

(DES)APARECIDOS:
Visibilización del Suicidio y sus Supervivientes

Trabajo Fin de Grado de Psicología
Facultad de Psicología y Logopedia
Universidad de La Laguna

Autora:

Mélani María Torres Ascensión

Tutora:

Ángela Torbay Betancor

Curso académico:

2019-2020

Resumen

El objetivo del presente trabajo es conocer y visibilizar el suicidio para crear conciencia de su importancia por la alta tasa de personas que se suicidan y de personas cercanas que se ven afectadas por este hecho. Para ello, se realizará una revisión bibliográfica sobre el concepto, epidemiología, programas de intervención existentes, mitos que giran en torno al suicidio y los supervivientes, personas con intentos de suicidio y su red familiar y social que padecen, de igual forma, esta situación. Se busca que conociendo esta realidad aumente el interés, por un lado, de profesionales que reconozcan esta situación para prevenirla y trabajarla, y de otro, generar una conciencia social que muestre la necesidad de que cada persona tiene una responsabilidad en dicho fenómeno, en su prevención y en el apoyo a supervivientes.

Palabras clave: Suicidio, visibilización, supervivientes y programas de intervención.

Abstract

The aim of this work is to know and make suicide visible in order to create awareness of its importance, due to the high rate of people who commit suicide and of people close to them who are affected by this fact. To this end, a bibliographic review will be carried out about the concept, epidemiology, existing intervention programs, myths surrounding suicide, and the survivors -both the people with suicide attempts and their family and social network that suffer, in the same way, from this situation. On the one hand, seeking to increase interest by knowing this reality in professionals who can recognize this situation in order to prevent it and work on it and, on the other hand, to generate social awareness by showing the contribution that each one of us has in this phenomenon, in its prevention and in the support of survivors.

Keywords: Suicide, visibility, survivors and intervention programmes

Introducción

Tenía 10 años cuando una mañana mi madre me dijo “Vuélvete a acostar, hoy no vas al colegio”. No me dijo el por qué, pero, tras escuchar conversaciones entre adultos, lo supe: mi abuela se había suicidado. Esta experiencia vivida en mi niñez la han vivido otras personas. Personas que empiezan a preguntarse el por qué y qué podrían haber hecho para evitar esa situación y en las que se forma una cicatriz que cuesta curar y, en ninguno de los casos, termina de desaparecer. Se calcula que, por cada caso, hay unas seis personas relacionadas a las que conocemos como “supervivientes”, que se ven afectadas a nivel emocional, social y económico teniendo, además, un duelo más complicado (Shneidman, 1969). Sin embargo, hay expertos que incrementan este número (De Leo et al., 2014) y concluyen, que el número de supervivientes puede variar mucho dependiendo de cada caso y que son las personas cercanas, las más afectadas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), el suicidio es una prioridad de Salud Pública puesto que, cerca de 800.000 personas se suicidan cada año y muchas más piensan o intentan hacerlo. Estas cifras son escalofrantes pero lo más relevante es que son desconocidas, es decir, no es un tema del que los medios de comunicación quieran hablar ni tampoco, las instituciones educativas. Este silencio hace que las personas que piensan en quitarse la vida no pidan ayuda y, por lo tanto, no dispongan de la asistencia necesaria. A esta realidad se suma que, en la actualidad, muy pocos países han incluido la prevención del suicidio como una prioridad debido, sobre todo, a la falta de sensibilización que existe acerca del suicidio y del tabú que se cierne sobre él (OMS, 2019).

Los supervivientes tienen que vivir en silencio esta situación en muchas ocasiones debido al tabú, los mitos y el estigma que generan vergüenza, a lo que se suma, el silencio de los medios de comunicación y de la sociedad en general. Los allegados de las personas fallecidas por suicidio, sufren un duelo diferente a los demás, por tratarse de una muerte autoinflingida e inesperada, por lo que es indiscutible que se debe prestar especial atención a intervenir con ellos y con la superación de la pérdida (Acinas, 2014).

No podemos mirar hacia otro lado, sino que tenemos que actuar, haciendo que estas personas dejen de estar desaparecidas en nuestra sociedad, logrando que se visibilice esta temática para que la prevención y las ayudas a supervivientes sean, cada vez, más adecuadas y efectivas.

Marco Teórico

¿Qué es el suicidio?

La OMS definió el suicidio en 1976 como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y ejecutado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener cambios deseados. Según la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011), en la actualidad el suicidio se identifica a lo largo de un continuo que va desde la ideación (idea de muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado)

Silverman et al. (2007) revisaron la nomenclatura de de O'Carroll et al. (1996) y establecieron los siguientes conceptos (*ver tabla 1*).

