

2. El duelo por suicidio en los familiares. Necesidades e intervenciones

THE BEREAVEMENT FOR SUICIDE IN THE FAMILY. NEEDS AND INTERVENTIONS

Elena Marco Ramo

Enfermera especialista en salud mental en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza).

RESUMEN

El duelo de los familiares y allegados que han perdido a un miembro por suicidio es diferente al duelo por otra causa. El gran impacto emocional, el estigma, los sentimientos de vergüenza y culpa, la incomprensión del hecho y los pensamientos rumiativos centrados en buscar una explicación, hacen que la evolución del duelo no siga las fases de un duelo normal.

La pérdida por suicidio de un ser querido tiene consecuencias para el resto de la familia, físicas y psicológicas, incrementa el riesgo de suicidio de otro miembro. Afecta a las relaciones intra y extra familiares y al rendimiento académico y laboral. La evolución del duelo dependerá de cada caso en individual, pero hay factores como la relación con el fallecido, los mensajes de despedida, el método usado o la posibilidad de recibir apoyo, que influirán en el proceso.

Tras recibir una noticia tan traumática, en un primer momento, los familiares buscan apoyo en su círculo más cercano, este apoyo llega a ser insuficiente y necesitan de la atención de los profesionales de la salud mental. Por ello, es imprescindible que los profesionales estén formados en este ámbito y conozcan las particularidades de un duelo por suicidio respecto a un duelo normal.

Palabras clave: Duelo, familiares, suicidio, consecuencias, riesgo de suicidio, salud mental.

ABSTRACT

The mourning of relatives and close friends who have lost a member to suicide is different from mourning for another cause. The great emotional impact, the stigma, the feelings of shame and guilt, the misunderstanding of the event and the ruminative thoughts focused on seeking an explanation mean

that the evolution of grief does not follow the phases of normal grief.

The suicide loss of a loved one has consequences for the rest of the family, physical and psychological, it increases the risk of suicide of another member. It affects intra- and extra-family relationships and academic and work performance. The evolution of the duel will depend on each individual case, but there are factors such as the relationship with the deceased, the farewell messages, the method used or the possibility of receiving support, which will influence the process.

After receiving such traumatic news, at first, family members seek support in their closest circle, but this support becomes insufficient and they need the attention of mental health professionals. Therefore, it is essential that professionals are trained in this area and know the particularities of a duel due to suicide compared to a normal duel.

Keywords: Bereavement, family, suicide, consequences, suicide risk, mental health.

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio viene del latín *sui* (uno mismo) *cidio* (matarse). Según la *Real Academia Española (RAE)*, se conoce como acto voluntario al que una persona pone fin a su vida. El suicidio puede considerarse una muerte traumática, producida de forma violenta, prematura e inesperada^{1,2}.

El suicidio es multicausal, está muy ligado a la salud mental, puede deberse a una intensa tensión emocional o a una perturbación resultante de un evento que causa un profundo dolor psíquico por lo que el individuo solo desea morir. Se da cuando los recursos para afrontar el problema son menores que el sufrimiento que genera, es la única solución que le encuentra a ese problema. La mayoría de las personas que han contemplado suicidarse, posteriormente se arrepienten de ello, en realidad no querían poner fin a su vida, querían evitar la pena y el dolor³.

No solo se debe a un factor o circunstancia en concreto, aunque sí que puede existir un último factor desencadenante. Es el motivo en el que los familiares piensan que es la única causa y que la podrían haber evitado³.

Es una muerte que se considera una tragedia humana, para la víctima es la única salida que encuentra, para la familia tiene repercusiones a nivel individual y familiar y para los profesionales se considera un fracaso, casi la mitad de los pacientes que se suicidan han consultado con un profesional sanitario en el último mes^{4,5,6,7}.

Los medios más frecuentes para llevar a cabo el suicidio suelen ser el ahorcamiento, dejarse caer al vacío, sobredosis de medicación, envenenamiento con pesticidas y uso de armas de fuego. En la población anciana la mayoría de los casos es por sobreingesta medicamentosa de hipnóticos, analgésicos y antidepresivos. Destacar que los hombres suelen usar métodos más violentos que las mujeres^{1,8}.

Como paso intermedio entre la ideación y la conducta suicida está la comunicación suicida, es el acto en el que la persona transmite pensamientos, ideas o intencionalidad de quitarse la vida⁹.

La ideación suicida es el pensamiento que sirve de agente para la propia muerte. La gravedad varía en función de la especialidad de los planes de suicidio y del grado de interés suicida. La idea suicida debe considerarse como una emergencia sanitaria que requiere una valoración médica, supervisión y seguimiento por los profesionales o la familia y dependiendo del caso hospitalización⁹.

Para detectar estas ideas es importante que los profesionales de la salud mental valoren el riesgo suicida, especialmente en los pacientes con depresión. El objetivo es identificar los factores de riesgo y los protectores individuales de cada caso. Informar, ayudar, orientar y asesorar a quienes tienen estas ideas, se recomienda hablar de ello de forma directa y profesional. Hay que fomentar que el paciente pueda explicar cómo se siente, si se siente solo, triste, con desesperanza, si piensa que es una carga para los demás o que vivir no merece la pena, si piensa en el suicidio...^{8,9}

El intento o tentativa autolicio es el comportamiento autolesivo con un resultado no mortal con evidencia explícita e implícita de que el sujeto pretendía morir. Son entre 10 a 30 veces más frecuentes que los suicidios consumados. También constituyen un problema de salud pública ya que puede tener como consecuencias lesiones físicas de gravedad. Los intentos por intoxicación son los más frecuentes ya que tienen más tendencia a recidivas, afectan a un 1.5% de la población. Cuando el sujeto interrumpe el intento antes de que se produzca daño físico se conoce como tentativa de suicidio fallida^{3,8}.

Los perfiles de las personas que realizan intentos de suicidio y los que llegan a suicidarse es diferente (tabla 1).

Tabla 1. Fuente: Elaboración propia.^{8,8-10}

Suicidio consumado	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres • Mayores de 65 años • Acto planificado • Método de alta letalidad • Escasa posibilidad de rescate • Pocas señales de alerta previas • Factores precipitantes prolongados • Hostilidad baja • Pocos antecedentes suicidas • Menor psicopatología del carácter
Intento de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres • Personas jóvenes • Acto impulsivo • Método de baja letalidad • Alta posibilidad de rescate • Muchas señales de alerta • Factores precipitantes coyunturales • Hostilidad alta • Muchos antecedentes suicidas • Mayor psicopatología del carácter

Cada persona que se suicida deja atrás a una familia y amistades, se estima que en cada suicidio quedan 6 personas afectadas a nivel físico y psicológico, atraviesan etapas dolorosas y se evidencia una mayor incidencia de comorbilidades¹⁰.

La suicidología contemporánea ha establecido un término para los que sufren una pérdida por suicidio, "supervivientes". Se refiere a quienes han tenido una pérdida por suicidio. Antiguamente sólo hacía referencia a los familiares, pero ahora ya contempla a todos los allegados de la víctima^{6,11}.

1.1. Epidemiología

El suicidio se considera un importante problema de salud pública de primera magnitud a nivel mundial. Al año se están suicidando cerca de 800.000 personas, cifra que ha aumentado un 60% en los últimos 50 años y tiene tendencia a seguir haciéndolo (imagen 1). La incidencia del suicidio a nivel mundial se considera la quinta causa de muerte, en el grupo de edad de 15 a 29 años es la segunda causa de muerte, según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*¹.

La pandemia del Coronavirus ha impactado negativamente en la salud mental de la población ya que los factores de riesgo asociados al suicidio se han incrementado durante la pandemia. Aparecieron los problemas de desadaptación, soledad y la sobrecarga de tener que estar en casa. A esto se le suma la pérdida de trabajo, dificultad para acceder a los médicos, traumas, trastornos mentales¹.

A nivel mundial constituye el 57% de las muertes no naturales, se sitúa por encima del número de muertes por accidente de tráfico. Registra una tasa de incidencia de 114 suicidios/millón de habitantes. Se suicidan, 3.000 personas al día, 16 personas cada 100.000 habitantes; 1 persona cada 40 segundos. Hay 20 intentos autolíticos por cada suicidio consumado².

Los datos recogidos son variables según la población que se estudie, incluso dentro de un mismo país. Principalmente ocurren en países de bajos y medios ingresos¹. La diferencia de suicidios entre ambos género es clara, en países como Rusia o Islandia se suicidan 5 veces más los hombres que las mujeres^{10,12,13}. Hay que tener en cuenta que los datos no son muy fiables, debido al estigma, la causa de la muerte no se registra como suicidio. Además, sólo se registran los suicidios consumados, no los intentos autolíticos, que se estima que son 20 veces más frecuentes^{2,14}.

En la *Unión Europea (UE)*, se registran anualmente 50.000 muertes por suicidio, de los cuales el 70% son hombres. Las edades comprendidas entre 40 y 60 son las de mayor riesgo².

España es uno de los países de la *UE* con menores tasas de suicidio, pese a ello los casos de suicidio están aumentando en los últimos años (Gráfico 1). En el año 2020, según las cifras del *Instituto Nacional de Estadística (INE)*, se ha alcanzado la cifra máxima con un total de 3.941 personas fallecidas, es decir, 10 personas al día, 1 persona cada 2

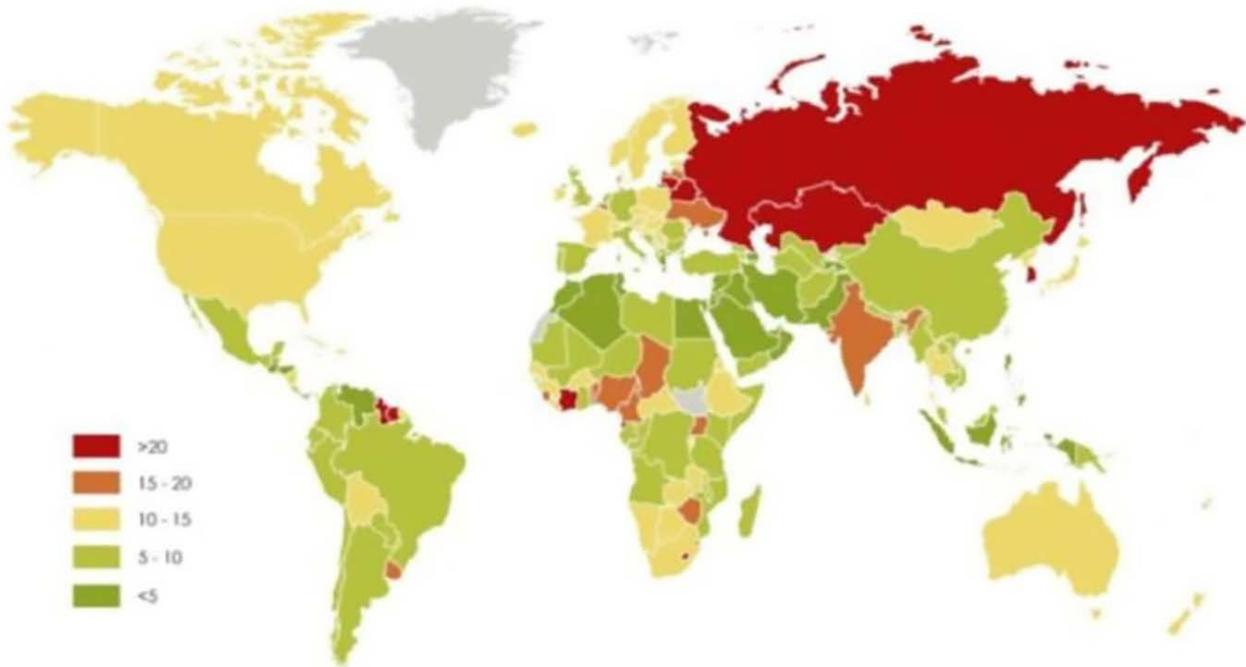


Imagen 1. Mapa de suicidios en el mundo en 2022. Fuente: Informe del suicidio en España 2022².

horas y media. España tiene una tasa de incidencia de 11 por 100.000 habitantes. La tasa es de 10,7 por cada 100.000 habitantes, duplicando las muertes por accidentes de tráfico, siendo 11 veces más que los homicidios y 72 veces más que casos de violencia de género^{2,12}.

