

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**EL DUELO POR SUICIDIO.  
ANÁLISIS DEL DISCURSO DE FAMILIARES Y  
DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL**

*Pilar Munera Ramos*

**Directores:**

*Victoria Zarco Martín*

*Andrés Rodríguez Fernández*

**Presentada en el Departamento de Psicología Social**

**Granada, 2013**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Pilar Munera Ramos  
D.L.: GR 1883-2013  
ISBN: 978-84-9028-619-7



*Dedicatoria*

A mis hijos Edu y Daniel, y a Eduardo, los pilares de mi vida.

A mi madre y a mi padre, mis referentes eternos de superación y cariño.



## *Agradecimientos*

Quisiera dar las gracias a todas las personas que han permitido que este trabajo pudiera realizarse:

A toda mi familia por su infinita paciencia, apoyo moral e, incluso, ayuda técnica, como la ofrecida por mis hijos Edu y Daniel.

Al Dr. D. Elisardo Becoña Iglesias por su actitud de apoyo.

A mi amigo y colega Dr. D. José Miguel Martínez González por haber sido un inestimable soporte en la reflexión sobre los resultados de este estudio, colaborando siempre en lo que he necesitado.

A mis compañeros de trabajo clínico: Juan Francisco, Encarna, Gloria, Magdalena y Mariam, que me han tolerado condescendentemente durante estos años de investigación, alentándome siempre a seguir.

A mis directores de tesis Dra. Dña. Victoria Zarco Martín y Dr. D. Andrés Rodríguez Fernández, por creer desde el principio en el interés de este proyecto y guiarme a través de sus valiosos conocimientos.

Asimismo, quisiera dar las gracias a todas las personas estudiadas, ya que su colaboración ha sido indispensable para llevar a cabo y culminar este trabajo; espero que en algo contribuya a visibilizar su dolor y, desde el conocimiento, a paliarlo.

Especialmente, quiero mostrar mi respeto y justo reconocimiento a Victoria Zarco Martín, mi profesora y amiga; con ella he descubierto que si a la admiración académica se le añade el afecto se trabaja más y mejor. Le doy las gracias por implicarse tanto y tan intensamente, por inculcarme sus convicciones sobre el rigor científico, por soportar mis momentos de angustia y serenarme con sus sabios consejos y precisas correcciones, estimulándome a aprender.

A mi padre, por intentar contagiarme siempre su tenacidad y capacidad de superación; el impulsó el inicio de esta tesis y ha continuado como un motor de estímulo y confianza.

Y, por último, a mi madre: gracias por animarme en el esfuerzo, por escucharme siempre, por tu abrazo en mi tristeza, por tu orgullo en mis logros, por tu defensa ante mi vulnerabilidad. Esta tesis habla del dolor de los demás, pero mi dolor, mi desconsuelo más profundo, es que te hayas ido mamá.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN AL FENÓMENO DEL SUICIDIO</b> .....	<b>23</b>
INTRODUCCIÓN .....	25
1. ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL SUICIDIO .....	26
2. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIOCULTURAL DEL SUICIDIO .....	31
3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS .....	35
4. FACTORES CONTEMPORÁNEOS DE RIESGO SUICIDA.....	39
5. INDICADORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN ENFERMOS MENTALES: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA, LA PSICOPATOLOGÍA EN EJE I, EL AJUSTE PSICOLÓGICO Y LA DINÁMICA FAMILIAR.....	44
6. MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL SUICIDIO.....	49
6.1. Teorías unidimensionales en la explicación del suicidio.....	50
6.2. Teorías multidimensionales.....	52
7. OCCIDENTALIZACIÓN DEL SUICIDIO .....	61
A MODO DE CONCLUSIÓN.....	64
<b>CAPÍTULO 2. EL PROCESO DE DUELO</b> .....	<b>67</b>
INTRODUCCIÓN .....	69
1. CONCEPTO DE DUELO .....	72
2. TEORÍAS SOBRE EL DUELO.....	76
3. FASES EN EL PROCESO DE DUELO.....	78
4. TIPOS DE DUELO Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS .....	84

4.1. Duelo normal .....	85
4.2. Duelo patológico .....	90
A MODO DE CONCLUSIÓN .....	92
<b>CAPÍTULO 3. EL DUELO POR SUICIDIO EN FAMILIARES Y EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL .....</b>	<b>95</b>
INTRODUCCIÓN .....	97
1. EL DUELO POR SUICIDIO EN FAMILIARES: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS .....	101
1.1. Vivencias del duelo por suicidio en función del parentesco.....	108
2. EL DUELO POR SUICIDIO EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS .....	111
2.1. Variables que modulan el impacto del suicidio sobre el terapeuta.....	116
A MODO DE CONCLUSIÓN.....	123
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>125</b>
<b>CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>133</b>
INTRODUCCIÓN .....	135
1. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	135
2. ÁMBITO DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	141
3. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	149
3.1. Entrevistas en profundidad a familiares del suicida .....	149
3.2. Grupos focales para profesionales de salud mental.....	155

**CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS ..... 165**

INTRODUCCIÓN .....167

1. DISCURSO DE FAMILIARES.....168

    1.1. Análisis de la primera entrevista .....168

    1.2. Análisis de la segunda entrevista.....179

    1.3. Análisis de la tercera entrevista.....191

2. DISCURSO DE PROFESIONALES .....204

    2.1. Valores culturales acerca de la muerte y opiniones de la muerte por suicidio .....204

    2.2. Características de la muerte por suicidio y sus diferencias con la muerte natural .....209

    2.3. Repercusiones de la muerte por suicidio en el profesional de salud mental .....219

    2.4. La familia del suicidado .....239

    2.5. Variables psicosociales que modulan el impacto .....243

    2.6. Demandas de los profesionales .....255

3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....260

**CAPÍTULO 6. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA FAMILIARES Y PROFESIONALES ANTE EL DUELO POR SUICIDIO ..... 269**

INTRODUCCIÓN .....271

1. MARCO CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN .....274

2. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA FAMILIARES .....276

    2.1. Objetivos .....277

    2.2. Metodología .....278

    2.3. Contenidos de la sesiones.....280

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PROFESIONALES.....282

    3.1. Objetivos general y específicos .....282

3.2. Metodología.....	284
4. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA PROFESIONALES EN DUELO .....	292
4.1. Contexto de la intervención.....	292
4.2. Objetivos y metodología.....	293
4.3. Resultados.....	294
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE PROFESIONALES.....	300
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>303</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>313</b>
ANEXO 1: FICHA DE FAMILIARES ENTREVISTADOS .....	315
ANEXO 2: FICHA DE PROFESIONALES DE LOS GRUPOS FOCALES.....	316
ANEXO 3: PUBLICACIÓN DEL CURSO SOBRE EL IMPACTO DEL SUICIDIO DE PACIENTES .....	317
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	318
ANEXO 5: GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A FAMILIARES DE SUICIDAS .....	319
ANEXO 6: GUÍA DE PREGUNTAS PARA LOS GRUPOS FOCALES .....	323
ANEXO 7: FASES DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA PROFESIONALES.....	326
ANEXO 8: ESCALA DE IMPACTO ANTE SUCESOS (IES-R.....)	339
ANEXO 9: INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO .....	342
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>347</b>

# **INTRODUCCIÓN**



Según la OMS, una persona se suicida en el mundo cada 40 segundos, lo que supone un millón de personas al año, siendo esta causa de mortalidad más elevada que el número total de muertes que se producen anualmente por guerra y homicidio juntos. Así mismo, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2009, los suicidios se convirtieron en la primera causa de muerte externa (los siniestros viales ocasionaron 3.021 muertos frente a los 3.429 que decidieron quitarse la vida). Esta primera posición se debió no solo al decremento de los fallecidos en accidentes de tráfico, sino también al crecimiento de los suicidas con respecto a los años anteriores.

En este mismo sentido, si analizamos la información ofrecida por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), observamos como actualmente el fenómeno del suicidio es responsable de más muertes al año que las producidas por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan el planeta, constituyéndose así en una de las principales causas de muerte en el mundo. Su frecuencia ha aumentado en este último siglo y ya son varios los estudios que apuntan a un incremento propiciado por la crisis, aunque los expertos coinciden en afirmar que aún no hay suficiente perspectiva para corroborarlo. Así mismo, es necesario constatar que es también el principal motivo de deceso entre los adolescentes y jóvenes adultos.

A la vista de estos datos, parece evidente que el suicidio supone un importante problema de salud pública, sobre todo si consideramos que se trata de muertes ante las cuales se pueden adoptar medidas de prevención y que, por tanto, pueden ser catalogadas como potencialmente evitables. Por otra parte, el suicidio consumado conlleva serias consecuencias; su duelo, tanto para las familias directas como para las personas cercanas,

supone una carga emocional que puede tener un impacto psicológico profundo, incluso generar patologías tales como estrés postraumático, depresiones severas, trastornos de ansiedad, etc. Desde esta perspectiva, se constata claramente como la mayoría de las personas al recibir la noticia de una tentativa de suicidio o de un suicidio consumado, lo primero que hacen es preguntarse: ¿cómo es posible que alguien haya llegado hasta el límite de intentar quitarse la vida e, incluso, de haber acabado con ella?

Si una persona próxima a nosotros muere de cáncer o de un ataque al corazón, tras el duelo la recordamos en función de su vida y no de su muerte; pero cuando se trata de un suicidio pasa todo lo contrario, es decir, persistimos en examinar una y otra vez cómo lo hizo, por qué y lo que podríamos haber hecho para evitarlo. En busca de respuestas, no dejamos de reproducir el suceso, o bien “negamos” nuestras preguntas sin asumir plenamente la pérdida. Sin duda, el morir es parte indisoluble de la vida, es la piel que envuelve todos y cada uno de los movimientos de los que se compone nuestro día (Velasco y Pujal, 2005); en el mito de Sísifo también se nos recuerda que “*la duración de la vida no tiene que ver con su sentido*” (Caramés, 1981, p.9).