Tabla 1

Conceptos y Definiciones (Silverman et al. 2007)

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Ideación suicida	Pensamientos sobre el suicidio que suelen ser duraderos en el tiempo.
Comunicación suicida	Se transmiten deseos, pensamientos o intencionalidad de suicidarse, existiendo evidencia de que ese acto de comunicación no conlleva por sí mismo la conducta suicida. <ul style="list-style-type: none">- Amenazas suicidas: Acto interpersonal que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano, ya sea de manera verbal o no verbal.- Plan suicida: Propuesta de un método con el que llevar a cabo la conducta suicida potencial.
Conducta suicida	Conducta que es potencialmente lesiva y auto-infringida, en la que existe evidencia de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad o de que la persona presenta algún grado, de intención de acabar con su vida. En este punto se consideran conductas suicidas: <ul style="list-style-type: none">- Autolesión/gesto suicida: Conducta en la que la persona no tiene intención de matarse, aunque se realice una conducta potencialmente lesiva y auto-infringida. Se trataría, de conseguir algo utilizando la aparente intencionalidad de morir.- Conducta suicida no determinada: Conducta con grado intermedio de intencionalidad que puede resultar con lesiones, sin lesiones o causar la muerte (muerte auto-infringida con grado indeterminado de intencionalidad).- Intento de suicidio: Conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, existiendo evidencia de intencionalidad de provocar la muerte.- Suicidio: muerte auto-infringida con evidencia de que la persona tenía intencionalidad de provocar su muerte.

Epidemiología

Según la OMS (2019), unas 804.000 personas en el mundo murieron a causa de suicidio en 2012, lo que equivale a una muerte por cada 40 segundos. Asimismo, estas cifras aumentan si incluimos que, por cada suicidio, más de otras 20 personas lo intentan (Bobes et al., 2011). Sin embargo, estos datos pueden resultar incompletos, ya que, otras causas externas (como pueden ser accidentes de tráfico) llegan a ocultar el suicidio, por lo que las cifras podrían ser incluso mayores (Giner y Guija, 2014).

En España se quitaron la vida 3.569 personas en 2016, es decir, una media de 10 suicidios al día, siendo la principal causa de muerte externa (Instituto Nacional de Estadística, 2017). La tasa de suicidios consumados en España es tres veces mayor que la de víctimas de accidentes en carretera (1.131 en 2014), con la diferencia de que respecto al suicidio no se percibe una reacción similar por parte de la sociedad (Sáiz y Bobes, 2014).

Podemos señalar que en los países ricos se suicidan tres veces más los hombres mientras que, en los países de ingresos menores la diferencia es de 1,5 hombres por cada mujer (Echeburúa, 2015). En relación a la edad, son las personas de 70 años o más las que tienen una mayor tasa de suicidio (INE, 2017). Sin embargo, a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de personas entre 15 a 29 años y los desencadenantes son los siguientes: a nivel clínico, consumo de drogas, aparición de un brote psicótico o depresión; a nivel ambiental, entorno familiar y social deteriorado, desengaño amoroso, orientación sexual no asumida, fracaso escolar o acoso; y a nivel psicológico, características de personalidad como la impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional o dependencia emocional extrema. A pesar de todo ello, suelen usar métodos menos efectivos (Spirito & Donaldson, 1998).

Tratamiento psicológico

En la toma de decisiones de una persona que piensa o ha intentado suicidarse hay tres componentes básicos a considerar para un tratamiento: a) sufrimiento muy intenso; b) carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) desesperanza hacia el futuro y percepción de la muerte como única salida (Bobes et al., 2011).

Las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011) se basan en tener una perspectiva amplia, valorando intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que la persona pueda beneficiarse. Además, es necesario crear una alianza terapéutica y trabajar con el entorno de la persona (Gregory & Remen, 2008). En el caso de las intervenciones psicoterapéuticas, se recomiendan

los tratamientos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal y además, deben incidir sobre algún aspecto del espectro suicida (autolesiones, ideación suicida, desesperanza o conductas suicidas). Por otro lado, la terapia interpersonal se recomienda en: adultos con conducta suicida, mayores de sesenta años con depresión e ideación suicida y adolescentes con riesgo suicida (Tang et al., 2009).

En relación a otro tipo de terapias encontramos un estudio cualitativo en el que se emplea la Terapia Centrada en Soluciones. En el estudio se trabaja con tres mujeres que han tenido intento de suicidio y el objetivo principal es trabajar las metas de cada una para ser concretadas en un futuro cercano. Los ejercicios a destacar son: la pregunta milagro, la carta desde el futuro, el símbolo de ti mismo, la externalización y la carta en día de lluvia. El clima generado en las sesiones se considera muy importante, contando con un espacio para expresar sus preocupaciones sin ser juzgadas y encontrando herramientas para enfrentarse al problema. La participación de todas las integrantes del grupo hizo que tomaran un papel de coterapeutas y que consiguieran ayudarse mutuamente. Se concluye en el estudio, la necesidad de contar con la participación de más personas para aportar mayores recursos y, no se plantea la posibilidad de realizar generalizaciones al tratarse de un estudio cualitativo (Villanueva, 2005).

