógica inductiva y relacionarlas con las condiciones de producción y de recepción de tales mensajes (Bardin, 1979; en Souza Minayo, 2009). De

la misma manera, esta investigación se orienta a la búsqueda de sentidos latentes, a través de las observaciones del contexto, de los textos de las entrevistas y de los desarrollos teóricos presentados.

El análisis de los relatos se interpretan en función de los objetivos planteados, los cuales también guían al investigador en el campo y no permiten caer en desviaciones metodológicas durante el desarrollo del estudio. No obstante, la flexibilidad del diseño hace posible la recolección de los datos conforme al contexto singular y personal marcado por cada entrevista (Hernández et al., 2010). En consecuencia, el estudio responde a los criterios de selección de la muestra sobre la población convocada.

4.4 Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación

Morin (2002) considera que la información es materia prima para el conocimiento a integrar. El conocimiento debe ser consultado y revisado nuevamente por el pensamiento, para su organización y para evitar el riesgo de terminar en una acumulación estéril. Nuestros modos de acercarnos al conocimiento hacen al *cómo* se investiga, lo cual «constituye una necesidad cognitiva poner en su contexto un conocimiento en particular y situarlo respecto de un conjunto» (O. Cit., pp. 26-27). Esta ética epistemológica del conocimiento y de los procesos lleva al encuentro de un conocimiento inteligible. Sin dejar de considerar que el objeto de estudio tiene – en este caso – la misma naturaleza que el instrumento (O. Cit.). La misma y desde una perspectiva de conocimiento situado el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas que hacen al mundo visible (Hernández et al., p. 10).

Las observaciones y anotaciones de campo sirvieron como fuentes complementarias a las entrevistas y fundamentaron el guión utilizado para las mismas. Las anotaciones registradas corresponden a las denominadas «descripciones de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados» (Hernández et al., 2010, p. 377). Las observaciones constituyen los antecedentes y la motivación que da lugar a esta tesis, las cuales se realizaron en el contexto de las reuniones del grupo Renacer⁴³. Dichos registros son las bases del conocimiento empírico del fenómeno estudiado, los cuales fueron utilizados para realizar las pautas y tópicos a indagar en las entrevistas.

⁴³ Cabe señalar que estas observaciones se registraron con posterioridad a las reuniones grupales. Esto ha sido en respeto a la voluntad de los padres del grupo y en resguardo de la ética profesional. Tales anotaciones, así como también la experiencia acuñada por la escucha clínica, permitieron elaborar las pautas de las preguntas para las entrevistas de la investigación

Sin lugar a dudas, las *entrevistas* realizadas a las madres en este estudio constituyen el corazón mismo de los datos, el cual concentra la riqueza de la experiencia directa transmitida por ellas como protagonistas. La entrevista semi-estructurada fue la técnica utilizada, cuyo guión estuvo pautado por la conjunción de los objetivos y las dimensiones de análisis. Además, resultó fundamental la flexibilidad del encuadre que permitió una conversación distendida. El clima generado y el encuadre institucional permitieron que las madres se explayaran acerca de las vivencias, sentimientos y emociones. Elementos que se consideran de esencial interés para conocer los afectos y los procesos del duelo que se daban en presencia de la investigadora en el campo. Expresiones de emociones y gestualidad, las cuales fueron materiales de observación que después fueron registradas en las desgrabaciones de las entrevistas. Cabe agregar, que la entrevistadora se constituyó en una testigo privilegiada de los procesos que en el momento ocurrían.

Con las entrevistas semi-estructuradas se buscó indagar los puntos críticos del duelo, sus contradicciones, los sentimientos latentes e indicios de los tiempos que subyacen a estos procesos. La entrevista como técnica de recolección de datos en una investigación cualitativa es flexible y abierta. Es definida como una reunión para intercambiar información entre una persona y otra, donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para obtener una mayor información.

Se realizaron preguntas facilitadoras para la *expresión de sentimientos* conforme a la clasificación de preguntas de entrevista que hace Mertens (2005, en Hernández et al, 2010). Se consideró que este tipo de preguntas conjuntamente a las preguntas abiertas y neutrales contribuyen con el clima de confianza e instaló un buen *rappor*t. La empatía y la persona del entrevistador así como la escucha activa son herramientas técnicas fundamentales en una investigación psicológica, que de no actuar en conjunto, la obtención de los datos son meramente fríos. El clima donde se desarrolla la entrevista es fundamental (O. Cit.)

Luego de la lectura y entrega de copia del consentimiento informado se comenzó con la grabación de audio de la entrevista.

El *guión de entrevista* se basó en los ejes temáticos que indagan los objetivos propuestos. En las entrevistas se abordaron tres niveles de análisis:

- Los significados que fueron atribuyendo las madres al suicidio del hijo/a, así como también las causas que consideraron que incidió en la determinación de quitarse la vida
- La experiencia de vivir un duelo a partir de la muerte de un hijo/a por el suicidio, así

como también las reflexiones sobre sí mismas y su perspectiva de futuro

- Los recursos individuales y colectivos de los que se valen para reducir y/o transitar el impacto de esta pérdida

Algunas de los aspectos de particular interés para el duelo fueron a lo largo del encuentro sin un orden determinado. Se pretendió conocer acerca de:

- ✓ La relación con sus hijos e hijas
- ✓ Las representaciones sociales del suicidio
- ✓ Las percepciones acerca de sí mismas
- ✓ Las perspectivas de futuro
- ✓ Las representaciones de la muerte
- ✓ Los pedidos de ayuda y los abordajes terapéuticos
- ✓ El apoyo familiar y redes de contención social

Se intervino mínimamente y se habilitó a las participantes para que sus discursos fueran guiando el transcurso de las entrevistas. Se propició un clima distendido y confortable para ellas, lo cual fue un aspecto habilitador para narrar sus experiencias. También, se verificó la aparición de las dimensiones a investigar y se intervino para preguntar sobre aquello que no aparecía espontáneamente como producto de asociaciones.

Cabe señalar, que el encuadre institucional fue un elemento facilitador de las entrevistas. Se observó una buena recepción por parte de las participantes con relación a las garantías académico-institucionales para la confidencialidad de la información. El orientador de preguntas pautadas permitió un abordaje del fenómeno de forma creciente en niveles de profundidad sobre las vivencias. Asimismo, se solicitó información adicional sobre las ambigüedades o confusiones encontradas en las respuestas. En este sentido, las preguntas no tuvieron un orden pre-establecido, siguieron el hilo conversacional que marcaron las participantes. En este sentido de libertad para las asociaciones que surgieran *in situ* «el entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y dirección de la entrevista» (O. Cit., p. 480).

4.5 Validez y confiabilidad

En este apartado se presenta la cohesión que representa a los criterios cualitativos de validez y confiabilidad. Estos criterios se respaldan en este estudio, a partir de la repetición y la recurrencia de las categorías, así como también por la saturación teórica de las mismas.

El respaldo para la confiabilidad se describe en el apartado anterior con relación a las técnicas para la recolección de los datos y los instrumentos utilizados. Por otra parte, la triangulación de los datos y fuentes establece una sinergia con los criterios, las cuales fortalecen a la validez, la credibilidad y la dependencia o confiabilidad cualitativa.

La triangulación significa en esta investigación con respecto al problema planteado:

- ✓ Corroborar la convergencia y la correspondencia de los datos
- ✓ Lograr un abordaje integral para la indagación del fenómeno
- ✓ Haber encontrado contradicciones, paradojas y nuevas perspectivas de referencia
- ✓ La obtención de puntos de vista variados, divergentes y distintos del fenómeno

4.5.1 Criterios de validez

De las observaciones se obtuvo la base empírica que fundamentó la presentación del problema de este estudio conjuntamente a las preguntas. Del mismo modo, se utilizaron las anotaciones de las observaciones preliminares y la experiencia desde la clínica del duelo. Asimismo, esta información empírica conjuntamente a la teoría permitió la extracción de las categorías en base a las recurrencias y las convergencias de los datos. Estos fueron contruídos a partir del análisis de contenidos de los relatos de entrevistas.

Se realizó una comparación constante de las unidades y categorías, del mismo modo con la teoría y la triangulación de los datos que le dio consistencia a los datos emergentes de cada categoría.

Los procedimientos que asignan validez a los resultados de una investigación. Se realizó una interpretación de los datos en articulación con el marco teórico-referencial. Este procedimiento se repitió para cada caso. El investigador establece la secuencia de sus acciones sobre el texto de las entrevistas, sintetiza las propiedades que representan a las categorías y sintetiza la integración de las mismas (Stake, 2010).

La investigación para cumplir con el criterio de validez debe cumplir con un cuerpo de datos coherente y capaz de soportar la crítica interna a las lógicas empleadas. Para Souza Minayo (2009) está relacionada con responder a la pregunta: «¿hasta qué punto el investigador logró comprender la lógica interna del grupo estudiado o de los textos analizados?» (p. 305)

Asimismo, la validez como criterio general de una investigación se puede subdividir en: en validez de contenido, empírica y de constructo (López-Alonso, 2006). Sobre la validez de los constructos teóricos arribados, en esta investigación se co-relaciona con las síntesis complejas de las categorías y los temas que representan los enunciados de las conclusiones finales. Este criterio de validez de constructo se define como aquel que

conduce al investigador a preguntarse constantemente y a postular varias clases y grados de relaciones conceptuales e hipotéticas. Para este autor se debe demostrar que «estas relaciones realmente existen en los hechos y están bien fundadas en la teoría» (O. Cit., p. 179). En base a este criterio, los procedimientos de abordaje y el análisis de contenido fueron detallados al principio del capítulo, así como también se pueden observar las lógicas utilizadas para la presentación de datos y resultados. Del mismo modo, en las conclusiones más adelante.

4.5.2 Criterios de credibilidad

Este criterio corresponde a afianzar la validez de una investigación. La credibilidad refiere a la finalidad de reducir al mínimo los sesgos de ambas partes. «Se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes» (Hernández et al, 2010, p. 475). La credibilidad es un concepto metodológico que evidencia la capacidad de abstraer y comunicar a través del lenguaje y la producción escrita el punto de vista de los participantes en una investigación. Del mismo modo, refiere a la correspondencia entre el problema y aquello que el investigador plasma. En este caso acerca de cómo dicen sentirse las participantes.

Una de las recomendaciones ético-metodológicas planteadas para toda investigación se refiere a que tanto el investigador como los participantes se influyen mutuamente (Coleman y Unrau, 2005; citado en Hernández et al, 2010). Se puede afirmar que la investigación cumple con la vigilancia sistemática y el diálogo crítico a la que fueron sometidos los contenidos y los procedimientos de análisis.

La credibilidad es propuesta por Souza-Minayo (2009) como criterio de objetivación. En este sentido indica que para Popper (1973) «la objetividad de los enunciados científicos reside en el hecho que puedan ser intersubjetivamente sometidos a tests» (en Op. Cit., p.202).

Hernández et al. (2010) plantea algunas preguntas para cuestionar y eliminar las amenazas posibles: «¿Hemos recogido, comprendido y transmitido en profundidad y con amplitud los significados, vivencias y conceptos de los participantes?» (p. 475)

Este criterio respalda al estudio de casos que proponemos desde el lugar dado a la organización del trabajo de campo:

- ✓ Las observaciones preliminares
- ✓ El encuadre de la investigación para la participación de las madres desde la llamada telefónica
- ✓ El consentimiento informado

- ✓ El contexto ofrecido y elegido para las entrevistas
- ✓ El espacio dado para el intercambio de la experiencia luego de la entrevista que enriquecieron las observaciones
- ✓ El análisis comparativo constante de los contenidos y las síntesis sucesivas para los resultados
- ✓ La perspectiva dialógica de los datos con los antecedentes, las observaciones, el marco teórico y los contenidos capturados en las categorías, la codificación y las síntesis de las categorías. Finalmente, cada uno de estos procesos se basó en la dialógica propuesta por la triangulación en los estudios cualitativos, el diálogo analítico con los antecedentes y fundamentos teóricos, ha sostenido, construido y comprobado la fortaleza de las categorías emergentes.

4.5.3 Criterio de dependencia o confiabilidad cualitativa

Este criterio admite varias denominaciones. Guba y Lincoln (1989) lo denominan *consistencia lógica*. Franklin y Ballau (2005) la definen como la estabilidad en el proceso y grado en que los investigadores se implican en la recolección de los datos y su apego al método, lo cual hace replicable el estudio.

Para Creswell (2009) es «la *consistencia de los resultados*». Sin embargo, Hernández y Mendoza (2008) consideran que los datos deben ser revisados por distintos investigadores y deben concluir con interpretaciones similares y coherentes (en Hernández et al., 2010). Lo que haría a una investigación confiable y consistente.

Coleman y Unrau (2005) señalan que para alcanzar la *dependencia lógica*, debe evitarse la interferencia de las creencias y opiniones del investigador en la sistematización e interpretaciones de los datos. Del mismo modo, no se deben extraer conclusiones antes de que todos los datos sean considerados y analizados (Hernández et al., 2010).

Los temas o subcategorías son las unidades de análisis depuradas, que surgieron casi naturalmente por decantación y por los procedimientos del método. Se considera al “tema” como la categoría emergente de significados, la cual otorga consistencia a los resultados obtenidos. El tema es una unidad mayor de análisis que concentra a las unidades de significados que se desprenden de las categorías. Unrug (1974) define a este constructo metodológico como «la unidad de significación compleja de extensión variable, su validez no es de orden lingüística, sino antes de orden psicológica» (Unrug, 1974; citado por Souza-Minayo, 1997, p. 175)

La dependencia lógica como criterio es un proceso de explicación de los procedimientos que hace coherente a una investigación cualitativa. En este sentido deben existir relaciones de correspondencia, desde las unidades de significado o análisis hasta los resultados. En este estudio se procedió a explicar las razones teóricas y metodológicas para la selección de las unidades de análisis, las cuales conformaron las categorías y los temas. Por consiguiente, existe correspondencia entre los conceptos enunciados con las narrativas de las participantes.

4.6 Consideraciones éticas

Los aspectos éticos son inherentes a esta investigación, cuya población es el testigo vivo del fenómeno a estudiar. El proyecto de esta tesis fue avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología el 7 de agosto de 2013, conforme al marco legal que regula la Investigación con seres humanos.

En este sentido se elaboró el Consentimiento Informado. Antes de comenzar cada entrevista se dio lectura previa del mismo en voz alta y se les preguntó por segunda vez si estaban de acuerdo con prestarse a participar del presente estudio. Se compartió con ellas los objetivos de la investigación, las vías de contacto con la responsable del estudio en caso de necesitar orientación, así como también los servicios de asistencia psicológica institucionales, con los que cuenta la Facultad de Psicología y la Universidad de la República.

El marco legal vigente en la materia indica que el Consentimiento Informado (CI) es un documento de la Investigación diseñado a partir de la legislación que regula y controla la investigación con seres humanos. La ley 18.331 (2008) «Protección de Datos Personales y acción de Habeas Data» fue reglamentada por los Decretos del Poder Ejecutivo CM 515/08 y 414/09. Esta legislación toma como base a los principios bioéticos proclamados por la UNESCO (2005), que rigen estas interacciones: Dignidad Humanas y DDHH, Beneficios y efectos nocivos, Autonomía, Consentimiento, Respeto por la Vulnerabilidad Humana, Privacidad y Confidencialidad, Igualdad, Justicia y Equidad, entre otros específicos.

Se siguieron las recomendaciones éticas con las participantes, conforme al siguiente detalle:

- ✓ Lectura en voz alta del CI y entrega de copia-papel a cada participante, para su consideración. Se explicitaron los objetivos de la investigación, del mismo modo con el propósito de contar con su colaboración para lograrlos. De igual forma, se aclaró que habría una instancia de devolución de los resultados.
- ✓ El documento leído tenía validez desde el momento en que contara con su firma para autorizar su participación en el estudio. Se hizo énfasis en sus derechos a retirarse

de la investigación en cualquier momento si así lo deseara, sin perjuicio alguno para su persona.

- ✓ Se les brindó el acceso a toda la información que fuera necesaria, así como también para la disponibilidad de la investigadora para la evacuación de consultas. Se explicó verbalmente en qué consistiría la instancia pautada de entrevista, del mismo modo con los posibles riesgos y beneficios que pudieran existir para ellas
- ✓ Contaron con las vías de contacto con la responsable de la investigación ante cualquier eventualidad, lo cual fue desde el inicio del contacto telefónico y después del encuentro. Asimismo se facilitaron las vías de contacto para recibir atención psicológica en caso de requerirlo, sin costo alguno para ellas. Los servicios ofrecidos entraron en el marco de los Servicios de Extensión y de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología (CIC-P, Unidades docentes en Hospitales entre otros). Del mismo modo, se informó acerca de las posibilidades de atención con especialistas médicos.
- ✓ Se ponderó la relación riesgo-beneficio para las participantes. Se hizo énfasis en que durante las entrevistas podrían sentirse movilizadas en sus afectos y emociones, por causa de la rememoración de los hechos. De la misma manera se les informó del beneficio de contar con un interlocutor válido para sus relatos, quien les daría contención en caso de ser necesario. Asimismo, en el CI se indicaba que en caso de sentirse angustiadas y no poder tolerarlo, la entrevista sería interrumpida. El espacio de encuentro dado por la entrevista circunstancialmente configuró un espacio terapéutico.

Cabe indicar, que con posterioridad a cada encuentro y luego de dar por concluida la entrevista se abrió un espacio de aproximadamente 45 minutos, en el cual se les preguntó cómo se habían sentido, si querían compartir algo más acerca de la investigación, si querían realizar preguntas. Lo cual fue percibido desde la primera entrevista como algo necesario de instrumentar.

- ✓ Se configuró un buen rapport y se logró establecer un clima de confianza y respeto, lo cual volvió en reciprocidad hacia mi persona. A pesar de la asimetría temporal dada por el contexto del encuentro, en cuanto a relaciones de poder-saber, la situación fue salvada por la horizontalidad establecida en la comunicación.
- ✓ Se les garantizó la confidencialidad sobre la información y el uso de los datos, a partir de la codificación del material y el acceso al mismo, lo cual estaba restringido y circunscripto a la responsable de la investigación y la Directora(s) de Tesis.
- ✓ Se instaló un procedimiento de vigilancia ética sobre el resguardo de los datos durante todo el proceso de la investigación y escritura de la tesis.

Se prestó especial cuidado de no asumir el rol de psicóloga durante todo el desarrollo de la investigación con las participantes, a excepción de cuando fuera consultada, lo cual no ocurrió. Todas las participantes dijeron sentirse gratificadas de poder colaborar con esta investigación y de poder ayudar a otros con sus aportes. Se considera que se logró un empoderamiento de las participantes para con esta investigación.

4.7 Presentación de los Datos

4.7.1 Fase uno: Codificación

La codificación es el procedimiento de conectar datos, cuestiones, fuentes de datos, lo cual configura un sistema de ordenamiento de la información. Para (Denzin y Lincoln, 2014, Vol. 3) representa poder aprender lo suficiente del caso para encapsular significados complejos; como el abordaje inicial sobre del material recabado, las observaciones preliminares y las entrevistas.

La codificación es la parte inicial de todo estudio cualitativo. Este procedimiento no concluye hasta finalizar con todas las etapas del análisis y no alcanzar la saturación de las categorías. Asimismo, el método de codificar implica la comparación constante unidad con unidad y así sucesivamente, con las categorías de una y otras entrevistas. Esto aporta validez interna a la investigación, pues fue un procedimiento constante y sostenido.

Este estudio de casos aborda la elaboración de los duelos de las madres de hijos que murieron por causa del suicidio. Este duelo ha sido escasamente abordado en sus efectos sobre la subjetividad de las sobrevivientes. Delimitar claramente las etapas de inicio y fin en la construcción de los datos no fue algo que pudo definirse previamente.

Al respecto Denzin y Lincoln (2014, Vol. 3) señalan sobre este tipo de estudios, que «documentar lo inusual y lo común lleva mucho tiempo: para planificarlo, lograr acceso, reunir datos, elaborar análisis y escribirlo» (p. 174). Del mismo modo señalan que las etapas de análisis no pueden establecerse *a priori* (O. Cit.).

En un principio, las unidades de significados fueron clasificadas con un código mayor correspondiente a cada uno de los niveles de análisis propuestos por objetivo. La agrupación de los significados, del mismo modo que la coherencia recíproca por repetición confirmó la identificación inicial del código. Las *unidades de análisis*⁴⁴ se agrupan conforma a significados comunes seleccionados dentro de cada código y luego reagrupados en

⁴⁴ Las unidades de análisis equivalen a los fragmentos de entrevista que traducen significados y luego otorgan entidad a la emergencia de una o más categorías, en una y en todas las entrevistas.

categorías. La codificación inicial es abierta y es una combinación dialéctica que se propone sobre las dimensiones de análisis propuestas. Luego de esta agrupación inicial se realizó una secundaria o selectiva, de la cual emergieron los temas representantes de cada categoría.

La codificación es producto y resultado de los procesos inductivos sobre las recurrencias halladas. La misma es una codificación flexible, constante y comparativa. La codificación no persigue una secuencialidad lineal y se adapta a las circunstancias del contexto (Hernández et al., 2010).

La codificación es el multi-proceso inicial que permite la discriminación y separación de las unidades de significado, lo cual constituye una aproximación primaria a las teorías que se irán mostrando después.

Complementariamente, se procede simultáneamente con la codificación por niveles ascendentes de síntesis. En la misma línea, Denzin y Lincoln (2013, Vol. 3) proponen ampliar los criterios empíricos para la detección del punto de saturación teórica, a la cual denominan «suficiencia interpretativa» (Denzin, 1989; Christian, 2000, en O. Cit.)

4.8 Fase dos: análisis del trabajo de campo

4.8.1 Dimensiones de análisis y categorización

Esta segunda fase corresponde a la inmersión exploratoria del material luego de la codificación inicial, lo cual dijimos creó a las categorías. Implica analizar el material nuevamente para encontrar los significados más representativos, lo cual consiste en realizar operaciones de clasificación que encaminaron tramo a tramo hasta alcanzar el núcleo de comprensión del fenómeno; los duelos y sus características.

La categorización permitió reducir el texto agrupado a palabras significativas y luego a expresiones, lo cual constituyó una concentración de sentidos que permitió al final la elaboración de enunciados. La elección de categorías permitió un abordaje con densidad en la construcción de teorías (Souza Minayo, 2009).

Asimismo, «las categorías son “temas” de información básica identificados en los datos para entender el proceso o fenómeno al que hacen referencia» (Hernández et al, 2010, p. 495). Anteriormente, los datos que surgieron de la codificación fueron reagrupados, se construyeron otros sentidos que significaron a las categorías del estudio. Las mismas son constructos teóricos emergentes, hechos relevantes e ideas con significados definidos por las propias palabras de las participantes. (O. Cit.).

Seguidamente, se clasificaron los contenidos en diferentes categorías. Cabe agregar, que los procesos de codificación y de categorización fueron simultáneos y alternantes durante todas las fases del análisis. Estos requirieron de un trabajo reflexivo, interpretativo y observacional para entender el grueso del material en la fase inicial.

«El investigador está comprometido a ponderar las impresiones, deliberando acerca de los recuerdos y registros, pero no necesariamente siguiendo las conceptualizaciones de los teóricos» (Carr y Kemmis, 1986; citado por Denzin y Lincoln, 2013, Vol. 3). Se profundizó sobre los significados encontrados en la teoría dentro del contexto de las experiencias narradas, lo cual repercutió en un mejor entendimiento y acercamiento al problema de la investigación.

De la misma manera, las unidades de análisis fueron re-estructuradas para su presentación, nuevamente a partir del análisis de contenidos. Sobre esta epistemología dialéctica en la creación del conocimiento, Glaser (2002) dice que «nuestras categorías conceptuales surgen a través de nuestras interpretaciones *de* los datos, en lugar *de* emanar de ellos o de nuestras prácticas metodológicas (citado por Denzin y Lincoln, 2013, Vol. 3, p. 276).

A partir de los tres objetivos específicos planteados se diagramó el estudio sobre el abordaje de estas dimensiones de análisis. La conjunción y articulación de la teoría con la experiencia clínica en la escucha de narraciones guió el trabajo de campo y los procesos de análisis progresivos.

Conforme se avanzó en la extracción de las unidades de las entrevistas con comparación inicial, la codificación abierta y las sucesivas agrupaciones en categorías. Contrariamente, a medida que se avanzó en la muestra con las entrevistas disminuyó la generación de nuevas categorías. El proceso de asignación de unidades a las categorías determinó que la muestra final del estudio se conformara con seis participantes. En consecuencia a medida de los avances se fueron estableciendo teorías intermedias e hipótesis explicativas para cada categoría.

- Las dimensiones de análisis representadas en las categorías son:
 - ✓ Factores desencadenantes del suicidio
 - ✓ La experiencia subjetiva de atravesar el duelo por el suicidio del hijo/a o hija
 - ✓ Recursos psicosociales para el afrontamiento de la pérdida

Los datos que se presentan surgen de los procesos inductivos sobre el material primario recolectado. Los mismos son síntesis de unidades de significados descriptores y

concentrados en categorías. Se utiliza el diseño de exposición narrativa de Creswell (2005, en Hernández et al, 2010).

Se seleccionaron para su presentación aquellas recurrencias más representativas de las unidades de significados de cada categoría. Para ello, hubo de acudir nuevamente a la teoría, pero para dar fundamento y soporte conceptual a las categorías. Cada una de las categorías, cuyos datos representan, está precedida por un breve marco teórico dentro de la exposición metodológica del diseño. Lo cual es un aporte y decisión metodológica para su comprensión y mejor

4.9 Fase tres: Construcción de los datos⁴⁵

Tal como se planteó en la fundamentación metodológica las fuentes preliminares de información válida para el estudio provinieron de los registros y de la experiencia clínica de la responsable de la investigación. Seguidamente, las observaciones *in situ* en el contexto de las entrevistas, la construcción de fundamentos teóricos específicos que dan soporte a las categorías emergentes y a los hallazgos.