En el año 2020 las edades entre 40 y 59 años son las que más suicidios consumados han llevado a cabo en nuestro

país. Es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. En 2022 es la primera vez que en España hay 14 muertes por suicidio en menores de 15 años, llegando a duplicar las cifras de 2019. En las personas mayores de 80 años el suicidio también ha aumentado en un 20%². Y coincidiendo con los datos del resto del mundo son más los hombres los que llegan a suicidarse que las mujeres (Gráfico 2)⁹.

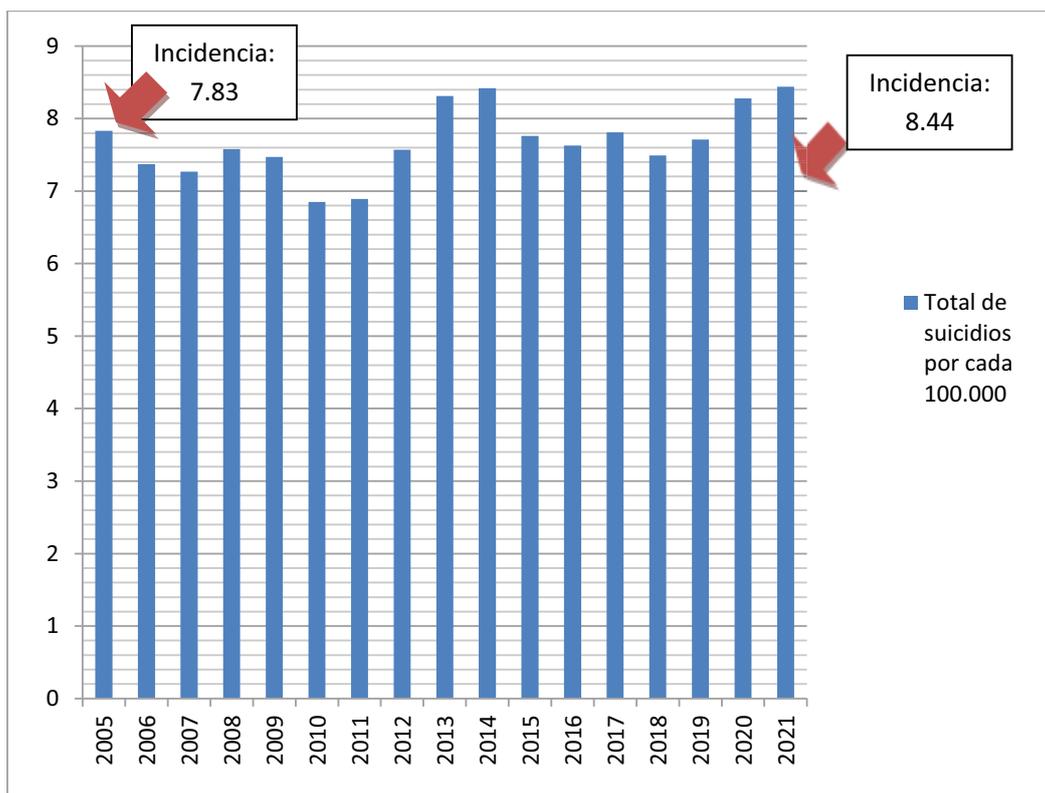


Gráfico 1. Suicidios en España del 2005 al 2021 por cada 100.000 habitantes¹². Fuente: Elaboración propia.

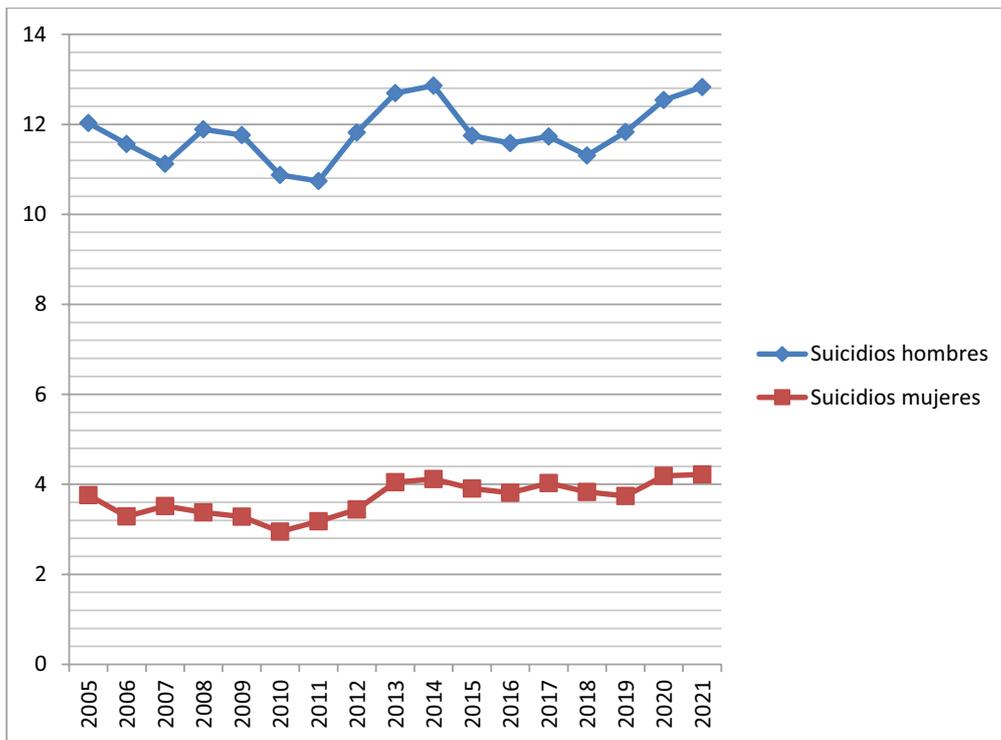


Gráfico 2. Suicidios en España del 2005 al 2021 en hombres y mujeres⁹. Fuente: Elaboración propia.

Analizando por Comunidades Autónomas, según datos del 2021 del INE, las Comunidades Autónomas de Asturias y Galicia son las que poseen tasas más altas de suicidio. En cambio, la Comunidad de Madrid es la que tiene las menores cifras. Más de la mitad de las provincias españolas tienen una tasa de suicidio por encima de la media nacional (Imagen 2)^{2,13}.

1.2. Factores que se relacionan con riesgo del suicidio

a. Edad

- En niños es poco frecuente, aumenta en la adolescencia, principalmente en forma de tentativas no consumadas en las mujeres^{3,10}.

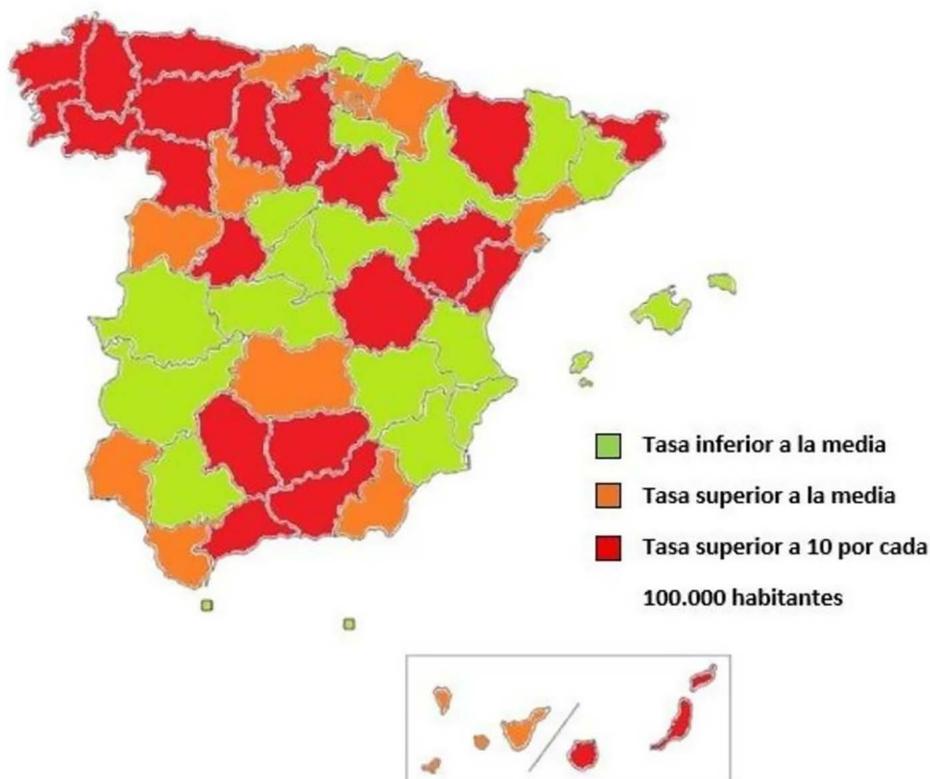


Imagen 2. Mapa tasa de muertes por suicidio en España en el año 2021¹³.

- En adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años es la 2ª causa de fallecimiento, tras los tumores. El suicidio en esta franja de edad se debe a alteraciones del estado de ánimo, sobre todo la depresión. Cuanto antes aparece la depresión hay una mayor probabilidad de riesgo de suicidarse^{3,10}.
- En la población adulta entre la 10ª y 20ª causa³.
- En los mayores de 65 años la tasa aumenta con la edad hasta llegar a 30 fallecidos por cada 100.000 habitantes en los mayores de 80 años. En este grupo es la 25ª causa de muerte, a pesar de ellos son el grupo de más riesgo por la letalidad, determinación y dificultad de prevención. El 90% de los que lo intentan por primera vez llegan a suicidarse. El método más utilizado en países desarrollados es la sobredosis medicamentosa con hipnóticos, analgésicos y antidepresivos³.

b. Sexo

Los hombres se suicidan cuatro veces más que las mujeres, pero ellas lo intentan tres veces más. Aspecto que podría estar relacionado con el método de hacerlo, los hombres usan métodos que tienen más posibilidades de llegar a la muerte, como armas; suelen tener reacciones más impulsivas y es más difícil detectar el pensamiento ya que hablan menos sobre ideas suicidas^{3,10}.

c. Enfermedad mental

Tener alguna enfermedad psiquiátrica es el principal factor de riesgo. El 80-90% de los casos de suicidio se relacionan con un trastorno mental. La depresión es el trastorno mental con el índice de suicidio e intento de suicidio más elevado (10-15%), sobre todo la depresión psicótica; seguido de esquizofrenia y demencia y en tercer lugar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. También se relaciona con suicidio los trastornos de personalidad y los trastornos psiquiátricos post parto^{1,10}.

Depresión

La depresión es el problema de salud mental más frecuente, y al mismo tiempo, es el factor de riesgo más importante del suicidio. Requiere de una atención y seguimiento por parte de los profesionales de la salud mental.

El tratamiento principal son a nivel farmacológico los anti-depresivos, pueden clasificarse según su perfil bioquímico; y a nivel psicológico destaca la terapia cognitivo-conductual, activación conductual, resolución de problemas, terapia psicodinámica breve...

Debido a los síntomas de la depresión se requiere una ayuda para restablecer los hábitos y rutinas del día a día, destacando aquí el papel de las enfermeras de salud mental. Si no se recibe tratamiento seguirán teniendo episodios depresivos hasta una o dos veces al año, pudiendo llegar al suicidio que es la mayor complicación, siendo la prevalencia mayor en personas ancianas.

Para que los profesionales puedan realizar una intervención de calidad requiere formación sobre cómo abordar la enfer-

medad, conocer sus signos y síntomas, el tratamiento y cuáles son los factores que les hacen más vulnerables a la conducta de suicidio.