Vásquez y Hervás (2008) desde la Psicología Positiva proponen diferentes tipos de propuestas de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes con riesgo. Dentro de estas encontramos las intervenciones positivas sobre el pasado (técnicas narrativas sobre sucesos positivos pasados, intervenciones basadas en la gratitud y entrenamiento en memoria autobiográfica) y las intervenciones positivas sobre el futuro y desarrollo de potencialidades (intervenciones basadas en la esperanza, en las metas y en fortalezas).

Visibilización del suicidio

A pesar de las cifras mencionadas con anterioridad, el suicidio no está visible en nuestra sociedad. Esto lo podemos comprobar en los medios de comunicación y en nuestras conversaciones cotidianas. Este silencio influye en la comunicación de las personas con ideas suicidas, pues no se decidirán tan fácilmente a pedir ayuda, y a la red social de la persona con ideas suicidas o muerte por suicidio, pues se sentirán avergonzados (OMS, 2017).

Durán et al. (2018) afirman que la estrategia usada en los medios de comunicación para hablar del suicidio es la de no informar, con el fin de evitar el efecto contagio. Ante esta situación, la OMS (2000) publicó el informe “Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación” en el que se alerta de la necesidad de un tratamiento cuidadoso, pero en el que se logre la visibilidad del suicidio. Es necesario, que las

noticias no sean sensacionalistas y que sigan las recomendaciones de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis suicida, dispositivos de salud mental a los que pueden acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio (Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010)

En el caso del entorno social del suicida, la falta de visibilización por el estigma provoca aislamiento, lo que conlleva a que el proceso de duelo sea más complejo que el de otros tipos de muerte (Cerel et al., 2014) y que muchos se sientan incapaces de hablar con sus familiares o con otras personas acerca del suicidio (McMenamy et al., 2008). Esta situación impide, por tanto, el apoyo social necesario en este proceso (Tollefson, 2015). En ocasiones, la familia trata de mantener el suicidio en secreto, afectando a su visibilización y al proceso de compartir experiencias para darle un sentido a la pérdida (Ratnarajah & Schofield, 2007). Según Sheehan et al. (2018) el estigma a cerca del suicidio puede deberse a su vinculación con la deficiencia moral, la cobardía, la impulsividad o a la búsqueda de llamar la atención.

Se tiende a pensar que es mejor que niños y niñas no tengan conocimiento del suicidio, pero esos silencios, pueden tener consecuencias nefastas (Bradshaw, 2000). Es importante acompañarles y respetar sus expresiones emocionales, reforzar los lazos sociales y familiares de apoyo, reduciendo así el impacto de la pérdida.

Tras los estudios analizados señalamos que quitarle voz al suicidio, sus causas y sus consecuencias impide que se reconozca una realidad y un problema de Salud Pública, lo que conlleva a que no se busquen soluciones (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio, 2019).

Mitos en torno al suicidio

Son muchos los mitos que se ciernen sobre el suicidio a lo que, se suma el tabú y el estigma que hacen que evitemos hablar sobre él. A continuación, *en la Tabla 2*, se exponen algunos mitos recogidos en la Guía para Familiares: Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental (Federación Madrileña Pro-Salud Mental, 2011) y por la Guía para Familiares en Duelo por Suicidio (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio, 2019).

Tabla 2*Mitos sobre el Suicidio, la Realidad y sus Consecuencias.*

MITOS	REALIDAD	CONSECUENCIAS
La persona que se quiere suicidar no lo dice.	La mayoría de las personas que se suicidan expresan claramente sus propósitos y sólo un pequeño grupo de personas lo hace sin aviso.	Cuando una persona nos muestra una comunicación suicida o existen amenazas de autolesión no le prestamos atención.
Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo.	Hablar y preguntar sobre la presencia de pensamientos suicidas disminuye el riesgo de cometer el acto.	Evitar preguntar y hablar sobre el suicidio.
Todo el que se suicida es un enfermo mental.	El suicidio es un fenómeno multicausal por lo que no sólo se suicidan personas con enfermedades mentales.	Los supervivientes se sienten juzgados y culpabilizados por su entorno.
El suicidio se hereda.	Aunque el suicidio pueda tener influencia genética, hay factores protectores que se pueden potenciar para minimizar la herencia.	Considerar que es imposible modificar el pensamiento o la ideación suicida porque está determinado por la biología.
El suicida desea morir.	Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen cambios.	Justifica la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman.
El que intenta el suicidio es un cobarde/valiente.	El que intenta el suicidio es una persona que sufre.	Si lo identificamos con un acto de cobardía, culpabilizamos a la persona y reducimos nuestra capacidad de comprensión. Si lo equiparamos con valentía se entorpece la prevención al considerarlo algo imitable.
Sólo las personas mayores se suicidan.	Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más eficaces, por lo que hay mayor letalidad.	Falta de visibilización del suicidio en edades tempranas siendo, la segunda causa principal de muerte en personas entre 15-29 años.
Si se reta a un suicida a que lleve el acto a cabo, este no lo intenta.	Se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado por lo que incitarlo a ello es muy peligroso.	Poner en peligro la vida de una persona y utilizar herramientas preventivas no eficaces.
Yo podría haberlo evitado.	Es muy difícil detectar el suicidio incluso con conocimientos previos y, en muchas ocasiones, existe ocultación con el fin de evitar el rescate.	Aumenta el sentimiento de culpa en los supervivientes.