Todos los datos que se presentan son conceptos contruídos y concentran síntesis y articulaciones entre: el marco teórico principal y específico, el conocimiento basado en la experiencia clínica y los significados que por repetición identifican a cada uno de los temas y categorías. Asimismo, con los niveles de análisis indagados.

4.9.1 Significados atribuidos al suicidio del hijo/a

➤ Factores desencadenantes en el contexto de los suicidios

Esta dimensión se construyó con el objetivo de dar cuenta de los significados singulares que estas madres atribuyeron al suicidio. Cabe aclarar, que el concepto de significados en esta etapa de presentación de los datos corresponden a referentes lingüísticos tales como definiciones, ideologías y estereotipos, los cuales van más allá de la conducta, que se describen e interpretan (Lofland et al, 2005 citado por Hernández et al, 2010). Sin preguntar directamente sobre las causas del suicidio, se encontró que en todas

⁴⁵ **Bitácora del análisis de los datos:** todos los fragmentos presentados mantienen el orden secuencial en el que aparecieron en las entrevistas, de ahora en adelante. De la misma manera se realiza la selección para representar la unidad de análisis (párrafo original del texto de entrevista). Decisión que fue tomada para ilustrar a la categoría. Los mismos permiten dar cuenta de los temas y categoría, los cuales permitirán comprender a los casos del estudio. IBIDEM de aquí en adelante. **E1, E2,...** corresponde a la entrevista número 1, 2 y así sucesivamente. Los números después de la coma corresponden al número de fragmento de la unidad en la codificación inicial.

las entrevistas surgieron espontáneamente relatos secuenciales acerca del mismo, con relación a cómo sucedió el suicidio (episodio) y cómo lo enfrentaron ellas.

Los factores desencadenantes del suicidio emergen como tema de la categoría mayor que encabeza este apartado. Este nivel de análisis representa uno de los conceptos claves exploratorios del primer objetivo propuesto en este estudio de casos.

Los factores surgieron de la comparación constante de las unidades, los cuales corresponden a interpretaciones teóricas de las narrativas sobre el tema que se presenta. Representan en un tema aquellos significados que se dependen de los relatos, los cuales son las percepciones que las madres trajeron.

Amerita ser considerado un tema (dato) debido a la presencia repetida en las unidades analizadas. Esto marcó una tendencia y una preponderancia de estos aspectos que se habrían combinado en la determinación del suicidio, conforme a lo narrado por ellas

➤ De los factores de riesgo que aparecieron como causantes del suicidio encontrados en las entrevistas, surgieron los siguientes temas o subcategorías:

- ✓ Síntomas de depresión y angustia
- ✓ Ausencia y abandono por identificación parental
- ✓ Historias de suicidio familiar
- ✓ Relaciones con presencia de violencia

➤ **Breves fundamentaciones teórico-clínicas de la categoría**

- ✓ Con relación a los síntomas de depresión:

Dada la particularidad de la pérdida en estos duelos resulta importante consignar que la muerte de un hijo/a por suicidio configura un acto violento contra sí mismo. En la línea de la violencia del acto existen repercusiones insoslayables para las madres. En la ilación temporal de los relatos se encontraron contratiempos al narrar algunos hechos. Los mismos se observaron en: el lagrimeo, los silencios, los olvidos y los vacíos de memoria.

Benyakar y Lezica encuentran que:

El enorme impacto que muchas veces produce un evento disruptivo puede teñir la cualidad de la experiencia, centrar la operatoria en lo fáctico entraña el riesgo de dejar de lado en modo particular en que se despliegan las vivencias de un sujeto (2004, Vol. 1, p.59).

La pérdida de un hijo/a hace no se puede analizar solamente desde lo fáctico, pues el objetivo general de la investigación pretende conocer las vivencias que subyacen a esta experiencias, del mismo modo con la expresión de las emociones y sentimientos al momento de ser entrevistadas, como testigo privilegiada.

En el inicio de cada entrevista fue llamativo el tiempo utilizado (aproximadamente unos 60 minutos) para contar como fue que sucedió el suicidio y cuáles fueron las causas que llevaron a sus hijos/as a querer quitarse la vida. Explicaron detalles respecto a cómo se sintieron en aquellos momentos. Al evocar estos episodios aparecieron múltiples expresiones relacionadas con las vivencias, con la transmisión de la experiencia y con dificultades para recordar.

En estos relatos aparecieron en escena los afectos actuales, los desencadenantes de lo acaecido (suicidio), las vivencias relacionadas directamente con el hecho y con el pasado anterior al mismo. Dichas combinaciones otorgaron al análisis singularidades con relación al tiempo y temporalidad inconscientes. En las situaciones traumáticas existe un entrecruzamiento relacional, entre «la experiencia (en su doble vertiente, fáctica y vivencial) y la conciencia (en su doble faz, externa y endopsíquica)» (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1, p. 58).

Se considera que lo consciente del hecho adquirió un carácter difuso para la conciencia con afectación de los recuerdos. Los relatos de las madres se centraron sobre lo fáctico más que sobre la propia vivencia⁴⁶(O. Cit.). De esta relación (fáctico y vivencia) y del análisis de las unidades significadas se entrelazaron lo sucedido (carácter fáctico) con los significados adjudicados y los afectos actuales.

En este tema de la primera dimensión de análisis se hallan significados consolidados con relación al suicidio de sus hijos/as. Los mismos se relacionan con los factores de riesgo suicida clasificados por la OMS (2014), como la depresión con: síntomas de ansiedad, de angustia, de irritabilidad y la presencia de humor depresivo. En el mismo sentido, se encontró que hubo pérdidas de seres queridos o sufrimiento con relación a uno/ambos padres. Además, las madres expresaron que hubo incidentes de violencia de diferente tenor, a nivel intrafamiliar con sus hijos/as y respecto a sus parejas.

⁴⁶ Se considera vivencia al estado afectivo que no puede ser expresada por la persona en un tiempo pasado. Estas situaciones se encuentran en las personas que han padecido un trauma o daño psicológico (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1)

Para comprender la presencia de esta categoría se vuelve a tomar el concepto de introducto y vacío traumático (Benyakar y Lezica, 2005), como factores que precipitan por la persistencia activa en el psiquismo la culminación de un proceso doloroso en un acto letal.

Se define introducto como aquello que el psiquismo incorpora a la fuerza, el cual permanece como un cuerpo extraño incrustado en el psiquismo a través de una imposición definida como *internalización forzada*. La misma refiere a «la imposición de lo externo sobre el psiquismo, caracterizándose por su efecto desubjetivante: el sujeto se convierte en objeto pasivamente percipiente de una realidad que lo avasalla» (Benyakar y Lezica, 2005, p. 113).

El introducto tiene efectos sobre la significación psíquica o subjetivación de la experiencia, afecta la capacidad de mantener un vínculo con el mundo externo, la posibilidad de articular afecto y representación y una adecuada metabolización psíquica con la inclusión de un registro mnémico articulado. (O. cit, 2005)

✓ **Con relación al abandono y/o ausencia de la figura parental como seguridad y protección**

El abandono y/o ausencia de la protección de los padres o quienes cumplieron tal función para con los hijos/as constituyen experiencias avasallantes para su psiquismo, lo cual pareció conformar una realidad que les desbordó. El trauma o introducto (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1), es un agente externo estresor que impone una situación que obliga a un doble movimiento en el psiquismo; la necesidad de inscribir en la memoria y el procesamiento de lo traumático. Como consecuencia, el desvalimiento y el desamparo fue una situación de vida vivida por los hijo/as. Estas vivencias aparecieron directamente con relación a las expectativas amorosas truncadas, a la falta de confianza en sí mismos y en las demás personas. Estos aspectos fueron conclusiones aportadas por las propias madres.

Estas situaciones sostenidas en el tiempo produjeron un desequilibrio psíquico en los hijos/as, como una vivencia traumática de un dolor sin palabras, una *vivencia de vacío traumático*, la cual difiere de las reacciones depresivas. Es «la extraña sensación de un sujeto aturdido por una vivencia que se le impone y lo obliga a una constante actividad psíquica reparatoria [...] la sensación de tener un agujero en la trama vivencial que no ha podido ser elaborada» (O. Cit., p. 116).

Las madres descubrieron sobre sus hijos/as que estaban desesperados antes de suicidarse y tenían una visión oscura del mundo. Los hijos e hijas – relatan las madres – pudieron darse cuenta de que algo estaba mal consigo mismos.

A nivel de la conciencia, la vivencia de vacío “traumático” es como un agujero en la propia historia. Las dificultades que conlleva procesar una situación y vivencia traumáticas,

son experimentadas como un vacío también traumático. «De esta forma se gesta una huella mnémica que actuará como marca de la falla en el proceso representacional [...] de que algo no ha tenido lugar, de que la inscripción de la vivencia ha quedado impedida» (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1, p. 117).

✓ **Con relación a la existencia de violencia en los vínculos familiares**

La violencia física familiar es concebida como toda acción que conlleva una agresión intencional que una persona ejerce sobre otro u otros del grupo familiar. La violencia verbal es toda expresión que constituye un insulto o agravio hacia otra persona. La violencia psicológica son consideradas aquellas acciones que exceden la capacidad de respuesta de las personas, configuran factores estresores y distorsionan una realidad para poder ser asimilada.

La madre o quien cumpla esta función de cuidados es quien inaugura desde el inicio de la vida un discurso que opera sobre la psiquis del *infans* (hijo/a), debido a que «lleva la doble marca responsable de la violencia que él va a operar [...] una violencia primaria que designa lo que en el campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación del espacio» (Aulagnier, 1997, p. 34). En la misma línea, para la psiquis del bebé es un requisito y un trabajo para la integración del yo. La función del yo así como la psiquis de la madre opera como una *prótesis vital* que se le impone al hijo/a.

La violencia emergente como tema de la categoría en la investigación suscribe más al concepto de *violencia secundaria*. Es un tipo de violencia que somete al psiquismo y representa «un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento yo». (O. Cit., p. 34). Sin embargo, si bien esta violencia proviene de otros y de agentes externos al sujeto, la misma tiene su predecesora en la violencia primaria, aquella del encuentro entre madre-hijo/a. Este encuentro de espacios instala un orden gobernado por los enunciados maternos, a través de las estructuras lingüísticas y del sistema de parentesco. Además, organiza los dos espacios psíquicos, el de la madre y el del hijo/a.

Mientras que la violencia primaria de la madre es un agente para la constitución del yo, la secundaria es una violencia ejercida contra el yo del sujeto, de la persona.

A. Identificación de los síntomas de depresión:

Ahí se veía un problema de la autoestima en el tema de no reconocer todo lo que sabía [...] pero nunca pensé que iba a tomar esa determinación [...] empezó con una contradicción porque estaba con una ansiedad tremenda, no tenía la medicación para bajarle la ansiedad, tenía el antidepresivo [...] si vamos a ver ella falleció por un

suicidio sí, pero falleció también por una enfermedad porque esa depresión que es una enfermedad fue lo que la llevó al suicidio **(E1, 7, 33)**

«Entendí el dejó de sufrir y entendí que él se suicidó porque no quería la vida que vivía, él no estaba de acuerdo con la vida que estaba llevando y no podía salir. Ya estaba tan metido en eso que no podía salir, entonces, optó por suicidarse» **(E3, 17)**

Accedió a que lo viera un psiquiatra donde yo trabajo y bueno. Lo vio y sí, lo vio en un estado depresivo, pero... nada excesivamente llamativo. Quizás yo sí lo notaba más, lo conocía muchísimo a L y sabía que algo no estaba bien [...] Entonces, toma esa alternativa, que la tenemos todos a mano, es hacerlo o no hacerlo. Pero sí, es en parte es escaparse. Y escapar del dolor, en realidad, porque yo pienso que se hace porque se sufre mucho, quizás lo vi más claro en L **(E4, 18, 53)**

Llegó un momento que ella no me quiso ver, dos años antes de matarse, no me quería ver, porque yo no sabía que ella estaba enferma **(E5, 1)**

Yo lo veía últimamente nervioso y aquella cara llena, llena, que los médicos le decían que era el estrés que se le manifestaba en esa cantidad de granos, él tiene que haber sufrido enormemente **(E6, 47)**

B. La identificación de la hija/o a partir de la ausencia parental. Se encontraron las siguientes referencias al vacío traumático:

Él se separó se divorció de sus propias hijas, y ahí sí viste es como un golpe para las dos, porque es pensar que después de un tiempo no enseguida de la separación, después sufrió mucho, después es sentir el abandono [...] jella sufría mucho por eso!, porque yo creo que lo asociaba a que había sido abandonada y qué, esto lo descubrí después de que sucedieron todas estas cosa **(E1, 3, 4)**

Pero la relación con el padre no estaba bien. En principio, cuando nosotros nos separamos, que parecíamos muy civilizados, una pareja muy civilizada separándose. Pero no fue así, no fue civilizado nada, fue muy complejo y sin duda, todo eso a L le dolió mucho [...] L decía que yo nunca había dejado de querer a su padre, y que por qué no rehacía mi vida [...] **(E4, 21, 29)**

Se quedó con toda la ropa del padre, las camisas, todo, todo, todo. Quiere decir que ella lo odiaba, pero al final, no **(E5, 22)**

C. La presencia del suicidio como antecedente en la historia familiar, así como el suicidio de una persona cercana afectivamente al hijo/a o hija

Las madres refieren a estos hechos en la entrevista:

Él tuvo un suicidio de una amiga que fue novia de él cuando era jovencito, y creo que habrá sido su segunda novia, a los 17 años, Mara se suicidó, se ahorcó, sin dejar respuesta de nada **(E2, 5)**

Porque esto de la autoeliminación se llevaba en los genes, era hereditaria y mirando los casos de los míos, me inclino a creer que sí, que tiene que ver algo con los genes y con que sea hereditario. Mirando, la parte de mi familia no conozco a nadie, a nadie, es más, pero mirando la familia del padre, cerca de 16 ya se suicidaron **(E3, 14)**

No sé qué es eso otro que pudo traer L, porque uno ve siempre a la familia; en ninguna de las dos familias, ni la del papá ni la mía, hay historias de suicidio **(E4, 23)**

D. La violencia intra-familiar en diversas manifestaciones

Las madres manifestaron directamente e indirectamente que sus hijos/as mantenían relaciones donde estaba presente la violencia. Otras madres no hacen mención a la violencia de forma explícita aunque si se refieren a ella de manera indirecta. Para ellas, la presencia de violencia fue una de las causas que condujo a sus hijos/as al suicidio.

La violencia se identificó bajo forma de padecimiento directo o por ser espectador de actos de violencia contra otros integrantes del grupo familiar, léase violencia física como psicológica. La misma aparece en los siguientes relatos:

Un día tuvimos una pelea terrible con A allá en XLP porque yo veo cómo habló con él. Le digo: no le hables, no hagas así [...] esto ya necesitamos una terapia de familia porque esto ya es una locura, este hombre no puede hablarle así al otro porque no viene [...] Yo pienso que el problema más grande de M era el tema más visible, no más grande, más visible, era los enfrentamientos con el padre **(E2, 15, 26)**

Esos días ellos pasaban mal porque el padre les pegaba, los ponía en penitencia, o por algo X pasaban mal. Sólo que nunca hablaban, nunca me dijeron nada. Dijeron cuando explotaron, allá, un día, y cuando empezaron a decir todo las cosas que habían pasado, que les pegaba con un cable, que esto, que aquello, dije: no. Agarrás tus cosas y te vas y listo [...] sintieron mucho alivio, y S, sobre todo, sintió muchísimo alivio porque S era el que protegía todo [...] E incluso, me protegía a mí, porque él me decía después: mamá, si venías en el momento que él nos estuviera pegando, a vos también te iba a pegar **(E3, 5)**

Lo que yo sentí encontrando a L y en determinado momento, dije: uy, hizo esto justo ahora porque no estaba el padre y pudo hacerlo no estando el padre presente, porque él se sintió siempre muy criticado por el papá [...] pero en un futuro, hay que dejar pasar un tiempo, L tendría que volver a transitar un tratamiento, pero yo sugiero que sea con un hombre, porque los mayores líos de L, están más vinculados al padre» **(E4, 24, 36)**

Mi vida también fue conflictuada [...] Bueno, mis hijos, desde un principio, los cuatro, vivieron el problema de alcoholismo de mi marido, horriblemente alcohólico [...] Pero después, claro, ahí ya estaba D y sufrió todo eso **(E5, 6)**

No se me borra la cara de él de ese momento, porque él, del estrés tan grande que tenía, se le había llenado la cara de granos que no lo podía combatir con nada, pero era estrés y mortificación lo que tenía. Después nos dimos cuenta que la presión que le hacía su señora [...] Y mi marido le dijo algo, que a mí me dolió mucho, y que no se lo tenía que haber dicho. Yo sé que él se equivocó, pero estaba a tiempo, incluso, de volverse atrás y reparar la equivocación que había hecho. Le dijo: bueno, entonces, yo tuve un hijo/a [...] Pero hoy pienso, el dolor que se debe haber llevado mi hijo y lo que debe haber sufrido al lado de esa mujer, fue lo que lo llevó. Él prefirió quitarse la vida, primero, para encontrar la paz que buscaba y no encontraba y antes que pelear y avergonzarse ante los suyos peleando algo que él sabía que no era así, porque ella se lo exigía, prefirió quitarse la vida **(E6, 17, 20, 29)**

4.9.2 Las experiencias del duelo a partir del suicidio de un hijo/a

La primera subcategoría o tema que representa esta dimensión de análisis es el sentimiento de culpa.

➤ Breves fundamentaciones teórico-clínicas de la categoría

✓ Con relación al sentimiento de culpa

Se encontró en todos los relatos de las madres. El mismo surge relacionado a la responsabilidad del cuidado de la vida de los hijos e hijas. Para Grinberg (1970) la separación del bien y del mal es una distinción heredada de la ética griega. Sobre esta culpa recae la equiparación del bien con lo verdadero y el mal con la falsedad. Su enlace con la moral apareció a partir de los valores que dan cuentas las conductas de los hombres (O.

Cit.) La representación de la culpa como un afecto vinculado al dualismo del bien y del mal y relacionado con la moral.

Sin embargo, Racker pregunta por qué se reprime lo bueno, afirma que «el sentimiento de culpa crea la necesidad de castigo» (citado por Grinberg, 1970, p. 47). No obstante, la misma necesidad de castigo mantiene e intensifica dicha culpa. En el mismo sentido, la bondad aparece como el deseo de defender el sentimiento de culpa, a causa de que el choque entre la bondad y la maldad crea el dolor donde anida el sentimiento de culpa, el cual fue encontrado en las unidades de análisis extractadas. Sobre la tensión entre el bien y el mal, Grinberg concluye que: «nos sentimos malos y alejamos de nuestra conciencia la percepción de que somos también buenos por necesidad de castigo» (1970, p. 47)

✓ **Con relación a la herida narcisista del duelo**

La herida narcisista es un concepto clave que orientó la conformación de la categoría. Esta herida es algo vivido por las personas como una fractura interna en el yo, quien es el guardián de la unidad narcisista. Esta herida resta capacidades respecto a la autonomía lograda hasta ese momento (Green, 1986).

La herida narcisista se considera que es la resultante en estas pérdidas, pues el trauma o introducto es parte de un sistema complejo mayor, del complejo traumático. El introducto es la muerte que causa el dolor de esa herida. Se identificó y se confirma de acuerdo a los conceptos de Benyakar y Lezica (2004, Vol. 1), que el trauma se relaciona con tres vertientes: un elemento fáctico disruptivo que impacta sobre el psiquismo (la muerte del hijo/a), el desencadenamiento de una experiencia traumática (vivencia a partir de la pérdida) y la angustia automática. Estos tres factores en interacción conjugan la des-articulación del afecto y la representación de la pérdida. Lo que queda por fuera, el exceso que queda por fuera, lo cual no puede ser significado, pues hay una exigencia de trabajo psíquico para entamar aquello que afecta al aparato psíquico. (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1)

La herida narcisista es la consecuencia de un exceso, de una violencia fáctica bajo la forma de un introducto persistente que se le impone al psiquismo (yo del sujeto), lo cual excede la capacidad de comprensión porque es una violencia fáctica real. Es el suicidio de un hijo.

«Esta vivencia, a su vez, desencadenará otra: la vivencia de desvalimiento en la que el sujeto percibe su propia incapacidad de elaborar el suceso disruptivo» (O. Cit., p. 121). Por añadidura al funcionamiento psíquico, la vivencia de desamparo es un estado de impotencia psíquica frente a la necesidad de integrar esa muerte traumática.

Para estos autores, «los escombros que sepultaban el pasado y el presente hacían de ese futuro un montón más de ruinas: lo “arruinado” de la elaboración de una vivencia que quedaba como “vivencia en ruinas”.» (O. Cit, p. 122); un escollo para para representarla.

✓ La renegación

La imposibilidad de articular e integrar los afectos con los fragmentos de memoria perdidos por la pérdida en la trama vivencial del sujeto; decíamos que constituyó una situación traumática (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1). Las referencias al trauma aparecieron recurrentemente, lo cual dio lugar a conformar la categoría, dentro de ella: la renegación surge tema emergente. Las fallas en la integración de la vivencia traumática se identificaron en las dificultades de dar continuidad explicativa a las narraciones sobre los momentos previos al suicidio y/u otros recuerdos relacionados con el duelo devenido después.

Estas fallas de integración psíquica se hacen visibles en la imposibilidad de narrar un recuerdo temporal coherente con la vivencia de desvalimiento y desamparo (O. Cit.). Las mismas se identificaron en el uso de los tiempos verbales y en los adverbios que utilizaron. En el aparato psíquico el sentimiento (afecto) de desvalimiento se combina con la vivencia de desamparo, lo cual fisura la integración anímica de la situación, cuyo introducto permanece activo.

La vivencia de vacío traumático es indisociable al complejo traumático, lo cual acarrea consigo un desequilibrio psíquico y dificultades para inscribir la fractura en la continuidad psíquica (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1). Tal combinación de vivencias y sensaciones configuran un trabajo psíquico inacabado, por la repetición en los intentos de registro en el inconsciente.

De esta manera apenas existen algunos recuerdos que son previos al suicidio, los cuales no pudieron ser narrados como un todo en tiempo pasado.

Las manifestaciones del trauma configurado a raíz de estas muertes difieren de un recuerdo como huella mnémica en un registro vivencial producto de haber sido asimiladas. Por el contrario, las expresiones no son articuladas y tampoco integradas por la psiquis. No son recuerdos sino evocaciones repetitivas de tipo fotográficas sin elaboración, cuyos intentos resultaron fallidos (Benyakar y Lezica, 2004, Vol. 1) El componente activo (trauma, daño o introducto) perdura en el padecimiento del yo y por ende hay un impacto subjetivo. Hay un registro perceptual de los afectos negativos y una huella mnémica, mas no por eso significa que pudo ser elaborado.

La consecuencia principal de todos los procesos que vivieron las madres en estos duelos, para estos autores, «será el *terreno presente en que el suceso permanece*, la

imposibilidad de otorgarle la dimensión temporal de lo pasado. El sujeto, en este punto, vuelve, una y otra vez, a tropezar al borde del abismo» (O. Cit., p. 135).

El dolor psíquico proviene de la herida narcisista, el cual deja en manifiesto el mecanismo de renegar ⁴⁷la pérdida. Responde a la necesidad de un repliegue narcisista de la libido y de la protección contra las representaciones parciales (evocaciones de memoria) del objeto perdido.

La renegación apareció en los relatos como un mecanismo operante en estos duelos. El mismo se erige como concepto y representa otra unidad temática de la categoría. El mecanismo se expresó a través de las manifestaciones verbales que las madres utilizaron al narrar los hechos durante las entrevistas. La renegación se hizo evidente a partir de la exclusión forzada de las percepciones e imágenes entorno a lo sucedido, pues representa para el yo de las madre la reactivación y el reforzamiento de la vivencia traumática.

✓ **Tiempos en el duelo**

El modelo de los tiempos del duelo para pensarlo se introdujo en el marco teórico. El dolor que sienten estas madres es un desafío que implica al posterior funcionamiento que se dará la organización psíquica. Las manifestaciones de dolor encontradas son fenómenos de adjetivación clínica. Entre ellas, la búsqueda desesperada por adjudicar la responsabilidad de la pérdida a alguien y sentirse responsables por la vida y la muerte de sus hijos/as, por tanto «es habitual el sentimiento de culpa con el que se martiriza» (Bauab, 2012, p.20).

Si bien para Freud el duelo implica un trabajo, la autora toma al duelo como una función en el sentido propuesto por Lacan como una función que es subjetivante. La misma refiere a la necesidad de cambiar la posición subjetiva y la reorganización de la energía libidinal que transforme la distribución del goce (Op. Cit.)

La fenomenología que acompaña a estos duelos suelen ser múltiples, desde un humor triste e inhibición generalizada del yo hasta su prolongada duración en el tiempo. Esto implica más allá del tiempo, que no puede haber un registro del objeto-interno-ahora-perdido que dejó instalada la muerte del hijo/a.

El duelo es por definición freudiana una reacción ante la pérdida de un ser querido. No es un síntoma, pero si pueden observarse que las manifestaciones de dolor refieren a algo que «se muestra por fuera de la estructura y como tal no es resultado de ninguna operación estructurante» (Bauab, 2012, p. 24).