Hay estudios que señalan que la presencia de dolor psicológico, más que la depresión como tal, es lo que estaría en base de la ideación y conducta suicida. El dolor psicológico es un síntoma prominente de las personas con depresión, se refiere a un sentimiento negativo asociado a frustraciones de tipo psicológico y a sentimientos de desconexión social. Una de las frases que dejan escritas las personas que se suicidan es "no puedo soportar más tiempo el dolor", refiriéndose a un dolor mental⁸.

d. El periodo posterior al alta hospitalaria

O cuando el paciente empieza a mejorar de un episodio depresivo es cuando hay un mayor riesgo de suicidio, ya que es cuando empieza a recuperar la energía para poder planificarlo y llevarlo a cabo^{3,10}.

e. Enfermedad física

Tener algún problema de salud física que sea limitante, crónica, que genere dolor y dependencia^{3,10}.

f. Antecedentes familiares de suicidios o enfermedades mentales^{3,10}

g. Historia de intentos o amenazas previas de suicidio

Las conductas suicidas previas incrementan el riesgo de realizar otro intento 5-6 veces mayor que el resto de la población, especialmente durante los 3 meses posteriores. Hay pacientes suicidas crónicos con frecuentes auto-agresiones, pese a ello hay que vigilarlos ya que en algún momento pueden llegar a consumir el suicidio^{3,10}.

h. Autolesiones^{3,10}

Hay que prestar especial atención en los siguientes casos:

- Nota de despedida
- Actos realizados en anticipación de la muerte
- Estar a solas
- No buscar ayuda tras la autolesión
- Verbalizar el deseo de morir
- Pensar que la autolesión será mortal
- Lamentar que no se llegara a consumir el suicidio
- Continuar con el intento de suicidarse
- Acto de autolesión planificado con antelación

i. Factores psicológicos y cognitivos^{3,10}

- Impulsividad, agresividad
- Perfeccionismo social

- Apego inseguro
- Dificultades para solucionar problemas
- Agresividad
- Desesperanza
- Hostilidad
- Baja autoestima
- Sentimientos de fracaso
- Inhibición emocional
- Déficit de la función ejecutiva
- Bajo nivel de competencia

j. Factores sociales^{3,10}

- Precaria situación económica
- Las personas solteras, separadas o divorciadas
- Falta de red y apoyo social y familiar. Con el paso de años, en los ancianos la red social se ve más deteriorada, mayor probabilidad de quedarse viudo y perder a seres queridos
- Orientación sexual, hombres y mujeres homosexuales y bisexuales tienen un riesgo de hasta 5 veces más que el resto de la población
- Vivir en el medio urbano tiene una incidencia mayor que vivir en el medio rural
- Eventos vitales estresantes recientes como jubilación, duelo, divorcio, emigración...
- Entorno familiar y vivencias en la infancia
- Maltrato físico o psicológico
- Institucionalización, especialmente en la población anciana, ya que suele relacionarse con sentimientos de abandono, aislamiento, dificultades económicas o para manejar el dinero, cambio en la rutina

k. Factores laborales^{3,10}

- Desempleados y trabajadores no cualificados
- Militares
- Profesionales sanitarios, se considera que los psiquiatras son los que tienen una incidencia mayor ya que están en contacto con la muerte y tienen una mayor facilidad técnica

l. Factores biológicos^{2,3}

- Disfunción serotoninérgica
- Disfunción dopaminérgica
- Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con aumento de cortisol en el plasma

m. Factores genéticos²

- Polimorfos en el gen de la triptófano hidroxilasa
- Anormalidad de la codificación de la proteína COMT en el cromosoma 22
- Marcadores GRIK2 y GRIA3

n. Medios de comunicación^{3,10}

Como ya se ha mencionado la estrecha relación entre los trastornos mentales, especialmente la depresión, y el suicidio o intentos de suicidio, se señalan los factores de riesgo de suicidio específicos en personas con trastorno de depresión⁸:

- Ser hombre
- Historia familiar de suicidio
- Historia familiar de trastorno psiquiátrico
- Mayor gravedad de síntomas depresivos
- Desesperanza
- Presencia de otros trastornos relacionados: Trastornos por consumo de alcohol o de otras sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de la ansiedad
- Durante las primeras semanas tras el alta de un ingreso hospitalario por motivos psiquiátricos
- Dificultades para dormir
- Sentirse como una "carga" para los demás
- No tener ningún motivo para vivir
- Exhibir un comportamiento impulsivo en el pasado
- Sentirse enfadado o con rabia
- Aislamiento social

Identificar los factores de riesgo es de gran importancia para poder prevenir dicha conducta, para ello hay que tener en cuenta cuáles de estos factores son modificables y cuáles no lo son⁹ (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgos modificables y no modificables para el suicidio⁹. Fuente: Elaboración propia.

Factores modificables	Factores no modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental • Problemas físicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Situación laboral • Creencias religiosas • Apoyo social • Conducta suicida previa • Historia familiar

1.3. Factores protectores para llevar a cabo el acto de suicidio

Los factores protectores son los que disminuyen la posibilidad de un suicidio, se pueden dividir en personales o sociales^{2,3,10}.

- *Personales:*
 - Estabilidad psicológica y capacidad para la resolución de problemas
 - Tener confianza en uno mismo
 - Auto concepto positivo
 - Autocontrol emocional
 - Ser mujer, tener hijos
 - Habilidad para relaciones sociales
 - Flexibilidad cognitiva
 - Estar casado y con hijos
 - Locus de control interno
 - Rasgos de personalidad: Extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad
 - El trabajo, con una adecuada situación económica
 - Hábitos de vida saludables, no consumir alcohol ni otras sustancias
 - Nivel educativo
- *Sociales:*
 - Buena red de apoyo social y familiar
 - Integración social
 - Prácticas religiosas
 - Tratamiento integral y a largo plazo para las personas con alguna enfermedad física o mental.

1.4. Tipos de suicidio

Durkheim identificó 4 tipos de suicidios^{3,10}.

- A. *Suicidio altruista:* Es el que se hace para beneficiar al resto de los miembros de la comunidad a la que se pertenece. Los intereses de los demás se anteponen a los de la propia víctima.
- B. *Suicidio egoísta:* Es el que se hace pensando en él mismo, se da en culturas individualistas en las que apenas hay unión entre la sociedad.
- C. *Suicidio anómico:* Se da en sociedades que hay muchos cambios, crisis o desintegración de los miembros con la comunidad.
- D. *Suicidio fatalista:* Se da en sociedades con demasiada regulación que produce una inadaptación de los miembros que no son capaces de soportar tanta presión.

1.5. Prevención del suicidio

La prevención del suicidio ha aumentado desde la primera vez que la OMS publicó el primer informe mundial, son cada vez más los países que cuentan con estrategias nacionales. Pese a ello, sigue sin ser suficiente. Sólo 38 países tienen estas estrategias, siendo un número muy reducido. El objetivo que tienen es prevenir el suicidio consumado, evitar recidivas de los intentos autolíticos y controlar la idea suicida para que no se llegue al acto¹⁴.

Las líneas de acción para la prevención del suicidio deben centrarse en^{9,16}:

- Desarrollo de programas preventivos para la población de riesgo
- Formación a los profesionales sanitarios para detección de situaciones de riesgo
- Educación a la población general y a los medios de comunicación
- Mejorar el procedimiento de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo
- Eliminar el estigma y tabús de las enfermedades mentales y del suicidio
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio

Los programas preventivos se diferencian en prevención primaria y secundaria:

- *Medidas de prevención primaria:*
 - Programas educativos impartidos en escuelas y centros de trabajo⁹.
 - Formación a profesionales para detectar los casos de ideación autolítica⁹.
 - Creación de teléfonos de ayuda, desde el 10 de mayo de 2022 se activó en España el número de atención a personas con riesgo suicida, el teléfono es 024 (Imagen 3)⁹.
 - Dificultar el acceso a los medios para suicidarse, como poner barreras en puentes o limitar el acceso de la población a determinados medicamentos y a armas de fuego (Imagen 4)⁹.
 - La prensa y la televisión también desempeñan un papel importante, se recomienda que no traten el suicidio de forma sensacionalista, evitar especificar detalles, y aportar información precisa, responsable y ética⁹.
 - La OMS ha publicado una guía a los profesionales del periodismo sobre cómo transmitir noticias relacionadas con el suicidio de manera responsable^{8,14}.
- Respecto a la prevención secundaria, se centra el trabajo en el sistema de atención a la salud. Destaca la importancia de que los sanitarios y especialmente los que se dedican a la salud mental, deben saber cómo evaluar el riesgo de intento de suicidio y cómo reaccionar para evitar que se lleve a cabo la conducta^{8,14}.



Imagen 3. El teléfono 024 atendió cerca de 15.000 llamadas durante su primer mes de funcionamiento¹⁵.



Imagen 4. Protección en los puentes para evitar suicidios¹⁶.

1.6. Evaluación y valoración del riesgo suicida

La evaluación de la conducta y riesgo suicida es una de las tareas más complejas e importantes de los profesionales de la salud mental, se debe hacer a quienes se sospecha de ideación suicida o se consideran que son de riesgo. Esto no aumenta el suicidio, el hecho de verbalizar la ideación autolítica alivia al paciente⁹.

En la evaluación se debe explicar al paciente y a la familia el objetivo y hacerles participes. Desde el inicio se debe favorecer la comunicación de la sintomatología, pensamientos

y sentimientos del paciente relacionados con la ideación suicida, así como preguntas sobre el estado de ánimo, planes de futuro, ideas de desesperanza, cansancio vital, hábitos tóxicos.... Hay que realizar una adecuada evaluación psicopatológica y social del paciente⁹.

Se realizan las preguntas de forma gradual, planteadas de forma cálida y empática. Hay que favorecer que el paciente y sus allegados se impliquen en la toma de decisiones. Toda la información recogida debe registrarse en la historia clínica⁹.



Imagen 5. Durante la entrevista clínica la actitud del entrevistador es fundamental para crear un ambiente de confianza con el paciente.¹⁷

Hay que tener en cuenta la individualidad de cada persona y que el perfil suicida en la tercera edad tiene unos rasgos específicos que el profesional debe de considerar a la hora de hacer la valoración⁹.

Para realizar una entrevista clínica la actitud del entrevistado es fundamental a la hora de recabar información. El entrevistador debe de tener una actitud empática, capacidad de escucha activa, mostrar interés, evitar actitudes negativas, favorecer una relación profesional basada en el respeto y la comprensión (Imagen 5). Recordar el secreto profesional y sentirse agradecido por que el paciente esté confiando en él. La relación que establezca el profesional con el paciente tiene un papel importante para la reducción del riesgo suicida⁹.

No hay que atender únicamente a la información que el paciente nos da, también a los gestos y expresiones que muestra durante la entrevista. Se recomienda contar con la opinión del propio paciente, de su familia, amigos o cuidadores⁹.

La valoración del riesgo suicida sirve para calcular el riesgo o la probabilidad de que se produzca un acto suicida y la magnitud del mismo. Se valora si el riesgo es a corto, medio o largo plazo. Para ello se realiza una entrevista clínica con preguntas específicas centradas en la frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación... La entrevista puede ir acompañada de una serie de herramientas o instrumentos relacionados de forma directa o indirecta con el riesgo suicida. Las escalas aportan información complementaria, no deben sustituirse por la entrevista clínica⁹.

1.6.1. Instrumentos para valorar el estado de ánimo

Tabla 3. Instrumentos para la valoración del estado de ánimo^{8,18}. Fuente: Elaboración propia.

Nombre de la escala	Características	Ítems	Resultados
Beck Depression Inventori (BDI)	Instrumento auto-aplicada para detectar la depresión. Tiene un ítem sobre la conducta suicida	21 con 4 respuestas	Corte 17 puntos
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	Escala más usada. Es hetero-aplicada. Valora la intensidad de la sintomatología de la semana previa. Tiene un ítem sobre la conducta suicida	Original: 21 Modificada: 17 Reducida: 6 Escala de 0 a 2 puntos	0-7: Normal 8-12: Depresión menor 13-17: Menor que depresión mayor 18-29: Depresión mayor 30-52: Más que depresión mayor

1.6.2. Instrumentos para valorar el riesgo suicida

Tabla 4. Instrumentos para valorar el riesgo suicida. Fuente: Elaboración propia^{8,9,18}.

Nombre de la escala	Características	Ítems	Resultados
Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Escala auto-aplicada. Mide el grado de pesimismo y las expectativas negativas hacia el futuro	20 de verdadero o falso	9 o más: Riesgo de suicidio
SAD PERSON	Es hetero-aplicada. Se recomienda por ser didáctica y fácil de pasar. No está validada en España	10, cada ítem hace relación a un factor de riesgo del suicidio	0-2: Riesgo de suicidio bajo 3-4: Riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: Riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si no hay apoyo social 7-10: Precisa ingreso
IS PATH WARM	Es hetero-aplicada. Se forma con los factores de riesgo del suicidio y valora los signos de alarma ante una conducta suicida	10	No hay puntuaciones orientativas
Escala de Ideación Suicida (SSI)	Diseñada por Beck. Cuantifica y evalúa la intensidad de los pensamientos suicidas actuales o de forma retrospectiva	19 en 4 apartados (actitud ante la vida o muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados)	Mayor de 2: Alto riesgo
Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS)	Es auto-aplicada. Evalúa los intentos de suicidio previos, la intensidad de ideación suicida actual, los sentimientos de desesperanza y depresión y otros factores relacionados	26, se responde con sí o no	
Escala de intencionalidad suicida (SIS)	Diseñada por Beck. Se usa tras un intento de suicidio. Cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente	15 con una escala de 0 a 2. -1-8: Circunstancias objetivas -9-15: Circunstancias subjetivas	
Escala de ideación suicida de Okasha (11)	Escala auto-administrada. Los cuatro primeros ítems orientados a la ideación	4 en formato Likert	
Escala de impulsividad de Plutchik (IS)	Es auto-aplicada. Evalúa la tendencia a la impulsividad	15	

Otras de las escalas que también se usan para valorar el riesgo suicida son^{8, 18}:

- Cuestionario de conducta suicida (SBQ)
- Inventario de razones para vivir (RFL)
- Escala de riesgo de repetición (RRS)
- Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (ERRS)
- Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (C-SRSS)
- Escala de ideación suicida de Paykel (PSS)
- International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (Inter SePT)

- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
- Escala de Impulsividad de Barrat (BISS-11)
- Inventario de Hostilidad de Buss-Durke (BDHI)
- Historia de Agresión de Brown-Goodwin (BGLHA)
- Escala de acontecimientos estresantes de Brugha (LTE)

1.7. Cuidados y actividades específicas relacionadas con el abordaje del riesgo de suicidio

El abordaje del riesgo suicida o intento de suicidio requiere de la participación de un equipo multidisciplinar y de

la colaboración de la familia debido a la complejidad de la situación. Son precisas intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales^{8,9}.