Queremos destacar, la importancia de que la sociedad tenga conocimiento de esta realidad pues, el silencio que rodea al suicidio sólo perjudica a su solución. Es necesario que la sociedad entienda la importancia de la comunicación suicida, pues es el punto intermedio entre la ideación y la conducta suicida y muchas veces, camuflamos este hecho con una llamada de atención y no como un grito de auxilio. En suma, la visibilidad en todos los aspectos de la vida, desde los medios de comunicación hasta los entornos educativos, logrará formarnos en un abordaje más efectivo para la detección y prevención del suicidio, además de concienciarnos de una realidad que existe y a la que no hay que dejar de lado. Una manera en la que puede ayudar el ámbito social es luchando contra los mitos, pues contribuyen de manera negativa a la imagen que se tiene del suicidio y a la forma equivocada de tratarlo (Saforcada, 1999; Goldney, 2000).

Los supervivientes

Existen dos maneras de entender el término superviviente: puede referirse a las personas que han sobrevivido a sus propios intentos de suicidio y, a las que han perdido a un ser querido debido al suicidio. En este apartado nos centraremos en los últimos (Andriessen, 2009).

El impacto psicológico del suicidio alcanza dramáticamente a los supervivientes pues es, probablemente, la muerte más desoladora que existe. Además del dolor de la pérdida y el sentimiento de culpa, tienen con frecuencia, vergüenza a revelar el motivo real del fallecimiento (Echeburúa, 2015). Por tanto, pueden mostrar sentimientos de angustia, vergüenza, culpa o autodesprecio, así como llegar a experimentar por parte de las personas del entorno, reproche, lo que genera aislamiento y estigmatización (Cerel et al., 2014). Es un duelo diferente a otros por lo comentado anteriormente y porque es una muerte autoinflingida, inexplicable e inesperada para los supervivientes (Acinas, 2014).

Sin embargo, no tiene por qué ser considerado un duelo con carácter patológico (Parada, 2007). No obstante, el duelo por suicidio tiene mayor probabilidad de provocar en los supervivientes problemas psicológicos y, en algunos casos, riesgo por suicidio (Bolton et al., 2013; Ali, 2015).

El apoyo social en el proceso de duelo podría determinar el curso del mismo (Cerel et al., 2014) y es por ello, que los grupos de autoayuda suelen ser muy eficaces, proporcionando entendimiento, apoyo y guía (AAS, 2014). Los miembros de la familia son también vistos como un gran soporte en general (McMenamy et al., 2008; Dyregrov, 2011).

Llegados a este punto, nos parece importante destacar características resilientes en las familias que atraviesan este proceso. Walsh & Mcgooldrick (2004) señalan tareas que deberían

llevar a cabo durante el duelo: a) compartir conocimiento de la realidad a cerca de la muerte; b) tener experiencia compartida de la pérdida y la sobrevivencia, expresando sus emociones en un ambiente de confianza, empatía y tolerancia, participando en los rituales de paso; c) reorganización del sistema familiar con reorganización de roles y mantenimiento de la rutina habitual (Gaffney & Hannigan, 2010) y d) nuevas relaciones y metas en la vida.

Es necesario tener en cuenta que los llamados “supervivientes” no se limitan a los familiares y amigos, sino que Pérez Barrero (2006) incluye también al médico, psiquiatra u otro terapeuta que asista a la persona. Algunos profesionales, como psiquiatras y psicólogos, suelen estar menos preparados para afrontar la pérdida de un paciente que otros como, por ejemplo, los profesionales de la enfermería, puesto que están menos familiarizados con la muerte de sus pacientes (Maltsberger et al., 2006). El suicidio de un paciente puede generar un sentimiento de culpa sobre su posible responsabilidad y temor a que los consideren culpables y esto, puede derivar en la aparición de falta de confianza en su trabajo e influye sobre la elección de su futura trayectoria profesional (Kleespies et al., 1990).