Efectivamente, a partir de determinada edad, que oscila aproximadamente entre los 7 y los 10 años, todos los seres humanos sabemos que tenemos que morir pero, a pesar de ello, la muerte siempre afecta a los que continúan viviendo. Parece, pues, que esta realidad no consuela a la sociedad, sobre todo si la muerte sobreviene por suicidio, ya que casi siempre supone una tragedia devastadora que deja despedazada la vida de los sobrevivientes y que produce, generalmente, un duelo muy traumático. Tal y como nos recuerda Caín (1972):

*“La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del sobreviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada”* (citado en Pérez Barrero, 2000, p.20).

De hecho, a los profesionales especializados en la intervención en duelos nos llegan cada vez con más frecuencia, por parte de los medios de comunicación, instituciones sanitarias y de los propios afectados, requerimientos de atención psicológica, no solo para los duelos en general, sino también para los producidos tras muertes inesperadas, como es el caso del suicidio, por el gran impacto socioemocional que producen.

Esta circunstancia nos hace pensar que en la sociedad actual, donde cada vez existe menos tolerancia al sufrimiento por la muerte y a la frustración en general, se considera que el abordaje del duelo debe de hacerse desde un prisma casi exclusivamente sanitario, a pesar de que es posible otro tipo de intervenciones. En este sentido, sería deseable que, en primer lugar, actuasen las redes socio-familiares, ayudando y acompañando en la elaboración del suceso; solo se debería acudir a los distintos profesionales sanitarios cuando realmente el proceso de duelo sugiera complicaciones psicopatológicas, o existan, por diversos motivos, signos previos de producirse un duelo complicado en el sobreviviente.

Muy relacionado con lo comentado anteriormente, también hay que advertir que el comportamiento suicida produce sustanciales costes económicos. Éstos provienen, por un lado, del descenso del potencial económico, debido a las vidas perdidas y, por otro, de los

gastos médicos y en salud mental que conlleva a las familias y a la sociedad el cuidado de aquellos que han vivido con más impacto el suceso (de hecho, se estima que entre 5 y 10 personas suelen quedar afectadas de forma importante por cada suicidio).

De otro lado, si atendemos a las causas del comportamiento suicida, es un hecho constatado que la enfermedad mental es el factor predisponente más importante, ya que las personas afectadas por este tipo de patologías presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas que no las sufren. Así, en la mayoría de los países occidentales, cerca del 90% de las personas que murieron por suicidio presentaban un problema mental (Espector, 2005). Asimismo, la existencia de antecedentes familiares es otro factor que eleva el riesgo de realizar este comportamiento (Parada, 2007); igualmente, según algunos estudios presentados en el primer encuentro de investigadores del SAS en Febrero del 2011, la ola expansiva de imitación de la conducta está estudiada como clúster<sup>1</sup>, pudiéndose prolongar hasta 60 días después del primer suicidio acaecido en una zona y hasta en 60 km de radio circundante.

Por último, acontecimientos estresantes como las rupturas, la pérdida de seres queridos, los conflictos con allegados y amigos, los problemas legales, financieros o relacionados con el trabajo, así como los acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación o a la vergüenza pueden provocar conductas suicidas. No obstante, a pesar del mejor conocimiento sobre las causas y las consecuencias del comportamiento suicida, nuestra comprensión acerca de su prevención es todavía limitada. De hecho, uno de los

---

<sup>1</sup> Se define clúster como la serie de fenómenos, eventos y características sociales, geográficas, culturales, etc. que confluyen en la producción de un suicidio y que pueden ser predictivos de futuros sucesos similares en una zona concreta

grandes desafíos del siglo XXI consiste en saber aplicar la información obtenida en la elaboración de estrategias, políticas, programas y servicios que sean eficaces para reducir estas muertes, así como sus efectos devastadores en la mayoría de las personas del entorno del suicida.

Los datos ofrecidos en los párrafos anteriores, así como mi condición de psicóloga clínica expuesta frecuentemente a estas situaciones, se convirtieron en un importante acicate en el deseo de ampliar mis conocimientos sobre este tema, del que, sin duda, se ha hablado mucho. No obstante, nosotros lo abordaremos desde una aproximación cualitativa, perspectiva muy poco usual en la literatura y en las investigaciones realizadas sobre el fenómeno del suicidio y sus repercusiones sobre las personas que sufren de cerca este comportamiento

Así pues, el objetivo fundamental de este trabajo es profundizar en el suicidio desde la percepción de los sobrevivientes del mismo. Este acercamiento lo haremos a partir del análisis de contenido de los discursos elaborados por los familiares de suicidas y por los profesionales de la salud mental que trataron a pacientes que finalmente se suicidaron. De manera más concreta, estudiaremos el proceso de duelo de las personas más allegadas a la víctima, centrándonos en los familiares y en los profesionales de salud mental de los distintos dispositivos públicos de la provincia de Granada donde estaba siendo tratado psicopatológicamente el suicida; es decir, focalizaremos nuestra atención en aquellas personas en las que se pueden producir alteraciones emocionales y de comportamiento significativas como consecuencia de la pérdida.

Uno de los principales motivos que nos ha llevado a estudiar ambos grupos es averiguar las afinidades que pueden existir en sus vivencias ante la muerte por suicidio, ya que ello nos permitiría etiquetar como “duelo” la afectación sufrida por los profesionales y adoptar las medidas necesarias para su intervención.