En cuanto al tratamiento farmacológico, en un primer momento, se suelen pautar antidepresivos *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)*, combinados con ansiolíticos. A esto se le añade el tratamiento necesario según la patología de base que tenga el paciente. Hay casos que requieren *Terapia Electro Convulsiva (TEC)*, cuando el tratamiento farmacológico no está siendo eficaz o el paciente lo requiere por otras indicaciones. Hay que tener en cuenta la prescripción de fármacos seguros en el caso de sobredosis, es decir, envases con el menor número de comprimidos, explicar a los familiares la necesidad de colaboración con la administración y control de la medicación⁹.

Respecto al tratamiento psicoterapéutico, la Terapia Cognitivo Conductual es la que está adquiriendo más relevancia. También hay estudios que demuestran la eficacia de la terapia dialéctico-conductual y terapias familiares entre otras⁹.

Desde enfermería las actividades se centran en⁸:

- Monitorizar y reducir las posibilidades de que se lleve a cabo la conducta suicida.
 - Si la persona está hospitalizada, serán los profesionales quienes protejan a la persona de que se haga daño a sí misma, colocándole en un ambiente seguro. No criticar la decisión que ha tomado la persona, reforzar positivamente los logros y conductas correctas que va realizando. Proporcionar una vigilancia adecuada que permita el control del enfermo y la acción terapéutica. Valorar el estado de ánimo y demostrar preocupación por su estado de bienestar.
 - En el domicilio, hay que contar con la colaboración de los familiares para que vigilen y acompañen al paciente, así como que restrinjan el acceso a métodos letales.
- Proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar mejor las situaciones conflictivas. Repasar recursos que le funcionaron en experiencias pasadas, animar a establecer relación terapéutica con personas significativas y ayudar a identificar razones de esperanza para afrontar la situación.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer las diferencias entre el proceso de duelo un duelo normal y el de los familiares de víctimas de suicidio.

Objetivos específicos

- Describir los consecuencias para los familiares y allegados de la pérdida de un ser querido por suicidio.
- Conocer las necesidades de las personas que atraviesan un duelo por suicidio y las intervenciones necesarias para favorecer en la evolución del duelo.

3. JUSTIFICACIÓN

La pérdida de un miembro de la familia por suicidio está estigmatizada socialmente, los familiares sienten vergüenza y culpa, lo cual agrava el duelo y dificulta que pidan ayuda a su entorno más cercano y a los profesionales de la salud mental. Los profesionales sanitarios a lo largo de la etapa formativa apenas han recibido formación sobre cómo ofrecer un acompañamiento y ayuda de calidad a los miembros de la familia en el proceso de duelo. Esto sucede especialmente cuando se trata de población vulnerable como serían los niños. Por ello, tanto a nivel personal como a nivel profesional, he detectado la necesidad de conocer cuáles son las diferencias entre un duelo normal y un duelo por suicidio, las consecuencias que conlleva, las necesidades de atención de la familia y allegados y las intervenciones necesarias para cubrir dichas necesidades y favorecer en la evolución del duelo.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el suicidio y el proceso de duelo de los supervivientes del suicidio.

Se establecieron las siguientes palabras clave que fueron combinadas con los Operadores Booleanos AND y NOT.

- Suicidio
- Supervivientes
- Duelo
- Fases del duelo
- Familias
- Recursos

Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos:

- CUIDEN: Base de Datos de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de la Salud en el espacio científico Iberoamericano
- Medline: Base de Datos de bibliografía médica, producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos
- Dialnet: Portal de difusión de la producción científica hispana especializado en ciencias humanas y sociales
- Biblioteca Virtual de *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*
- Motor de búsqueda Google Académico

Los criterios de inclusión planteados fueron:

- Artículos científicos
- Publicados desde el 2018 hasta la actualidad
- Idioma: en español e inglés
- Relacionados con los objetivos propuestos

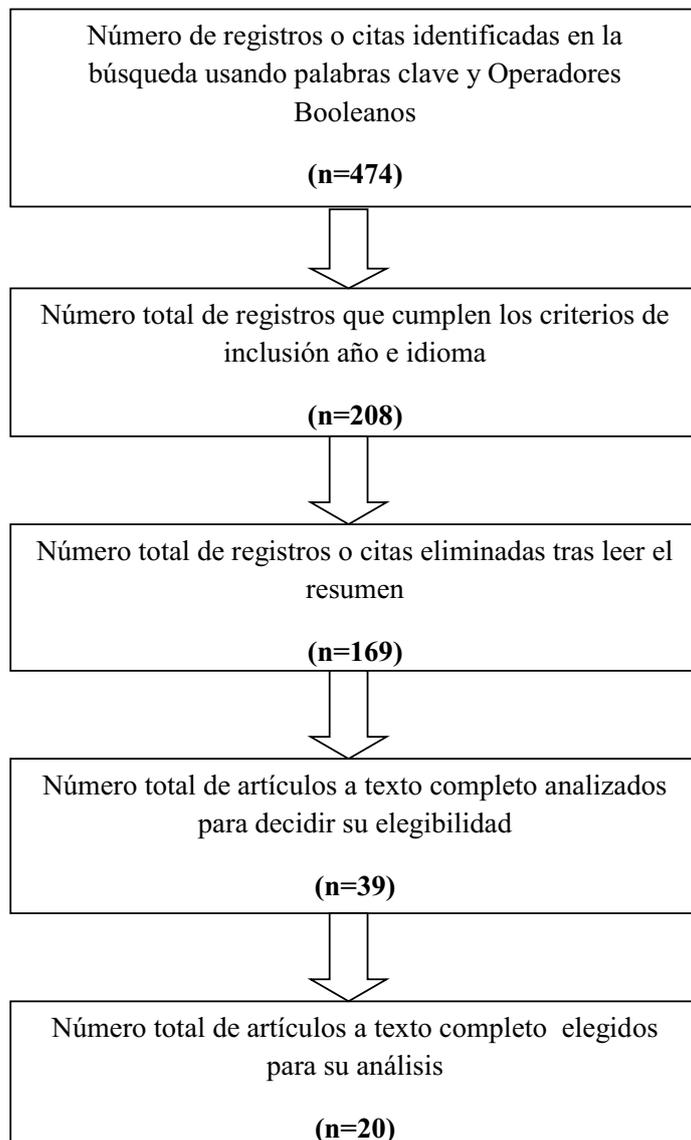


Figura 1. Diagrama de flujo para la recuperación de artículos. Fuente: Elaboración propia.

Se localizaron los trabajos en la opción de búsqueda avanzada (resumen y texto completo). Inicialmente se leyó el resumen de los artículos, si aportaban información relacionada con los objetivos propuestos en el estudio y cumplían criterios de inclusión, se recuperaba el texto completo para su posterior análisis.

Se seleccionaron un total de 20 artículos, 11 en español y 9 en inglés (Figura 1).

5. RESULTADOS

5.1. El duelo

El duelo, del latín Dolium (dolor), se podría definir según Worden como un proceso emocional que tiene lugar después de una pérdida significativa y que se manifiesta a través de una serie de patrones cognitivos, emocionales, afectivos y del comportamiento. Es una reacción normal ante una pérdida de una persona, objeto o situación o la ruptura de un vínculo afectivo (Imagen 6). Como se considera un proceso normal, también llamado duelo adaptativo, no requiere situaciones especiales para su resolución. Puede convertir-

se en patológico si no se resuelve correctamente, es decir duelo no adaptativo, por lo que requerirá de una ayuda profesional. La intensidad del duelo depende del valor que se le atribuye a la pérdida, los duelos más intensos son los relacionados con pérdidas de seres queridos. Hay una serie de factores protectores en el duelo no adaptativo¹⁹.

Cada duelo es único e irrepetible, su duración se ha estimado que es de 12 meses, pero dependerá de varios factores

Factores protectores para el duelo no adaptativo¹⁹

- *Madurez del doliente*: Salud física y mental, capacidad de resiliencia
- *Vejez del fallecido*: Apego seguro con el fallecido, alto nivel de desarrollo familiar
- *Muerte prevista o anticipada*: Conocimiento del pronóstico de enfermedad, enfermedad con control sintomático, enfermedad de corta duración
- *Alto apoyo familiar y social*: Alto nivel de comunicación con familiares y amigos, pérdida aceptable socialmente ya que el suicidio no se considera una pérdida aceptada por la sociedad
- *Duelos resueltos previos*: No antecedentes psicopatológicos



Imagen 6. El duelo es una reacción normal ante la pérdida de una persona, objeto o ruptura de un vínculo afectivo.²⁰

sociales y culturales, el motivo de la muerte, la relación con el fallecido, la capacidad emocional para afrontar el duelo o pedir ayuda... Se tiende a buscar con prontitud la vuelta a la vida. Se considera que se ha superado el duelo cuando la persona es capaz de rehacer su vida y de recordar al fallecido sin sentir dolor⁴.

5.2. Etapas del duelo

Las etapas del duelo normal son¹⁹:

1. *El inicio o la primera etapa*: El primer momento viene marcado por un choque emocional al recibir la noticia, se suele reaccionar desde el rechazo y negación, siendo un mecanismo de defensa. Hay reacciones tranquilas e insensibles y otras exaltadas. Se caracteriza por una alteración en el afecto, una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se ve afectado el ritmo cardíaco, náuseas y vómitos. La duración de esta fase es breve, desde que se anuncia la muerte hasta la finalización de las horas fúnebres¹⁹.
2. *Etapas central*: Es la etapa de mayor duración, puede ir desde meses hasta años. Se caracteriza por un ánimo depresivo y un sentimiento de soledad social y emocional. Con el paso del tiempo se va reorganizando de nuevo la vida, la imagen del desaparecido poco a poco aparece con menos frecuencia y con sentimientos menos dolorosos¹⁹.
3. *Etapas final*: Es el periodo de restablecimiento de la nueva vida, el familiar se plantea objetivos y deseos, aparecen nuevas relaciones sociales y se separa de los objetos personales del fallecido, dejando solo los más significativos. El estado depresivo y dolor se van disipando¹⁹.

5.3. Duelos no adaptativos

- *Duelo anormal, patológico, complicado o no resuelto*: Según el DSM-V, trastorno de duelo complejo persistente.

Se da cuando un año después de la muerte, la persona sigue presentando los siguientes síntomas: Anhelo, dolor, preocupación por la muerte del ser querido, dificultades para aceptar la pérdida, aturdimiento, tristeza, ira, culpabilidad, evitación de estímulos que recuerden al familiar fallecido, auto conceptos negativos, deseo de muerte, sentimientos de soledad, confusión sobre la propia identidad, dificultades para pensar o para planearse un plan de futuro^{19,21}. A diferencia del trastorno bipolar o depresión mayor, la tristeza no es permanente, se relaciona con pensamientos sobre el difunto y evitación de situaciones o personas que pueden recordar a la persona fallecida²¹.

- *Duelo anticipado*: Son los duelos que comienzan mucho antes de la muerte, cuando aparece un diagnóstico de incurabilidad. A partir de este momento, la familia puede compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida²¹.
- *Pre-duelo*: Es un duelo completo que consiste en creer que el ser querido "ha muerto definitivamente en salud", por lo que ya no volverá a ser el que era²¹.
- *Duelo inhibido o negado*: Se niega la expresión del duelo por que la persona no afronta la pérdida²¹.
- *Duelo crónico*: Tiene una duración excesiva, puede llegar a durar toda la vida²¹.