⁴⁷ *Verwerfung* traducido por Lacan como *forclusión*. La desestimación como mecanismo defensivo por medio del cual se rehúsan a entender lo que ha sucedido y de una forma directa o disfrazada expulsa la pulsión de las imágenes que asoman desde el mundo exterior (Green, 1993)

La *función del duelo* intenta restaurar un descalabro estructural, restablecer enlaces y reanudamientos para el sujeto con el objeto amado y perdido. Esta función procura reorganizar y asignar un nuevo lugar psíquico y destino para la representación del objeto (hija/o muerto). Este trabajo psíquico intenta reinstaurar el equilibrio funcional que des-atrepe el deseo oculto tras el dolor.

Respecto al trauma que no puede representarse por la ausencia del hijo/a, Bauab (2012) afirma que «Lo real como aquello que produce un cimbronazo. En Freud lo *traumático*, lo inasimilable»(p. 24). Esto que cimbroniza (la muerte) representa un exceso de trabajo para ligar las representaciones, del mismo modo con aquellas procedentes del hecho (lo fáctico) y con las otras emergentes del impacto subjetivo. Lo *real* aquí – en sentido lacaniano – es el fenómeno de la muerte que sucede por fuera de la estructura psíquica, lo real que no puede inscribirse (escribirse). La muerte vivida tan de cerca, es eso que toca la fibra íntima del sujeto (O. Cit.); que toca a la esencia de la trama psíquica.

Llegar a comprender a estos duelos, particularmente implica considerar la multiplicidad de formas de coexistencia y convivencia que adquieren los tiempos en ellos. Dichos tiempos no responden a la lógica lineal y cronológica del tiempo, sino que atañen a posicionamientos subjetivos, no medibles.

Es tema de los tiempos del duelo se trae como dato construido, se presenta y fundamenta. El análisis de los duelos en función de los tiempos fue un modelo para pensar buscado en la teoría a partir de la inquietud surgida de las entrevistas. Es un modelo teórico que permitió una aproximación conceptual para cuestionar la elaboración y la función del tiempo en el duelo, así como también si es posible establecer períodos de tiempo.

Para la representación de la categoría se trae este modelo, aunque sigue una linealidad de pensamiento relacionada con principio, desarrollo y fin.

Se exploran tres tiempos dentro de la unidad temática: un *primer tiempo* caracterizado por la renuencia a aceptar la pérdida (renegación), un *segundo tiempo* para el trabajo de simbolización (de la culpa y herida narcisista) y el *tercer tiempo* para la asunción de la pérdida simbólica desde lo real (Bauab, 2012). Parecería ser que el objetivo en este modelo es el restablecimiento de los lazos con el objeto perdido y finalmente lograrlo.

A. En los duelos estudiados los pensamientos relacionados al sentimiento de culpa reflejaron el dolor vivo, a través de sus palabras y de las explicaciones que dieron:

A ella le di todo, todo pero no le di nada [...] ... Ella tuvo todo pero en el fondo no tuvo nada, porque algo le estaba sucediendo que le faltaba [...] No veía, yo en ese momento no tenía una claridad ni veía eso oscuro que estaba aconteciendo [...] Esa noche yo tuve la oportunidad de salvarla [...] Pero bueno cosas que te pasan son 10 años pero eso es tan fuerte lo que vi, pero sabés también lo que me ayudó que yo siempre dije ¡yo era la que tenía que sufrir! Yo, porque siempre hay una persona que tiene que sufrir yo era [...] «tuvo cosas preciosas mi hija, pero no era eso lo que necesitaba ella [...] te culpas porque no le diste la medicación propia porque no la llevaste porque no la trajiste, ¡te culpas de todo!, en ese momento me di cuenta, este... como que –esperá que me corté de lo que te iba a decir– [...] culpable, pero más que nada sentí: ¡qué ignorante que fuiste M, qué ignorante!. Todas esas cosas viste, te marcan, te marcan y te marcan [...] porque ella en el fondo era un ser que necesitaba de mí, C necesitaba de mí evidentemente con todas estas situaciones que se dieron **(E1, 9, 11, 12, 18, 22, 35, 46, 59, 60)**

Que, en cierta forma, yo un poco me culpo porque yo me di cuenta de que él había cambiado [...] viendo ahora todo mi duelo y todo, yo no le di la suficiente importancia a eso y quizás todos los padres del grupo no le dimos la suficiente importancia a que una amiga tuya se ahorque, porque se ahorcó la chica [...] y yo eso es una cosa que me cuestiono [...] yo lo único que hasta ahora me cuestiono, que le mandé un mensaje: M, estamos volviendo, llegaremos a las 20 horas. Yo sabía que el regreso iba a ser bravo porque iba a haber conversaciones de por medio [...] Yo no sabía si quería entrar a reconocer el cuerpo. A me dijo: dejá que entro yo, entró con el hermano. Y te digo: me arrepiento de no haber entrado, me arrepiento [...] o yo, como madre, fallé, te lo digo así, abiertamente, va a quedar grabado, pero, en el hecho de decirle: bueno, entre mi hijo/a y mi marido, se le va a dar una patada en el culo a M, a M... a A y haberme quedado. Chau, andate, no discutas más y me quedo con mi hijo **(E2, 3, 6, 11, 28, 38)**

Más allá de que todos decían: vos hiciste lo que pudiste y todas esas cosas que dicen para que uno se sienta mejor, que no ayudan [...] por más que trabajara un montón de horas, tendría que darme cuenta de que el padre les pegaba cuando yo no estaba. Y eso yo no me di cuenta hasta que no me lo dijeron. Eso primero. Y segundo, que yo siempre les tuve tremenda confianza a ellos, cualquiera de ellos, que la demasiada confianza, yo me culpo de la demasiada confianza **(E3, 23, 49)**

Que me lo dijo cuando estuvo el forense: bueno, madre, ahora, cuidado con las culpas. Sí, te lo dicen, todo lo que quieras. Pero sí, la culpa. Si no hubiese hecho tal cosa, si hubiese hecho otra cosa, si hubiese actuado yo, si, no sé, con más fuerza y

no esto de: yo qué sé, un montón de cosas [...] la culpa está y va a estar siempre porque yo siento que no actué como tendría que haber actuado con esas señales [...] En algún momento, lo voy a decir muy claramente, él me invitó para hacerlo juntos, en esos meses previos: y mandamos todo, lo dijo, vamos a hacerlo juntos y mandamos todo a la mierda, así. A mí me llegó mucho, digo: no, L, no es la solución, yo creo que yo traté de, frente a él, restarle un poco importancia, entonces, recurría al papá. Pero creo que el papá no tuvo la dimensión que yo tuve de ver lo que podía llegar a pasar [...] No, no, yo creo que llegué a percibir, y de ahí mucho más la culpa, porque llegué a percibir algo que después se concretó. Entonces, es, claro, ¿cómo no lo impedí, no lo pude impedir, qué hice, qué no hice? [...] Yo considero que en estas situaciones, hay culpa o responsabilidad, como le quieran denominar, pero no se puede perder esa perspectiva, que los padres somos responsables. Somos responsables de lo que hacen nuestros hijo/as, de la vida de nuestros hijo/as hasta determinado momento o toda la vida, no sé cómo es, creo que es siempre [...] Que siempre va a estar algo de eso, es inherente al ser humano, pero uno tiene que transitar eso, sí, se suicidó. Lo que pasa que eso, insisto, está muy unido a la culpa y a lo que no hice bien y eso es difícil, es muy difícil **(E4, 9, 11, 13, 15, 36, 99)**

No hubiera puesto mis hijo/as al alcance de este hombre, que por culpa mía también porque no lo dejaba porque yo estaba enamorada de él, yo decía: yo lo voy a ayudar, yo... No pude [...] Le pregunté: ¿qué es lo que siente al respecto? M: Y yo respecto a eso pienso que los hice pasar momentos horribles y que a ella esas cosas que tenía, las tomaba **(E5, 7, 11)**

Y el padre se, hoy se siente dolido porque el hijo/a le dijo determinadas cosas [...] si Dios me mandó esto, algo debo haber hecho mal y no me doy cuenta qué [...] pero algo me debo haber equivocado porque no sé [...] le veo parte de responsabilidad, porque como yo le dije: cuando un hijo/a se equivoca, la obligación de los padres es entenderlo y escucharlo y si un padre no sabe comprender un hijo/a, ¿qué se puede esperar? **(E6, 21, 41, 45)**

B. Las siguientes unidades dan cuenta en las madres de su herida narcisista:

Uno sabe que en ese momento estaba todo perdido, yo me movía te juro como si ella estuviera viva⁴⁸, me movía me movía y avanzaba y le quise hacer respiración boca a boca, una cosa... pero yo sabía que estaba muerta [...] de repente hasta último momento no pudo demostrarme todo lo que me quería [...] porque también te duele

⁴⁸ Observaciones: Angustia y voz entrecortada

sino se quería morir, ¿por qué lo hizo?, ¿entendés? [...] A mí no me quería en ese momento, no me estaba reconociendo, andáte no te quiero ver, yo no era la mamá amorosa, divina, sos lo mejor del mundo que me pasó, vos no te preocupes –me lo dijo muchas veces cuando me separé–, si estamos las tres juntas para qué importa, qué importa papá, estamos las tres juntas somos felices, cuántas veces me lo dijo [...] «pero sí que es doloroso decirlo, no es porque se fue por una situación normal, me parece que es una partida súper complicada, creo que la más complicada» [...] «con todo lo que uno tiene de sueños con un hijo/a, de lo que desea y de lo que espera de esos hijo/as. Entonces se te hace muy difícil entender: ¿por qué partió de esa forma cuando tenía un montón de temas a favor? [...] al principio es todo lo contrario de lo que te estoy diciendo ahora, es no creer, quererte ir con ella, esteee es no creer más en la vida, es decir que te pasa lo peor y ¿por qué te está pasando a vos? **(E1, 21, 36, 43, 44, 50, 51, 58)**

Yo tuve dos hijo/as, tengo dos hijo/as. Me cuesta todavía, una de las cosas que me cuesta decir tengo o tuve o, una de las cosas que decidí, tengo dos hijo/as, bueno he decidido decir: tengo dos hijo/as [...] ya M no quería ir con nosotros para afuera, yo no me hacía drama por eso, pero a A (padre) sí, A en ese sentido, le dolió muchísimo que M se apartara. A no pudo aceptar la separación de M nuestra [...] verlo en el ataúd es fuertísimo [...] «pero de pronto, yo digo: ¿por qué me pasó esto, por qué, si yo estaba tan bien? Y ahí es cuando tengo como un temor de olvidarlo [...] Yo lo que no quiero es vivir la vida, porque yo en un principio dije: bueno, yo tengo que salir adelante porque tengo una hija, pero no quiero cargarle con esa responsabilidad a AC. No quiero nunca que AC, llegar a decir: voy a seguir viviendo porque tengo una hija [...] ¿qué hubiera dado yo por tener más tiempo a mi hijo? **(E2, 1, 7, 29, 37, 44, 45)**

El desgarró mío era verlo colgado [...] me acuerdo que lloraba y pedía que lo saquen, que lo bajen, que lo bajen, que lo bajen y que lo bajen, es lo único que pedía, que lo bajaran [...] que no es el hecho el dolor de que lo agarren como una bolsa de papas, el hecho es que era un ser humano, y de la manera que lo agarraban, entonces, ahí lo agarré yo y lo puse en el cajón, lo tapé y eso y se lo llevaron [...] de repente, lo insultaba, de repente, yo qué sé... de repente, me sentaba y como que le hablaba, le decía: ¿por qué me lo hiciste a mí? [...] En realidad, hubieron, la parte dura de la reducción y la ruptura de lazos con la madre de mi nieta, porque él me dejó una hijita [...] Claro, L no llegó ni a conocer al padre ni él tampoco a ella. M: Eso, a veces, ahora, y me está atacando más ahora porque L es más grande (silencio) me enoja con él, digo: ¿por qué no estás acá?, mirá cómo está

tu hija [...] En algún momento que me pregunté fue cuando S, cuando se mató S, que dije: ¿por qué a mí?, y como que me sonó a hueco, a que no tenía sentido lo que estaba preguntando y no lo dije más [...] me hace ahí lagrimear un poco es cuando ando con los papeles, que tengo todos los carné de escuela, de S, de UTU, los diplomas de Informática, el diploma de mecánico naval, todas esas cosas, esas cosas sí me hacen llorar, porque digo: una vida truncada, una vida hermosa con una tremenda carrera **(E3, 2, 3, 8, 14, 17, 39, 45, 55)**

Y bueno. Y yo no podía creer lo que estaba pasando, ¿no? [...] Es traumático... Es espantoso. Porque no sabés qué hacer en ese momento y se te acaba el mundo, es horrible. Y te sentís muy sola [...] vas quedando con todo ese dolor sola» [...] te iba a decir algo también, sé que es muy personal, yo me pregunto, ¿cómo sigo viviendo o por qué sigo viviendo, para qué sigo viviendo? [...] Yo, que no creo en nada de eso, no me alivia nada, o sea, ta, L está muerto y no lo voy a ver nunca más. Y eso tiene un peso enorme, que yo necesito a L, entonces, digo: está muerto, yo qué sé, está muerto [...] yo sé cuál es mi dolor. El dolor de la pérdida de mi hijo/a es mi dolor, no deseo que nadie lo transite, porque es horrible. No juzgo que mi dolor es mayor, porque si yo hago eso, ¿cuál es mi camino?, morir [...] Le dije: a veces se ríe, ¿y con los recuerdos tristes?, Sí, lloro, lloro, sí, se me empiezan a caer las lágrimas, me angustio mucho y lloro. Y le digo ¿por qué lo hiciste, L? [...] Por momentos digo: no hay más nada, pero ojalá hubiera algo y, a lo mejor, me encuentro con L, pero no tengo un Dios para creer, para... si no, estaría, en serio, Dios y bueno, diría: me voy a ver con mi hijo/a no sé dónde [...] a veces te dicen: las cosas están escritas o qué sé yo o bueno, eso te tenía que pasar. No, no me tenía por qué pasar. Me pasó, pero no me tenía por qué pasar [...] yo digo: no sé cuánto voy a vivir, espero que no sea mucho, porque ese es mi deseo, ojalá no sea mucho y tenga, muera ahí, no sé, un día de estos, pin, morí [...]

Le pregunto: ¿cómo se ve a sí misma hacia adelante? **M:** No me veo, eso es otra cosa que cambió. Yo siempre tenía ideas a futuro, qué hacer, qué no hacer [...] Vivo cada día. No tengo proyectos ni ambiciones de nada. Es nada más que eso [...]

Le dije: y, ¿si no estuviera su hermano? **M:** ¡Ah!, si no estuviera mi hermano, capaz que ya estaría, ya me había ido. Si querés, no sé, a buscar a L a no sé dónde [...] Entonces, para encontrarme con él, yo me tengo que morir, es la única forma, pasará o no pasará [...] seguí llorando toda tu vida, porque uno lo va a seguir llorando toda la vida **(E4, 3, 22, 42, 49, 56, 70, 74, 82, 87, 93, 95, 102)**

No resisto porque hay momentos que recuerdo su cara y no la puedo recordar, no la quiero recordar, que lloro, lloraba y me tiraba en la cama y también con mi hija por

eso que le hicieron, y yo digo: señor, señor, ¿por qué le sucede esto a mis hijas? (E5, 9)

No había forma, dice que yo le decía: bien y tiraba la cabeza para un costado. Cinco horas estuve así. Si ella no llega, yo sentí que me estaba yendo con mi hijo, yo no quería nada. Hoy mismo sigo esperando el día que me toque reunirme con él [...] Tengo otro hijo/a, tengo cuatro nietos, que no los veo más a los hijo/as de él (silencio), pero no, me cuesta, me cuesta seguir arriba de la Tierra [...] No sé, uno, quizás por el dolor, yo me acostaba y esperaba que me apareciera en sueños y me hablara y me diera la explicación más por qué había hecho lo que hizo. Pero muy pocas veces soñé con él, sólo esa vez que caí en esa amnesia, que sentí que sí, que no pude darme cuenta qué era lo que hablaba con él, pero sentía que él me hablaba y yo me estaba yendo (E6, 6, 7, 25)

C. La renegación surge como tema luego de aplicar el método inductivo dentro de la categoría sobre los registros codificados inicialmente. También, debido a que en sí resultó complejo su identificación, así como también debido a las expresiones que adquiere como defensa en la práctica clínica.

La renegación hallada se expresó a partir del uso dado al mecanismo psíquico con el fin de excluir forzosamente una realidad dolorosa e intolerable:

Nosotros decimos en el grupo, que estamos en Renacer, nuestros hijo/as siempre están presentes y bueno yo puedo estar 10 años hablando de ella y lloro, **pero** lloro como algo emotivo, porque es una emoción que te produce, su recuerdo y todas esas cosas que tenés de ella [...] cuando en la calle una persona preguntarme después de muchos años sin saber lo que me pasó a mí, preguntarme por mis hijas y nombrármela especial, **es como que** ahí me cimbroniza porque yo tengo que explicar una cosa que me sucedió y nadie sabe, entonces me cuesta eso [...] ¿dónde estarán nuestros hijo/as?, están todos juntos, entonces cómo yo puedo pensar que esté triste en ese sitio, es **algo que uno se imagina para vivir mejor**, pero que te vas convenciendo, te vas convenciendo [...] evidentemente que acá sufría ella [...] hay muchos padres que con sus hijas no quieren cortar el cordón que los une y siempre están dependiendo uno del otro, que tampoco es bueno, cortamos ese cordón y cada una hace su vida (F), este, muy esteee estamos muy unidas **pero** independientes (E1, 27, 29, 55, 61)

Pienso que era por eso, el enfrentamiento con el padre estaba bravo, **pero** con todo, yo no puedo juzgar que A fuera un mal padre ni nada por el estilo [...] Nunca se lo dije, él se siente culpable, él se lo dijo a todo el mundo, porque yo me he enterado, y yo, a su vez, siento eso también. **Pero** a su vez, siento que él tuvo la culpa, **pero**, que yo ya lo trabajé

eso, lo recontra, o sea, racionalmente lo tengo totalmente sacado, **pero** adentro, dos por tres, me salta la chispa **(E2, 9, 35)**

Yo al principio la culpé a ella (silencio), maldije que hubiese vuelto de España ella, porque ella estaba en España, y todo. Y después, después dije no, no, ella no tiene la culpa de la decisión que haya tomado él, más allá de que le haya cerrado la puerta o no, eso es una decisión que la toma cada uno. Y esa, **en eso me mantuve siempre [...]** yo tomé ese dolor como que fue mucho más doloroso que la muerte en sí, porque nosotros estábamos viviendo un duelo con él vivo, con él al lado, con él ahí. Y después, vivir el duelo con él muerto, estaba muerto, ya no estaba. **Lo único que cambiaba que no lo íbamos a ver más**, era lo único que cambiaba [...] de repente, decir: se mató en un accidente de moto es una muerte igual, pero no es tan shockeante como decir: se mató porque se quiso matar. Y a mí me pasa cuando levanto las partidas de defunción, que dicen: muerte por ahorcamiento. **Y yo leo el ahorcamiento, la cierro, la doblo, la saco, porque el ahorcamiento me choca (E3, 38, 43, 60).**

Ya hay una situación que no, sabés que la estás viviendo, **pero no la querés vivir [...]** no sé exactamente cómo fueron esos últimos días de L, sí pienso que deben haber sido terribles y que debe haber sufrido espantoso para llegar a eso, realmente. **Pero no lo puedo aceptar.** L, para mí, siempre está presente y yo hablo con él, yo siempre hablo con él y como que él me responde [...]

Le pregunto: ¿le ha sucedido que de repente sin proponérselo le aparecen imágenes o pensamientos relacionados con su hijo/a? **M:** Permanentemente. Yo te digo, yo entro, salgo, voy, vengo, ya vuelvo, bueno, te dejo, permanente. **Sé que está muerto, por supuesto que sé que está muerto [...]** Al no aceptar, no podés terminar un duelo, exactamente, o sea, podrás transitar, negar más, menos, yo qué sé, deprimirme. **Pero la aceptación no [...]** Pero insisto, no comparto eso de que fue por voluntad propia **(E4, 8, 17, 62, 81, 84)**

Él tiene que haber sufrido enormemente, en parte, **trato de conformarme y de consolarme** de esa manera, si él estaba sufriendo tanto y yo no podía hacer nada, ni nadie [...] Yo, particularmente, ¿cómo le voy a decir?, no es que lo culpe, **pero** mi marido podía haber evitado palabras y reacciones **(E6, 42, 44)**

D. Tiempos y momentos identificados en los procesos de duelo

A partir de la articulación del modelo de los tiempos del duelo con las expresiones del lenguaje utilizadas, se identificaron las siguientes discontinuidades temporales con relación al tiempo de fallecimiento del hijo/a:

✓ *Para el tiempo uno.* En las siguientes unidades se observaron dificultades para hablar de sus hijos e hijas en tiempo pasado. Del mismo modo, se observó la recreación verbal con intercambio de pronombres y roles, en base a algunos relatos de experiencias compartidas, con ellos/as aún vivos. Asimismo, las dificultades para construir el hilo conductor sobre los relatos, a modo de ejemplo: presente-pasado-presente en una misma unidad de significado:

Bueno quiere privacidad está bien, no está bien pero quiere estar “a veces te pide quiero estar sola”, no sé qué [...] todo el mundo me ayudo, todo el mundo hizo las cosas que tenía que hacer, vino... eso yo ni me moví de mi casa, la policía, la jueza yo que sé toda la gente que entró a mi casa, no me acuerdo me acuerdo sí pero no me acuerdo demasiado **(E1, 14, 25)**

Verlo en el ataúd es fuertísimo [...] me acuerdo que se llamaba doctora XX, y bueno, y ahí me aclaró muchísimo, me hizo muy bien y yo salí de ahí: ¡oh, que veía la tarde, era brillante la tarde el sol!, me acuerdo como si fuera ahora, salí de la consulta y era el sol brillaba, era todo distinto [...] Yo, por ejemplo, en la terapia, cuando fui a P, le decía: mirá, si yo empiezo una terapia profunda, no salgo más de acá dentro. O sea, vayamos al grano porque, porque yo considero que lo hecho, hecho está, no sé, no puedo revolver más mierda, podía decirle pila de cosas a mi madre, pero mi madre también tuvo una vida de mierda, que demasiado hizo, mirá, comparado conmigo, no sé, hizo demasiado para salir adelante con la vida como se le presentó [...] y de pronto digo: no, pero ¿cómo puede ser, me olvidé de él? Y eso sí me llama mucho la atención. Quizás el año pasado fue mejor que el segundo año, el segundo año es como una confirmación de que bueno, ta, esto es así **(E2, 29, 33, 42, 46)**

Lo otro que cuando lo fueron a sacar, nos sacaron a nosotros para afuera porque dice que no podían pasar el cajón al cuarto, no sé qué, y como todo era por, como amnesia, así, todo era, hacían, hago lo que están diciendo, pero una inercia total, todo así [...] yo soñé pocas veces con él después que murió, pocas veces soñé con él. Algunas veces, me parecía que estaba parado atrás mío. Hoy me pasó, que sentí en el trabajo como que él estaba permanentemente atrás mío **(E3, 7, 36)**

Y bueno, y lo que sucede en esas circunstancias que no sé de dónde uno saca fuerza, cómo hace, que manejé las cosas esas formales que hay que manejar, que es ir a la policía, después fue el forense, yo qué sé, cantidad de gente fue. Y bueno.

Y yo no podía creer lo que estaba pasando, ¿no? [...] Retiré las cenizas y sentí un gran alivio al tenerlas yo [...] estuvo complicado, demoramos porque no se podía uno meter en el mar con el día como estaba, bueno, demoramos y lo hice. Y sentí alivio en el sentido de que, ahora sí sentí, ahora sí es libre, porque si hiciste lo que hiciste es porque querías ser libre [...] Yo, que no creo en nada de eso, no me alivia nada, o sea, ta, L está muerto y no lo voy a ver nunca más. Y eso tiene un peso enorme, que yo necesito a L, entonces, digo: está muerto, yo qué sé, está muerto [...] yo voy por la calle o donde esté, yo tengo imágenes de L [...] a veces, me descubro haciendo cosas y digo: ya sé L lo que me vas a decir, ya sé lo que me vas a decir, ta, no me digas más nada. Y me río, pero es constante [...] yo sigo en tratamiento, trabajo mucho eso de la necesidad de la presencia física del otro. Yo lo busco a L por la calle [...] muchas veces miro a algún chico porque el corte de pelo, las manos, los ojos, me parece L (E4, 3, 26, 27, 49, 64, 65, 97)

Eso es lo que yo me sigo preguntando, los libros que me he comido y que me han prestado, porque todo, me parecía que en algo yo iba a encontrar la respuesta, porque siempre estoy esperando una respuesta (E6, 30).

✓ *Para el tiempo dos.* Los siguientes fragmentos representaron tanto al dolor como al displacer concomitantes en los intentos de aceptar que sus hijo/as ya no estarán más, físicamente. Este segundo tiempo, *bien puede ser considerado como indicador para pensar la evolución de estos duelos.* Parecería identificarse que subyace el conflicto de tensiones pulsionales.

En los relatos, las madres oscilaron como hablantes entre las formas impersonales y personales. Del mismo modo con el uso de los tiempos verbales (presente y pasado), de las palabras y de los adverbios de tiempo.