Los interrogantes sobre los que va a girar nuestra investigación son:

- *¿cuáles son los sentimientos, los comportamientos y las opiniones de los familiares, así como de los profesionales de salud mental ante el suicidio y el comportamiento suicida?*
- *¿qué factores psicosociales inciden y modulan el nivel de impacto sufrido?*
- *¿cuáles son las repercusiones que el suicidio y el propio proceso de duelo tienen sobre la vida y la práctica laboral de los sobrevivientes?*
- *¿qué diferencias y similitudes existen entre las vivencias de duelo experimentadas por los familiares y por los propios trabajadores de salud mental?*
- *¿qué necesidades y exigencias plantean los afectados para aminorar el impacto producido por el suicidio?*
- *¿qué tipo de prevención y de intervenciones podrían llevarse a cabo en este tipo particular de duelo?*

Desentrañar estos interrogantes ayudaría a plantear propuestas de coordinación entre instituciones, sanitarias y no sanitarias, con la finalidad de elaborar planes de intervención en crisis y/o educación para la salud de los ciudadanos y profesionales con probabilidad de riesgo. Así mismo, facilitaría la realización de actuaciones en zonas de clúster de suicidio, mediante el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, resolución de conflictos y control ante situaciones de duelo por suicidio.

De hecho, en otras sociedades no occidentalizadas, la propia cultura ya ha contribuido a desarrollar mecanismos de control y de defensa psíquicos espontáneos y cercanos ante la muerte y su duelo; sin embargo, en nuestra cultura socio-sanitaria, ante la creciente demanda de ayuda, hemos de responder con el conocimiento de la situación y, a ser posible, con la protocolización de intervenciones. Sin duda, los protocolos reducen la incertidumbre y generan seguridad en el afrontamiento de situaciones de crisis, pero también suponen mermar la flexibilidad y espontaneidad de las respuestas de contención y de afrontamiento individuales.

Por otra parte, desde el punto de vista metodológico, casi siempre que se ha enfocado el tema del suicidio y su duelo ha sido desde una perspectiva cuantitativa, tanto en lo epidemiológico como en su etiología, para así poder correlacionar datos; pero creemos que este enfoque, sin duda interesante, debe complementarse con una óptica menos descriptiva y más indagatoria de la percepción humana, que ayude a comprender cómo se elaboran subjetivamente estos fallecimientos y, por tanto, a enriquecer los programas de intervención.

Por esta razón, en nuestro estudio hemos utilizado la metodología cualitativa, ofreciendo un enfoque diferente al que hemos encontrado en la revisión bibliográfica, máxime si tenemos en cuenta que, si bien son escasos los trabajos de estas características dedicados al duelo por suicidio en familiares, los que incluyen a profesionales son casi inexistentes. Ello es debido, entre otras causas, a que no han sido, al menos institucionalmente, considerados como dolientes, quedando así “abandonados” y al margen de las intervenciones.

Efectivamente, apenas existe literatura sobre el duelo en profesionales y los escasos estudios realizados son de tipo cuantitativo y corresponden a décadas pasadas. Es posible que en el imaginario social exista la creencia de una supuesta fortaleza de éstos para elaborar sin excesivo coste la muerte de un paciente. De hecho, no hay una preparación específica, académica o institucional, para este tipo de eventos, como sí ocurre en otras especialidades sanitarias, como, por ejemplo, en el área de cuidados paliativos.

Sin embargo, esto no tiene porqué ser así, debido a la vinculación especial que se establece entre el terapeuta y el paciente psiquiátrico, circunstancia que se da en mucho menor grado en el resto de áreas médicas. A pesar de todo, tenemos que admitir que acercarse a este tema resulta bastante dificultoso, ya que la muerte por suicidio suele generar culpa y estigmatización en los afectados; así, es posible que no se reconozcan todos los casos que realmente se producen, clasificándose erróneamente, ocultándose de forma deliberada en las actas oficiales de defunción, o encubriéndose bajo el rótulo de “accidentes”, como ya se ha señalado en otros estudios.

El primer capítulo de esta tesis lo dedicaremos a profundizar en el fenómeno del suicidio, revisando sus datos epidemiológicos y describiendo la diversidad de significados dados en las diferentes épocas hasta contextualizarlo en la cultura actual occidental. También identificaremos los factores contemporáneos de riesgo suicida, así como analizaremos algunos indicadores de vulnerabilidad al suicidio en enfermos mentales. Finalizaremos exponiendo los principales modelos teóricos que se han elaborado para explicar este comportamiento.

Seguidamente, en el segundo capítulo abordaremos el concepto de duelo, así como las diversas teorías generadas alrededor del mismo. Haremos especial hincapié en las diferentes clasificaciones o taxonomías que los autores han realizado en función de las complicaciones clínicas que puede provocar y de la necesidad o no de atención profesional.

Posteriormente, concretaremos en el tercer capítulo las características del duelo por suicidio y estableceremos sus diferencias con respecto a otros tipos de duelo. Se detallarán, asimismo, los principales resultados hallados en la literatura acerca del proceso de duelo vivido por los familiares del fallecido y los escasos datos existentes sobre las vivencias de los profesionales de salud mental, e identificaremos las principales variables psicosociales que modulan el impacto en ambos grupos.