5.4. Etapas del duelo de los supervivientes del suicidio

El duelo por pérdida de un familiar por suicidio tiene características diferentes y particulares con respecto a otros tipos de duelo, que pueden complicar o alargar el proceso. Estas diferencias se deben a que el impacto emocional es más intenso que en otro tipo de pérdida, al estigma, sentimientos de culpa y vergüenza y los pensamientos reiterados de buscar explicaciones^{5,9}. Hablamos de generalidades ya que cada miembro de la familia vive el duelo de una manera única⁴.

En el duelo por suicidio no se trabaja con las etapas que ya conocemos, según Stroebe et. al¹¹ "no hay evidencia empírica que demuestre que las personas que experimenten un duelo por suicidio atraviesan todas esas fases, ni siquiera que estén vinculadas con la adaptación".

Se han encontrado cuatro etapas fundamentales en el duelo por suicidio^{1, 5, 11, 22}.

- El día del suceso nadie está preparado para recibir la noticia de que un ser querido se ha suicidado, excepto aquellas familias que su familiar ya ha realizado varios intentos previos. En primer momento, destaca el shock, la negación, ira, culpa, rabia, incredulidad, tristeza, vergüenza, enfado con el fallecido, bloqueo emocional, pensamientos intrusivos en bloque y expresiones reiterativas... También puede aparecer la sensación de alivio por parte de la familia cuando después de un largo tiempo de sufrimiento se puede producir un agotamiento por el estrés que significa luchar contra ello. Estas reacciones se van a ver influidas por si han visto el cuerpo, estado del mismo y forma de la muerte; cómo se les dio la noticia y el apoyo que recibieron en aquel momento; la relación con el fallecido o de si hay notas de despedida. Tras la muerte por suicidio, la familia tiene que realizar de manera inmediata los trámites legales y de la funeraria y avisar al resto de allegados.
- En segundo lugar, aparecen los problemas psicológicos y físicos con la consiguiente la necesidad de apoyo informal, como la familia o amigos y el apoyo formal por los profesionales de la salud. La familia cercana es el grupo que más solicita ayuda profesional respecto a otros círculos del fallecido. El entorno de la familia en ocasiones no sabe cómo ofrecerle el apoyo que necesitan, tendiendo a las relaciones evasivas, por lo que mayormente los familiares se quedan solos ante el dolor, siendo que lo que necesitan es apoyo. Después de los primeros momentos aparece la búsqueda constante de una explicación, con preguntas como: "¿Por qué no hice...?" "Y si..." "podría haber he-

cho..." y revisando de forma obsesiva conversaciones recientes o pasada del móvil. Aparecen los sentimientos de vergüenza y culpabilidad (Imagen 7).

Se replantea cómo seguir la vida sin esa persona y cómo contárselo a otros miembros de la familia como los más vulnerables (niños y ancianos).

- Posteriormente, será un duelo más elaborado, dependiendo del afrontamiento que se haya hecho y de la ayuda recibida. Se van rectificando algunos pensamientos erróneos, se comprende que no hay una única causa, que es muy complicado prevenir la ideación suicida; también aparecen los miedos a que ocurra de nuevo algo similar y sentimientos de que por empezar a rehacer la vida te has olvidado de él.
- Camino de la recuperación y reconstrucción de la nueva vida. Finalmente se acepta lo ocurrido, se respeta la decisión tomada, el familiar perdona al propio fallecido y se perdona a él mismo. Se empieza a hablar del fallecido de una forma natural y se empiezan a recuperar recuerdos positivos. En cuanto a las emociones, la rabia disminuye, se puede mantener la tristeza, cierta culpa y enfado ya que la vida cambió para siempre, los sentimientos de soledad mejoran ya que empiezan a retomar las relaciones sociales. Se reconstruye una nueva vida en la que el familiar se da permiso para volver a reír y disfrutar, entendiendo que por ello, no quiere decir que vayan a olvidar al fallecido.

5.5. Repercusiones tras la pérdida de un familiar por suicidio

La pérdida de un familiar por suicidio, es una muerte inesperada y traumatizante, supone una gran repercusión para el resto de la familia, afecta tanto a nivel físico como psicológico^{10, 11, 21}. Se estima que alrededor del 10% de la



Imagen 7. Los sentimientos de culpabilidad aparecen tras los primeros momentos de shock.²³

personas desarrollará un duelo complicado y el 78% de los familiares un trastorno de duelo complejo persistente. Se debe a que los familiares tienen que hacer frente a la vez al trauma de la muerte y al proceso de duelo²¹.

La pérdida de un familiar por suicidio tiene consecuencias para el resto de familiares y allegados:

- Consecuencias físicas
- Consecuencias psicológicas
- Consecuencias en las relaciones intra y extra familiares
- Consecuencias académicas y laborales
- Consecuencias según la edad

5.5.1. Consecuencias físicas

A nivel físico destaca en un primer momento cambios inmediatos como náuseas, vómitos, dificultad para respirar, incremento de la frecuencia cardíaca, dificultad para mantenerse en pie, entumecimiento, pérdida de la memoria, dolor abdominal agudo, insomnio, visiones del fallecido, malestar físico...¹¹

Tras un tiempo pueden persistir junto a episodios de emesis, diarreas, pérdida de peso y de apetito, cefalea, dolor muscular, dificultad para conciliar el sueño o visiones de ver al fallecido^{10,11}. En algunas ocasiones aparece el consumo excesivo, con finalidad evasiva o hipnótica, de alcohol o drogas por alguno de los miembros de la familia (Imagen 8)¹¹.

5.5.2. Consecuencias psicológicas

Respecto a las consecuencias psicológicas por el dolor emocional debido a la pérdida, destaca la depresión, desesperación, desesperanza, ansiedad, angustia, tristeza profunda,

miedo, pesadillas, sensación de irrealidad, suspensión de actividades de disfrute...^{10,11,19} Además, especialmente durante el primer año, pueden aparecer otros problemas psicológicos como estrés post traumático, trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada²¹. También se incrementa el riesgo suicida de otro de los miembros de la familia, riesgo más elevado si hay algún miembro con problemas de salud mental previos. Este tipo de pérdida requerirá del apoyo de un profesional^{10,11}.

5.5.3. Consecuencias en las relaciones intra y extra familiares

Por otra parte, además de las repercusiones físicas y psicológicas, la pérdida de un familiar por suicidio también repercute en las relaciones. A nivel familiar hay una disminución en la cohesión y adaptación, distorsiones comunicacionales y creación de secretos. Hay familias que optan por el silencio y prefieren no hablar de lo sucedido, para ocultar su dolor o porque creen que así no provocarán más dolor al resto de la familia^{1,25}.

A nivel extra familiar, tienen vergüenza de contar lo sucedido, se sienten juzgados y estigmatizados, el entorno no sabe cómo ayudar y termina por distanciar la relación, en definitiva reciben un menor apoyo social del que requieren (Imagen 9). El estigma es uno de los problemas más particulares, se asocia con mayor riesgo de suicidio, menor crecimiento personal y mayor problema para afrontar el duelo. La creación de secretos se debe a las consecuencias del estigma, pese a que es una decisión voluntaria de la familia, se recomienda que revelen la realidad. Cuando la familia no cuenta lo realmente sucedido, el proceso normal del duelo se ve alterado, las emociones y la realidad no se integran desde el principio. Además del esfuerzo que supone mentir a todos los que preguntan por lo sucedido y transcurrido un tiempo las amistades no entienden por qué su amigo no avanza en el duelo, al final se tiende a ale-

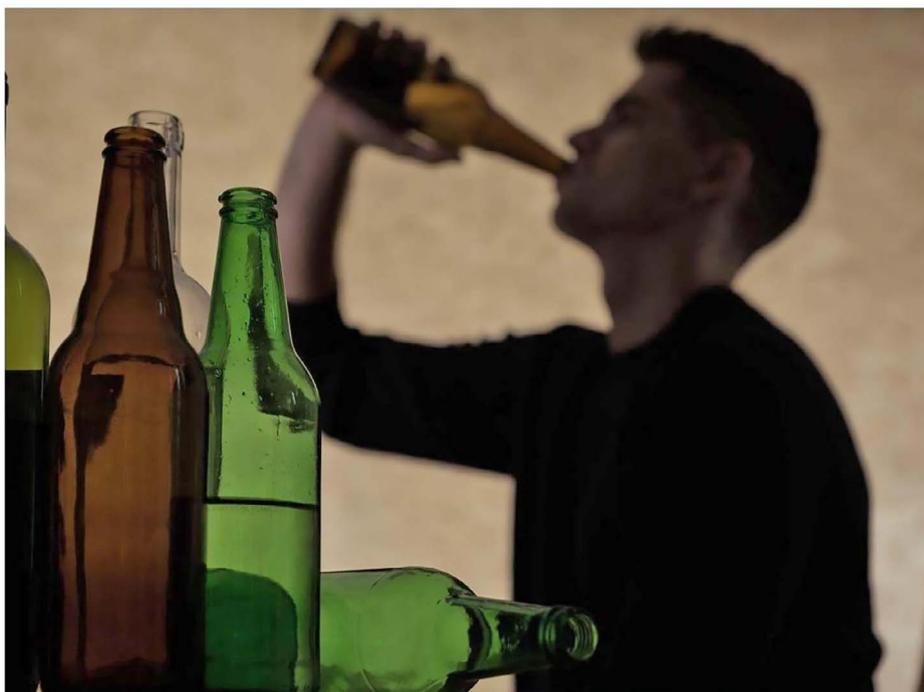


Imagen 8. El consumo de alcohol o de otras sustancias tóxicas tiene una finalidad anestésica para disminuir el sufrimiento.²⁴



Imagen 9. Las familias optan por el silencio o mentiras para ocultar el dolor y no sentirse juzgadas y estigmatizadas.²⁶

jarse de las relaciones. Se aconseja a las familias que cuenten con un apoyo para expresar sus emociones y pensamientos, esto ayudará en la evolución favorable del duelo. Los límites de lo que se quiere contar y de cuándo contarlos los pone el propio familiar, cada persona necesita unos tiempos de aceptación^{4, 5, 10, 11, 22, 25}.

También aparecen sentimientos de culpabilidad, vergüenza y responsabilidad por la muerte con una necesidad obsesiva de explicaciones y de conocer el por qué de la muerte^{4, 10, 11}. Esto hace que tarden más tiempo en pedir ayuda a los profesionales de la salud. La necesidad de conocer el motivo puede ser interna, para saber por qué lo ha hecho o qué podrían haber hecho para evitar el suicidio; y externa, por presión de la sociedad o del resto de la familia. El sentimiento de auto culpa puede aparecer hasta 4 años después de la pérdida^{10, 11}.

5.5.4. Consecuencias académicas y laborales

En el ámbito escolar y laboral aparece un desinterés por estas actividades además de una disminución de la concentración^{10, 11}. En los niños o adolescentes, se refleja con un menor rendimiento académico y menor la asistencia a clases. En los adultos disminuye la productividad y concentración en el trabajo, incluso llegando al abandono laboral. Todo esto genera bajas expectativas para el futuro y satisfacción con la vida¹¹.

5.5.5. Consecuencias según la edad

La forma de afrontar el duelo dependerá de la edad del miembro de la familia, capacidad de afrontamiento y experiencias previas¹¹.

Según la edad del familiar:

- Los **niños** tienen menor capacidad para comprender lo sucedido pero se dan cuenta de que algo grave ha sucedido. Las familias y en ocasiones los profesionales sanitarios, por falta de formación y capacidad para comunicarse con los menores, se tiende a protegerles y no contarles lo suce-

didado, esto puede generar en ellos sentimientos de culpa y confusión al imaginarse cosas irreales^{5, 11}. El dolor que experimentan es diferente según cada etapa de desarrollo¹¹. Se suele presentar con depresión y tristeza profunda, deriva en trastornos del sueño y de la alimentación. También aparece el fracaso escolar¹⁰.

Si es uno de los padres el que ha fallecido, es más traumático, se espera que los padres puedan acompañar a su hijo en todo el proceso de desarrollo¹⁰.