Finalmente, creemos que es importante visibilizar el suicidio pero que también, es muy importante prestarle atención a los supervivientes, ya que, debido a que existen muchos fallecimientos anuales por muerte autoinflingida, existen muchas más personas afectadas por ese hecho y en los que, además, se produce un duelo diferente que puede perjudicar la vida de estas personas. Por ello, creemos necesario más estudios sobre esta realidad y de herramientas que faciliten ayudarles en un proceso que puede durar toda la vida. Asimismo, la experiencia profesional no protege de sufrir una intensa reacción emocional y esta población también está poco estudiada debido a la creencia de que tienen una capacidad sobrehumana para hacer frente al sufrimiento (Hamaoka y cols., 2007).

Programas para supervivientes

Entre los programas encontrados podemos destacar el realizado por Romero (2018), centrado en las Terapias de Tercera Generación y cuyos objetivos son: analizar los elementos comunes de supervivientes entrevistados para establecer una base de intervención, identificar las reacciones emocionales del duelo, desmitificar el proceso de duelo, fomentar la aceptación y normalización del malestar, aumentar la capacidad de estar en el momento presente, fomentar la clarificación y compromiso con los valores personales e impulsar una forma de vida saludable en torno a los mismos y, por último, aceptación de los pensamientos y compromiso con los valores personales.

García et al. (2018) realizan una construcción narrativa de la resiliencia en familias que han perdido un hijo por el suicidio. La resiliencia es definida como la capacidad para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido por experiencias de adversidad (Grotberg, 2001), dándole importancia también al hecho de salir de la adversidad transformado y fortalecido (Melillo y Suárez, 2001; Cyrulnik, 2001). En el trabajo, los familiares lograron una transformación al generar cambios a raíz del afrontamiento de la muerte del familiar, desplegando acciones guiadas por la reparación y el olvido, pero que además permitían la emergencia de aspectos relacionados al recuerdo constante de las circunstancias que engloban el suicidio, otorgándole al dolor un sentido distinto al del sufrimiento, direccionándolo hacia la resiliencia.

En la tesis doctoral de Munera (2013), se muestra un estudio cualitativo con grupos focales y se realiza una propuesta de intervención para familiares y profesionales ante el duelo por suicidio que gira entorno a la formación de grupos de apoyo terapéuticos. Los objetivos para la terapia con familiares son: a) informar y formar sobre el suicidio; b) ayudar a reconocer y expresar afectos y emociones ambivalentes; c) mejorar la sintomatología depresiva; d) mejorar las relaciones socio-laborales y familiares; e) enseñar técnicas de afrontamiento frente a duelos futuros; f) ver el duelo como una experiencia vital de la que se puede salir y g) derivar al equipo de salud mental comunitarios si el duelo progresa a una psicopatología grave. Por otro lado, para los profesionales se tienen como objetivos: a) evaluar después del suceso y derivar a los que tengan evidencia de descompensación psicopatológica grave; b) posibilitar emociones ambivalentes; c) formar en la gestión del impacto emocional; d) establecer conciencia de colectividad y apoyo intragrupal; e) evitar polarizar la culpa sobre una persona o categoría profesional; f) intervención al duelo como una medida de apoyo y protección de la institución hacia los afectados y g) relacionarse de forma diferente con la familia del suicida y con el resto de pacientes.

Queremos destacar la falta de estudios que analicen las intervenciones con el entorno de las personas que se han suicidado, así como de programas especializados en esta población. Esta escasez a su vez, muestra la falta de conciencia sobre las características de los supervivientes e impide que exista un cuerpo teórico que ayude a la realización de otros programas o a la generalización de resultados.

Identificar relaciones, contradicciones, lagunas o inconsistencias en la literatura revisada

Revisada la literatura existente, observamos la escasez de tratamientos diferentes al cognitivo-conductual. Asimismo, tampoco existen muchos programas específicos para supervivientes y mucho menos, de carácter educativo, siendo los trabajos encontrados especialmente trabajos de fin de grado o tesis. El mayor acercamiento a los supervivientes es a través de guías elaboradas desde diferentes servicios o asociaciones, pero con el carácter impersonal que las caracteriza. Esto muestra nuevamente, la falta de visibilidad e interés por parte de la sociedad y en este caso, por parte de los profesionales relacionados con esta temática. Estos últimos también han sido olvidados en los estudios, pues no se les ha considerado supervivientes, a pesar de sufrir pérdidas y presentar dificultades tras estas.

Otra de las limitaciones encontradas en cuanto al estudio del duelo por suicidio es que la mayoría de estudios son de naturaleza cuantitativa, viéndose la necesidad de trabajar desde un enfoque cualitativo para ahondar en el entendimiento y las necesidades de este proceso de duelo (Spillane et al., 2017). Es decir, investigaciones cuyos resultados pudiesen servir de base para elaborar formas específicas de intervención en casos de duelo por suicidio y que permitan realizar un análisis de las características que presenta este duelo en las poblaciones para así, poder traducir los resultados en propuestas de apoyo útiles y eficaces. Profundizar en la subjetividad de las vivencias y pensamientos de las personas permite adoptar una perspectiva sobre el duelo por suicidio más rica que si solo nos centramos en los datos cuantitativos de las estadísticas (Munera, 2013).