Una vez planteado el problema de investigación y definidos los objetivos a cubrir, describiremos en el cuarto capítulo la metodología utilizada en este estudio y las fases y procedimientos que se han seguido para llevar a cabo la investigación. También hablaremos de las distintas técnicas que se han utilizado para recoger e interpretar la información obtenida tanto de familiares como de los profesionales de salud mental.

En el quinto capítulo se analiza el contenido de los discursos elaborados por nuestra población objeto de estudio. Para ello, nos hemos basado en los objetivos establecidos y se han utilizado las categorías o dimensiones concretas que sirvieron de guía en las entrevistas y grupos focales realizados en el trabajo de campo.

En el sexto, se exponen unas propuestas de protocolo de intervención para familiares y profesionales, construidas a tenor de la información que hemos obtenido tras

el análisis de los discursos. Dichas propuestas son novedosas tanto desde el punto de vista de la intervención, como psicosocial y clínico: en primer lugar, porque sus contenidos están diseñados en función de los resultados de una investigación cualitativa y, en segundo, por su posibilidad de aplicación en el marco de la red pública sanitaria.

También en este capítulo se expondrán los principales resultados hallados tras la aplicación en la práctica real asistencial del protocolo realizado para los profesionales de salud mental, constatando así su viabilidad y efectividad para paliar las secuelas producidas por el suicidio de un paciente. Finalmente, se detallaran las conclusiones más relevantes de nuestro estudio y se delinearán las necesidades de investigación en este campo.

## **CAPÍTULO 1**

# **APROXIMACIÓN AL FENÓMENO DEL SUICIDIO**



## ***Introducción***

Aunque, como hemos comentado anteriormente, el objetivo principal de esta investigación es la vivencia de duelo por suicidio, en este capítulo nos centraremos en el estudio de la conducta suicida, ya que consideramos que detenernos en el comportamiento y significación del acto suicida es necesaria para poder entender mejor las consecuencias que conlleva en su entorno más próximo.

En las siguientes páginas veremos como a lo largo de la historia su significado ha ido cambiando en función de las creencias culturales de cada sociedad y civilización hasta llegar a nuestra época donde, sobre todo en las últimas décadas, se establecen actitudes contradictorias: por un lado, existen posiciones comprensivas al respecto, considerando los problemas de salud y el sufrimiento de las personas que se suicidan; por otro, se dan importantes objeciones hacia el suicidio como “alternativa”, interpretando que es la presión social la que provoca la aparición de una angustia vital imposible de elaborar, dada la escasa tolerancia a la frustración que impera en la sociedad occidental.

Efectivamente, hoy en día, nuestra cultura está fomentando seres cada vez más intolerantes y vulnerables al fracaso; los mensajes de éxito se relacionan con la satisfacción del triunfo y no contemplan, en absoluto, la promoción de actitudes y habilidades orientadas a la superación de las pérdidas que sufrimos las personas. Dicha vulnerabilidad se establece como un espacio propicio para que las tentativas y los actos suicidas consumados hagan su aparición frente a circunstancias que se tienden a vivir como catastróficas; igualmente, convierte este comportamiento en una opción ante el balance negativo de nuestra propia vida.

El deseo de triunfar es un sentimiento que nos mantiene vivos, activándonos y situándonos en el camino por la conquista del objeto deseado. Sin embargo, esta sociedad no nos instruye sobre qué hacer cuando éste no se llega a alcanzar, circunstancia que puede conllevar un gran sufrimiento psíquico; paradójicamente, este dolor es también rechazado, pues las emociones negativas son entendidas como signos de dicho fracaso.

Sin duda, este círculo vicioso puede facilitar y justificar las ideas de suicidio o, simplemente, la aparición de conductas de alto riesgo vital que, en realidad, no son más que comportamientos implícitamente suicidas. Desde este marco psicosocial, expondremos en este capítulo los contextos históricos en los que ha ido evolucionando dicho comportamiento, así como las propuestas de los diferentes autores respecto al concepto, tipos de suicidio. Seguiremos con los factores que se consideran en la actualidad más determinantes en su aparición, deteniéndonos en la identificación de algunos indicadores de riesgo de suicidio en los enfermos mentales. Por último, haremos un recorrido por los distintos modelos explicativos del suicidio, destacando el “Modelo de Blumenthal” por considerarlo el más global y apropiado para comprender el proceso de duelo sufrido por los supervivientes.

### ***1. Algunos datos estadísticos sobre el suicidio***

En la actualidad, las enfermedades que se padecen en las sociedades occidentales han sufrido profundos cambios; de hecho, en el curso del último siglo, han desaparecido todas las causas de defunciones masivas y, actualmente, dos tercios de todas las muertes tienen relación con las enfermedades propias de la vejez. Asimismo, las personas que mueren jóvenes, en la mayoría de los casos son víctimas de suicidio, violencia y accidente.

Tal y como nos recuerda la Organización Mundial de la Salud:

*“Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Es la primera causa de muerte entre éstos y se sitúa entre las principales causa de muerte a nivel general.”* (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Actualmente, se producen un millón de suicidios al año, unos 2.700 al día, lo que supone que una persona se suicida cada 40 segundos, siendo ésta la primera causa de muerte violenta. Así pues, el suicidio se convierte en un problema grave que representa entre un 0'5% y un 2'1% de las muertes que se producen anualmente en los países occidentales. En el año 2.009, la Organización Mundial de la Salud hizo público que la tasa mundial de suicidios fue de 16 personas por cada 100.000 habitantes, afectando a todos los grupos de edad, especialmente a los hombres de entre 15 a 44 años y a las mujeres entre 25 y 74 años.