- Los **adolescentes** una parte suele desarrollar desórdenes emocionales y conductas de afrontamiento des-adaptativas como autolesiones sin carácter suicida o incremento de ideación autolítica (Imagen 10). También sufren vergüenza, culpa y estigma, pese a ello, la mayoría de los jóvenes que han sufrido la muerte por suicidio de algún familiar comentan que este hecho les cambió la forma de ver la vida, las relaciones y tener una mayor madurez¹¹.
- Los **adultos**, tanto familiares como amigos cercanos, tienen una mayor probabilidad de intentar suicidarse y abandonar el trabajo. La muerte de un hijo puede llegar a distorsionar el matrimonio, tienen mayor riesgo de padecer una enfermedad psiquiátrica y un peor estado de salud general¹¹.

En cualquier etapa de la vida, resulta difícil perdonarse ante el suicidio de un familiar cuando se tiene el convencimiento de que la culpa es personal¹¹.

5.6. Factores que influyen en la evolución del duelo por suicidio

El duelo por algún familiar fallecido tiene un impacto emocional mayor que la muerte por otra causa^{1, 4, 23}.

Su evolución se puede ver influida por:

- El ciclo vital de la familia
- La relación y comunicación previa entre los miembros



Imagen 10. En la adolescencia se suelen desarrollar medidas de afrontamiento des-adaptativas como autolesiones.²⁷

- La presencia o no de algún mensaje de despedida
- El lugar y la forma del acto
- La flexibilidad mental y la habilidad de resolver conflictos
- La posibilidad de recibir apoyo y ayuda por los grupos más cercano
- La espiritualidad

5.6.1. Comunicación

Tras la muerte por suicidio de un miembro de la familia se activan los mecanismos de defensa. Se incrementa la comunicación entre el núcleo familiar y los círculos cercanos, se distancia la comunicación con el exterior y se intensifican los conflictos familiares previos. Se consideran factores protectores y facilitadores respecto al shock de la muerte. Tras el primer momento de shock, de despersonalización, bloqueo, incredulidad, negación, deseos de estar solo, inicio de rumiaciones con respecto a lo que ha pasado... Se inician los rituales de duelo marcados por la condición sociocultural de cada uno. En un primer momento se reúne la familia cercana para apoyarse y acompañarse entre ellos, pero este hecho no resulta ser suficiente^{4,25}.

A parte de aquí, aparecen las distorsiones comunicacionales, la culpa, el autoaislamiento. También los secretos sobre cómo y a quién contar lo realmente sucedido, se suele imponer a los niños o ancianos como "mecanismo protector". Con la intención de proteger a los más vulnerables, no se les deja participar en el proceso de duelo. Esto, junto a la dificultad de contar lo sucedido a los niños con un relato comprensible para sus edades afecta a la comunicación y relaciones familiares y puede crear trastornos emocionales y conductuales en los más pequeños⁴.

Las distorsiones en la comunicación, los secretos y la ambigüedad social, son elementos que no facilitan el proceso del duelo⁴.

5.6.2. Modelo de afrontamiento

Varios autores diferencian por una parte los factores de estrés orientados a la pérdida y por otra parte los orientados a la recuperación. Los factores de estrés orientados a la pérdida serían la rememoración, recuerdo, expresión emocional, rumiaciones sobre el hecho, la evitación o negación de los cambios, rompimiento de la relación con la persona perdida... Y los factores de estrés orientados a la restauración serían la capacidad de rehacer una nueva planificación de vida sin la persona perdida, hacer cosas nuevas, buscar actividades distractoras, evitar la pena... La evolución del duelo se ve marcada por periodos en los que predomina un factor y otros periodos en los que predomina el otro. Según los expertos lo ideal sería llegar a un equilibrio entre ambos, tanto a nivel individual como a nivel familiar. En las familias es difícil llegar a este balanceo, suelen posicionarse de forma rígida en posición de pérdida o de recuperación, lo que supone un proceso disfuncional durante la evolución del duelo, tendiendo a la incomunicación y soledad para aquel miembro de la familia que no se posiciona de la misma forma⁴.

5.6.3. Modo y lugar de la muerte

La forma de quitarse la vida también está influida por factores sociales y culturales. El método cambia según el país y la disponibilidad de acceso al mismo⁴.

La valoración que haga la familia del acto viene marcado por lo agresivo que haya sido, cómo ha sido el encuentro del cadáver y dónde se ha llevado a cabo el hecho, factores que influirán en la evolución del duelo. Contra más agresivo sea el acto (disparo, tirarse de grandes alturas...) se identifica como un deseo irrenunciable de morir. El impacto del encuentro del cadáver por el estado en el que puede encontrarse el cuerpo, influye en los rituales de despedida. El lugar dónde se ha producido la muerte también es significativo para la familia. Los suicidios que se llevan a

cabo en casa o lugares cercanos a esta, dificultan el duelo ya que durante un tiempo la familia no es capaz de habitar esa parte de la casa por los recuerdos que esto le trae. En cambio cuando se realiza fuera del hogar, por ejemplo un árbol donde solía ir a pasear, la familia lo toma como un lugar donde hacer un ritual para recordar al fallecido⁴.

5.6.4. Notas de despedida

Las notas de despedida pueden ser explicando el motivo del suicidio o pidiendo perdón a la familia, cuando se dan ayudan a la comprensión de los miembros de la familia del suicidio de su familiar. Pueden dar un sentido a la muerte y disminuir la incertidumbre de la familia de por qué lo ha hecho. Se escriben cartas en papel, mensajes por el móvil, grabaciones (Imagen 11)^{1,22}.

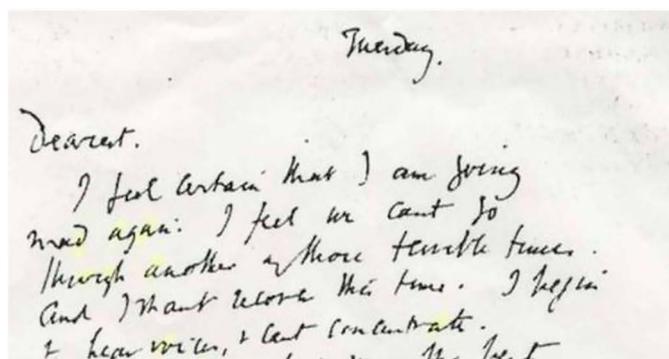


Imagen 11. Las familias tienen pensamientos rumuativos acerca de la causa de la muerte, las cartas de despedida ayudan a superar el duelo de los familiares²⁸.

Los miembros de la familia buscan continuamente una justificación del hecho, con frecuencia tienden a auto culparse por lo sucedido. Resulta difícil que se perdonen cuando realmente piensan de forma injustificada que los culpables han sido ellos. También resulta difícil que perdonen a la persona fallecida, ya que esto supondría aceptar la muerte y decisión

de morir. Este perdón se facilita cuando hay un mensaje de despedida^{11,29}.

5.6.5. Relación con el fallecido

El impacto familiar de la muerte viene influido por el miembro de la familia que se ha suicidado y la relación con él, es decir del desarrollo evolutivo de la familia. Según la teoría de apego de Bowlby¹⁰, el nivel de intensidad de las relaciones varía con cada individuo, además cuanto mayor es la posibilidad de pérdida más intensas y variadas son las relaciones. Añade que un apego saludable ayuda a que el duelo sea más sano.

- *Pérdida de la pareja:* Es diferente dependiendo del momento de la relación, si es en una fase inicial o en una fase de consolidación¹⁰.
- *Pérdida de un hijo adolescente:* Son las muertes que más repercuten a nivel emocional de forma generalizada en todos los miembros de la familia, el proceso de duelo será más complicado. Incluso hay autores que definen este duelo como un duelo sin fin. En estos casos, los padres suelen cuestionarse sobre la comprensión y atención que han dado a su hijo y los hermanos sobre la relación que tenían entre ellos (Imagen 12)¹⁰.
- *Pérdida de uno de los padres* provoca una conmoción familiar menor que la pérdida de un hijo, debido al momento vital en el que se encuentran, considerar el envejecimiento, la pérdida de capacidades o el no querer ser una carga son elementos comprensibles que facilitan el duelo⁴.

5.7. Necesidades de atención para los supervivientes del suicidio

Las necesidades de atención son diversas y dependen de varios factores. En países con bajos ingresos se encuentran con barreras para acceder a los profesionales de la salud



Imagen 12. La muerte de un hijo es la que tiene una mayor repercusión emocional para el resto de la familia.³⁰

mental. También hay que tener presente el estigma que supone la muerte de un familiar por suicidio y el acudir a los servicios de salud mental. Por ello, cada caso individual y se debe ofrecer una atención flexible e individualizada^{3,9}. La atención profesional, por la necesidad de soporte emocional, sobre todo se requiere en el primer año de duelo, aunque hay casos que se alarga más de 3 años^{3,31,32}.

Las demandas de los familiares se pueden dividir en tres grupos:

- *Atención entre pares o iguales:* Los supervivientes demandan atención en grupos de iguales como grupos de apoyo con personas que están pasando por la misma situación. Lo ven como un lugar seguro y confidencial donde poder expresar cada uno su experiencia sin sentirse juzgados³¹.
- *Apoyo social entre la familia o grupos de amigos,* lo que demandan es una ayuda práctica, en forma de compañía y presencia. Es importante para ayudar a normalizar la vida e ir incorporándose a las diferentes actividades de su día a día⁹.
- *Apoyo de los profesionales sanitarios:* Es la ayuda más demandada, sobre todo por los familiares más cercanos. Pese a ello, hay personas que piensan que pueden llevar la situación sin ayuda o se muestran reticentes a recibir apoyo profesional. Se recomienda que la atención se ofrezca de forma rápida antes de que los familiares la demanden. Los profesionales tienen que aportar información sobre el suicidio y el proceso de duelo; sobre recursos de ayuda y realizar un seguimiento a largo plazo⁹.

5.8. Intervenciones para los supervivientes del suicidio

Los objetivos en la intervención de las personas en duelo se centran en mejorar la calidad de vida del sufriente, disminuir el aislamiento social, aumentar la autoestima, disminuir el estrés y prevenir enfermedades mentales¹⁹.

Hay que tener en cuenta que el impacto de un fallecimiento en la familia crea mecanismos protectores que en el caso de muerte por suicidio son mecanismos disfuncionales en

el proceso del duelo. Es decir el aislamiento social, la reagrupación familiar, disminución de la comunicación tanto dentro de la familia como con el entorno, dando lugar a la incomunicación y soledad (Imagen 13). La detección temprana de factores de riesgo para un afrontamiento del duelo des-adaptativo disminuirá la posibilidad de desarrollar complicaciones futuras como problemas físicos y psicológicos, además de reducir los costes sanitarios que la atención conlleva. Lo que se pretende es acortar los tiempos entre el acto y la intervención familiar^{4,21}.

En el siguiente cuadro podemos ver las diferencias entre un afrontamiento adaptativo y un afrontamiento des-adaptativo²¹.

Tabla 4. *Afrontamiento adaptativo y des-adaptativo. Fuente: Elaboración propia*²³.

Afrontamiento adaptativo	Afrontamiento des-adaptativo
Búsqueda de apoyo en su red social	Aislamiento social
Búsqueda de apoyo en los profesionales sanitarios	Disminución de la comunicación intra y extra familiar
Aceptación de la muerte por suicidio	Sentimientos de culpabilidad
Comunicación con otros supervivientes	Sentimientos de desconfianza
Asistencia a grupos de apoyo	

Tan pronto como sea posible se debe de atender a los miembros de la familia afectada de forma flexible y según sus demandas. Los profesionales tienen que ofrecer toda la información sobre recursos de ayuda y la posibilidad de un seguimiento a largo plazo⁹.

Se recomienda en un primer momento contextualizar la estrategia de intervención y considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas. Es aconsejable realizar una intervención familiar crear un espacio en el que puedan facilitar la comunicación, compartir emocio-



Imagen 13. *El suicidio de un miembro de la familia afecta al resto de familiares, tienden al aislamiento e incomunicación social.*³³

nes y sentimientos, contar historias y poder evitar los secretos entre los miembros⁴.

5.8.1. Tareas

Se prioriza trabajar con tareas, ya no se tiene en cuenta las etapas del duelo ya que no necesariamente todo el mundo pasa por todas etapas. Se señalan una serie de tareas que se han observado que son útiles en el abordaje de estas familias y que facilitan el proceso de duelo. Destacamos⁴:

- Dar sentido y comprensión al acto, en intervenciones tanto individuales como familiares. Cuando el superviviente es capaz de encontrar un significado al suicidio, la angustia se reduce
- Trabajar el sentimiento de culpabilidad y responsabilidad
- Favorecer la expresión de emociones y sentimientos
- Comprender los síntomas como elementos reactivos a la pérdida
- Fomentar la comunicación familiar
- Permitir la expresión de emociones y sentimientos
- Evitar las normalizaciones forzadas y atemporales
- Respetar los tiempos de los miembros de la familia
- Introducir a los niños en el proceso de duelo, directamente en la terapia o como tarea de los familiares
- Respetar los rituales de duelo familiar siempre y cuando sean funcionales
- Recuperar los círculos sociales más próximos
- Reorganizar roles y funciones en las familias, dependiendo quién haya sido el miembro fallecido

- Considerar el duelo por pérdida de un familiar por suicidio como un "duelo sin fin"

Las intervenciones en la familia se pueden realizar desde equipos de intervención en crisis, voluntariado, profesionales de enfermería de salud mental, psicólogos clínicos, equipo multidisciplinar⁹.