Pasos para resolver los problemas y avanzar en la investigación

Tras la realización de este trabajo creemos necesario que el suicidio salga a la luz y podamos normalizar hablar de él para así, poder ayudar a prevenirlo y mejorar la comunicación en los supervivientes. Creemos necesario estudios más cualitativos, fortaleciendo la vigilancia y el seguimiento de los suicidios y sus intentos.

Para lograr la visibilización tenemos que informar sobre el suicidio, observar que se identifica en un continuo y que no todos los comportamientos o ideas tienen la misma gravedad, solución y explicación, lo cual es de suma importancia para los profesionales que pueden estar cerca de esta realidad. Además de informar, se cree necesario romper los mitos y explicar maneras de actuar en las distintas situaciones, por ejemplo, ante una comunicación suicida, puesto que esta última es el puente entre la ideación y la conducta suicida, donde nuestra acción puede ser determinante. El mantenimiento de los mitos influye en la prevención y ayuda a

familiares, por lo que el conocimiento de los mismos se considera en este trabajo un objetivo central.

Asimismo, la actuación de la población general es crucial para la visibilización pues afecta directamente a las dos poblaciones a las que nos hemos referido en este trabajo. Si se hablara abiertamente de esta temática y se tuviese la información adecuada de cómo actuar en determinadas circunstancias lograríamos que las personas con ideación, comunicación o conducta suicida hablaran sin tabús sobre ello, se sintieran escuchados y pedirían ayuda más fácilmente. Por otro lado, ayudaríamos a los supervivientes a afrontar la pérdida de manera más adecuada pues, como hemos planteado, este apoyo es crucial para el curso del duelo. Muchas veces, las familias se encuentran con reproches y silencios, generando aislamiento y estigmatización, lo que a su vez influye nuevamente en que estas personas no hablen abiertamente del suceso y su duelo sea más complicado. No queremos dejar atrás que, si informamos a la población general, entre esas personas también se encontrarán las que han tenido o tienen ideaciones, comunicación o conductas suicidas, por lo que ayudaremos a que comprendan más su situación y la posibilidad de pedir ayuda. Con la visibilización habrá una mayor implicación de medios de comunicación y de entornos educativos para la prevención y conocimiento de esta situación. Es decir, la visibilización conseguirá una relación entre todas estas personas y entornos que logrará poco a poco, disminuir las cifras presentadas y mejorar la calidad de vida de estas personas y los supervivientes.

Consideramos, por tanto, que medios de comunicación y ámbitos educativos son claves para la visibilización y prevención, por ello, los profesionales de periodismo y de la enseñanza, deben estar formados en esta temática. En el caso de las instituciones educativas y, debido a que la prevalencia de la conducta suicida en jóvenes es alta, es necesario que estén preparadas para su prevención, debiéndose desarrollar programas escolares que acometan esta situación.

Por otro lado, creemos que debe existir una formación especializada en los estudios de Psicología en temática del suicidio. La alta prevalencia de este problema nos exige una formación para su prevención y tratamiento. En esta formación, también se podría incluir los efectos potenciales en el terapeuta tras el suicidio de un paciente y la creación de programas específicos para ellos. Por último, apostamos por cambiar la connotación negativa sobre el suicidio. Entender y comprender a estas personas nos acercará a su realidad para no estigmatizar o perpetuar los mitos existentes.

Si observamos las investigaciones sobre esta temática, apoyamos los retos aportados por la OMS en 2014: a) detectar personas de alto riesgo y evaluar el riesgo de suicidio con herramientas diagnósticas adecuadas; b) establecer estrategias de intervención basadas en la

evidencia (Echeburúa et al., 2010); c) diseñar programas específicos para jóvenes, adolescentes y ancianos; d) poner en marcha medidas concretas dirigidas a personas más vulnerables, para reducir los factores de riesgo (abuso de alcohol y drogas, exclusión social, depresión y estrés); y e) proponer programas psicoeducativos efectivos, de tipo preventivo, para familiares de personas que han cometido un intento de suicidio. A esto, le añadimos la necesidad de realizar programas para familiares no sólo de tipo preventivo, sino para cuando la prevención no se haya podido realizar y sean supervivientes, creando una ayuda especializada.

En el caso de los tratamientos, se cree necesario mayor investigación de terapias de corte humanista y de tipo más cualitativo, para ofrecer diferentes modelos de tratamiento. En este trabajo apostamos por este tipo de intervenciones y por introducir la mirada resiliente, ya que, encontrar un sentido y un para qué, nos fortalece en la adversidad y podríamos conseguir que el dolor y la pérdida se transforme en un nuevo sentido de vida.