En este sentido, dicha Organización comunicó el incremento de las tasas en los países nórdicos (40 por cada 100.000 habitantes) y países del entorno de Rusia como Lituania (68/100.000); por el contrario, las más bajas fueron las de Grecia (4/100.000), encontrándose en un tramo medio España con 3.429 casos de suicidio (7'5/100.000). Los registros son similares desde principios del siglo XX, aunque cada año evolucionan con tendencia al alza (López, 2001). En las estimaciones de futuro, la OMS nos indica que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones de personas.

Así pues, tal y como declaró en 2010 la Dra. Le Galès-Camus, subdirectora general de la OMS:

*“El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo, se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras, por lo que es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctima.”* (p.11).

Efectivamente, si bien son los países más desarrollados los que ostentan los índices más altos de suicidio (Suecia, Japón, Suiza y USA), se observa como varios países de Europa presentan una tendencia general al aumento conforme pasan los años. Éste también es el caso de nuestro país. Por comunidades autónomas y según datos del INE (2009), la lista negra de suicidios la encabezan Galicia (12,2/100.00), Asturias (10,8/100.000), Ceuta (9,9/100.000), Baleares (9,4/100.000), Navarra (9,3/100.000) y Andalucía (9,0/100.000), mientras que las comunidades que menor índice de suicidios alcanzaron fueron: Cataluña (5,9/100.000), Cantabria (5,6/100.000) y Madrid (2,4/100.000).

Más recientemente, Javier Jiménez Pietropaolo (2011), miembro de la Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio, publica en la página web de dicha Asociación que la tasa de suicidios por provincia por cada 100.000 habitantes la encabeza La Coruña (13,8/100.000), siguiéndole Jaén (13,7/100.000), Ávila (13,4/100.000), Lugo (12,4/100.000) y Granada (11,9/100.000). En los puestos inferiores se encuentran Barcelona (5,5/100.000), Guadalajara (4,8/100.000), Madrid (2,4/100.000) y Huelva (1,0/100.000).

Si hacemos una radiografía acerca del comportamiento suicida en la actualidad, se observa que éste aumenta con la edad, siendo las personas mayores de 65 años las que presentan mayor riesgo; con respecto al sexo, existen más tentativas en mujeres, pero más suicidios consumados en varones; así, 4 de cada 5 intentos son realizados por mujeres, triplicando, por el contrario, los hombres las tasas de suicidios consumados. De otro lado, son más frecuentes entre los meses de Abril a Septiembre y prácticamente todos los estudios coinciden en afirmar que las personas solteras tienen tasas de suicidio dos veces superiores a las halladas en casados. En el caso de viudos y divorciados, las tasas son de 3 y 5 veces superiores, respectivamente.

También se constata que aumenta la frecuencia tanto en desempleados como en trabajadores con tareas de mucha responsabilidad y estrés. Por último, las creencias religiosas pueden suponer un factor protector si en estas se fomenta una vida consecuente y solidaria, sin radicalismos extremos (Miguel y Lucena, 2008).

En relación al mecanismo utilizado, llama la atención los cambios que se han producido a lo largo de los años en España en cuanto a las preferencias del suicida. En todos los periodos estudiados, la precipitación ha sido el más empleado; no obstante, de 1953 a 1977, esta forma de actuar era seguida de la sumersión y el atropello por tren, y, por el contrario, de 1978 a 1987, por la ahorcadura y la ingesta de tóxicos. En el año 2004, el mecanismo elegido fue la ahorcadura (42,9%), seguido de la precipitación (23,8%) y del arma de fuego (7,5%), métodos que continúan siendo los más empleados (Miguel y Lucena, 2008).

También, en el ámbito nacional, si nos centramos en las causas del suicidio, los datos concuerdan con la visión tradicional de este comportamiento como una manifestación sintomática de enfermedad mental, especialmente de los trastornos depresivos y de la esquizofrenia. Así, en el año 2009, el 57,1% de los suicidas tenían antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico, siendo los cuadros más frecuentes la depresión, la esquizofrenia y el consumo de drogas. Este dato, por otro lado, concuerda con los resultados toxicológicos obtenidos, ya que se detectaron benzodiazepinas en un 21,7% de los casos, antidepresivos en un 11,3% y neurolépticos en un 2,6%.

De hecho, si nos situamos concretamente en Andalucía, observaremos que en Sevilla, por ejemplo, el 57,1% de los individuos suicidados tenían antecedentes patológicos de tipo psiquiátrico, frente al 7,5% que padecía alguna enfermedad orgánica; el trastorno que con más frecuencia se registró fue la depresión seguido de la esquizofrenia; así mismo, en un 10,7% de los casos existían antecedentes de consumo de drogas de abuso (Miguel y Lucena, 2008).