De las siguientes unidades se interpretó e infirió el contexto temporal del duelo en relación con la simbolización. Vale la reiteración en el marco de las entrevistas:

Te vienen los recuerdos en ese momento en que tú empezás a hablar del pasado, te marca el pasado, pero no, no como para desalentarme, es solamente esa nostalgia en ese instante⁴⁹ [...] Porque te pasa que te parece al principio, que no es real, que se fue pero que no falleció que se fue a algún lado, te cuesta entender, sabés lo que pasó, en el principio te cuesta mucho el espacio no verla [...] Para mí doloroso, por el hecho de tener que pasar por una experiencia así para darse cuenta de tantas cosas,

⁴⁹ Con la voz calada

¿no?, de cómo uno se para en la vida, cómo la siente, la ve, yo siempre la sentí con mucha responsabilidad, porque para mí ellas eran, eran todo [...] cuando llegué viste, no podía hablar, no podía comentar simplemente escuchaba, no hacía otra cosa más que escuchar y me obligaba también al principio, porque lo que yo tengo es mucha perseverancia [...] de repente había días que no tenía ganas de escuchar todos los testimonios de todas las personas que habían pasado ¡viste!, llega un momento que te cansa te pone muy triste [...] porque en ese momento al estar tan tan ciega es que no ves los caminos porque el tema es que estás ciego, cuando te pasan esas cosas ya no ves, como después vas abriéndote y vas dándote cuenta, porque en ese momento vos, ¡yo perdí el raciocinio! **(E1, 3,1, 36, 56, 64, 70)**

Todas las lágrimas que estoy derramando ahora, no las derramé ni en el velorio ni en el cementerio. No lloré nada, como no lloré ni en el velorio de mi padre ni el entierro de mi padre ni nada. No me digas por qué, no me salía una lágrima [...] Sí. En este tiempo. Dos por tres, sí, me viene un ataque [...] vinieron ellos (familiares) también al velorio. Después fui yo para allá a pasar unos días. Y cuando volví para acá, yo tenía un dolor impresionante, pero iba, como que me tenía que sobreponer por AC, por esto, por lo otro y hasta, pero era, era el pecho partido, ¿viste? [...] El primer año capaz que vos estás luchando por salir, por salir adelante, por reconstruir, por todo, entonces, más o menos. Pero después, cuando el segundo año digo: pa, esto es así. Las fiestas fueron bravas, las fiestas son muy bravas **(E2, 31, 32, 47)**

Me pasó ayer, que me voy a SC y paso por la escuela naval y me guiaban por teléfono, me guiaban: ¿dónde venís, G?, me guiaban por teléfono y yo sabía, sé, obviamente, donde bajarme pero vi la escuela naval y me viajé en los años, en el mundo y me perdí. O sea, me perdí... seguí de parada, seguí de largo, seguí todo» **(E3, 56)**

Es espantoso. Porque no sabés qué hacer en ese momento y se te acaba el mundo, es horrible. Y te sentís muy sola [...] vas quedando con todo ese dolor sola y yo me cuido mucho en hablar porque sé que a la gente le incomoda [...] Sé que fue a la cremación el padre y las cenizas quedaron en la empresa fúnebre, el papá no se las llevó. Y yo demoré un año en poder acercarme y retirarlas, no podía. Hasta que en determinado momento dije: sí, hoy es el día, que lo hice sola y fue algo que lo fui meditando yo, lo hablé, sí en terapia y un día dije: hoy sí voy [...] No llorar, no hablar con quien tuviste un hijo/a en común cuando un hijo/a se te murió es espantoso. Es espantoso perder el hijo/a y después, todo lo que empieza a aparecer alrededor, que te dificulta mucho más seguir viviendo, así digo: seguir viviendo, es

muy difícil [...] te iba a decir algo también, sé que es muy personal, yo me pregunto, ¿cómo sigo viviendo o por qué sigo viviendo, para qué sigo viviendo? [...] «Y otra cosa que está siempre presente es la imagen de cuando lo encontré, me vino el accidente cerebro vascular, estuve no sé cuánto en el CTI encerrada, no sé qué, pero la imagen, esa imagen no se te borra nunca, nunca, nunca. Y todo ese entorno, lo que vi y lo que pasó no se me va a borrar **(E4, 22, 24, 41, 42, 65)**

Ahora, en el ómnibus, nomás, me acordé de mi hija, de la carita de ella y un poco como que se me quisieron llenar los ojos de lágrimas, pero no, me contuve. Porque como sabía que venía acá y todo. Para mí, me hace mucho bien desahogarme porque con nadie me desahogo **(E5, 13)**

Pero hoy, como que hablo un poco mejor, que no me quiebro tanto, pero fue muy, muy duro. Los primeros meses hasta el año, hoy como que me he acostumbrado, quizás, a comentarlo más [...] Quizás ahora haya dejado un poco de preguntarme el porqué, porque quizás lo veo más claro, por qué lo hizo [...] Los primeros tiempos era cocinar por obligación y a veces, tirar los platos adentro de la piletta e ir a tirarme a la cama con intención de que ahora caigo y me duermo y no, y lo que hacía era llorar y llorar **(E6, 11, 35, 38)**

✓ *Para el tiempo tres en este duelo.* Se encontraron relatos referidos a las decisiones tomadas conscientemente y otros identificar en el análisis. Los mismos se relacionan a manifestaciones de pensamientos y acciones a ser llevadas adelante. Dichas decisiones aparecieron como un cambio de actitud frente a la situación, para representar o simbolizar su pérdida. Las referencias al texto de entrevista encontrados, lo fueron en tiempo pasado:

No tengo ningún conflicto para hablarlo, pero sí es verdad que me cuesta decir lo que le pasó, ¡mucho te cuesta! Y bueno a medida que te vas fortaleciendo después la salida es más fácil, ya no es lo mismo **(E1, 71)**

Entonces, ahí fue cuando yo caí que sí, que realmente estaba súper dividido, en esa esclavitud de la droga que se había metido, que no le gustaba, pero que tampoco podía salir [...] Y fue bastante fácil, o sea, fácil no, fue sanador, como un alivio poder decir: hijo/a, te perdono por lo que hiciste. Poder decirlo, sentirlo [...] desde que murió S, nosotros decimos: buenos días, que era como lo decía S de chico. Entonces, se adoptó eso y quedó eso y va a seguir: buenos días. Y, sobre todo, los sábados y los domingos, que estamos más, que nos levantamos más tarde y todo eso, es el buenos días [...] Sí, hay un antes y un después, hay un antes que era de

aceptar todas las personas cómo eran, lo que dijeran, de ser yo la más sumisa, la de siempre buscarle justificación a todo y el después, no. El después es: no me callo, si no te gusta, mala suerte [...] Es mucho más firmeza en lo que quiero o en lo que siento hacer en el momento, eso sí [...] Antes no sabía, no me conocía a mí, antes no sabía la fortaleza que tenía, antes era inimaginable que yo me pudiera, pudiera ver a un hijo/a muerto **(E3, 25, 26, 37, 46, 51)**

Finalmente, este tercer tiempo del duelo viene a interponer la forma que el psiquismo se da para integrar el trauma y los efectos. Del mismo modo, la función del duelo organizaría los recursos psíquicos para inscribir la muerte y transformaría esta energía dispersa. Dicha función, en sus aspectos más conscientes, pro-movería la energía que estaría o estuvo ligada al objeto y se desplace hacia otros objetos vivos como destino del afecto.

Los dinamismos o fuerzas instituyentes de lo real impulsan la transición y la transformación del objeto, cuya separación podría ser pensada con el pasaje del tiempo tal vez hacia una experiencia menos dolorosa. Esta dimensión múltiple no configura una ausencia absoluta de dolor. El tercer tiempo para Bauab(2012) se daría por terminado cuando el yo declarase muerto al objeto (Bauab, 2012).

4.9.3 Recursos psicosociales para enfrentar la pérdida

➤ Breves fundamentaciones teórico-clínicas de la categoría

La tercera dimensión de análisis se orientó a la identificación de los recursos psicosociales con la finalidad de amortiguar el dolor de características insoportables.

✓ Acerca de la resiliencia

Para definir la operatividad de esta categoría fue necesario definir un concepto *resiliencia* como esa capacidad co-construida con otros, la cual representa a uno de los temas de esta dimensión de análisis. En igual sentido, hubo de preguntarse acerca de las redes de interacción social en el entorno de las dolientes.

Este dolor ha sido equiparable por ellas mismas a un horror vivido como algo que “es espantoso”⁵⁰. La Real Academia Española (2014) define el horror como un «sentimiento intenso causado por algo terrible y espantoso». Para Cyrulnik (2001) dicho sentimiento se transforma a partir de la creación de lugares donde expresar las emociones que le son

⁵⁰ Referencia textual de las entrevistas uno (E1) y cuatro (E4)

inherentes, lo cual permite sean convertidos en relatos o en reivindicaciones militantes» (en Zukerfeld y Zonis, 2005).

Conjuntamente, el funcionamiento psíquico a través de procesos terciarios reparadores permite al sujeto desarrollar recursos para afrontar los efectos traumáticos vivenciados (Zukerfeld, 2002; en Zukerfeld y Zonis, 2005). La resiliencia es una capacidad psíquica adquirida que captura lo traumático gracias a un soporte vincular, el cual tiene la propiedad de crear nuevas condiciones psíquicas. Para el trabajo psíquico del duelo en la recuperación del yo la resiliencia es un recurso esencial, que consiste en generar una inscripción inconsciente de aquello irrepresentable de lo traumático no-ligado (Zukerfeld y Zonis, 2005).

Cabe definir la perspectiva de resiliencia utilizada, la cual está asociada a los denominados *procesos terciarios* (Zukerfeld y Zonis, 2005). Estos procesos son relacionales y creativos, entre el proceso primario y secundario, y regulan el funcionamiento de la organización psíquica.

Los procesos terciarios no se rigen por los principios anímicos de contradicción y de exclusión, sino que en ellos interviene la conciencia para intentar unir lo paradójal o sostener ligado lo que es rechazado. Estos procesos crean y se originan a partir de la imposición de un agente externo con efectos traumáticos.

En el análisis referimos al dolor psíquico y vivencia de vacío con la cual irrumpe la muerte y suicidio del hijo/a. Una de las características de estos procesos es el poder modificador que pueden llegar a tener sobre el mundo, con relación a las transformaciones que se dan en el propio sujeto (Fiorini 1995; en Zukerfeld y Zonis, 2005). En los sujetos de esta investigación (madres) el acontecimiento traumático subyuga a las capacidades psíquicas existentes, las cuales tienen que evolucionar hacia otras que neutralicen las emociones concomitantes y angustias traumatizantes. Estas son parte del conjunto activo del trauma en el límite interior-exterior del psiquismo.

✓ **Acerca de los grupos como soporte resiliente**

El grupo ofició de espacio en el cual contar cómo sucedió el suicidio, explicar sus razones y expresar las emociones y las angustias con otros. Zukerfeld y Zonis (2005) afirman que por lo general «los dispositivos grupales pueden orientar la evolución del acontecimiento traumático hacia la creación transformadora» (p. 91). En igual sentido, estos autores consideran los grupos como una práctica social resiliente y un recurso nuevo. Para estos duelos, el grupo es una parte constituyente de los procesos terciarios implicados en la creatividad y creación de una nueva subjetividad para las madres.

Hay dos aspectos fundamentales de sostén en estos grupos: «la experiencia de lo inenarrable como semejanza fundacional *donde el trauma ha dejado de ser una determinación para transformarse en un punto de partida*» (O. Cit., p. 92) y la fortaleza de una organización autogestionada de formas nuevas y creaciones, cuyas energías sociales configuran frente una crisis de representatividad (O. Cit.)

✓ Se halló que la *omnipotencia positiva*, la cual definimos en el marco teórico, constituyó un recurso compensatorio individual en las madres para afrontar el dolor como consecuencia de la herida narcisista causada por el trauma de la pérdida

Esta omnipotencia como mecanismo adquirió en algunos procesos una adjetivación positiva. La misma se constituyó como un vector trófico en la toma de decisiones para la preservación del yo. Los mecanismos de defensas en ocasiones son indicadores de psicopatologías, pero también contienen aspectos saludables. Varela y Bernardi (2001) hacen una distinción que se asemeja a esta mirada sobre ellos, afirman que «las defensas afrontan y el afrontamiento defiende» (citado por Zukerfeld y Zonis, p. 125)

✓ **Las siguientes unidades dan cuenta de la omnipotencia positiva:**

Otra cosa me enfrenté a...a...a un problema tan difícil, que descubrí toda esa fortaleza, fortaleza más que nada para enfrentar todo lo que me pase, es como que me parece que no hay nada que no pueda enfrentar me parece. Yo sé que hay cosas complicadísimas y todo, pero me parece que nada de eso a mí ahora me tira atrás
(E1, 12)

Y según me dijeron, sí, anduvo entreverada con M, pero no, eso sí que ni quise averiguar ni nada. Además, es como su historia, ¿no?, no voy a revolver algo que no creo que me aporte nada ni me haga bien para nada [...] Ahora estamos sí, yendo a una terapia de pareja con A, porque A sí tiene grandes dificultades, grandes dificultades. Y no las quiere reconocer. Él fue enseguida a una psiquiatra, pero se auto-diagnostica, se auto-medica, se auto-todo, ¿viste? Y ahora estamos yendo a una terapia de pareja porque, evidentemente, todo el tema circula en esa relación de que yo no le quiero echar las culpas a A, pero ando siempre ahí [...] yo a todo el mundo le digo, no le digo que no se exprese, no llore ni nada, digo: sí, expresáte, lloren, pateleá, gritá, no sé qué, pero no te quedes en un pozo, porque así no tiene salida [...] No. Sola creo que no hubiera salido. Sí, sola no hubiera salido de esto, no
(E2, 3, 4, 11, 13)

Y ta, y empezamos enseguida, enseguida, mm empezamos tratamiento psiquiátrico y psicológico todos [...] el psicólogo agarró y me dijo bueno, ¿sabés lo que tenés que

hacer?, agarrar y hacer de ese lugar un lugar obligatorio, un lugar que tengan que ir todos, compartir todos y estar ahí. Y bueno, ta, junté la plata y reformé la casa y ahí hice la cocina, la cocina que parece un galpón, pero bueno, se hizo la cocina porque entonces, ahí se comparte la comida, se va a cocinar, van a la heladera y todo. Y funcionó, funcionó [...] Entendí lo que me había dicho C ese día y después entendí que ta, que no había sido culpa de nadie, había sido una elección propia, que había que respetarlo. Después, empecé a trabajar con libros de autoayuda para perdonarlo, para después, perdonarme a mí

Le digo: Recién le escuchaba sobre el domingo que no quería estar en su casa, ¿qué hace? **M:** Mirá, por lo general, cuento hasta 10 y decido: un libro o salgo. Termino siempre quedándome en casa y termino siempre hablando conmigo misma sobre ese recuerdo y buscarle el lado bonito, el lado bueno, fortificarlo o así [...] Me hago los controles normales, sigo con, sigo con la psiquiatra, más que nada, porque la psicóloga que yo tengo no me cae mal, pero siempre me pregunta lo mismo: ¿de dónde sacás esa fuerza? No sé de dónde la saco, sé que la saco y listo [...] Yo (silencio) desde que un día, no sé qué día, me planté y dije: yo voy a vivir mi vida y todos los días como si fuera el último día. Mientras mis hijas estén bien y no les falte nada, yo voy a salir, voy a disfrutar, voy a vivir mi vida. Pero el vivir mi vida es eso, si no tengo ganas de estar en un lugar, poder decir: me voy, camino, salgo, hago lo que quiero [...] Antes no sabía, no me conocía a mí, antes no sabía la fortaleza que tenía, antes era inimaginable que yo me pudiera, pudiera ver a un hijo/a muerto [...] Y sin embargo, ahora no, ahora, lloro por lo que me duele y si abrazo a alguien, es porque lo siento, si trato a alguien, es porque quiero hacerlo. O venir acá, por ejemplo, venir acá, yo lo decidí, yo lo decidí **(E3, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11)**

Llorar porque llorás, llorar con ese dolor, esa sensación, alivia llorar [...] pero yo no pretendo no llorar a L, yo lo voy a llorar lo que tenga que llorarlo y si lloro toda la vida, lloraré toda la vida. No quiero nada que me impida la salida del alma y que me quede acá porque me siento peor [...] lo que sí fui retomando paulatinamente, que me ayuda mucho, es el deporte, muchísimo [...] Tímidamente, he empezado a ir al cine, a veces que hay muchas películas buenas y me cuesta, pero bueno, un día arranqué y fui. Me gusta mucho, y lo logro disfrutar, cuando corro, disfruto, L está presente **(E4, 8, 9, 10, 11)**

Trato de no estar en la casa sola, trato de hacer mandados, trato de ir a ver a la señora **(E5, 6)**

Cuando bajo del ómnibus es como que cambio mi chip, porque tampoco puedo entrar, a veces me pongo a pensar y digo: tu dolor es tuyo, M, por más que te

acompañen, que te apoyen, que te ayuden, pero por respeto a esa gente, también, no puedo estar todo el tiempo llorando **(E6, 4)**

✓ Para estas participantes haber compartido el dolor con otros padres y pares, quienes atravesaban el duelo por la muerte de un hijo/a. Fue una experiencia y una oportunidad de conocerse a sí mismas.

El grupo les ofreció un soporte social ante el dolor psíquico y se vieron fortalecidas en la sinergia de ayudar a otros. Las experiencias grupales aparecen en las reflexiones que compartieron en las entrevistas:

Y yo pareciera que soy la que nunca tuve problemas porque siempre estoy ayudando. Sin embargo, soy la que tuve el problema más grande porque perdí un hijo/a, en cambio soy la que ayudo, tengo esa particularidad o no sé qué es, pero sé que tengo que seguir [...] vivo también para todos esos vínculos que tengo que me importan, siempre le digo a mi hermana, pienso en ella y digo también con ella sin estar con ella para ella, vivo para este... esteee para ayudar también, vivo mucho para ayudar [...] cuando dejé la terapia me mudé, toda la mudanza me tranquilicé, encontré el lugar adecuado para mí y dije bueno, ¿ahora qué tengo que hacer?, tengo que ir a Renacer [...] fue pasando fue pasando, me levantó me levantó me levantó el ánimo, me siguió, fue superándome fue superándome, y después sí ya pasó a ser parte de esas personas ya pasaron, pasaron a ser parte de mi existencia, es como decimos "son la familia, para mí es algo maravilloso es la familia – es tal cual – que me dejó mi hija [...] porque son personas que sufrieron que amaron, que que también quisieron irse de este mundo pero después se dieron cuenta que no que había que seguir, y estee que ya no tenemos que decirnos nada porque ya nos conocemos, que no tenemos que hurgar en cosas horribles ni hacernos preguntas [...] que en conjunto valemos mucho porque a veces cuando uno solo está no se siente tan bien, pero sí en unión con ellos yo arraso con todo, Renacer ... es como un lugar donde increíblemente a mí como persona me ha iluminado para darle la fuerza a los demás. Es como la sensación de un ser. . de algo que uno hace un servicio y que ayuda dentro de lo que puede, lo poquito o lo mucho y que esas personas esteee es como que han enriquecido mi vida [...] me parece mentira que nos podamos reír todos juntos, pasarlo bien, los necesito» **(E1, 2, 13, 17, 18, 19, 21, 22)**

Se pueden hablar de otras cosas y podés entender, tipo de llorar, capaz, que en otro lado, no, pero sí, es una buena organización esta. Creo, con todo, que tendría que tener un apoyo profesional **(E2, 17)**

Entonces, decía: no, yo más dolor a mi dolor no quiero. Y después, dije: ta, voy a probar un par de veces más y eso y me fui quedando y estuve siete meses participando del grupo [...] Renacer me aportó ver otros en la misma situación que, ver las diferencias de hacer el duelo, por ejemplo [...] porque cuando lográbamos salir porque venía el mismo grupo, no entraba nadie nuevo ni nada, estábamos bien. Caminábamos a pasos grandes. Pero ya cuando caían uno o dos nuevos, era un retroceso total al contar lo tuyo otra vez, a otra persona y que esa persona te cuente otra vez. Entonces, eso fue lo que me hizo abrirme **(E3, 14, 16, 18)**

Pero no en todo es tan absolutamente negativo, porque a mí me gusta mucho lo que hago y me gusta mucho estar en contacto con los jóvenes, porque yo siento que me dan vida, siempre me la dieron, porque siempre lo sentí así, yo tengo una muy buena relación con ellos. Pero en estos momentos, mucho más, y disfruto, logro disfrutar muchísimo estar con ellos, me quieren y tengo muy buen vínculo. Eso es muy vital [...] sentí que como fui viendo que rápidamente, la gente se distanciaba, dije: bueno, será que uno tiene que estar con la gente que le pasó lo mismo o, por lo menos, que perdieron hijo/as, entonces, pueden saber lo que es perder un hijo/a y, a lo mejor, en ese lugar, uno puede decir las cosas abiertamente **(E4, 1, 7)**

Me causó mucho mal, porque si bien escuchaba el caso de cada uno y no era la única que iba por suicidio de hijo/a, como que lo sobrellevaba porque es realmente un apoyo de uno a otro y a otro [...] Es muy fuerte, yo digo: bueno, si otros salen y otros siguen adelante, yo voy a tener que seguir. Y al otro día, bueno, llegaba a mi casa y terminaba llorando, digo, pero ¿y de qué me sirve todo esto?, escuchar el dolor de los otros y muchas veces [...] yo hasta le daba apoyo a los otros y eso es algo innato y es algo que uno lo hace hasta sin darse cuenta, ¿no?, porque es como que uno quiere salir y quiere que el otro salga también y le pone ejemplos **(E6, 1, 13)**

5. CAPITULO V: Análisis de Resultados y Discusión

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos luego de las síntesis de las unidades temáticas de cada categoría. Del mismo modo se muestran los significados que resumen a cada una de ellas, en base al entrecruzamiento de los temas y nuevas síntesis. Se arriba a resultados y se da lugar a la discusión teórica, con relación a las preguntas que llevaron a esta investigación y a las dimensiones de análisis propuestas a partir de los objetivos.

5.1. Categoría 1: Significados atribuidos al suicidio del hijo

Al principio de cada encuentro se invitó a las madres a hablar de sus hijos o hijas. Llamó mucho la atención el tiempo tomado por las madres para narrar los detalles del suicidio de sus hijos, lo cual duró aproximadamente 60 de los 120 minutos y siempre ocurrió al inicio de cada entrevista con todas las participantes. Este primer encuentro con lo imprevisto del estudio constituyó uno de los puntos neurálgicos repetidos en todas las entrevistas, que representó a la necesidad de contar detalladamente cómo fue que sucedió el suicidio, qué pasaba antes y qué fue lo que sintieron inmediatamente después de saber que sus hijos/as se habían suicidado. Del mismo adquirió relevancia la necesidad de recabar información sobre el suicidio con la familia, amigos y otras personas relacionadas con sus hijos/as.

Todas las participantes narraron sobre el contexto del momento que tomaron conocimiento del suicidio de sus hijos/as. Detalles acerca del método utilizado, cómo ocurrió el suicidio, dónde ocurrió y la secuencia de los hechos. Del mismo modo compartieron cómo fue el momento de haber recibido la noticia, así como también las teorías personales que fueron construyendo sobre los motivos que les condujeron a suicidarse.

Esto constituye un hallazgo para la investigación, debido a que no estaba pautado en el guión de las entrevistas indagar específicamente los pormenores del suicidio y sus contextos. De esta manera, los relatos provenientes de las madres poseedoras de la experiencia otorgó el *carácter testimonial* a los mismos. Por lo tanto, estas participantes fueron los actores clave para este estudio, por ser testimonios orales en vivo de las experiencias narradas (Hernández et al., 2010). La necesidad de compartir dichas experiencias fue percibida, lo cual permitió la reubicación y acomodación del encuadre interno de la entrevistadora que tenía pensado para las entrevistas. Por tanto se modificó el tiempo pensado para las entrevistas y se dio lugar a la escucha atenta de estos contenidos.

Las *narrativas* proveen una estructura del informe de resultados, lo cual permite entender al individuo. Las narrativas son fundamentales para entender cada caso y contextualizar la época y el lugar donde ocurrieron los hechos que forman parte del objeto de estudio. Las narrativas remiten a una forma de presentar los datos que permite enlazar una idea con la otra, para poder ligarlas e interpretarlas. (Hernández et al., O. Cit.)

Conocer los significados que las madres asignaron a los suicidios de sus hijos e hijas constituye uno de los objetivos de la investigación. Asimismo, conocer el arraigo del fenómeno a nivel del sujeto, aún es enigma. Circunstancialmente, el trabajo de campo

contribuyó a la escucha social y sirvió de testigo del dolor desde sus perspectivas. Sin embargo, pretende ser una mínima contribución para la des-estigmatización del suicidio, desde la profesión y quien suscribe como parte representante de la sociedad.

Entender las razones por las cuales alguien pudo atentar contra su propia vida fue uno de nuestros objetivos. El sujeto y su condición humana, el sujeto en situación. A través de lo que han expresado las madres, quienes son las sobrevivientes e informantes calificadas para hablar del tema, dada la cercanía del vínculo. La muerte por voluntad propia es una idea resistida pero expresada en las entrevistas: *«y tener que decir: murió por voluntad propia. Insisto, no sé si fue por voluntad propia o hubo más cosas y me parece que eso es fortalecer que no pasó»* (Entrevista N° 4)

La muerte pertenece al orden de lo irrepresentable para nuestro psiquismo. Si la muerte recae sobre un hijo/a como consecuencia de un suicidio, lo mortífero merodea lo irrepresentable sobre lo que antes constituía un impensable; como lo es para una madre la muerte de su hijo/a.

El suicidio representa una exigencia desmedida de asimilación y adaptación para el psiquismo. Significa lograr algún grado de comprensión sobre la extinción de sí mismo, así como sus hijo/as pasan a ser un *suicidante-suicidario*, posteriormente ellas también por identificación con el hijo/a, lo pensaron alguna vez. Una dualidad de roles que lleva consigo el proyecto de muerte voluntaria. Para Amèry (1976) ser un *suicidante-suicidario* es quien no solo se lo ha planteado seriamente sino aquel que solamente juega con la idea.

Los factores de riesgo suicida clasificados por la OMS (2014) adquieren variantes según la región del mundo en la que nos encontremos. Las causas identificadas en las entrevistas se encuentran en consistencia con el marco teórico principal sobre el suicidio, lo cual fundamenta a la categoría.