Para concluir, nos gustaría gritar al mundo que se quiten las gafas, los estigmas y los tabús y que abran los ojos ante esta realidad y ante la posibilidad de ser partícipe de su solución. Sólo los profesionales, con ayuda de la sociedad, podemos hacer que las personas que tengan este sufrimiento y quieran acabar con su vida, no se sientan solas y que, los supervivientes tampoco lo estén. Este trabajo tiene como objetivo fomentar el interés por esta temática y que se logre poco a poco, la conciencia social necesaria que nos hará poder gritar al unísono: ¡no estás sólo ni sola!

Referencias

- Acinas, M. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Ali, F. (2015). Exploring the Complexities of Suicide Bereavement Research. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 30-39. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.601>
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis, The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30 (1), 43-47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Bobes, J., Giner, J., y Sáiz, P. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Triacastela.
- Bolton, J., Au, W., & Leslie, W. (2013). Parents Bereaved by Offspring Suicide: A Population-Based Longitudinal Case-Control Study. *JAMA Psychiatry*, 70 (2), 158-167. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.275>
- Bradshaw, J. (2000). *Secretos de familia*. Obelisco.
- Cerel, J., McIntosh, J., Neimeyer, R., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The Continuum of “Survivorship”: Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 591-600. <https://doi.org/10.1111/sltb.12093>
- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor: El sentido de la resiliencia*. Granica.
- En De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O., & Andriessen, K. (2014). *Bereavement after traumatic death. Helping the survivors*. Hogrefe Pub.
- Dyregrov, K. (2011). What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 310-318. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000098>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33 (2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000200006>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 347-256.
- Federación Madrileña Pro Salud Mental (2011). *Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental: Guía para Familiares*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf>
- Gaffney, M., & Hannigan, B. (2010). Suicide bereavement and coping: a descriptive and interpretative analysis of the coping process. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 526-535. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.137>

- García, J.V., Mariño, C.V., y Pinzón, L.J. (2018). *Construcción narrativa de la resiliencia en familias que han perdido un hijo por el suicidio* (Trabajo de fin de grado). Universidad Santo Tomás, Villavicencio, Colombia.
- Giner, L., y Guija, J. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Goldney, R.D. (2000). The privilege and responsibility of suicide prevention. *Crisis*, 21 (1), 8-15. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.21.1.8>
- Gregory R., & Remen A. (2008). A manual based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 15-27. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.15>
- Grupo de Trabajo (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Melillo, A., y Suárez, E. (2001). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. En Grotberg, E. H. (Ed.), *Nuevas tendencias en resiliencia* (págs. 19-30). Paidós.
- Hamaoka, A., Fullerton, C., Benedek, D., Gifford, R., Nam, T., & Ursano, R. (2007). Medical Students' Responses to an Inpatient Suicide: Opportunities for Education and Support. *Academic Psychiatry*, 31, 350-353. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.31.5.350>
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Defunciones según la Causa de Muerte*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- Kleespies, P., Smith, M., & Becker, B. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 257-263. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.4.257>
- Maltsberger, J., Pompili, M., Tatarelli, R., & Morselli, S. (2006). Schizophrenic solitude, suicide, and psychotherapy. *Suicide Life Threat Behaviour*. 36 (5), 591-600. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.591>
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38 (4), 375-389. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>

- Melillo, A. y Suárez, E. (2001). *Resiliencia, Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós.
- Montés, M., Jiménez, A., y Jiménez J. (2019). *Guía para Familiares en Duelo por Suicidio, Supervivientes*. https://www.redaipsis.org/sites/default/files/2019-09/guia_familiares_duelo_por_suicidio.pdf
- Munera, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- O'Carroll P., Berman A., Maris R., Moscicki E., Tanney B., & Silverman M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 6 (3), 237-305.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio: Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Parada Muñoz, L. (2007). Duelo por muerte súbita desde el enfoque apreciativo: una opción de vida desde la pérdida. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 3 (1), 55-65.
- Pérez, S.A. (2006). Cómo evitar el suicidio en adolescentes. *Revista Futuros*, 14 (4).
- Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2007). Parental suicide and its aftermath: a review. *Journal of Family Studies*, 13 (1), 78-93. <https://doi.org/10.5172/jfs.327.13.1.78>
- Romero, P. (2018). *Programa de intervención del duelo por suicidio en supervivientes desde las terapias de tercera generación* (Trabajo de Fin de Grado). Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria*. Paidós.
- Sáiz, P.A., y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Sheehan, L., Corrigan, P., Al-Khouja, M., Lewy, D., Mead, J., Redmon, M., Rubey, C., & Weber, S. (2018). Behind Close Doors: The stigma of suicide loss survivors. *OMEGA Journal of death and dying*, 77 (4), 330-349. <https://doi.org/10.1177/0030222816674215>
- Shneidman, E. S. (1969). *On the nature of suicide*. Jossey-Bass.

- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, M., O'Carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 37 (3), 248-263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., & Arensman, E. (2017). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? Protocol for an observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 7 (3). <https://doi.org/10.1136/jech-2017-ssmabstracts.61>
- Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Suicide and suicide attempts during adolescence. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (págs. 463-485). Elsevier.
- Tang, T., Jou, S., Ko, C., Huang, S., & Yen, F. (2009). Randomized study of school based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 463-470. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>
- Tollefson, T. (2015). Life After Death: Coping in the aftermath of a Suicide. *Revista de Victimología*, 2, 11-25.
- Vásquez, C., y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Desclée de Brouwer.
- Villanueva, L. (2005). Terapia grupal centrada en soluciones con personas que han tenido intento de suicidio. *Revista de Psicología*, 7, 32-41.
- Walsh, F., & Mcgoldrick, M. (2004). *Living beyond loss: Death in the family*. Norton.

Anexos

Tras considerar como objetivos generales de este trabajo la visibilización del suicidio para mejorar la prevención del mismo se cree necesario adjuntar información que nos puede ayudar a detectar a personas en riesgo y a cómo actuar en dichas situaciones. La información recogida está elaborada a través de Guía para Familiares: Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental (Federación Madrileña Pro-Salud Mental, 2011).

ANEXO 1: Señales de alerta

1. Señales de alerta verbales

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida: “No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”,...
- Comentario o verbalizaciones negativas sobre su futuro: “Lo mío no tiene solución”, “Las cosas no van a mejorar nunca”,...
- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte: “Me gustaría desaparecer”, “Quiero descansar”, “No quiero seguir viviendo”,...
- Despedidas verbales o escritas: “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”

2. Señales de alerta no verbales

- Cambio repentino en su conducta que puede ir en dos sentidos: Aumento de irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual o periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación.
- Aplicación de laceraciones recientes en alguna parte del cuerpo.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Cerrar asuntos pendientes.
- Preparación de documentos para cuando no éste (testamento, seguro de vida,...)

ANEXO 2: ¿Qué hacer ante una situación de riesgo? Estrategias:

1. Tener disponibles teléfonos de emergencia o ayuda
 - Llamar a los Servicios de Emergencias Médicas a través del 112 (SAMUR, SUMMA). Atención a emergencias a situaciones de riesgo inminente o de suicidio consumado.
 - SAMUR-Protección Civil dispone de psicólogos de emergencias para el apoyo psicológico de las víctimas y su entorno, durante la intervención sanitaria.
 - Acudir a Urgencias del Hospital más cercano.
 - En caso que reciba tratamiento psiquiátrico, ponerse en contacto inmediato con su especialista de referencia.
 - Informar a las personas más cercanas de la situación que está atravesando su familiar y de la importancia de darle apoyo.
2. Limitar el acceso a posibles medios lesivos
 - Retirar de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con finalidad suicida.
 - Pensar que, si ha fracasado en un intento previo, utilizará un método más letal al previo.
 - Tener cuidado con los domicilios en pisos altos, pues la precipitación es el segundo método más frecuente en España en el medio urbano.
 - La ingesta de medicamentos es uno de los métodos más utilizados en las tentativas autolíticas, por lo que se debe tener un control sistemático sobre ellas.
3. No dejarle solo/a: Involucrar a las familias y amigos.
 - Ante el riesgo de suicidio es importante no dejar solo a nuestro familiar y ponerlo pronto en contacto con los Servicios de Salud Mental. Acompañar a nuestro familiar manteniendo un contacto emocional cálido, sin ser invasivos, atender a las posibles señales críticas, transmitir esperanza como resultado del contacto terapéutico y ayudar a descender el nivel de estrés en las situaciones interpersonales, flexibilizando la percepción de las cosas.
 - El riesgo de suicidio, aunque se le haya dado de alta puede continuar, es importante que se siga el seguimiento por los profesionales sanitarios.

4. Mejorar las habilidades: preguntar y escuchar

- No juzgarle ni reprochar su manera de pensar o actuar.
- Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos ni desafíos.
- No entrar en pánico.
- Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- Comprender que nuestro familiar está atravesando por un momento difícil en su vida.
- Emplear términos y frases amables, manteniendo una conducta de respeto.
- Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor.
- Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
- Estar atento a las señales de alarma.

5. Autocuidado de la familia y del entorno

- Debemos ser conscientes de que a pesar de que superemos los mitos que rodean a la conducta suicida, identifiquemos las señales de alerta y pongamos en marcha todas las medidas preventivas, es posible que no podamos controlar a la persona durante todo el día. En caso necesario, los familiares y el entorno de la persona con riesgo también deben solicitar ayuda especializada.