Por último, de los datos epidemiológicos se puede concluir que las tasas de suicidio son más altas en las áreas urbanas que en las rurales, incrementándose cuanto mayor es el número de habitantes de la ciudad. Esta diferencia puede ser achacada, entre otras razones, al aislamiento social y al anonimato en el que muchas veces se ven sumidos sus habitantes. Sin duda, la falta de integración social es un aspecto de importancia clave al evaluar el problema del suicidio, siendo en las zonas rurales donde la sensación de pertenencia a un grupo se alcanza con mayor facilidad (Mosciki, 2007).

## **2. Contextualización sociocultural del suicidio**

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera y han ido modificando su acercamiento al mismo con el paso de los años, aunque, como afirma Ramón Andrés (2003):

*“La historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o mejor dicho, una historia social del dolor”* (p. 15).

En la antigüedad, los galos consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte del cónyuge, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para celtas hispanos, vikingos y nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (visigodos), con el suicidio se buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era loable y bien visto. En la China (1.800 a C) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado hoy día un delito criminal) (Piquet, 1984).

De otro lado, las tribus africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y estaba asociado a brujería, enterrándose el cuerpo sin los ritos habituales. De hecho, Pelicier (1985) nos dice que los suicidios son infrecuentes en África y pone como ejemplo la existencia de casos sólo en dos circunstancias bien descritas: los reyes obligados a abdicar y las mujeres estériles.

Entre los antiguos cristianos, el suicidio era muy raro, pues atentaba contra el V mandamiento. En la Biblia aparecen ocho referencias a suicidios: 3 de guerreros con la finalidad de no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 al ser herido por una mujer y 2 por decepción (Ajitófel y Judas). Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada. En Grecia y Roma, los suicidios eran frecuentes y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), o el suicidio asistido por el Senado.

Durante la antigüedad clásica, el suicidio era una alternativa razonable en los casos de "enfermedad incurable por necesidad"; se aceptaba, pues, el provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que era debido al "cansancio de la vida, la locura o el miedo al deshonor".

Como nos recuerdan algunos autores de la época:

*"La idea de bien morir (eu thanatos) era un summum bonum: porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro"* (Esquilo: Prometeo encadenado).

*"No es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación"*  
(Sófocles: Áyax).

Las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos tuvieron una gran influencia sobre este concepto romano del suicidio como liberación de

un sufrimiento insoportable. Para los romanos y los griegos, morir decentemente, racionalmente y, al mismo tiempo, con dignidad, era muy importante. En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor. No obstante, en Roma sí se penaba el suicidio irracional, ya que prevalecía la idea de que quien no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco podría cuidar de los demás, por lo que se despreciaba la realización de este comportamiento sin causa aparente. Asimismo, no dar sepultura a los suicidas era habitual; en los primeros tiempos republicanos, Tarquino el Soberbio, para combatir una epidemia de suicidios, ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de los pájaros y animales salvajes.

En el Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, se partía de la creencia de que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios, ya que afectaba negativamente al alma. En este sentido, San Agustín (354 - 430 d.C.) afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que, por lo tanto, éstos últimos se tenían que soportar, describiendo el suicidio como "detestable y abominable perversidad". De igual forma, en el Islamismo se condena rotundamente, hasta el punto de considerarlo un hecho más grave que el homicidio (Sarró y De la Cruz, 1991).

En la Edad Media, el suicidio era penado rígidamente por las leyes religiosas tal y como se refleja en los diversos concilios: en el de Arlés (452) se declaró que este comportamiento era un crimen; en el Concilio de Braga (563) se sancionó penalmente al dictaminar que el suicida fuera excluido del camposanto y no honrado con la conmemoración en la liturgia; lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (578), a partir

del cual el cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados (Pelicier, 1985).

Sin embargo, en el Renacimiento, donde era muy notable su incidencia en el ámbito popular, si bien persistían las actitudes de condena al suicida, surgieron algunas posiciones filosóficas que disentían de la noción de suicidio como pecado o crimen, justificándolo en determinadas circunstancias de dolor y sufrimiento (Sarró y de la Cruz, 1991). En el siglo XVIII, la melancolía que caracterizó la obra de varias generaciones de literatos propició auténticas epidemias de suicidios, fundamentalmente en jóvenes. Uno de los primeros casos documentados sucedió tras la publicación, en el año 1774, de la obra *Werther*, la novela de Goethe en la que el protagonista, un joven romántico, pone fin a su vida disparándose un tiro en la cabeza. Este relato desencadenó una epidemia de suicidios entre los adolescentes europeos (Prieto, 1995).

En la España de los siglos XVIII y XIX, la actitud hacia el suicidio predominante se puede entender a través de los romances de ciego en donde los actos suicidas se condenaban por ir en contra de la Ley de Dios, aunque la pena era menor si éstos se debían a la miseria, la enfermedad o la falta de trabajo (Pellejero y Rego, 1992). Posteriormente, a principios del siglo XX, las posiciones de los autores se ven notablemente influenciadas por la obra de Durkheim y se buscaban las causas de esta conducta en los ambientes social y moral de la época. No obstante, empieza a alcanzar cierta aceptación la idea, procedente de la escuela psiquiátrica francesa, del suicidio como resultado de un trastorno mental.