5.1.1. La violencia intra-familiar, las pérdidas, el abandono y la vivencia de vacío traumático

➤ Todos los suicidios tuvieron como factor desencadenante haber perdido un afecto significativo o la amenaza inminente de tener que pasar por dicha pérdida. Ambas situaciones se encontraron personalizadas en una pareja y/o en la repetición de vínculos conflictivos, con él o ella y con ambas figuras parentales:

Ella en ese abandono lo multiplicaba no sólo por el padre sino que era abandonada por las demás parejas, o sea la figura del hombre para ella significaba siempre una parte negativa **(E1)**

[...] Y bueno, y empezó un enfrentamiento muy bravo con el padre, muy bravo **(E2)**

[...] cuando nosotros nos separamos, que parecíamos muy civilizados, una pareja muy civilizada separándose. Pero no fue así, no fue civilizado nada, fue muy complejo y sin duda, todo eso a L le dolió mucho, ¿no? **(E4)**

➤ Todas las madres con posterioridad al suicidio concluyeron que sus hijos/as tenían problemas que ellas no vieron, los cuales se identificaron en los datos como síntomas de depresión y de angustia. También expresaron que sus hijos/as se distanciaron de ellas y no aceptaban la ayuda de su parte:

Empezó con una contradicción porque estaba con una ansiedad tremenda, no tenía la medicación para bajarle la ansiedad, tenía el antidepresivo, por eso digo ahí hubo un gran error en la medicación (...) pero falleció también por una enfermedad porque esa depresión que es una enfermedad fue lo que la llevó al suicidio (...) A mí no me quería en ese momento, no me estaba reconociendo, andáte no te quiero ver, yo no era la mamá amorosa, divina, sos lo mejor del mundo que me pasó, vos no te preocupes – me lo dijo muchas veces cuando me separé –, si estamos las tres juntas para qué importa, qué importa papá, estamos las tres juntas somos felices, cuántas veces me lo dijo **(E1)**

[...] Tenía muchos proyectos y bueno, creo que estaba pasando por un momento de crisis (...) dejó de hacer deportes, empezó a engordar, engordó mucho **(E2)**

[...] Entendí él dejó de sufrir y entendí que él se suicidó porque no quería la vida que vivía, él no estaba de acuerdo con la vida que estaba llevando y no podía salir **(E3)**

[...] Nunca voy a poder aceptar el dolor inmenso por el que transitó que lo llevó a hacer eso **(E4)**

[...] De la manera que yo lo veía últimamente nervioso (...) que los médicos le decían que era el estrés que se le manifestaba en esa cantidad de granos, él tiene que haber sufrido enormemente **(E6)**

➤ Las madres trajeron sus propias experiencias de abandono y maltrato infantil como vivencias sumamente dolorosas, cuando hablaron del sometimiento a la violencia ejercida por los padres y por sus parejas sobre los hijos e hijas. Sin embargo, no todas las familias tenían antecedentes de suicidios consumados, aunque sí lo hubo en algún afecto cercano a los hijos/as:

Pero qué sucedió él se separó se divorció de sus propias hijas, y ahí sí viste es como un golpe para las dos, porque es pensar que después de un tiempo no enseguida de la separación, después sufrió mucho, después es sentir el abandono **(E1)**

[...] él tuvo un suicidio de una amiga que fue novia de él cuando era jovencito (...) a los 17 años, Mara se suicidó, se ahorcó, sin dejar respuesta de nada **(E2)**

[...] Mirando, la parte de mi familia no conozco a nadie, a nadie, es más, pero mirando la familia del padre, cerca de 16 ya se suicidaron (...) Esos días ellos pasaban mal porque el padre les pegaba, los ponía en penitencia, o por algo X pasaban mal. Sólo que nunca hablaban, nunca me dijeron nada **(E3)**

[...] Hubo un episodio en la casa de la abuela, donde él (padre) lo bromeó a L, a L le tocó mucho e intentó agredirlo, bueno, fue bastante complicado (...) le molestaba mucho el vínculo del padre conmigo **(E4)**

[...] le dice D: ay, abuela, papá le está pegando a mamá. Dice: no, no, están jugando. Quería llevarme para adentro para darme una, y tenía una fuerza brutal (...) Mi vida también fue conflictuada, pero voy a lo de D. Bueno, mis hijo/as, desde un principio, los cuatro, vivieron el problema de alcoholismo de mi marido, horriblemente alcohólico **(E5)**

[...] Y mi marido le dijo algo, que a mí me dolió mucho, y que no se lo tenía que haber dicho. Yo sé que él se equivocó, pero estaba a tiempo, incluso, de volverse atrás y reparar la equivocación que había hecho. Le dijo: bueno, entonces, yo tuve un hijo/a» **(E6)**

Algunas participantes pudieron identificar que sus hijos/as no toleraban las presiones que tenían en ese momento, que no querían vivir la vida tal como se les presentaba y no encontraron otra solución más que optar por el suicidio:

Se vio como en una encrucijada y veía todo oscuro **(E1)**

[...] Pero hoy pienso, el dolor que se debe haber llevado mi hijo/a y lo que debe haber sufrido al lado de esa mujer (...) Él prefirió quitarse la vida, primero, para encontrar la paz que buscaba y no encontraba y antes que pelear y avergonzarse ante los suyos peleando algo que él sabía que no era así, porque ella se lo exigía, prefirió quitarse la vida **(E6)**

De acuerdo a los parámetros de la OMS (2014) los factores de riesgo actúan sinérgicamente y acumulativamente y vulnera a las personas con estas conductas. Lo fundamental es considerar la singularidad en torno a las circunstancias de las situaciones de

vida previas al suicidio. En el mismo sentido, conocer las vivencias de las personas que se suicidan, a causa de «que nunca es absolutamente comunicable, de forma que cada vez que alguien muere por su propia mano o intenta morir, cae un velo que nadie volverá a levantar» (Amèry, 1976. p. 19). Dice una de las madres: *«ya te digo lo mío estuvo con cierto “velo”, no se vislumbraba, a veces las cosas no se, no se... aprecian a simple vista, no todos los suicidios son iguales»* (Entrevista 1)

Los testimonios de las madres señalan algunas contradicciones en la vida de sus hijos/as, algunos aparentaban estar tristes y otros alegres. También abortos en un aislamiento afectivo o con aparente buen ánimo, horas antes. Algo común fue lo imprevisible de sus conductas previo a darse la muerte, lo cual «convierte en irrelevantes todas las diferencias y produce una igualdad irracional» (Amèry, 1976, p. 20). Esta idea cobra fuerza con la *visión de túnel*⁵¹, la cual invade todo pensamiento y sentimiento. Un camino del cual no se retrocede sino ayuda alguien más.

La esperanza de un proyecto de vida viable pareció ser imposible para estos hijos e hijas. Resulta preocupante encontrar en esta investigación que en tres de las seis entrevistas de la muestra no había antecedentes cercanos de suicidios. Mientras que los otros tres fueron nuevos suicidios, los cuales irrumpen e inauguran un espacio de transmisión generacional del trauma. Asimismo, se instala un déficit narcisista que vulnera la vida psíquica de los sobrevivientes, lo cual se traslada hacia la descendencia familiar.

5.2. Categoría 2: La experiencia de vivir el duelo por un hijo/a por causa del suicidio

En este apartado se presentan los temas que caracterizaron a estos duelos. Se observó dentro de la singularidad de cada caso, que las madres construyeron y/o reforzaron

⁵¹ Para Casullo (2004), “muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida viables y desarrollan lo que Shneidman (1980) denomina **visión de túnel**. Esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), rigidez de pensamiento (sólo hay una manera de hacer algo), incapacidad para lograr razonamientos divergentes” (p. 174).

una “cubierta narcisista” como un revestimiento protector ante el dolor, lo cual fue objeto de desciframiento e interpretación.

Para Green (1986) el discurso narrativo liga los elementos del funcionamiento mental. Luego del análisis hubo de desenmascarar las expresiones latentes de este dolor narcisista, el cual representa «un límite al narcisismo, donde el narcisismo sobrevive a la muerte: la filiación y la afilación» (O. Cit., p.77). La muerte de un hijo/a es una batalla perdida para el sujeto, el yo está caído, cayó la ilusión de la inmortalidad, se le presenta *el* vacío o *un* vacío en la trama vivencial:

Uno sabe que en ese momento estaba todo perdido, yo me movía te juro como si ella estuviera viva, me movía me movía y avanzaba y le quise hacer respiración boca a boca, una cosa... pero yo sabía que estaba muerta **(E1)**

[...] El desgarró mío era verlo colgado **(E3)**

[...] Y bueno, y lo que sucede en esas circunstancias que no sé de dónde uno saca fuerza, cómo hace, que manejé las cosas esas formales que hay que manejar, que es ir a la policía, después fue el forense, yo qué sé, cantidad de gente fue. Y bueno. Y yo no podía creer lo que estaba pasando, ¿no? **(E4)**

Se encontraron cuatro temas o subcategorías en estos duelos que tienen componentes y tiempos distintos, conforme a la revisión bibliográfica. El material teórico relaciona el duelo a modelos por etapas, a momentos de expresión de las emociones y/o son clasificados en patrones de normal o patológico.

Freud (1915) dirimía sobre el duelo, al cual lograba diferenciarlo como normal en contraposición a la melancolía como representante del duelo patológico. Sin embargo, este duelo interpela los límites dicotómicos de la clasificación nosológica:

Los temas analizados que representan a esta categoría son:

- ✓ Herida narcisista
- ✓ La culpa
- ✓ La renegación como mecanismo de afrontamiento de la pérdida
- ✓ Tiempos en los procesos de duelo

5.2.1. Herida narcisista

La herida narcisista es un daño en la trama psíquica del sujeto. Es una sensación que podría representarse corporalmente como una herida letal que sangra.

La herida narcisista surge como una dimensión del duelo a partir de la inducción e interpretación de los datos presentados. La misma representó un concepto teórico, que si bien existía en la teoría psicoanalítica aparece ligado al propio yo del sujeto, como una herida propia, en su carne. No obstante, en este duelo y fundado en las narraciones, aparece una herida más allá del dolor psíquico. La herida narcisista adquiere materialidad en los límites. También es dolor físico y dolor en el núcleo del ser.

Esta herida es inesperada e impensada y sobrevenida por la muerte del hijo/a. Lo que podría llevarnos a pensar que la vivencia del duelo en el registro de vivir, es “como si”⁵² fuera la muerte propia, bajo el riesgo de la identificación con el hijo/o suicidado.

Vivir este duelo materializa la relación del yo consigo mismo, «puesto que en él una parte del yo se identifica con el objeto perdido y entra en conflicto con el resto del yo» (Green, 1986, p. 134)

Todas las participantes expresaron que en aquel momento sintieron estar muriendo o expresaron el deseo de morir de la misma manera:

Al principio es todo lo contrario de lo que te estoy diciendo ahora, es no creer, quererte ir con ella, esteee es no creer más en la vida, es decir que te pasa lo peor y ¿por qué te está pasando a vos? **(E1)**

[...] Yo lo que no quiero es vivir la vida, porque yo en un principio dije: bueno, yo tengo que salir adelante porque tengo una hija, pero no quiero cargarle con esa responsabilidad a AC. No quiero nunca que AC, llegar a decir: voy a seguir viviendo porque tengo una hija **(E2)**

[...] Te iba a decir algo también, sé que es muy personal, yo me pregunto, ¿cómo sigo viviendo o por qué sigo viviendo, para qué sigo viviendo? (...)Yo sé cuál es mi dolor. El dolor de la pérdida de mi hijo/a es mi dolor, no deseo que nadie lo transite, porque es horrible. No juzgo que mi dolor es mayor, porque si yo hago eso, ¿cuál es mi camino?, morir **(E4)**

Esta pérdida ubica en primer término la herida narcisista, la cual parecería ser simultánea a la aparición de la culpa. Desde una semiología metafórica e ilustrativa «la hemorragia narcisista corre por la llaga del narcisismo herido, cortado» (Green, 1986, p. 141)

Dos de ellas tuvieron episodios de *desfallecimiento*, uno con amnesia de origen psicógeno constatada clínicamente y el otro un accidente cerebro-vascular. Ambos

⁵² El entrecomillado es mío

diagnosticados inmediatamente después de haber constatado que sus hijos/as se habían muerto. Esto pone en evidencia de que se trata de un dolor angustiante más allá del dolor. Este dolor proviene de esta herida, lo cual compromete el yo-psíquico y el yo-corporal y a la unidad narcisista. La unidad del ser está en jaque.

La ilustración de un sangrado narcisista desdibuja el concepto de *doble conciencia* de Freud, pues en un mismo dolor (psíquico-corporal) se podría cuestionar los límites de la pulsión. La pulsión como un concepto fuerza y en el límite de la vida psíquica, parecería exceder y acceder al soma a través de expresiones inmediatamente posteriores al *fallecimiento* del hijo/a.

La herida narcisista puede decirse que es psíquica y corporal, parecería situarse en la misma frontera como núcleo activo pulsional, invistiendo a representaciones de otro origen y/o socavando la energía de las pulsiones de vida:

Y otra cosa que está siempre presente es la imagen de cuando lo encontré, me vino el accidente cerebro vascular, estuve no sé cuánto en el CTI encerrada, no sé qué, pero la imagen, esa imagen no se te borra nunca, nunca, nunca (E4)

[...] Pero muy pocas veces soñé con él, sólo esa vez que caí en esa amnesia, que sentí que sí, que no pude darme cuenta qué era lo que hablaba con él, pero sentía que él me hablaba y yo me estaba yendo (...) Cinco horas estuve así. Si ella no llega, yo sentí que me estaba yendo con mi hijo/a, yo no quería nada. Hoy mismo sigo esperando el día que me toque reunirme con él (E6)

La herida narcisista del propio ser en el propio yo emergió como algo característico del duelo. Asimismo, podría ser considerado un descubrimiento, debido a que si bien el dolor responde a una lógica en el yo no necesariamente la muerte de otra persona es algo que le pasa al propio yo del sujeto. La herida en el yo va más allá de la angustia en el duelo.

5.2.2. El sentimiento de culpa ¿una función?

La mirada teórica sobre la culpa remite al sentimiento inconsciente, cuyas expresiones exceden al reconocimiento del mismo como tal. Este registro de la culpa está en el orden del sentir (yo siento, yo me siento) y convive con el orden del pensar (yo pienso, yo creo, yo tengo). La culpa es un afecto que fluctúa entre las representaciones inconscientes y conscientes.

Para Grinberg (1970) el sentimiento de culpa se gesta – valga la referencia verbal – ya desde el nacimiento. La separación de la madre al nacer implica pérdidas que guardan inscripciones inconscientes, para el yo representan la pérdida de partes propias, desde las

membranas que lo alimentaron hasta la madre misma. A nivel de la fantasía, el *infans* se subjetiva en la aseguración de que el objeto existe y además existe como una parte de él mismo, a través del otro. Las reacciones frente a la pérdida determinan la proporción interviniente de la culpa en sus calidades de persecutoria o depresiva (O. Cit.).

Desde su génesis la culpa en intensidad marca su presencia en todos los duelos en general y en este particularmente. La culpa aparece como un sentimiento dual: haber sido dañado y haber dañado simultáneamente al hijo/a. Esta culpa se ha observado como el castigo de seguir viviendo y sentir dolor-el-dolor como consecuencia de que el hijo/a mediante el acto se dio la muerte propia. Por tanto, las consecuencias parecería ser que *debieran o deberían* ser padecidas por ellas en sus propias vidas

De las secuencias narrativas la culpa apareció concomitantemente a la herida narcisista. Asimismo, la culpa justifica el dolor y también enuncia/denuncia la existencia de una herida.

La culpa persecutoria referencia al objeto ahora perdido (hijo/a) que soportaba en él las proyecciones propias de la pulsión de muerte. Sin embargo, el objeto y sus proyecciones parecerían retornar sobre sí mismas en el duelo con aquello depositado, pero bajo amenaza de represalias.

La culpa persecutoria se manifestó con resentimiento o pesar enojoso. El resentimiento se expresó como enojo contra su imperfección, su impotencia y contra sí mismas al haber quedado expuesta por tamaña pérdida. «Resentimiento frente al objeto muerto, entre otras cosas, por haberse muerto y haberse llevado consigo partes del self» (Grinberg, 1970, p. 101).

Todas las participantes dijeron sentirse culpables por no haber salvado o evitado el suicidio de sus hijos o hijas, lo cual apareció bajo la forma de auto-reproches. Del mismo modo, la escasa y casi nula adhesión a la idea de que sus hijos/as no tuvieron otros caminos que tomar tal decisión. Esto representó una falsa imagen de auto-consuelo del afecto angustiante y persecutorio de la culpa.

En sus palabras:

A ella le di todo, todo pero no le di nada (...) Ella tuvo todo pero en el fondo no tuvo nada, porque algo le estaba sucediendo que le faltaba(...) Esa noche yo tuve la oportunidad de salvarla (...) Llegué a pensar egoístamente mal, egoístamente ¡para qué había tenido hijos, para qué había tenido hijos!, para sufrir todo esto – decía yo – mejor no hubiera tenido nada, egoístamente, lo dije, y estos problemas no hubieran existido, me lo llegué a cuestionar todo eso, porque no podía entender lo que me había pasado (...) En los primeros momentos me sentía culpable más que nunca,

pero después me di cuenta esteeee, que todo no era, que en todo yo no tenía este la⁵³ que no podía estar presente en tantas cosas a la vez (...) cómo iba a solucionar el problema de ella **(E1)**

[...] Que, en cierta forma, yo un poco me culpo porque yo me di cuenta de que él había cambiado (...) empieza el Instituto, M ya con esa historia atrás, pero yo, realmente, quizás no le di importancia, esa fue una cosa que me cuestioné yo (...) viendo ahora todo mi duelo y todo, yo no le di la suficiente importancia a eso y quizás todos los padres del grupo no le dimos la suficiente importancia a que una amiga tuya se ahorque, porque se ahorcó la chica (...) y yo eso es una cosa que me cuestiono (...) pero yo recuerdo que muchas veces sentí esas ganas, por eso yo pienso que lo de M yo lo podía haber evitado (...) A decía a cada rato esto fue culpa mía, esto fue culpa mía. Y que cuando le fue a decir al padre, al abuelo, el abuelo pegó un grito desgarrador, que fue espantoso y decía: ta, papá, ta, ta, viejo, es todo culpa mía, todo culpa mía **(E2)**

[...] Más allá de que todos decían: vos hiciste lo que pudiste y todas esas cosas que dicen para que uno se sienta mejor, que no ayudan (...) tendría que darme cuenta de que el padre les pegaba cuando yo no estaba. Y eso yo no me di cuenta hasta que no me lo dijeron. Eso primero. Y segundo, que yo siempre les tuve tremenda confianza a ellos, cualquiera de ellos, que la demasiada confianza, yo me culpo de la demasiada confianza (...)¿soy la madre y no me doy cuenta? (silencio) **(E3)**

[...] Que me lo dijo cuando estuvo el forense: bueno, madre, ahora, cuidado con las culpas. Sí, te lo dicen, todo lo que quieras. Pero sí, la culpa. Si no hubiese hecho tal cosa, si hubiese hecho otra cosa (...) En algún momento, lo voy a decir muy claramente, él me invitó para hacerlo juntos, en esos meses previos: y mandamos todo, lo dijo, vamos a hacerlo juntos y mandamos todo a la mierda, así. A mí me llegó mucho, digo: no, L, no es la solución, yo creo que yo traté de, frente a él, restarle un poco importancia (...) No, no, yo creo que llegué a percibir, y de ahí mucho más la culpa, porque llegué a percibir algo que después se concretó. Entonces, es, claro, ¿cómo no lo impedí, no lo pude impedir, qué hice, qué no hice? (...) yo lo que estoy diciendo, claro, suena como que quizás yo estoy diciendo que la culpa la tuvo el papá en una cantidad de cosas, la culpa la tuvimos los dos (...) Entonces, yo sigo viviendo para pagar mi culpa por no haber hecho algo y evitar que L se muriera **(E4)**

[...] yo ahora no tengo nada, pero no importa, no me importa, prefiero vivir ahora y no antes, como antes, y no sé, a veces pienso no hubiera puesto mis hijo/as al

⁵³ Interrupciones muy breves en el relato

alcance de este hombre, que por culpa mía también porque no lo dejaba porque yo estaba enamorada de él, yo decía: yo lo voy a ayudar, yo... No pude **(E5)**

[...] Le veo parte de responsabilidad, porque como yo le dije: cuando un hijo/a se equivoca, la obligación de los padres es entenderlo y escucharlo y si un padre no sabe comprender un hijo/a, ¿qué se puede esperar? (...) Yo me siento culpable de lo que yo le dije: la empresa familiar fue construida en la base del amor y el respeto de la familia, le dije, del amor y el respeto de la familia, por tanto, todo lo que salga de ella, se divide en partes iguales **(E6)**

La culpa en su vertiente depresiva, reparatoria, explicativa e integradora del yo, se encontró con muy pocas convergencias en los relatos:

Tuvo cosas preciosas mi hija, pero no era eso lo que necesitaba ella (...) culpable, pero más que nada sentí: ¡qué ignorante que fuiste M, qué ignorante!. Todas esas cosas viste, te marcan, te marcan y te marcan **(E1)**

[...] la culpa está y va a estar siempre porque yo siento que no actué como tendría que haber actuado con esas señales (...) Yo considero que en estas situaciones, hay culpa o responsabilidad, como le quieran denominar, pero no se puede perder esa perspectiva, que los padres somos responsables (...) Que siempre va a estar algo de eso, es inherente al ser humano, pero uno tiene que transitar eso, sí, se suicidó. Lo que pasa que eso, insisto, está muy unido a la culpa y a lo que no hice bien y eso es difícil, es muy difícil **(E4)**

[...] si Dios me mandó esto, algo debo haber hecho mal y no me doy cuenta qué **(E6)**

Por estas expresiones se considera que para algunas de las entrevistadas podría predominar una falsa sensación de consuelo (reparación del objeto), a través de las acciones dirigidas a otros, no conscientes de que el fin último de las mismas están guiadas por un temor exacerbado de retaliación. Sin embargo, hemos encontrado que los aspectos persecutorios de la culpa se hallan enmascarados detrás de las conductas de amor – en apariencia reparatorias – en aras de la restitución del objeto interno. En el mismo sentido, el proceso de *aceptación*, la responsabilidad en lugar de la culpa punitiva y del perdón auto-concedido, contribuiría a remitir el dolor y al restablecimiento de una representación nueva de objeto.

En cambio, si estos aspectos no se dirimieran y no se concatenaran en colaboración con los movimientos de enlace psíquicos, se estrechan las capacidades generales del

sujeto. Asimismo, el yo puede negarse a sentir culpa, lo cual iría en detrimento su integridad psíquica.

Las madres se sienten culpables de no haber podido evitar la pérdida, a través de la auto-adjudicación directa y explícita de la misma. El yo (del sujeto) se declara culpable y responsable por los hechos. Esta culpa cumpliría la función de presunción de verdad, ante los demás. La culpa fallida en la función de aliviar el dolor opera como mecanismo contrario, en la imposibilidad de aceptación de la pérdida.

También, la culpa cumple una función en el duelo, como mecanismo de enlace para el sostén psíquico del yo herido. La culpa apareció como un emergente repetido en la necesidad de dar cuenta de los hechos, aunque cumple la función de asignar sentidos a lo sucedido en el discurso.

La culpa en el marco de este duelo adquiere una perspectiva diferente a su concepción tradicional. Del mismo modo que se diferencia de las manifestaciones conscientes a nivel de pensamiento y de las vertientes inconscientes como afecto persecutorio y depresivo.

➤ **La función de la culpa**

La culpa puede resultar ineficaz, pues en el empeño de aceptar la realidad en el sujeto se erige como una defensa fallida. Empero, esta culpa no cesa su impulso de resistir la aparición del sentimiento de culpa, negándolo como una forma de sobrevivir al dolor psíquico. La imagen que tienen de sí mismas así como el énfasis puesto en las palabras al hablar de este sentimiento, es un conjunto que respaldaría el concepto teórico emergente en este estudio. Las participantes se declararían culpables públicamente y se adjudicarían ellas mismas su propio castigo, como juez y parte de la causa. Desde esta perspectiva se observa una culpa inconsistente desde la conciencia moral, pues igualmente emerge como angustia y desborda al psiquismo. Conforme a lo observado, la culpa parece ser funcional al duelo como soporte al dolor. Se propone así considerar la culpa *como* una función que procura cumplir la pena y mantener a raya el dolor.