Tras las intervenciones se ha visto una mejoría en la sintomatología depresiva, manejo de ansiedad, factores psicológicos, reducción del distrés, evolución del duelo y satisfacción con la terapia⁹.

5.8.2. Posvención

Debido a las consecuencias que supone la pérdida de un familiar por suicidio, varios psicólogos del siglo pasado, llevaron a cabo una evaluación e intervención después de un evento suicida para apoyar al entorno afectado y prevenir complicaciones como el suicidio. A esta intervención, Shneidman la llamó "Posvención"¹¹. Consideraron que el entorno afectado depende del vínculo del fallecido con la otra persona, no tiene por qué ser únicamente miembro de la familia. Hay estudios que indican que un fallecimiento por suicidio afecta hasta a 135 personas, por lo que la Posvención es una prioridad de salud para la sociedad^{1,9,11}.

Son intervenciones muy importantes que proporcionan apoyo en la situación del duelo y previenen el suicidio de otro miembro de la familia. Se recomienda que se haga desde la fase temprana del duelo⁹.

La intervención para niños en el proceso de duelo se recomienda mediante actividades grupales y de campamentos. Se trabaja la comprensión de la muerte, características del suicidio y del duelo, estrategias de afrontamiento, expresión y reconocimiento de emociones. Estas actividades disminuyen los síntomas de estrés posttraumático, ansiedad, depresión y problemas conductuales¹¹.



Imagen 14. Trabajar el reconocimiento y expresión de las emociones en el colegio favorece el duelo de los más pequeños.³⁴

5.8.3. Intervención tras un suicidio escolar

La intervención escolar cuando uno de los compañeros se ha suicidado se centra en el "counseling" al entorno más cercano, Posvencción a todo el colegio, centrada en explicar qué es la muerte, el suicidio y el duelo y en favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos. También se trabaja sobre la formación a los profesionales del colegio (Imagen 14)^{9,32}.

5.8.4. Intervención para profesionales sanitarios tras el suicidio de un paciente

Los profesionales de la salud, y más específicamente los de la salud mental, se relacionan con pacientes con riesgo de suicidarse y con pacientes que han terminado haciéndolo. Este hecho es de gran impacto para los profesionales, sobre todo cuando hay un fuerte vínculo entre ambos, pudiendo llegar a un distrés grave. Se vive como un "fracaso" por no haberlo podido evitar, es cuando aparecen los sentimientos de culpabilidad⁹.

Los factores que se han asociado a una mayor aparición de distrés son cuestiones relacionadas con el plan terapéutico, posibles reacciones negativas por parte de otros compañeros o de las direcciones del centro, posibilidad de implicación legal⁹.

Los profesionales de la salud tienden a buscar apoyo en otros compañeros, a ampliar los conocimientos en este campo y a hacer una revisión del caso para poder mejorar el manejo del suicidio⁹.

5.9. Formación de los profesionales sanitarios

La muerte de un familiar por suicidio afecta a la salud del resto de los miembros de la familia, es fundamental que los profesionales sanitarios conozcan las consecuencias que esto supone para poder abordarlas desde el primer momento tras el fallecimiento. Así como poder conocer los facto-

res de riesgo y protección ante un duelo complicado. Se pretende prevenir complicaciones del proceso del duelo y mejorar la calidad de vida de la familia, por lo que el lugar en el que se trabajará será desde Atención Primaria. Pero debido a la complejidad de los casos y a la mayor demanda que requieren, se necesita de la supervisión o derivación a los especialistas de salud mental^{1, 11, 21}.

Cuando es uno de los padres los que se suicidan, a menudo, a los profesionales de la salud, les resulta difícil hablar con sus hijos jóvenes o adolescentes sobre el hecho, por miedo a usar palabras equivocadas, dañar más al joven o simplemente por la incomodidad que supone hablar de ese tema¹¹.

En cuanto a la formación de los profesionales de enfermería para trabajar con familias en duelo por suicidio, se han hecho estudios que demuestran que a pesar de que el enfermero es quién pasa mayor tiempo con las familias, existe una brecha en la formación que reciben los estudiantes de enfermería en este ámbito³. Además hay pocos estudios sobre investigación con familiares después de un evento suicida, ya que al ser un hecho tan doloroso pocos quieren participar en investigaciones de este tipo¹¹.

5.10. Recursos para los supervivientes

El primer apoyo que recibe la familia es del resto de familiares, de sus amigos y de la comunidad. Por ello, acudir a grupos de apoyo es otro recurso que ayuda en el duelo. En los grupos de apoyo el familiar puede expresar su experiencia, sus emociones y sentimientos, y a su vez escuchará las experiencias, dificultades y superación de otros familiares, podrá empatizar con ellos, sentirse apoyado y liberado y darse cuenta que no es el único que está pasando por un proceso así^{11, 31}.

Hay familiares que optan por acudir a comunidades religiosas o realizan lecturas para buscar la fuerza, esperanza y apoyo, es un medio para afrontar situaciones dolorosas, además de recibir apoyo por el resto de la comunidad. Su-



Imagen 15. Las terapias de tercera ola como el Mindfulness están demostrando ser eficaces para tratar y prevenir problemas de salud mental.³⁶

Tabla 5. Mitos sobre el suicidio. Fuente: Elaboración propia.⁵

Mito	Desmitificación
El suicidio es hereditario	Hay familias en las que ha habido más de un suicidio, pero no hay estudios que avalen un determinismo genético. Sí hay estudios sobre predisposición a padecer una enfermedad mental y un mayor riesgo de suicidio en los familiares que se ha suicidado un miembro.
Ha sido muy valiente/ha sido muy cobarde	El suicidio es una muerte muy juzgada y estigmatizada socialmente. Estos pensamientos repercuten negativamente en el resto de la familia. El suicidio no se debe juzgar, es una persona sin esperanza que no encuentra otra salida ante su malestar.
Sólo se suicidan personas con grandes problemas	Se piensa que sólo se suicidan personas con problemas personales o económicos muy graves. Pero el suicidio es multicausal. El tener un bienestar económico o social no te exime de tener un sentimiento de soledad y sufrimiento.
Sólo se suicidan las personas con un trastorno mental	El padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo para el suicidio. Esto no quiere decir que todas las personas con un trastorno mental se suiciden ni que sólo se suiciden quienes padecen una enfermedad mental. Los familiares buscan una justificación al suicidio por lo que muchas veces recurren a que tenía un problema de salud mental.
Yo podría haberlo evitado	Los profesionales de la salud mental no siempre son capaces de detectar una idea suicida, por lo que para una persona sin conocimientos sobre el tema resulta mucho más complicado. Además el grado de ocultación dificulta la detección. Cuando la familia piensa que podría haber evitado el suicidio lo que sucede es que se incrementan los sentimientos de culpabilidad.
No volveré a reír ni a disfrutar de la vida	Tras el suicidio de un ser querido se tarda tiempo en volver a sentirse bien, al principio se piensa que no se podrá seguir con la vida. Con la ayuda adecuada de los profesionales se aprende a enfrentar la realidad de una manera más adaptativa.
“Efecto contagio”: Hablar del suicidio incrementa el riesgo de suicidio	Hay estudios que han demostrado que hablar del suicidio de una forma serie y correcta, es un factor que previene otras muertes por la misma causa ya que alienta a las personas a pedir ayuda (Imagen 16). Cuando se oculta para evitar que haya más casos se produce un efecto contrario, no hablar del suicidio hace que la sociedad no sea consciente de la gravedad del problema y no se pongan las soluciones adecuadas.

pone un factor protector para el riesgo de suicidio de otros miembros de la familia y facilita el proceso de afrontamiento del duelo^{10, 11, 35}.

El apoyo de las familias no suele ser suficiente por lo que se requiere un seguimiento psicológico. Un tratamiento psicológico y multidisciplinar ofrece una atención integral orientado a la recuperación y ofrece una continuidad durante el duelo¹¹. Las terapias tanto individuales, familiares y grupales, así como la combinación entre ellas, permiten afrontar de manera positiva el duelo^{10, 21}. Los abordajes más emplea-

dos son el “counseling”, la Terapia Cognitivo Conductual y las terapias de tercera ola como la Mindfulness (Imagen 15). Hay estudios que demuestran que centrar la atención en el presente es un factor promotor de la salud mental, nos ayuda a estar centrados en el presente y disminuir los sentimientos de culpabilidad del pasado²¹.

Dependiendo de la evolución del duelo y de las consecuencias psicológicas que se desarrollen se precisa de tratamiento farmacológico, principalmente antidepresivos y ansiolíticos^{11, 21}.



Imagen 16. Hablar del suicidio ayuda a prevenirlo.³⁷

5.11. Mitos sobre el suicidio en relación con los supervivientes

Los mitos son criterios equivocados que no se basan en ninguna realidad científica pero que los aceptamos como verdades absolutas. Son muchos los mitos que se escuchan sobre el suicidio y pueden hacer mucho daño a nivel emocional y psicológico a los familiares e incluso a los profesionales. A continuación muestro en una tabla los mitos más comunes y su desmitificación⁵.

6. DISCUSIÓN

La experiencia del duelo por la pérdida de un familiar por suicidio se ha evidenciado en los diferentes artículos analizados que es diferente a la pérdida por otra causa. El proceso de duelo por suicidio viene marcado por una reacción emocional aguda, física y psíquica para los familiares y allegados.

Strobe et al.¹¹ Añade que el duelo por suicidio no sigue las mismas etapas que otros duelos. En un primer momento aparecen las emociones de shock, ira, incredulidad, tristeza, enfado.... Tras la primera etapa, aparecen los problemas físicos y psicológicos, da lugar a los pensamientos rumiativos centrados en dar una explicación a lo sucedido. Los familiares afectados tienden a rodearse de sus seres queridos, como es habitual en los rituales de duelo. La ayuda que pueden ofertar para afrontar la pérdida suele ser insuficiente, por lo que sobre todo el núcleo familiar más cercano solicita apoyo profesional. Los profesionales acompañan en el duelo, ayudan a la aceptación de la pérdida y a desarrollar estrategias para afrontar la pérdida y poder ir rehaciendo la nueva vida. Según avanza el duelo, se van corrigiendo los pensamientos erróneos sobre la búsqueda constante de una explicación o los sentimientos de culpa y vergüenza.^{1,5,11,22} Por último, coinciden todos los autores que se ha superado el duelo cuando se consigue aceptar la pérdida, se empieza a plantearse nuevos objetivos y se puede recordar al ser querido sin tanto dolor⁴.

El duelo es diferente en cada persona, dependerá del motivo de la pérdida, de la relación con el fallecido, de la madurez mental y capacidad de afrontamiento, de la posibilidad de recibir apoyo y la espiritualidad.^{1,4,21} Cepuliente et al.³⁵ coincide con otros autores^{10,11}, que las comunidades religiosas son un lugar en el que las familias encuentran ayuda, esperanza y fuerza para superar el duelo. Otros de los recursos que ayudan a los familiares, además de la ayuda de los profesionales de la salud mental, son los grupos de ayuda mutua, donde pueden expresar sus sentimientos sin sentirse juzgados y pueden empatizar con el resto de miembros del grupo^{11,31}. Las terapias de tercera ola como Mindfulness según Alonso et al.¹⁷ ayuda a centrarse en el presente y a disminuir los pensamientos recurrentes en los que se intenta buscar una explicación al suicidio de su familiar.

Si la pérdida ha sido por suicidio, coinciden los autores que influirán el lugar en el que se ha quitado la vida y el método usado. Silva et al.³ diferencia entre si el suicidio ha sido dentro o fuera de casa y la violencia del método usado para terminar con la vida. Otros de los factores que influyen en la evolución del duelo son las cartas de despedida. Los mensajes de despedida ayudan a superar el duelo ya que la familia

suele quedarse más tranquila al conocer el motivo de la muerte^{1,11}. También hay que tener en cuenta si la persona ya ha intentado en otras ocasiones quitarse la vida, ya que el impacto para los familiares es menor, varios autores señalan que incluso tras varios intentos y sufrimiento por parte de la familia, cuando se produce el suicidio la familia puede sentir alivio^{1,5,11,22}.