El análisis de los relatos fundamentaron estas inferencias⁵⁴:

Pero bueno cosas que te pasan son 10 años pero eso es tan fuerte lo que vi, pero sabés también **lo que me ayudó que yo siempre dije ¡yo era la que tenía que sufrir!** Yo, porque siempre hay una persona que tiene que sufrir yo era (...)me duelen mucho las injusticias, te viene una sens. . te sensibilizás de tal forma que te cuesta mucho ver el mundo real **(E1)**

⁵⁴ *Ex professo* las negritas

[...] o yo, como madre, fallé, te lo digo así, abiertamente, va a quedar grabado, pero, en el hecho de decirle: bueno, entre mi hijo y mi marido, se le va a dar una patada en el culo a M, a M... a A y haberme quedado. Chau, andate, no discutas más y me quedo con mi hijo **(E2)**

[...] No, no, yo creo que llegué a percibir, y de ahí mucho más la culpa, porque llegué a percibir algo que después se concretó. Entonces, es, claro, ¿cómo no lo impedí, no lo pude impedir, qué hice, qué no hice? (...) Somos responsables de lo que hacen nuestros hijo/as, de la vida de nuestros hijo/as hasta determinado momento o toda la vida, no sé cómo es, creo que es siempre (...)Que **en algún momento pensé, digo: bueno, pero entonces, ¿yo tendré que hacer lo que L? ¿Sabés por qué no?, porque en este caso puede más la culpa, entonces, seguí viviendo con este peso y este dolor porque te lo merecés, muchas veces yo siento eso.** Entonces, yo sigo viviendo para pagar mi culpa por no haber hecho algo y evitar que L se muriera **(E4)**

La culpa es funcional a la necesidad de controlar el dolor y de procesarlo. Grinberg (1970) menciona que en la elaboración de la culpa, a efectos de la integración del yo y de las relaciones con sus objetos, *entre* las posiciones esquizo-paranoide y depresiva⁵⁵ existe una tríada de sentimientos. La misma se caracteriza por la presencia de: «control, triunfo y desprecio» (p. 140)

Las personas en este duelo actúan con defensas que pendulan entre ambas posiciones. El control omnipotente es funcional a negar la dependencia con el objeto perdido irrepresentable (la muerte del hijo/a). Sobre la tríada mencionada, no se ha encontrado en el análisis que exista el triunfo y tampoco el desprecio, como sentimientos que se presumiría pudieran colaborar en la elaboración del duelo. Contrariamente, desde la convergencia y continuidad de los relatos parecen coexistir nuevas capacidades con el enojo encubridor del dolor, en lugar del desprecio por el objeto irrecuperable.

5.2.3. Renegación, ¿mecanismo de defensa o de afrontamiento?

El análisis de los datos nos permitió afirmar que la renegación se comporta como un proceso terciario vinculado a la creación, en el entendido que para el psiquismo constituye

⁵⁵ Estadios del desarrollo afectivo-emocional, conceptos de M. Klein

un andamiaje transicional intra-psíquico para la inscripción de la pérdida en su conjunto, trauma, dolor y sus efectos.

La renegación se encontró como protección para el psiquismo y en los intentos de entretejer la continuidad existencial del sujeto. La transicionalidad del objeto ahora es forzada por el trauma que recae sobre el yo es una sombra amenazante. Forzado a un trabajo psíquico, donde establecer nuevas ligaduras entre la lógica de la realidad y del inconsciente, con otras lógicas (Green, 1998; citado por Zukerfeld y Zonis, 2005). La transición del objeto llevaría consigo un cambio en el estado del ser en el yo, dado que el trauma generó un desequilibrio. «La imposibilidad de esta reunificación desorganiza al yo [...] el cual no es solo la sede de los efectos del trauma, sino de las reacciones a esa dependencia respecto del objeto» (Green, 1986, p. 134).

La renegación como mecanismo de defensa tiene algunas acepciones como desestimación o desmentida. Este mecanismo es constitucional al psiquismo primario, pero ahora debe adquirir nuevas manifestaciones, para mitigar el dolor interno y reaccionar ante la ausencia de protección exterior.

La muerte como experiencia no puede ser representada, pues para ello habría que haberla vivido. Sin embargo, como complejo irrepresentable no cesa de impulsar el registro inconsciente de ella. De la misma manera las representaciones acompañantes de la vivencia traumática de la muerte del hijo/a, lo cual no logra unificarse como un registro de recuerdo.

Los procesos terciarios para el psiquismo propenderían a un registro integrado para la inscripción inconsciente de la muerte, aunque las lógicas inconscientes no admiten la inscripción de registros no experimentados por el sujeto. Inscribir la muerte equivaldría a pensar que el sujeto ha muerto y por tanto puede inscribir la experiencia luego de ello, lo cual contraviene todo sentido, puesto que el registro de muerte es la propia muerte del sujeto. Resulta imposible, ergo irrepresentable.

La finalidad de los procesos terciarios es la creación de nuevas condiciones psíquicas que habiliten la inscripción inconsciente de lo traumático. A causa de la imposibilidad de registro de la muerte el proceso terciario como proceso creador permanece activo en pos de lograr dicha inscripción de lo escindido, el trauma de la muerte. En tal sentido, la renegación es un proceso transformador que excluye las representaciones dolorosas del evento fáctico. De igual forma, pero como mecanismo inconsciente encubre lo ya sabido por estar inscripto.

La renegación adquiere otra expresión, en el sentido que plantean Zukerfeld y Zonis (2005) sobre la interrelación entre mecanismo de defensa y mecanismo cognitivo. En este duelo se observa a la renegación como un mecanismo híbrido, entre defensa y afrontamiento. Su comportamiento se instala en la frontera «preconsciente-consciente, frente a un factor externo y con sesgo adaptativo-saludable» (p. 125). Los recursos del yo para la adaptación en el duelo matizan el concepto de la renegación como mecanismo de defensa, exclusivamente.

El punto de encuentro en el mismo mecanismo es como tener las dos caras de la misma moneda, dado que igualmente procura preservar a la vida psíquica de la autodestrucción. En contraste, en el mecanismo aparece su origen exclusivamente inconsciente, pero su meta «se solapa en la teoría y en la clínica desde el momento que la evaluación y los esfuerzos frente al estímulo externo están influídos por el conflicto interno» (O. Cit., p. 125)

La sutil diferenciación se asienta en base a que como defensa mantendría al objeto amenazante en la frontera del Inconsciente, pero desde la conciencia como un impensable, lo cual le daría el signo positivo como mecanismo. Sin embargo, excluiría *lo no-representado* desde la conciencia. Otrora, constitucionalmente al psiquismo la renegación es una defensa inconsciente que excluye las representaciones *ya inscriptas* en él, pues las mantiene en el límite.

Verleugnung traducido al español como renegación, desmentida o repudio. Sobre la renegación dice Bauab (2012) que este término representa originalmente a la posición del sujeto respecto a un encuentro sorpresivo con la realidad que resulta intolerable para el yo.

La renegación se constituyó en un mecanismo funcional al servicio de los recursos del yo para el afrontamiento de la pérdida del hijo/a. La textualidad que asigna la entrevista a los relatos permitió asentar este conocimiento:

Después de muchos años sin saber lo que me pasó a mí, preguntarme por mis hijas y nombrármela especial, **es como que ahí me cimbroniza porque yo tengo que explicar una cosa que me sucedió y nadie sabe**, entonces me cuesta eso (...) que sí me convencí que está bien, me convencí que era que sí eligió ese lugar (...) ¿dónde estarán nuestros hijo/as?, están todos juntos, entonces cómo yo puedo pensar que esté triste en ese sitio, **es algo que uno se imagina para vivir mejor**, pero que te vas convenciendo, te vas convenciendo (...) evidentemente que acá sufría ella **(E1)**

[...] pienso que era por eso, **el enfrentamiento con el padre estaba bravo**, pero con todo, **yo no puedo juzgar que A fuera un mal padre** ni nada por el estilo (...) Porque yo digo: no puede ser, **porque tampoco fuimos padres prescindentes**, que no estuviéramos presentes. No sé. (silencio) (...) Nunca se lo dije, él se siente culpable, él se lo dijo a todo el mundo, porque yo me he enterado, y yo, a su vez, siento eso también. **Pero a su vez, siento que él tuvo la culpa**, pero, que yo ya lo trabajé eso, lo recontra, o sea, **racionalmente lo tengo totalmente sacado, pero adentro, dos por tres, me salta la chispa (E2)**

[...] yo tomé ese dolor como que fue mucho más doloroso que la muerte en sí, porque **nosotros estábamos viviendo un duelo con él vivo**, con él al lado, con él ahí. Y después, **vivir el duelo con él muerto**, estaba muerto, ya no estaba. **Lo único que cambiaba que no lo íbamos a ver más**, era lo único que cambiaba (...) ya te digo, volvió, seis meses antes, volvió y trató de, pero, ya habíamos sufrido, ya habíamos hecho el duelo y ya habíamos sufrido esa pérdida (...) cuando se mató S, que dije: **¿por qué a mí?, y como que me sonó a hueco**, a que no tenía sentido lo que estaba preguntando **y no lo dije más** (...) a mí me pasa cuando levanto las partidas de defunción, que dicen: muerte por ahorcamiento. Y yo **leo el ahorcamiento, la cierro**, la doblo, la saco, porque el **ahorcamiento me choca (E3)**

[...] «Ya hay una situación que no, **sabés que la estás viviendo, pero no la querés vivir**, que no puede ser, y lo que aparece, por lo menos, en mi caso, creo que se da bastante, es la culpa (...) **Pero no lo puedo aceptar. L, para mí, siempre está presente** y yo hablo con él, yo siempre hablo con él y como que él me responde (...) no nos hemos visto, se habló de esto de esparcir las cenizas y me dijo claramente: si lo haces tú, yo no voy a estar presente. Lo puedo hacer yo, pero entonces, tú no estás. O sea, hasta ahí, hasta ese punto, **lo cual me pareció una cosa muy grave, o muy difícil seguramente para él, para mí, para los dos, porque es nuestro hijo/a**. Sigue siendo, L es nuestro hijo/a, más allá de que estemos divorciados (...) **Al no aceptar, no podés terminar un duelo**, exactamente, o sea, podrás transitar, negar más, menos, yo qué sé, deprimirte. **Pero la aceptación no** (...) No, **no me tenía por qué pasar. Me pasó, pero no me tenía por qué pasar** (...) **Sí, no, no, no lo puedo aceptar**. No puedo aceptar porque le pongo mayor énfasis a la responsabilidad de los padres, al padre y yo. Por eso no lo puedo aceptar **(E4)**

[...] «él tiene que haber sufrido enormemente, **en parte, trato de conformarme y de consolarme de esa manera, si él estaba sufriendo tanto y yo no podía hacer nada**, ni nadie (...) Yo, particularmente, ¿cómo le voy a decir?, **no es que lo culpe, pero mi marido podía haber evitado palabras y reacciones** (...) cada clase que

uno entra es una conversación, es observar lo que están haciendo, los trabajos, las manualidades. Y eso cambia la cabeza, **pero es como pasarle llave a la puerta, usted le pasó llave a la puerta, yo rumbeé para la parada y ahí mi cabeza empieza a cambiar (E6)**

5.2.4. Procesar el duelo, ¿una cuestión de tiempos?

En los apartados anteriores de esta categoría encontramos que la culpa y la renegación adquieren formas diferentes de expresión en el duelo. De la misma manera, la cuantificación de los tiempos para determinar la evolución de las cosas parece ser un imperativo que generó contra-tiempos a la hora de pensar estos duelos. «El duelo es dolor, dolor psíquico que puede llegar hasta encarnarse [...] pero también es un desafío a la estructura subjetiva [...] luego del cimbronazo que le provocó el agujero en lo real que significa la pérdida del objeto amado» (Bauab, 2012, p. 18).

Luego de diez años de la muerte de la hija, esta madre dice:

Sí me doy cuenta muchas veces que cuando me ha pasado: cuando en la calle una persona preguntarme después de muchos años sin saber lo que me pasó a mí, preguntarme por mis hijas y nombrármela especial, **es como que ahí me cimbroniza porque yo tengo que explicar una cosa que me sucedió** y nadie sabe, entonces me cuesta eso **(E1)**

Al principio del duelo, por el propio trauma la renegación o la desmentida priman (Bauab, 2012). La renegación, una función para este duelo parecería interponer una presencia diferente, la cual no solo pertenecería a un primer momento. Para estar de duelo dice la autora, «en primer lugar se trata de localizar la falta, nombrarla, aceptar que algo se ha perdido, no renegar de ello» (O. Cit., p. 26).

Contrariamente, la renegación estaría presente más allá de este primer tiempo en esta investigación. La renegación cumple en sí misma y *como mecanismo una función específica* en este duelo, pues permanece en el tiempo más allá del modelo de los tiempos que se expuso en el marco teórico.

Permítaseme un paréntesis para afirmar desde la experiencia, que para estas madres nombrar al hijo/a representa el no-olvido, ergo no ha muerto. Si la falta representara la muerte del hijo/a, localizar la falta a nivel inconsciente es impensable e imposible, pues no hay registro a causa de que el trauma es irrepresentable como conjunto cerrado.

La función del duelo es subjetivante tiene como uno de los procesos inter-actuales la necesidad de historizar la pérdida, conforme al modelo de los tiempos representaría matar al objeto por segunda vez y declararlo muerto en el inconsciente. La subjetivación de la pérdida (muerte) implica una transformación en la relación con el objeto amado, el cual existió y hoy es una ausencia-demasiado-presente, lo cual liga el cambio narcisísticamente al ser del sujeto.

De las vivencias y sensaciones compartidas se desprenden las siguientes afirmaciones sobre sus procesos y tiempos en el duelo, relacionadas al uso de tiempos verbales, la gestualidad y la entonación de la voz:

Te vienen los recuerdos en ese momento en que tú empezás a hablar del pasado, **te marca el pasado**, pero no, no como para desalentarme, **es solamente esa nostalgia en ese instante** (...) Porque te pasa que **te parece al principio, que no es real, que se fue pero que no falleció** que se fue a algún lado, te cuesta entender, sabés lo que pasó, en el principio te cuesta mucho el espacio no verla (...) Para mí doloroso, por **el hecho de tener que pasar por una experiencia así para darse cuenta de tantas cosas, ¿no?** (...) cuando llegué viste, **no podía hablar**, no podía comentar simplemente escuchaba, no hacía otra cosa más que escuchar y **me obligaba también al principio**, porque lo que yo tengo es mucha perseverancia (...) pero sí que **es muy difícil al principio poder ir enseñándole a esas personas a ver la salida y a ver cómo se pueden encaminar ellas** (...) pero no descartar ninguna posibilidad, no dedicarse solamente a un Renacer sin pasar por una terapia, para mí la terapia es fundamental, o unidas ambas (...) porque **en ese momento al estar tan tan ciega** es que no ves los caminos porque el tema es que estás ciego, cuando te pasan esas cosas ya no ves, como **después vas abriéndote y vas dándote cuenta, porque en ese momento vos, ¡yo perdí el raciocinio!** (...) no tengo ningún conflicto para hablarlo, **pero sí es verdad que me cuesta decir lo que le pasó, ¡mucho te cuesta!** Y bueno **a medida que te vas fortaleciendo después la salida es más fácil, ya no es lo mismo** (E1, TD.: 10 a, 1 m)⁵⁶

[...] verlo en el ataúd **es fuertísimo** (...) **Todas las lágrimas que estoy derramando ahora**⁵⁷, **no las derramé ni en el velorio ni en el cementerio**. No lloré nada, como no lloré ni en el velorio de mi padre ni el entierro de mi padre ni nada. **No me digas por qué, no me salía una lágrima** (...) Sí. En este tiempo. Dos por tres, sí, me viene un ataque (...) vinieron ellos (familiares) también al velorio. Después fui yo para

⁵⁶ TD: tiempo cronológico de duelo

⁵⁷ La entrevistada hace referencia con "ahora" a la situación de entrevista

allá a pasar unos días. Y **cuando volví para acá, yo tenía un dolor impresionante**, pero iba, como que me tenía que sobreponer por AC, por esto, por lo otro y hasta, **pero era, era el pecho partido, ¿viste?** (...) y de pronto digo: no, pero ¿cómo puede ser, me olvidé de él? Y eso sí me llama mucho la atención. Quizás el año pasado fue mejor que el segundo año, **el segundo año es como una confirmación de que bueno, ta, esto es así** (...) **El primer año capaz que vos estás luchando por salir**, por salir adelante, por reconstruir, por todo, entonces, más o menos. **Pero después, cuando el segundo año digo: pa, esto es así.** Las fiestas fueron bravas, las fiestas son muy bravas **(E2, TD: 19 m)**

[...] cuando lo bajaron, lo pusieron en la cama, que ahí entramos todos y eso, no, no quise yo, no me tiré arriba, no quise tocarlo, no quise nada. Lo único que le pasé fue la mano por la cabeza, nada más. **Y le miré la cara y vi carita de, una cara serena, no una cara de sufrimiento ni de nada por el estilo** (...) No, yo soñé pocas veces con él después que murió, pocas veces soñé con él. Algunas veces, me parecía que estaba parado atrás mío. **Hoy me pasó, que sentí en el trabajo como que él estaba permanentemente atrás mío** (...) y empezamos enseguida, enseguida, mm **empezamos tratamiento psiquiátrico y psicológico todos**, que lo hicimos y que ta, con los pasos que se da en Salud Pública y un poco de contra porque el psiquiatra da mucha medicación y un dolor, decía yo, no se puede sentir si estás dopado (...) Por ejemplo, **mi madre**, que no había ido a nada, cuando fue, después de unos cuantos meses, a casa, porque se tenía que caer, se cayó una botellita de arriba del mueblecito, y ella va y dice: ta, S, quedate quieto. Y yo le digo: no juegues con el nombre de mi hijo/a. **Le digo: mi hijo/a no es una botella, mi hijo/a no es una sombra. Digo: mi hijo/a no está. Mi hijo/a está en mi corazón**, desde mi corazón no está tirando nada. Y no permitía ni que ella ni que nadie (...) Y fue bastante fácil, o sea, fácil no, fue sanador, **como un alivio poder decir: hijo/a, te perdono por lo que hiciste. Poder decirlo, sentirlo** (...) **Sí, hay un antes y un después**, hay un **antes** que era de aceptar todas las personas cómo eran, lo que dijeran, de ser yo la más sumisa, la de siempre buscarle justificación a todo y el después, no. **El después** es: no me callo, si no te gusta, mala suerte (...) Antes no sabía, no me conocía a mí, **antes no sabía la fortaleza que tenía**, antes **era inimaginable que yo me pudiera, pudiera ver a un hijo/a muerto** (...) **Renacer me aportó ver otros en la misma situación que, ver las diferencias de hacer el duelo**, por ejemplo, hay gente que no podía mirar las fotos, hay gente que vivía con las fotos, hay gente que los hijo/as le hablaban. No había un caso igual al otro en la manera de vivir el duelo (...) Me pasó ayer, que me voy a SC y **paso por la**

escuela naval y me guiaban por teléfono, me guiaban: ¿dónde venís, G?, me guiaban por teléfono **y yo sabía, sé**, obviamente, donde bajarme pero **vi la escuela naval y me viajé en los años, en el mundo y me perdí** (E3, TD: 4 a, 10 m)

[...] No llorar, no hablar con quien tuviste un hijo/a en común cuando un hijo/a se te murió es espantoso. **Es espantoso perder el hijo/a** y después, todo lo que empieza a aparecer alrededor, que te dificulta mucho más seguir viviendo, así digo: seguir viviendo, es muy difícil (...) te iba a decir algo también, sé que es muy personal, **yo me pregunto, ¿cómo sigo viviendo o por qué sigo viviendo, para qué sigo viviendo?** (...) Yo, que no creo en nada de eso, no me alivia nada, o sea, ta, L está muerto y no lo voy a ver nunca más. Y eso tiene un peso enorme, que **yo necesito a L**, entonces, digo: está muerto, yo qué sé, está muerto (...) Esto sí está, y cuando estoy ahí, estoy ahí y punto. Pero yo salgo de ahí, **sí, yo voy por la calle o donde esté, yo tengo imágenes de L** (...) a veces, me descubro haciendo cosas y digo: ya sé L lo que me vas a decir, ya sé lo que me vas a decir, ta, no me digas más nada. Y me río, pero es constante (...) Y otra cosa que **está siempre presente es la imagen de cuando lo encontré**, me vino el accidente cerebro vascular, estuve no sé cuánto en el CTI encerrada, no sé qué, pero la imagen, esa imagen no se te borra nunca, nunca, nunca (...) veces, **me descubro haciendo cosas y digo: ya sé L lo que me vas a decir**, ya sé lo que me vas a decir, ta, no me digas más nada. Y me río, pero es constante(...) **Sí, lloro, lloro, sí, se me empiezan a caer las lágrimas, me angustio mucho y lloro**. Y le digo ¿por qué lo hiciste, L? (...) yo sigo en tratamiento, **trabajo mucho eso de la necesidad de la presencia física del otro**. Yo lo busco a L por la calle (E4, TD: 4 a, 4 m)

[...] Ahora, **en el ómnibus, nomás, me acordé de mi hija, de la carita de ella** y un poco **como que se me quisieron llenar los ojos de lágrimas, pero no, me contuve**. Porque como sabía que venía acá y todo. Para mí, **me hace mucho bien desahogarme porque con nadie me desahogo** (E5, TD: 3 a, 6 m)

[...] pero hoy, como que hablo un poco mejor, que no me quiebro tanto, **pero fue muy, muy duro. Los primeros meses hasta el año**, hoy como que me he acostumbrado, quizás, a comentarlo más (...) Eso es lo que yo me sigo preguntando, los libros que me he comido y que me han prestado, porque todo, me parecía que en algo yo iba a encontrar la respuesta, porque **siempre estoy esperando una respuesta** (...) **Quizás ahora haya dejado un poco de preguntarme el porqué**, porque quizás lo veo más claro, por qué lo hizo (...) a veces, pienso, digo, **¿cómo hice para seguir adelante, para estar todavía acá arriba?** (...) Los primeros tiempos era cocinar por obligación y a veces, tirar los

platos adentro de la pileta e ir a **tirarme a la cama con intención de que ahora caigo y me duermo y no, y lo que hacía era llorar y llorar (E6, TD: 16 m)**

Se presentaron las unidades asociadas al tiempo de duelo (TD). El texto resaltado se tomó como indicador empírico para ilustrar la no linealidad temporal en el duelo en cada caso. Asimismo, los fragmentos responden al orden secuencial de aparición en cada entrevista, los cuales fueron interpretados y sintetizados sobre el tema de la categoría.

La concatenación de relatos y la agrupación dieron cuenta del estadio de los duelos.

5.3. Categoría 3: Recursos psicosociales para el afrontamiento de la pérdida

5.3.1. Ser resiliente: ¿una cuestión del ser o una decisión de ser?

Los procesos terciarios son mecanismos psíquicos de diferente expresión. También representan los enlaces con la realidad para integrar *el* complejo de *lo* traumático que devino posteriormente a la muerte de sus hijo/as/as. Estos procesos son parte de los duelos, como una función tendiente a la *creación* de nuevas formas de estar, de ser y vivir en el mundo. La creación permitiría la asignación de sentidos a lo irrepresentable, algo de lo nuevo para el sujeto. La creación es un proceso activo generador de una nueva subjetividad. No obstante, la muerte mantiene el estatuto de irrepresentable como experiencia para el yo, el cual sí siente muerta una parte de sí. Esta condición del yo, pese a la creación, mantiene por fuera la realidad inasimilable (Zukerfeld y Zonis, 2005, O. Cit.)

Dentro de los procesos terciarios hemos presentado a la renegación como una función protectora del yo, tanto para las representaciones inconscientes de conflictos anteriores como para las nuevas representaciones que no pueden integrarse por irrepresentable. Las representaciones de la conciencia del trauma.

Conjuntamente, tanto la culpa como la renegación son funcionales a los recursos yoicos para el afrontamiento del dolor y la reducción del impacto recibido, así como también para la transición del objeto y el restablecimiento de los vínculos. Tales procesos se transforman en función de tratar de investir lo nunca investido por imposibilidad fáctica, más allá de la representación de *lo* perdido. La muerte y suicidio del hijo/a.

La resiliencia es un fenómeno también emergente ante situaciones de crisis vitales, en las cuales hay un compromiso con la asimilación de los hechos y con la integridad psíquica del sujeto. Por consiguiente, es un proceso terciario también. Desde esta

perspectiva la resiliencia implicaría la capacidad de capturar lo traumático y generar condiciones psíquicas nuevas (Zukerfeld y Zonis, 2005)

La aparición de la resiliencia se relevó a partir de la diferenciación de las siguientes unidades en dos vertientes temáticas, la individual (omnipotencia positiva) y la psicosocial (los grupos).

✓ En cuanto a la capacidad de afrontamiento individual u omnipotencia positiva:

Descubrí toda esa fortaleza, fortaleza más que nada para enfrentar todo lo que me pase, es como que me parece que no hay nada que no pueda enfrentar me parece **(E1)**

[...] Ni quise averiguar ni nada. Además, es como su historia, ¿no?, no voy a revolver algo que no creo que me aporte nada ni me haga bien para nada (...) yo a todo el mundo le digo, no le digo que no se exprese, no llore ni nada, digo: sí, expresáte, lloren, pateleá, gritá, no sé qué, pero no te quedes en un pozo, porque así no tiene salida (...) No. Sola creo que no hubiera salido. Sí, sola no hubiera salido de esto, no (...) No, no, yo creo que tenés que agarrarte de todo lo que te haga bien **(E2)**

[...] Empezamos enseguida, enseguida, mm empezamos tratamiento psiquiátrico y psicológico todos (...) después entendí que ta, que no había sido culpa de nadie, había sido una elección propia, que había que respetarlo. Después, empecé a trabajar con libros de autoayuda para perdonarlo, para después, perdonarme a mí (...) Yo (silencio) desde que un día, no sé qué día, me planté y dije: yo voy a vivir mi vida y todos los días como si fuera el último día. Mientras mis hijas estén bien y no les falte nada, yo voy a salir, voy a disfrutar, voy a vivir mi vida (...) Antes no sabía, no me conocía a mí, antes no sabía la fortaleza que tenía, antes era inimaginable que yo me pudiera, pudiera ver a un hijo/a muerto [...]si trato a alguien, es porque quiero hacerlo. O venir acá, por ejemplo, venir acá, yo lo decidí, yo lo decidí **(E3)**

[...] No quiero nada que me impida la salida del alma y que me quede acá (señalándose el pecho) porque me siento peor (...) lo que sí fui retomando paulatinamente, que me ayuda mucho, es el deporte, muchísimo. (...) Tímidamente, he empezado a ir al cine, me gusta mucho, y lo logro disfrutar, cuando corro, disfruto **(E4)**

[...] Trato de no estar en la casa sola, trato de hacer mandados, trato de ir a ver a la señora **(E5)**

[...] «A veces me pongo a pensar y digo: tu dolor es tuyo, M, por más que te acompañen, que te apoyen, que te ayuden, pero por respeto a esa gente, también, no puedo estar todo el tiempo llorando» (E6)

✓ Las prácticas sociales en grupos que dan cuenta de la resiliencia:

Y yo pareciera que soy la que nunca tuve problemas porque siempre estoy ayudando. Sin embargo, soy la que tuve el problema más grande porque perdí un hijo/a, en cambio soy la que ayudo, tengo esa particularidad o no sé qué es, pero sé que tengo que seguir (...) y en cambio fue pasando fue pasando, me levantó me levantó me levantó el ánimo (...) después sí ya pasó a ser parte de esas personas ya pasaron, pasaron a ser parte de mi existencia, es como decimos *son la familia, para mí es algo maravilloso es la familia – es tal cual – que me dejó mi hija* (...) porque son personas que sufrieron que amaron, que que que también quisieron irse de este mundo pero después se dieron cuenta que no que había que seguir, y este que ya no tenemos que decirnos nada porque ya nos conocemos, que no tenemos que hurgar en cosas horribles ni hacernos preguntas [...] que en conjunto valemos mucho porque a veces cuando uno solo está no se siente tan bien, pero sí en unión con ellos yo arraso con todo (...) no sé di un giro de muchos grados para, en mi forma, en mi formación en mi persona. Renacer ... es como un lugar donde increíblemente a mí como persona me ha iluminado para darle la fuerza a los demás (...) me parece mentira que nos podamos reír todos juntos, pasarlo bien ¡los necesito!, por supuesto que en un principio no le voy a decir que pueden salir fácilmente y que siempre hay algo por lo que vivir, si sino que también le enseñaré el camino que tuve que recorrer para poder llegar a sentir que me importa la vida, que no quiero irme y que necesito ayudar (E1)

[...] Sentí eso en el grupo, lo mismo, gente, al hablar, se angustiaba mucho y lloraba, e inmediatamente, trataban de hacer que la persona no llorara, y para mí llorar es muy importante. Llorar porque llorás, llorar con ese dolor, esa sensación, alivia llorar (...) se pueden hablar de otras cosas y podés entender, tipo de llorar, capaz, que en otro lado, no, pero sí, es una buena organización esta. Creo, con todo, que tendría que tener un apoyo profesional (...) yo creo que solo Renacer, ta bravo el que pudo salir sólo con eso, pero me parece que no, sólo con eso, no (E2)

[...] Sola, no. Yo sentí el apoyo en, primero le pedí a profesionales, que obviamente, sí los seguí, después, encontré mucho apoyo en el grupo y cuando dejé, que dejamos, psiquiatra y psicólogo, mi apoyo y todo, todo, todo era una esponja sobre los libros de autoayuda (...) Entonces, decía: no, yo más dolor a mi dolor no quiero. Y

después, dije: ta, voy a probar un par de veces más y eso y me fui quedando y estuve siete meses participando del grupo (...) pero a mí me gustaba estar en ese grupo porque era donde yo había disparado y había vuelto y me sentía bien y era donde se recibían a los nuevos papás y todo eso, y era como... como lo que me pasó de venir acá: si puedo aportar un granito de arena para que se pueda solucionar algo o para que se pueda ayudar a otros padres y eso, lo hago (...) Renacer me aportó ver otros en la misma situación que, ver las diferencias de hacer el duelo, por ejemplo (...) porque cuando lográbamos salir porque venía el mismo grupo, no entraba nadie nuevo ni nada, estábamos bien. Caminábamos a pasos grandes. Pero ya cuando caían uno o dos nuevos, era un retroceso total al contar lo tuyo otra vez, a otra persona y que esa persona te cuente otra vez. Entonces, eso fue lo que me hizo abrirme **(E3)**

[...] Pero no en todo es tan absolutamente negativo, porque a mí me gusta mucho lo que hago y me gusta mucho estar en contacto con los jóvenes, porque yo siento que me dan vida, siempre me la dieron, porque siempre lo sentí así, yo tengo una muy buena relación con ellos (...) sentí que como fui viendo que rápidamente, la gente se distanciaba, dije: bueno, será que uno tiene que estar con la gente que le pasó lo mismo o, por lo menos, que perdieron hijo/as, entonces, pueden saber lo que es perder un hijo/a y, a lo mejor, en ese lugar, uno puede decir las cosas abiertamente (...) Bueno. L no va a volver, pero a lo mejor, a veces he pensado que yo podría ayudar a padres que estén en esa situación. A veces pienso que sí, a lo mejor escuchar nada más **(E4)**

[...] Me causó mucho mal, porque si bien escuchaba el caso de cada uno y no era la única que iba por suicidio de hijo/a, como que lo sobrellevaba porque es realmente un apoyo de uno a otro y a otro (...)

Le dije: Y en el tiempo que fue al grupo Renacer, qué siente que le aportó o no le aportó. **M:** No sé si no me aportó, yo me sentía que me podía explayar, que podía hablar (...) Es muy fuerte, yo digo: bueno, si otros salen y otros siguen adelante, yo voy a tener que seguir (...) C me decía que en determinado momento, yo hasta le daba apoyo a los otros y eso es algo innato y es algo que uno lo hace hasta sin darse cuenta, ¿no?, porque es como que uno quiere salir y quiere que el otro salga también y le pone ejemplos (...) Entonces, no sé, no perdí, pero gané, sí, porque me dieron apoyo, trataron de ayudarnos, de poner, cada uno pone su desgracia como ejemplo ante el otro y uno no se siente, capaz que es un egoísmo, de no pensar en, o es egoísmo el pensar que el dolor es mío solo, no, hay otros que también tienen un dolor tan grande **(E6)**

No obstante esto, cinco de las seis madres a la fecha de ser entrevistadas cuentan con alguna inserción en grupos. Algunas de ellas participan de otras agrupaciones o asociaciones y solamente una continuaba concurriendo a las reuniones de Renacer. Solamente una de las entrevistadas no mencionó grupo alguno de referencia.

6. CAPITULO VI: Conclusiones

La pregunta de la investigación remite a intentar comprender y describir los procesos interactuantes en los duelos que atravesaban las madres participantes. Se arribó a los siguientes enunciados, con relación a las significaciones dadas al suicidio de sus hijos/as, a la experiencia del duelo por sus muertes y a los recursos psicosociales de afrontamiento. Estas conclusiones surgieron de síntesis inductivas de alta complejidad por cada categoría y conjuntamente a las interpretaciones fundamentadas desde la discusión teórica.

6.1. Significados y causas adjudicadas al suicidio del hijo/a

A partir del relevamiento de la literatura internacional respecto a los factores de riesgo suicida se encontraron las siguientes recurrencias temáticas.

6.1.1. Factores de riesgo desencadenantes

Se identifica la existencia de eventos previos relacionados con la pérdida inminente de una relación afectiva significativa. En todos los casos hubo síntomas de depresión, cuya gravedad no pudo ser percibida como tal por las madres. En el mismo sentido, en algunos casos no fue considerada una enfermedad grave, no se supo de la existencia de depresión y en otros la asistencia de los profesionales de la salud se consideró que no estuvo a la altura de la gravedad de la problemática.

6.1.2. Violencia intra-familiar y maltrato infantil

Se constata que en todos los casos habrían existido actos de violencia intra-familiar de tipo física y psicológica, la cual era ejercida sobre las madres y sobre sus hijos e hijas. Del mismo modo, se encontró la repetición de estos hechos a través de relaciones de pareja conflictivas, las cuales incurrían en amenazas de abandono o separación. Las pérdidas reales o inminentes constituyen un factor de riesgo, las mismas pudieron exceder el umbral de estrés que ellos/as pudieron haber tolerado.

6.1.3. Identificaciones parentales

Se identificaron dificultades de relacionamiento con uno o ambos padres, con relación a conductas de abandono y desamor, de intromisión en la vida privada de los hijos/as tendientes a controlar decisiones en detrimento de la libertad individual. Asimismo, en algunos casos pareció existir una inversión de los roles de cuidado paterno-filial, principalmente en los casos donde hubo violencia entre la pareja de padres.

6.1.4. Antecedentes de IAE, de suicidios en la familia y en personas cercanas

En base a la muestra se comprueba que existieron antecedentes de suicidio cercanos, en la familia y en relaciones de amistad y pareja. También, hubo intentos de suicidio previos hasta ser consumado, los cuales no fueron considerados graves. En otros casos el suicidio irrumpió como un hecho inesperado sin antecedentes.

6.1.5. Traumas psicológicos infantiles

Al considerar que en todos los casos estudiados existió violencia y/o abandono por parte de las figuras de las cuales se espera cuidado y protección en la infancia. Estas situaciones constituyen una situación traumática que no pudo ser elaborada. Se infiere que en estos hijo/as frente a la pérdida de un vínculo significativo se reactivan angustias intolerables de las vivencias de desvalimiento y desamparo. Y, por consiguiente, la vivencia de vacío traumático.

Los traumas psicológicos infantiles son generadores de angustias de terror. Se arriba por inducción y por síntesis de temas a que el trauma es un concepto emergente como causa de suicidio. Se infiere que la reactivación de traumas psicológicos infantiles por sentirse desprotegidos, abandonados, violentados y protagonistas de disputas familiares, pudieron haber sido revividos, previamente a cometer suicidio.

Se podría afirmar que los traumas psicológicos infantiles, los cuales se acompañan de vivencias de vacío interior y de angustias terroríficas, podrían ser especificados en la clasificación como riesgo, dada la entidad del suicidio. Empero sí lo son la violencia y el maltrato infantil.

6.2. Características del duelo en las madres sobrevivientes de un suicidio

Se encontró que todas las madres se realizaban una misma pregunta *¿por qué a mí?* También, que el suicidio del hijo/a fue tomado como algo que les ocurrió a ellas mismas; una

especie de causa y consecuencia de un mismo dolor. Asimismo, con las contradicciones por no comprender cómo sus hijos/as pudieron darse muerte.

Todas las madres trataron de construir una teoría sobre los hechos para tener una respuesta para sí mismas y para los otros, lo cual realizan al buscar información y testigos que pudieran ayudarles con ese fin. Se consideró un hallazgo el carácter testimonial que tomaron los relatos en las entrevistas, lo cual se comprueba a raíz del tiempo utilizado para brindar detalles de los momentos previos y posteriores al suicidio.

Asimismo, se concluye que la oportunidad de participar en la investigación fue una contribución al conocimiento y ayuda para otros. En todos los casos se identificaron referencias a la soledad ante el dolor. Por consiguiente, se puede decir que no reconocer socialmente el duelo es una forma de no querer escuchar, lo cual fortalece la idea de que pueden ser juzgadas.

Las características que se desprenden de estos duelos no son un producto neto de los relatos. Sino, que las mismas son conclusiones a las que se arribó luego del análisis de los contenidos y de las síntesis de los relatos de entrevistas. Los resultados fueron controlados metodológicamente por triangulación de datos.

Se concluye que los duelos a partir del suicidio de un hijo/a adquieren expresiones diferentes en cada caso y procesos que son similares, aunque no distintos. Dichos procesos se hallaron en todos los casos, independientemente del tiempo cronológico de la pérdida.

Se puede concluir que a pesar del tiempo transcurrido, los duelos igualmente presentan las siguientes características:

6.2.1. Una herida narcisista

Apelamos a la metáfora para mostrar las conclusiones a las que se arribaron, en función del carácter acumulativo de las palabras así como los conceptos fundamentados en la investigación, que por asociación y semejanza permiten la percepción inmediata al lector (Ricoeur, 2001).

En estos duelos el suicidio es un trauma que estalla con la irrupción de un dolor psíquico que proponemos sea jerarquizado como *herida narcisista*, en el yo.

- ✓ La vivencia de vacío y sentimiento de terror ante el desamparo afectan a todas las áreas de la personalidad, generando un desequilibrio en el funcionamiento global de estas personas.

- ✓ La herida narcisista es *como* una herida a nivel del cuerpo, la cual disminuye en la intensidad de su sangrado a través del tiempo. La misma, al principio sangra cual hemorragia, pero con el pasaje del tiempo reduce su sangrado. Hay momentos en los cuales se detiene y en otros vuelve a sangrar.
- ✓ Este dolor señala e indica al psiquismo inconsciente que la ausencia existe, es como la sombra de un objeto a la cual se ve pero no se encuentra la materialidad (objeto) que la produce. Vale decir, que el hijo/a existe y está vivo en los registros inconscientes, pero no existe físicamente para poder abrazarlo.
- ✓ La herida narcisista permanece con el tiempo, es como un volcán inactivo que en cualquier momento puede entrar en erupción y producir vapores, intermitentemente.

6.2.2. La culpa es funcional al duelo

En estos duelos el sentimiento de culpa se observa tanto en las manifestaciones inconscientes como en sus expresiones verbales. Se encuentra presente en todos los duelos del estudio, así como también es posible afirmar que es inherente al propio duelo, Asimismo, la presencia de culpa es inseparable a la naturaleza dolorosa de la pérdida.

En igual sentido se puede afirmar sobre la culpa, dada su importancia testimonial y las síntesis temáticas, lo siguiente:

- ✓ El sentimiento de culpa en estos duelos tiene un alcance que excede a los afectos constitucionales en la estructuración psíquica.
- ✓ La culpa es afecto y es un mecanismo operante en la conformación psíquica del sujeto en los tiempos del pasado infantil.
- ✓ La culpa es un conjunto operativo que junto a otros mecanismos puede o no haber resultado fallante en los orígenes.
- ✓ Sentirse culpable en este duelo ha sido altamente recurrente y convergente para la categoría, en todos los relatos
- ✓ La culpa no es un afecto simplemente doloroso que pueda ser extirpado y con ello mágicamente pueda resolverse o elaborarse el duelo

Por último, *la culpa cumple una función* esencial e inseparable en estos duelos, la cual podría evolucionar en sus manifestaciones con el pasaje del tiempo, pero es como la piedra fundamental en la construcción de un edificio, si se la quita o se la mueve falsea la

estructura principal pudiendo precipitarla. Por consiguiente, el edificio del cual hablamos ha sufrido una sacudida sísmica. Al igual que este edificio, el psiquismo guarda la marca de una herida narcisista causada por el trauma de la violenta muerte del hijo/a, quien puso fin a sus días.

6.2.3. La renegación: un proceso creativo en el duelo

A medida que se avanzó en las síntesis de los temas y las categorías, resultó ineludible preguntarse *¿qué hacen estas madres para continuar con sus vidas luego de la pérdida?* Constituyó un descubrimiento comprobar y fundamentar que las madres acuden a la renegación, para excluir conscientemente de la realidad la muerte en sí misma del hijo/a.

La renegación es un mecanismo inconsciente que excluye las representaciones angustiosas de la conciencia, *pero* también puede ser un mecanismo consciente para excluir representaciones-irrepresentables; como la muerte es para el inconsciente.

Es válido traer aquí la definición de *mecanismo* para la *Real Academia Española*:
Conjunto de las partes de una máquina en su disposición adecuada [...] Estructura de un cuerpo natural o artificial, y combinación de sus partes constitutivas [...] En el psicoanálisis, mecanismo que utiliza el yo para protegerse de los impulsos o ideas que podrían producirle desequilibrios psíquicos (2014).

La valencia positiva o negativa de la renegación depende de cómo es utilizado por el sujeto. Hemos encontrado expresiones tales como *un antes y un después en la vida* luego de la muerte de sus hijos/as, lo cual implicó para cada madre un movimiento reflexivo sobre sí misma para la búsqueda de sentidos o significados posibles sobre lo sucedido.

En base a que no existe un proceso único en estos duelos sino que son simultáneos, en pos de sostener a la subjetividad en riesgo de caída. La renegación al igual que la culpa cumpliría también una función en igual sentido, en el límite de los accesos a las representaciones inconscientes y al ingreso de fragmentos representacionales de origen traumático

Se pudo inferir la importancia de la renegación en el duelo, a través de:

- ✓ Considerar a la renegación como un proceso terciario que cumple una función. De la misma manera que cumple con evitar el acceso e ingreso de las mociones pulsionales auto-destructivas, provenientes de las representacionales traumáticas. Asimismo,

cumple con proteger la vida anímica de lo que no puede ser representado como vivido, la muerte.

- ✓ La consideración que la muerte de un hijo/a es una herida narcisista en la trama existencial del yo. La inscripción de muerte en la continuidad existencial del yo bordea la propia herida y lleva consigo el peligro constante de la reactivación permanente del dolor.

Se puede afirmar que la renegación cumple la función de controlar desde la conciencia las fuerzas que agobian al yo, las cuales pulsan desde los fragmentos de memoria asociados al dolor de saber que el hijo/a se suicidó, al presunto conocimiento de las causas y al contexto relacional.

La función de la renegación sería mantener a raya las representaciones, lo cual redirige el dolor hacia un espacio capaz de ser controlado por el sujeto.

Se puede concluir que la renegación es un mecanismo funcional a sí mismo y a los procesos de transformación subjetivos en el yo de las madres. Asimismo, se puede decir que *la renegación cumple una función en el duelo*, que comprende tanto al mecanismo como a los procesos terciarios del psiquismo de enlace con la realidad.

Por consiguiente, se deduce que la renegación se comporta como una función de carácter operativo en el duelo para su afrontamiento.

6.2.4. El duelo concluye...

A lo largo de la investigación la guía del análisis fue ¿el duelo se elabora o no se elabora? Se interpeló la noción de “elaboración” como proceso que finaliza con la obtención de un resultado. El concepto teórico de *elaboración del duelo* proveniente del psicoanálisis fue parte de una de las hipótesis de trabajo: *¿son elaborables estos duelos?* Pregunta que subyace aún mientras escribo la tesis.

El dolor que todas las madres sienten parecería persistir aún a pesar del tiempo, pues el suicidio y la culpa implican al yo, herido de muerte pero no muerto. Un proceso que no culmina de representarse y tampoco de cerrarse el vacío ante estas muertes. La triangulación de los datos (observaciones, datos y teoría) permitirían afirmar que: en estos duelos, “el duelo” o el trabajo permanente del duelo, tiene la función de mantener vivo al sujeto y de transformar las relaciones que mantienen con el hijo/a fallecido

La sensación de vacío acompañante a la herida narcisista es algo sentido que no tiene representación psíquica y tampoco mental, pues la herida narcisista es a estos duelos *como los hilos que faltan* para hilvanar un tejido. Se puede bordear con hilos intentando cerrar el agujero en la trama y modificar la textura original, pero nunca aparentará ser igual que antes. Siguiendo con la metáfora, se puede también transformar la apariencia del tejido roto con otro fragmento de igual textura, pero nunca volverá a ser el mismo tejido. Se podría zurcir de forma invisible pero no se lograría disimular completamente el tejido que se ha roto. La diferencia está en que el dueño de la prenda sabe que allí hay un hueco que se le ha cubierto, pero que por allí la trama es frágil y no es igual a como era antes.

Ninguno de los términos que conocía para referir a estos duelos se ajustaba a lo que había observado en la clínica. Los mismos no se comportaban conforme a los modelos conocidos descritos: elaboración, trabajo, resolución, fases, etapas y tampoco aquel que iría en función de los tiempos del duelo. En este último Bauab (2012) propuso la concepción de tiempos del duelo en tres momentos, cuyas características resumimos en función de este capítulo: la renegación, la simbolización, la declaración por parte del yo que el objeto ha muerto o cuando el sujeto «consigue perder en lo simbólico lo que había perdido en lo real» (O. Cit., p. 42).

Se podría afirmar que el duelo puede ser una cuestión de tiempos, pero tampoco se puede afirmar que el tercer tiempo del duelo, donde se declara muerto al hijo/a se pueda lograr en estos duelos. De la misma manera que *la muerte siempre es como* y puntos suspensivos, paradójicamente y sin duda alguna no se puede hablar de la experiencia de muerte sin haberla vivido.

6.3. Recursos psicosociales para el afrontamiento de la pérdida

Se identificaron los siguientes aspectos positivos para el afrontamiento del dolor en estos duelos: el cambio en la subjetividad y la búsqueda de apoyos sociales en las redes comunitarias. Se encontró en la resiliencia la capacidad de generar las condiciones de cambio para el bienestar subjetivo, así como tener familia y otros hijos e hijas. De la misma manera, contar con un grupo de pares, entornos laborales y otras pertenencias grupales constituyen agentes contenedores de sus angustias y proveedores de herramientas, a partir de la compañía y experiencia de los otros.

6.3.1. La resiliencia y el cambio de posición subjetiva

Se puede afirmar conforme a los testimonios, que la resiliencia es una capacidad para la adaptación subjetiva a la nueva realidad a partir de transformar la vulnerabilidad en aptitud. Asimismo, se puede concluir que más allá del dolor pudieron recomponerse y continuar con la vida cotidiana. Del mismo modo, que la resiliencia es un proceso y un movimiento y no solo una capacidad. También es producto de aprendizajes sinérgicos que les permiten reflexionar sobre sí mismas, para promover cambios y crear nuevas condiciones de vida.

6.3.2. La sinergia de los grupos de pares

Se puede afirmar que la inserción en grupos fue un factor protector en estos duelos. Las dinámicas instaladas de apoyo recíproco presentan algunas dificultades, aunque no echarían por tierra el propósito de dar contención a los padres y madres frente al dolor de haber sobrevivido a sus hijos/as.

También, el grupo se conforma como un lugar de pertenencia y espacio para el reconocimiento social del duelo en el sobreviviente. De la misma manera, el grupo cobra importancia para la creación de nuevos vínculos y como un espacio de contención para las angustias del vacío frente a la nada. Asimismo, como un lugar de encuentro para la recreación y para pensar las perspectivas de futuro, lo cual fortalece al yo.

✓ Todas las participantes de la investigación estuvieron en algún momento del duelo vinculadas al grupo Renacer. Todas ellas valoraron como un aspecto positivo haber tenido un lugar de referencia de pares, donde ser escuchadas. Sin embargo, la mayoría de ellas dijeron sentirse peor al escuchar el dolor de otras personas y por tener que presentarse ante cada nueva incorporación de alguna madre o padre. Según ellas, esto removía aspectos muy dolorosos sobre la muerte de sus hijos/as. Cabe recordar, que la modalidad de ingreso para la inserción de las madres y padres es a partir de un grupo inicial, el cual es denominado por los referentes “grupo de padres nuevos”⁵⁸.

Se puede concluir de acuerdo a las expresiones, que este dispositivo grupal autogestionado tendría algunos aspectos a mejorar para la contención de los padres en general. Asimismo, se vería fortalecido si contara con el asesoramiento y coordinación técnica de uno o más profesionales psicólogos y psicólogas.

7. CAPITULO VII: Consideraciones finales

⁵⁸ La referencia y entrecomillado son míos

Este último capítulo tiene el propósito de generar reflexiones sobre los hallazgos de la investigación y realizar aportes para nuestra disciplina. Se enfatiza en algunas conclusiones con la finalidad de contribuir con conocimientos sobre este campo problemático. Asimismo, invitar a los interlocutores a profundizar en estos desarrollos y dejar planteadas interrogantes.

También, se expresan algunas inquietudes surgidas en el desarrollo de la investigación, así como al final en las conclusiones.

Las líneas de orientación están basadas en la articulación de tres áreas temáticas: la identificación de los factores de riesgo suicida a nivel individual, la caracterización del duelo en las madres sobrevivientes de un suicidio y la descripción de procesos de resiliencia contemporáneos.

7.1 Prevención del Suicidio

El suicidio es la segunda causa de muerte de jóvenes entre los 15 y 34 años en Uruguay. Resulta de suma relevancia que haya profesionales de la salud que estén capacitados en detectar el riesgo suicida en los pacientes que acuden a las consultas en todos los niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud y del Sistema de Emergencias Móviles extra-hospitalarias.

Se entiende que el suicidio es un fenómeno de expresión individual y de impacto social, político y económico. Desde este punto de vista a nivel país, actualmente existe nula asignación de recursos económicos específicamente dirigidos a la prevención de suicidios, tanto a nivel sanitario como educativo. En este sentido, la OMS (2014) reitera el imperativo sanitario de la función de los gobiernos para liderar las estrategias nacionales de prevención del suicidio, en base a que es un problema mayor para la salud pública.

El *intento de suicidio* a nivel sanitario no puede reducirse a ser tratado como una enfermedad médica. No obstante, se considera que el registro y la declaración obligatoria de carácter epidemiológico de los IAE constituyen un avance a nivel regional, a seguir desarrollando.

Se considera que los factores de riesgo suicida mundiales son convalidados en este estudio. Resulta indispensable y urgente promover acciones tendientes a sensibilizar a la comunidad en la prevención del suicidio. Con la misma urgencia, comenzar a integrar a las disciplinas, a las autoridades y a las organizaciones sociales, para trabajar en pos de esto.

Conforme a lo anterior, es necesario deconstruir las representaciones sociales entorno al suicidio como un estigma, para develar tabúes y mitos alrededor. De esta manera, se contribuye a quitar el miedo ante la mirada social y liberar de presiones a quienes necesitan pedir ayuda. Sobrevivientes de IAE y familiares, fundamentalmente.