Según Baños et al.¹¹ el afrontamiento de la pérdida dependerá de la edad del familiar. Los niños sí que se dan cuenta de que ha pasado algo grave pero no tienen la capacidad para comprender el hecho. Los familiares y en ocasiones los propios profesionales sanitarios o no tienen la capacidad de explicar a los menores lo sucedido o lo hacen para protegerles. Suelen manifestarlo con dificultades para dormir o para comer, con un bajo estado de ánimo y un menor rendimiento académico. En cambio, los adolescentes ya tienen capacidad para comprender el suicidio. Manifiestan su malestar de una manera más des-adaptativa en forma de autolesiones o ideación autolítica. Por último, los adultos, indica Baños et al.¹¹ que la pérdida más traumática y la que más consecuencias va a tener es la pérdida de un hijo.

La pérdida de un ser querido por suicidio produce cambios individuales y en el funcionamiento familiar. Tiene consecuencias físicas, sobre todo en un primer momento, hay síntomas que se alargan en el tiempo^{10,11}; psicológicas, destacando el dolor emocional, ansiedad, problemas de sueño, depresión... Coinciden todos los autores en que el año posterior a la pérdida se incrementa el riesgo suicida de otro miembro de la familia^{10,23,25}. Cambios en las relaciones intra y extra personales, marcado por el estigma, el sentimiento de culpabilidad, de ser juzgado y vergüenza^{1,10}. También aparece un bajo rendimiento escolar y laboral¹.

Los familiares que han perdido a un miembro por suicidio necesitan ayuda profesional para superar el duelo y poder hacer frente a la situación de una manera adaptativa. Hay poca bibliografía con familiares después de un suicidio. Los autores que han investigado en ello, destacan la importancia de acoger a la familia, escucharla y comprenderla. El objetivo es que puedan aceptar la pérdida y continuar con sus vidas^{1,4}. Según Antón et al.⁴ hay varias tareas que se ha demostrado que ayudan a cubrir las necesidades de los familiares que han perdido a un miembro por suicidio. Destaca ayudarles a comprender el acto, trabajar el sentido de culpa, fomentar la comunicación entre la familia y con las amistades; y como ya han dicho otros autores, permitir que expresen sus emociones y que se sientan escuchados. Siempre respetando los tiempos y rituales de la familia⁴.

Hay un estudio, como indica Dutra et al. en su investigación¹, que el cambio de domicilio del resto de la familia ayuda a superar el duelo, ya que si el suicidio ha sido en el propio hogar, se relacionan con una dificultad de adaptación.

Como destaca la bibliografía, los profesionales de salud y más específicamente los de la salud mental, tienen un papel importante e influyente en la evolución del duelo de los familiares que han perdido a un ser querido por suicidio. También destacar la función preventiva de identificar,

detectar y hacer un seguimiento a la población con riesgo de suicidio. Por ello, tienen la necesidad de una formación adecuada sobre los factores de riesgo del suicidio, conocimientos para la prevención del suicidio y para identificar a personas en riesgo. Es necesario que conozcan las diferencias entre un duelo normal y un duelo por suicidio para poder acompañar a las familias una vez que se ha producido la pérdida^{1,11,21}.

Se han encontrado limitaciones en la búsqueda de los objetivos planteados ya que hay escasa bibliografía específica sobre el proceso de duelo de los supervivientes de suicidio. Por lo que surge la necesidad de seguir investigando en este ámbito tan complejo para mejorar la atención que se ofrece a los familiares de víctimas por suicidio.

7. CONCLUSIONES

- El suicidio se considera actualmente un grave problema de salud pública. Por ello, es imprescindible desarrollar políticas nacionales y locales de prevención del suicidio, sensibilizar a la población y detectar de forma temprana la ideación autolítica para prevenir casos de suicidio.
- Identificar pacientes con riesgo suicida y poner en práctica estrategias de tratamiento e intervención es una tarea difícil a la vez que urgente. Las intervenciones posibles a este nivel incluyen el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y mejora de los síntomas con apoyo psicosocial para el paciente, así como psicoeducación para la familia.
- Los profesionales sanitarios tienen que tener conocimientos de las diferencias del duelo por suicidio respecto a otras causas, conocer las consecuencias que conlleva afrontar la pérdida de un ser querido por suicidio y de las necesidades de atención de los afectados para poder ofrecer una asistencia de calidad durante el duelo.
- Los esfuerzos de la sanidad pública por formar a los médicos, enfermeros, trabajadores sociales y a la población en general en el manejo de la depresión y la prevención del suicidio también pueden contribuir a una identificación más eficaz de los individuos con riesgo, así como a una intervención más oportuna y eficaz.
- Continuar con investigaciones centradas en la evolución del duelo de las familias tras la muerte por suicidio ya actualmente apenas existe bibliografía sobre ello. Investigar en este campo favorecerá en la atención que se ofrezca a las familias y en la evolución del duelo de las mismas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2012;398.
2. Grupo de Sanidad y Biopolítica. Profesionales del Bien Común. Informe del suicidio en España (Actualización 2022) [Internet]. [Citado 5 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://biopolitica.net/2022/09/09/informe-del-suicidio-en-espana-actualizacion-2022/>
3. Silva L, Afonso BQ, Santos MR Dos, Baliza MF, Rossato LM, Szylyt R. Care for families after suicide loss: nursing academic experience. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 5):2206–12.
4. Antón San Martín JM. Suicidios y Familias.: Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención. *Redes [Internet]*. 2019;(39):83–96. Available from: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/281>
5. Montés Germán M, Jiménez González A, Jiménez Pietropaolo J. Guía para familiares en Duelo por suicidio. Supervivientes. *Asoc Investig Prevención e Interv del Suicidio y Fam y Allegados en Duelo por Suicidio.* 2019;31.
6. Bellini S, Erbuto D, Andriessen K, Milelli M, Innamorati M, Lester D, et al. Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Front Psychol.* 2018;9(mar):1–6.
7. Kölves K, Zhao Q, Ross V, Hawgood J, Spence SH, de Leo D. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *J Affect Disord.* 2019 Jan 15;243:96–102. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.018.
8. Sánchez Ortuño M, Fornés Vives J. Plan de cuidados para la persona con problemas emocionales: ansiedad, depresión y riesgo de suicidio. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Valoración y cuidados.* 3ª Edición. Madrid: Editorial médica Panamericana;2021. P95-109.
9. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 201
10. Perdomo Jurado YE, Caro Delgado AG, Ortiz Amerita N, Ramírez Jaramillo CL. Duelo por suicidio. *Salud y afrontamiento. Una revisión de literatura.* *Poliantea.* 2021;16(28):56–61. 2;398.
11. Baños-Chaparro J. Duelo por suicidio: ¿qué sucede después en la familia? *Rev Investig en Psicol.* 2022;25:159–70.
12. Ruiz Gómez F, Moscoso Osorio LA, Godoy Casadiego MA, Hurtado Neira AE. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la prevención de la conducta suicida en el entorno institucional de protección. 2021.
13. Plataforma nacional para el suicidio y la prevención del suicidio. Datos visuales del suicidio en España [Internet]. [Citado 28 abril 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/mapa>
14. Organización Mundial de la Salud. Cada 40 segundos se suicida una persona. [Internet]. Sept 2019. [Citado 25 abril 2023]. Recuperado a partir de: [Cada 40 segundos se suicida una persona \(who.int\)](http://who.int)
15. Ministerio de Sanidad. 024. Línea de atención a la conducta suicida. [Internet]. [Citado 10 mayo 2023].

- Recuperado a partir de: <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
16. Gómez Barrios, P. La Dirección de Salud Pública pide una barrera anti-suicidios en el nuevo puente Champlain. Radio Canadá Internacional [Internet]. 2013. [Citado 10 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.rcinet.ca/es/2013/09/10/la-direccion-de-salud-publica-pide-una-barrera-anti-suicidios-en-el-nuevo-puente-champlain/>
 17. Ingreso psiquiátrico en la Unidad de Agudos del Centro de Salud Mental Pérez-Espinosa (Asturias). [Internet] [Citado 12 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://clinicaperezepinosa.com/unidad-agudos/>
 18. Pulido Guerrero, EC; Lora Carrillo, LJ; Coronel Arias, LV. Evaluación de un modelo explicativo del riesgo suicida con base en factores familiares. *Interdisciplinaria*, 2022, 39(2), 297-312.
 19. García A, Rodríguez M, Brito P, Fernández D, Martínez C, Marrero C. Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Ene* [Internet]. 2021;15(1). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100001&lang=es
 20. Díaz B El duelo. Julia Pascual [Internet]. [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.juliapascual.com/duelo/>
 21. Alonso-Llácer L, Lacomba-Trejo L, Pérez-Marín M. Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Rev Médicas UIS*. 2021;34(3):85–92.
 22. Ross V, Kölves K, Kunde L, De Leo D. Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Mar 28;15(4):618
 23. Montejano S. Psicología de las emociones: La culpa. *Psicoglobal*. [Internet]. 2016. [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa>
 24. López Albendea G. Alcoholismo: estas son las enfermedades que desencadena. *CuidatePlus* [Internet]. 2020 [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/11/08/alcoholismo-son-enfermedades-desencadena-175505.html>
 25. Hernández Ruiz L. De la vergüenza y la culpa al miedo. Cadena de emociones tras un suicidio. *Entre Diversidades Rev Ciencias Soc y Humanidades*. 2022;9(1):272–97.
 26. Fernández Costa, R. Por qué no digo lo que pienso: la teoría de “la espiral del silencio” que debes conocer. *El Español*. [Internet]. 2022. [Citado 20 mayo 2023]. Recuperado a partir de: https://www.elespanol.com/mujer/salud-bienestar/20220816/no-pienso-teoria-espiral-silencio-debes-conocer/690681234_0.html
 27. Molina Torres, J. Autolesiones en la adolescencia. Tejiendo historias. [Internet]. 2010. [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://tejedordehistorias.wordpress.com/2019/08/08/autolesiones-en-la-adolescencia/>
 28. La despedida de Virginia Woolf: una carta de suicidio, piedras y un adiós. *El Confidencial*. [Internet]. 2018. [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: https://www.elconfidencial.com/cultura/2018-01-25/virginia-woolf-carta-suicidio-por-que_1511239/
 29. Testoni, I., Francescon, E., De Leo, D. et al. Forgiveness and Blame Among Suicide Survivors: A Qualitative Analysis on Reports of 4-Year Self-Help-Group Meetings. *Community Ment Health J* 55, 360–368 (2019).
 30. Bueno, M. El viaje más doloroso. La muerte de un hijo. *Criar con sentido común*. [Internet]. [Citado 20 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.criarconsentidocomun.com/duelo-por-la-muerte-de-hijo/>
 31. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*. 2018 Jan 13;8(1):e019472.
 32. Berardelli I, Erbutto D, Rogante E, Sarubbi S, Lester D, Pompili M. Making Sense of the Unique Pain of Survivors: A Psychoeducational Approach for Suicide Bereavement. *Front Psychol*. 2020 Jun 30;11:1244.
 33. De Jorge, J. El aislamiento social, tan duro para el cerebro como el hambre. *ABC*. [Internet]. 2020. [Citado 20 mayo 2023]. Recuperado a partir de: https://www.abc.es/ciencia/abci-aislamiento-social-duro-para-cerebro-como-hambre-202011232113_noticia.html
 34. Sabater, V. Trece estrategias para educar a los niños en inteligencia emocional. *La mente es maravillosa*. [Internet]. 2022. [Citado 20 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://lamenteesmaravillosa.com/diez-reglas-para-educar-a-los-ninos-en-inteligencia-emocional/>
 35. Čepulienė AA, Skruibis P. The Role of Spirituality during Suicide Bereavement: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 18;19(14):8740
 36. Mindfulness, la creciente industria de trabajar la atención plena. *ReasonWhy* [Internet]. 2021. [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.reasonwhy.es/actualidad/mindfulness-negocio-industria-creciente-atencion-plena>
 37. Caballero A. Escuchar, acompañar y no ignorar las señales de alerta: ¿cómo prevenir el suicidio?. *Rtve* [Internet]. 2021. [Citado 19 mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.rtve.es/noticias/20211218/como-prevenir-suicidio-consejos-psicologos/2240080.shtml>