Por último:

Hacer énfasis sobre la necesidad social de contar con una formación clínica en prevención de suicidios, para los estudiantes de grado y de posgrados en Psicología, así como también en las otras disciplinas conexas, para:

- ✓ la prevención de posibles suicidios
- ✓ la detección de los factores de riesgo y protectores
- ✓ el abordaje y tratamiento interdisciplinario e intersectorial de las personas con alta concentración de riesgo suicida

Expresar la preocupación sobre:

- ✓ la necesidad de adaptar los modelos de Prevención en Salud correspondientes a los Niveles de Atención
- ✓ la creación de una estrategia de prevención específica para el suicidio, a partir de la creación de un sistema de atención en red protocolizado y geo-referenciado
- ✓ la necesaria y urgente capacitación del personal de la salud en la detección oportuna de los riesgos y en la atención de las crisis suicidas

Finalmente, reiterar que el suicidio es prevenible y es una cuestión de todos, puesto que todos podemos transformarnos en sujetos vulnerables

7.2 Estado de duelo

A partir de la investigación se ha demostrado que este duelo requiere de un abordaje diferente desde el punto vista psicológico, a considerar⁵⁹:

- ✓ el duelo cumple una función vital para estas personas
- ✓ el duelo es un complejo funcional omnímodo que comprende a mecanismos psicológicos fundantes que se comportan como una función
- ✓ el duelo admite una clasificación intermedia entre normal y patológico
- ✓ este duelo no necesariamente se transforma en un duelo patológico
- ✓ el suicidio de un hijo o una hija interpela socialmente la función de cuidado parental

⁵⁹ p. 135

- ✓ la muerte de un hijo/a conforma un trauma psicológico devastador
- ✓ en el duelo se debe priorizar el abordaje sobre la herida narcisista en el yo, más que el tratamiento del dolor psíquico por la pérdida, el cual aparece posteriormente
- ✓ el dolor psíquico es una consecuencia del trauma vivido
- ✓ el dolor psíquico permite pensar sobre la muerte, mas no es equiparable a la representación de la misma
- ✓ se ratifica el enunciado freudiano que la muerte es irrepresentable para el psiquismo inconsciente, *ergo* la muerte psíquica es la muerte propia
- ✓ la muerte del hijo/a es la muerte de una parte del yo propio, es una vivencia imposible de registrar pues para ello se ha de haber vivido la muerte
- ✓ el vacío traumático de la pérdida se evidencia a partir de angustias que no pueden ser contadas, sino sentidas
- ✓ el sentimiento de culpa cumple la función de ofrecer sentidos a la vida propia
- ✓ la renegación cumple la función de proteger al psiquismo a partir de la exclusión forzada de la realidad
- ✓ las funciones que cumplen la culpa y la renegación aparecen cuando se puede reconocer y manejar el dolor psíquico

Dada las características que surgieron en el estudio de casos, se considera relevante para la formación de los estudiantes en Psicología reconocer e identificar los aspectos característicos y de riesgo que presentan estos duelos:

- ✓ hay una herida narcisista en el yo que cicatriza parcialmente, la cual puede ser activada por los fragmentos de memoria referentes al trauma del suicidio
- ✓ la herida narcisista es identificable a partir de las angustias frente a la vivencia de vacío traumático
- ✓ el dolor psíquico que se encuentra en la clínica es un indicador de mejoría y sobre el cual no hay que pretender su elaboración, pues resulta un imposible para estas personas registrar en el inconsciente lo que no se pudo conformar como una experiencia narrable, como consecuencia devastadora del trauma de la muerte
- ✓ la culpa cumple una función con diferentes expresiones, en tanto que como sentimiento inconsciente el mismo no debe ser historizado en la clínica con relación al vínculo perdido con el hijo/a
- ✓ la renegación no es solo un mecanismo de defensa inconsciente, sino que puede comportarse como un proceso creativo, como una función protectora ante la amenaza y temor de muerte, el cual permite crear condiciones psíquicas para el asentamiento de una nueva subjetividad

- ✓ no hay tiempos lineales en este duelo, no puede pensarse como un proceso que tiene un inicio, un desarrollo y un final donde se logre una elaboración, sino que el duelo es recursivo y las personas quedan en los intentos de simbolización de la pérdida

Finalmente, considerar que este duelo no es algo que se elabora y acaba y tampoco es un trabajo terminado, sino que es un todo funcional que puede ser pensado como un estado del ser. Un estado de duelo.

7.3 Formar en resiliencia

En función de que la resiliencia es una capacidad subjetiva a fortalecer en estas personas por el tipo de duelo, sería fundamental profundizar en la génesis de los procesos que permiten su aparición y desarrollo, así como también en la articulación de los aprendizajes cognitivo-emocionales que la constituyen.

Si bien se conocen algunas de sus manifestaciones, cabría profundizar en el estudio de los procesos que hacen al desarrollo de la capacidad y a la potencialidad intrínseca de autogénesis.

En la clínica sería fundamental:

- ✓ ampliar conocimientos sobre la capacidad creadora de la resiliencia en este tipo de duelos y sobre los procesos que la constituyen,
- ✓ conocer los aprendizajes resilientes que sostienen al sujeto en el duelo
- ✓ que la resiliencia sea considerada una herramienta técnica de la formación para aplicar en la clínica del duelo
- ✓ ampliar la formación de grado en dispositivos grupales terapéuticos, específicamente dirigidos a trabajar el duelo de los padres, originados a partir del suicidio de un hijo/a

En síntesis:

El suicidio es un fenómeno que se mantiene oculto mientras la sociedad permanece indiferente. Asimismo, por cada suicidio son afectados al menos 6 personas del entorno más cercano, elevándose a más de 100 si ocurre en un centro educativo. Esto equivale a decir que la multiplicación del impacto de un suicidio hace prever que dichas personas se encuentran clasificadas como población de riesgo suicida. Sin dejar de considerar, que en nuestro país y más allá de que las cifras son confiables en el estándar internacional, la tasa de 17.4 por cada 100 mil habitantes para el 2014 ratifica la permanencia de una tendencia levemente estable desde el año 2000, a excepción del 2002.

En tanto que los jóvenes – según las estadísticas – son quienes más se suicidan después de los adultos mayores. Resulta una consecuencia casi esperable la sobrevida de los padres respecto a los hijos, por lo tanto encontrarse con la demanda de un duelo de estas características, es altamente probable.

Referencias Bibliográficas

- Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Traducción Mattoni, S. Buenos Aires: Edelp S. A.
- Alvarez Pedrosian, E. (2010). Tras la Exploración de lo Cualitativo y Singular Fenomenología, Hermenéutica y más allá. En *De la Epistemología a la Metodología y Viceversa* (pp. 69-138). Montevideo: LicCom. Udelar, Mastergraf SRL
- Ambertín, M. (2005). El incurable luto en psicoanálisis. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte* 11(18), pp. 179-187. Recuperado de:
http://www.pucminas.br/imagadb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161156.pdf
- Améry, J. (1976). *Levantar la mano sobre uno mismo*. (Trad. M. Siguan y E. Aznar). Valencia: Pre-Textos, 1999
- Araújo, A. M. (2013). *Todos los Tiempos el tiempo*. Montevideo: Psicolibros
- Araya, A. (2015, noviembre 9). De Ser mejor persona [Lo que me gustaría que la gente entendiera sobre perder un hijo]. Recuperado de: <http://sermejorpersona.com/p-lo-que-me-gustaria-que-la-gente-entendiera-sobre-perder-un-hijo-2765>
- Ariès, P. (2011). *El hombre ante la muerte* (Trad. M. Armiño). Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- Armour, M. (2006). Violent Death: Understanding the Context of Traumatic and Stigmatized Grief. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14 (4), pp. 53-90. DOI:10.1300/J137v14n04_04. Recuperado de: EBSCO HOST
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado. DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. (Trad. V. Fischman). Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

- Aulagnier, P. (1994). *Un intérprete en busca de sentido*. (Trad. M. Jiménez). Madrid: Siglo XXI.
- Bacci, P. (2014). *Particularidades del duelo en personas que deciden donar los órganos de un familiar fallecido*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de la República, Montevideo.
- Barros, I. (2014). *Relaciones entre el abuso sexual intra-familia – incesto – y el Psicoanálisis. Articulaciones a partir del cine*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de la República, Montevideo.
- Bauab, A. (2012). *Los tiempos del duelo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Becker, S., Knudson, R. (2003). Vision of dead: imagination and mourning. *Death Studies* 27, pp. 691-716. DOI: 10.1080/07481180390226793. Recuperado de Base de datos: EBSCO HOST
- Benyakar, M., Lezica, A. (2005). *Lo Traumático. Clínica y Paradoja* (Vol. 1). Buenos Aires: Biblos.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Botella, C., Botella, S. (2003). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., Passeron, J. C. (2005). *El Oficio de Sociólogo*. Madrid: Siglo XXI
- Bruce, G. (2013). Intrinsic and External Factors and Influences on the Motivation of Suicide Attackers. *Journal of Military and Veterans' Health* 23 (3), pp. 27-33. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST

- Calhoun, L., Selby, J., Faulstich, M. (1982). The Aftermath of Childhood Suicide: Influences on the Perception of the Parent. *Journal of Community Psychology*, 10, pp. 250-254. Universidad de Carolina del Norte. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST.
<http://ehis.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8c60e6d3-23c8-4563-a077-55bbf2b8320%40sessionmgr14&vid=13&hid=4>
- Castelli, D. (2013). From Sense-Making to Meaning-Making: Understanding and Supporting Survivors of Suicide. *British Journal of Social Work* 43, pp. 317–335. DOI: 10.1093/bjsw/bct026
- Casullo, M. C. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *XII Anuario de Investigaciones*, pp. 173-182. Facultad de Psicología, UBA. Recuperado de
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. MEC-M.del Interior-MIDES-MSP (2011). Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015. Recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio.pdf>
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapájaros*. Barcelona: Gedisa.
- David, H. (2014). *Las madres que matan. Maternidades*. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST.
- De Gaulejac, V. (2008). *Las fuentes de la vergüenza*. Buenos Aires: Mármol/Izquierdo
- Denzin, N. Lincoln, Y. (Coord.). (2011). *Manual de Investigación Cualitativa*. (Vol. 1). (Trad. C. Pavón). Barcelona: Gedisa
- Denzin, N., Lincoln, Y. (Coord.). (2013). *Las estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

- Díaz-Curiel, J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31 (109), pp. 93-107. Recuperado de: Base de datos de EBSCO
- Dollenz, E. (2003). Duelo Normal y Patológico, consideraciones para el trabajo en Atención Primaria de Salud. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud* Nº 1. Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de: www.psiquiatriasur.cl
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. Recuperado de: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf
- Echeburúa, E., Herrán Boix, A. (2007). ¿Cuándo el Duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 33(147). Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco. Recuperado de: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/1205/1698>
- Escudero, J., Delfín, L.A., Gutiérrez, L. (2008). El Estudio de Caso como estrategia de investigación en las Ciencias Sociales. *Ciencia Administrativa* 1, pp. 7-10. Recuperado de: <http://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/estudio2008-1.pdf>
- Freud, S. (1914-1916). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítica Trabajos sobre metapsicología y otras obras. *En Obras Completas*. (2ª. ed.). (Vol. 14). (Trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu, 1984
- Freud, S. (1916-1917). 23ª. Conferencia. Los caminos de la formación del síntoma. *En Obras Completas* (2ª. ed.). (Vol.16). (Trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu, 1991
- Freud, S. (1919). De la historia de la neurosis infantil y otras obras. *En Obras Completas*. (Vol. 17). (Trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu, 1986
- Freud, S. (1920). Carta de Freud a S. Ferenczi del 4 de febrero de 1920. *En Ernest Freud (Org.). Epistolario 1873-1939*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1962
- Freud, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. *En Obras Completas*. (Vol. 20). (Trad. J. L. Etcheverry). Buenos Aires: Amorrortu, 1986

- Freud, S. (1929). Carta de Freud a Binswanger del 12 de abril de 1929. In: Ernest Freud (Org.). *Epistolario 1873-1939*. Madrid: Biblioteca Nueva. 1962
- García Canclini, N. (2004). *Diferentes, Desiguales y Desconectados. Mapas de la Interculturalidad* (1a. ed.). Barcelona: Gedisa.
- Gibson, J., Gallagher, M. y Jenkins, M. (2010). The experiences of parents readjusting to the workplace following the death of a child suicide. *Death Studies*, 34, pp. 500- 528. DOI: 10.1080/07481187.2010.482879
- González, V. (2014). *Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de la República, Montevideo.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu
- Grinberg, L. (1970). *Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Grunbaum, S. (2012, diciembre 13). Uno de cada 10 adolescentes uruguayos intentó quitarse la vida este año. *El Observador*.
- Guija, J., Giner, L., Marín, R., Blanco, M., Parejo-Merino, J. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de medicina Legal* 38 (4), pp. 161-171. Recuperado de: Base de datos EBSCO <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.001>.
- Gutiérrez-Cuevas, A. (2009). *Manejo del duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada*. (Tesis de Maestría en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfgmae/tfg-m-2009-01.pdf>
- Harris, M. (2004) *Introducción a la Antropología General* (7a. ed.). Madrid: Alianza
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) . *Metodología de la Investigación* (5a ed.). México D.F.: McGraw Hill

- Jakobson, R. (1974). *Lingüística y Poética*. Barcelona: Seix-Barral.
- Käes, R.; Faimberg H.; Enriquez, M., Baranes, J. (1996) *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Khan, M. (1974). *La intimidad del sí mismo*. (Trad. F. Casas). Madrid: Saltes.
- King, C., Kerr, D., Passarelli, M., Ewell-Foster, C., Merchant, C. (2010). One-Year Follow-Up of Suicidal Adolescents: Parental History of Mental Health Problems and Time to Post-Hospitalization Attempt. *Journal Youth Adolescence* 39, pp. 219-232. DOI 10.1007/s10964-009-9480-2
- Klein, M. (1935) Contribucion a la psicogenesis de los estados maniacos depresivos. En: *Amor, culpa y reparación y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós, 1990
- Konicheckis, A. (2008). *De génération en génération: la subjectivation et les liens precoces*. Paris: Presses Universitaires de France
- Lamas, H. (2009). Experiencia traumática y resiliencia: identificación y desarrollo de fortalezas humanas. *Cuaderno de crisis* 8(2), pp. 20-29. Recuperado de: <http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2009/Num8Vol2-2009.pdf>
- Llobet, V., Wegsman, S. (2004). El enfoque de Resiliencia en los Proyectos Sociales: Perspectivas y Desafíos. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 13(1), pp. 143-152. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26413111.pdf>
- Loitegui, A. (2008). *Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje* (Tesis de Grado). Buenos Aires: Universidad de Belgrano, Dpto. de Investigaciones
Recuperado de: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf
- López-Alonso, A. (2006). *Tesis Doctorales: Una guía integrada de sus métodos cualitativos y cuantitativos*. Buenos Aires: Universidad Argentina John F. Kennedy.

- Lutereau, L. (2013). ¿Fraternidad y segregación? Acerca de la función del testigo en psicoanálisis? *Revista de Psicoanálisis* 13, pp. 121-136. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios en psicoanálisis y Cultura. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- Manfredi, C., Julian, M. C., Linetzky, L. (2007). Reflexiones sobre “trauma” y repetición” a partir de la clínica con pacientes con pánico y estrés postraumático (caso Cromagnon). *Psicoanálisis APdeBA* 29(1), pp. 165-179. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- Markez, I., Fernández, A., Pérez, P. (Coord.). (2009). *Violencia y Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Marshall, B., Galea, S., Wood, E., Kerr, T. (2013). Longitudinal Associations Between Types of Childhood Trauma and Suicidal Behavior Among Substance Users: A Cohort Study. *American Journal of Public Health* 103 (9), pp. 69-75. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- Martínez-Lucena, J. (2008). Hermenéutica de la narrativa del no-muerto: Frankenstein, Hyde, Dracula y el zombi. *Pensamiento y Cultura* 11(2), pp. 237-261. Universitat Abat Oliba de Barcelona. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- McKay, K., Tigue, J. (2014). Talking through the dead: the impact and interplay of lived grief after suicide. *Omega* 68 (2), pp. 111-121. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.68.2.b>
- Meza, E., García, S., Torres, A., Sauri, S., Martínez, B. (2008). El Proceso de Duelo. Un mecanismo para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, 13(1), pp. 28-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
- Morin, A. (2008). Sin palabras. Notas sobre la inexistencia del término ‘suicida’ en el latín clásico y medieval. *CIBCE* 12, pp. 159-166. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/circe/n12/n12a12.pdf>
- Morin, E. (2002). La cabeza bien puesta. Buenos Aires: Nueva visión.

- Moyano, E., Barría, R. (2006). Suicidio y Producto Interno Bruto (PIB) en Chile: Hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), pp. 343-359. Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v38n2/v38n2a08.pdf>
- Muñiz, M., Vanegas, G., Montoya, B. (2012). El Estudio de Caso Psicoanalítico: Estrategia de Investigación Cualitativa. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 6, pp. 182-191. Recuperado de: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2012/ee-06-2012/index.html>
- Oladeji, B., Gureje, O. (2011). Parental Mental Disorders and Suicidal Behavior in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Archives of Suicide Research*, 15, pp. 372–383. DOI: 10.1080/13811118.2011.616151
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del Suicidio un imperativo global*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Owens, C., Lambert, H. (2012). Mad, Bad or Heroic? Gender, Identity and Accountability in Lay Portrayals of Suicide in Late Twentieth-Century England. *Cult Med Psychiatry* 36, pp. 348-371. DOI 10.1007/s11013-012-9259-x
- Palomo, J. L. , Ramos, V., De la Cruz, E., López, A. M. (2010). Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). *Cuaderno de Medicina Forense* 16(4), pp. 217-229. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v16n4/original3.pdf>
- Peñalver, P. (2010). Del ser para la muerte al ser contra la muerte. Una reconsideración del vitalismo hiperbólico de Emmanuel Lévinas. *Cuadernos de Filosofía* 31(103), pp. 29-46. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- Pereira-Tercero, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Revista FMC* 17 (10), pp. 656-663. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST

- Pérez Barrero, S. (2005). *Manual para la Prevención del Suicidio*. Recuperado de:
http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Manual%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio%20Dr.%20Sergio%20A.%20Perez%20Barrero_0.pdf
- Pérez Sales, P., Hernangómez, L., Santiago, C. (2000). Terapia de Grupo en Duelo Complicado: un Enfoque desde los Factores de Cambio Positivo. *Psiquiatría Pública*, 12(3), pp. 272-284. Recuperado de:
http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_3/caso01.pdf
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, Culpa y Duelo hacia una terapia integradora*. Bilbao: Ed. Desclée De Brouwer
- Pfefferbaum, B., Reissman, D., Pfefferbaum, R., Klomp, R., Gurwitch, R. (2012). *Building Resilience to Mass Trauma Events*. Recuperado de: Base de datos SPRINGERLINK
- Popper, K. (1972). *Conjeturas y Refutaciones* (2ª. ed.). (1983). Barcelona: Paidós.
- Pujadas, J. J. (2002). *El Método Biográfico: el uso de las Historias de Vida en Ciencias Sociales*. (2ª. ed.). Cuadernos Metodológicos Nº 5. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ª. ed.). Recuperado de
<http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
- Ricoeur, P. (2001). *La metáfora viva*. (2ª. ed.). Madrid: Trotta.
- Roitman, A., Armus, M., Swarc, N. (2012). El duelo por la muerte de un hijo. *Revista Internacional de Psicoanálisis* 12. Recuperado de:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000216&a=El-duelo-por-la-muerte-de-un-hijo>

- Romero, Y., De Rosales, J., Martín, Ma. A., Gálvez, R. (2013). Caso clínico. Escritura expresiva y emocional via e-mail para el seguimiento de duelo. *Medicina Paliativa* 20 (2), pp.68-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.11.002>. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- Saldívar, N (2011). Pensar lo otro. Entrevista a Esther Cohen Dabah. *Andamios* 8(16), pp. 139-152. Recuperado de: Base de datos EBSCO HOST
- Singer, F. (2014). Duelo y trabajo de objetualización. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 8(4), pp. 115-125. AUDEPP. Recuperado de: www.audepp.org/revista/volumenes/tomo-viii-no4/
- Souza-Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar.
- Souza-Minayo, M. C.,(2009). *La Artesanía en la Investigación Cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Stake, R. (2010). *Investigación con Estudio de Casos (5ª.ed.)*. Madrid: Morata
- Supiano, K. (2012). Sense-Making in Suicide Survivorship: A Qualitative Study of the Effect of Grief Support Group Participation. *Journal of Loss and trauma* pp. 489-507. DOI: 10.1080/15325024.2012.665298
- Taylor, T., Morales S., Zuloaga, F., Echávarri, O, Barros, J. (2012). Lo Que Nos Dicen los Padres: Perspectivas de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 21, pp. 271-280. Recuperado de la base de datos de Psicodoc internacional.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, Pena, Duelo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Universidad de la República, Facultad de Psicología. (2010). *Creación del Instituto de Psicología Clínica*. Recuperado de: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/INSTITUTO_DE_PSICOLOGIA_CLINICA%20C%20ultima%20versi%C3%B3n.pdf

Uruguay. Poder Legislativo (2006). *Ley 18.097 Día Nacional de Prevención del Suicidio*. Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18097&Anchor=>

Valles, M. (2002). *Entrevistas Cualitativas*. Cuadernos Metodológicos Nº 32.
Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas

Valles, M. (2007) *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis

Vieta, F. (2007). Espacio-Tiempo mental: más allá de la Relación. *Clínica e Investigación relacional* 1(1), pp. 110-127. Recuperado de:
http://psicoterapiarelacional.com/Portals/0/eJournalCeIR/V1N1/7F_Vieta_Espacio-Tiempo-Mas%20alla%20relacion_CeIRV1N1.pdf

Zukerfeld, R., Zonis, R. (2005). *Procesos Terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar

Investigación: Elaboración del Duelo en Padres de Hijos que fallecieron por Suicidio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación se realiza en el marco de los estudios de Posgrado de la Maestría en Psicología Clínica, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Tiene como objetivo, comprender la dinámica de los procesos psicológicos comprometidos en los trabajos de duelo, en los padres de hijos que fallecieron por suicidio. Se entiende que el duelo es la respuesta y el proceso que comienza con la pérdida de un ser querido, afectando a las personas a nivel psíquico, físico, familiar y social.

En nuestro país y en la región no existen investigaciones sobre este tema, para ello, conocer y profundizar en estos duelos, contribuirá a mejorar la atención psicológica y comprender cómo se llevan adelante a medida que pasa el tiempo.

La participación de los padres está sujeta a que haya transcurrido como mínimo 6 meses desde que ocurrió la pérdida, y continúa después con la realización de una entrevista. Se considera que el relato de los hechos durante la entrevista pueda movilizar sus afectos, pero al mismo tiempo podrá obtener el beneficio de ser escuchado por un profesional de la salud mental, y podrá reconocer las emociones que pueda estar sintiendo en ese momento, expresarlas y reflexionar sobre ellas para avanzar en el duelo. Asimismo, podrá contar con un mayor conocimiento de la problemática del suicidio, lo que le permitirá compartir estos conocimientos con su entorno familiar y podrá ayudar a otros informando y previniendo.

Para su tranquilidad, se le informa que sus datos personales serán de acceso restringido únicamente a la responsable de la investigación y a la Directora de Tesis. Las entrevistas serán desgrabadas por la responsable, que le adjudicará un código interno confidencial para preservar su identidad.

A efectos de minimizar las posibles repercusiones que puedan ocurrir durante la entrevista, se considera importante tomar en cuenta estas recomendaciones:

- ✓ Puede concurrir acompañado al encuentro de la entrevista si así lo considera
- ✓ La entrevista será interrumpida cuando usted indique que está siendo afectado y cuando desee no continuar hablando de alguno de los temas
- ✓ La responsable de la investigación se comunicará telefónicamente con usted, para hacerle un seguimiento posterior al encuentro, valorar los posibles efectos y brindarle la información y orientación que pueda necesitar
- ✓ La atención psicológica que se le ofrece se realiza a través de los Servicios que cuenta la Facultad de Psicología, sin costo alguno para usted. Éstos son: Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica y el Servicio de Atención Psicológica del Hospital de Clínicas (Facultad de Medicina), Unidades Docente-Asistenciales en Hospitales de ASSE, y la Unidad de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología, en el Centro de Investigación Clínica (CIC-P)

La investigación ha sido sometida a la aprobación de la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República

Su responsable es la Lic. María Susana Quagliata Catena:

Teléfono XXX XXXXXX, Correo electrónico: squagliata@psico.edu.uy

Actualmente cursa la Maestría de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en el marco de la cual se desarrolla esta investigación.

Los resultados de la investigación serán divulgados luego de haber finalizado.

Se garantiza en todo momento la confidencialidad y privacidad de los sujetos participantes de la investigación.

Su participación en esta investigación requiere:

Que acepte ser entrevistada/o por la responsable de la investigación en un único encuentro, el cual será grabado.

Cabe aclarar:

1. Que usted posee la libertad de rehusar su participación o retirar su consentimiento, en cualquier fase de la investigación, sin perjuicio alguno del compromiso contraído con usted, para la minimización de los daños que esta investigación pudiera ocasionarle;
2. Que se le garantiza por parte de la investigadora responsable la confidencialidad de los datos que usted aporte, resguardando los mismos;
3. Que estará a su disposición la forma de comunicarse y acceder a la investigadora responsable, durante el estudio;
4. Que los datos obtenidos a partir de su participación sólo podrán ser usados para los fines previstos en este consentimiento.

Formulario de Consentimiento

Leí la información mencionada arriba, ellas me fueron explicadas y pude hacer todas las preguntas que quise, aclarando todas las dudas surgidas. También se me informó que en caso de participar en la investigación, los datos aportados serán confidenciales, solo la investigadora tendrá acceso a ellos y mi identidad será preservada, no identificándose nombre ni apellido, o cualquier otro dato que pudiera revelarla.

Estoy consciente que no recibiré dinero o cualquier otra gratificación por participar en la investigación y comprendí que tengo derecho de no participar o dejar de hacerlo en cualquier momento que lo decida, sin penalización alguna y sin perjuicio de lo comprometido, para la minimización de los daños que esta investigación pueda ocasionarme.

Nombre completo: _____

Firma: _____

Cédula de identidad: _____

Nombre completo del investigador responsable:

María Susana Quagliata Catena

Firma: _____

Cédula de identidad: 1.611.653-6

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Fecha: 7 de agosto de 2013