En la actualidad, momento en el que, como hemos visto, el suicidio es un grave problema de salud pública, el respeto a la voluntad y a los derechos del individuo ha

llevado a considerarlo, nuevamente, como un acto racional de elección entre la muerte y el dolor (Marín, 2003). Desde esta perspectiva, han aparecido en la sociedad occidental movimientos que defienden el "derecho al suicidio" de los pacientes terminales (Landa y García, 2000) y, de hecho, recientemente, el tema de la eutanasia consentida ha sido objeto de numerosos debates a escala popular e, incluso, se ha llevado la polémica con gran éxito de público al mundo cinematográfico.

Por otra parte, y de enorme trascendencia en las culturas de tradición cristiana, en el Catecismo de la Iglesia Católica, edición de 1992, se señala que "La iglesia ora por las personas que han atentado contra su vida", asumiendo así una actitud más comprensiva que antaño, ya que se tiene en cuenta el posible trastorno psicopatológico del suicida y sus consecuencias sobre la familia. Por último, cabe señalar que actualmente también se observan aumentos en las tasas de suicidios contingentes a la aparición de informaciones sobre éstos en prensa y televisión. Por ello, la OMS (1996) alertó sobre la necesidad de prevenir los efectos imitativos provocados por los medios de comunicación al difundir suicidios espectaculares o de personajes célebres.

### ***3. Delimitación conceptual y clasificación de las conductas suicidas***

La palabra suicidio proviene del latín "*sui*" y "*occidere*" y expresa el hecho de matarse a sí mismo. Aparece utilizada por primera vez en Inglaterra, en la edición de 1.643 de *Religio Medici* de T. Browne, y su primera inclusión en un diccionario inglés data de 1.656. Sin embargo, existe controversia al respecto, pues Bayet en 1.922 habla de que las primeras referencias de la palabra *suicidium* se sitúan en Francia en 1.734 en la obra del Abate Prévost, o en la del Abate Desfontaines en 1.737 (Moron, 1980).

En España, la palabra se usó por primera vez en la obra de Fray Fernando de Ceballos, “La falsa filosofía y el ateísmo”, publicada en 1.772 (citado en Marti, 1984) y no sería incluida en el diccionario de la Real Academia Española hasta su quinta edición, en el año 1.817. Para entonces, dicho término se había generalizado con una etimología paralela a la de homicida, cuya raíz está en los términos latinos que al principio hemos referido: “sui” (de sí mismo) y “cadere” (matar).

La Real Academia Española lo define de la siguiente manera: “dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente”. En la edición de 1.984 presenta varios términos: suicidio: “la acción y efecto de suicidarse”; suicida (como sustantivo): “persona que se suicida”; suicida (como adjetivo): “dícese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente” y suicidarse: “quitarse violenta y voluntariamente la vida”.

De otro lado, hablar de suicidio implica necesariamente adentrarse en las obras de autores que han sido grandes investigadores del tema. La definición del sociólogo Durkheim posiblemente sea la más citada:

*“Se llama suicidio a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte” (Durkheim, 1897, p.5).*

Antes de Durkheim, Pinel y su discípulo Esquirol habían establecido el suicidio como síntoma de la enfermedad mental y también como fruto de las crisis y circunstancias de la vida (Sarro, 1984).

Volviendo a las teorías del sociólogo Durkheim (1984), lo que él pretende demostrar es que si las personas no se matan es porque pertenecen a una sociedad que les protege, a través de la familia, la religión, etc.; es decir, la sociedad desarrolla fuerzas reales que determinan la conducta del ser humano y le obligan a actuar de una forma determinada, incluso a pensar ideas fijas. Para este autor, el suicidio supone, pues, una especie de “parámetro” que juzga la salud o el equilibrio de una sociedad.

Asimismo, distingue tres tipos de suicidio: el anómico, el altruista y el egoísta. El suicidio anómico es el que tiene lugar después de una ruptura social importante o por el quebrantamiento de las normas de la sociedad en la que se vive; el altruista es el llevado a cabo para salvar el honor personal o familiar, o, bien, para que otros no se hagan cargo del cuidado de uno mismo y, por último, el suicidio egoísta que se produce cuando hay un trastorno de integración de la persona en la colectividad social, tendiendo el yo individual a sobrepasar al yo colectivo.

Tres décadas después, Sigmund Freud, en su obra *El malestar de la cultura* (1930), expresaría la misma idea de que la sociedad moderna supone un coste de malestar y que las personas débiles que no pueden resistirlo se suicidan; él lo llamaría “el descontento de la civilización”. Se trata de un esfuerzo por demostrar la existencia de la sociedad como una realidad supraindividual y que es posible definir leyes sociales, incluso utilizando el análisis de las conductas anormales para este fin.

Aparte de la clasificación establecida por Durkheim, nos encontramos con el término de “suicidio ampliado”, definido como aquel en el que el suicida arrastra consigo a otros miembros, bien de su propia familia o del grupo social cercano a su vida (Rojas y

Montes, 1984). El “suicidio à deux” es otra forma de suicidio colectivo, aunque de menor frecuencia, y consiste en el establecimiento de un acuerdo mutuo entre dos personas entre las que hay una psicodinámica de contagio; es decir, la motivación de cada uno de los individuos actúa como reforzador de la motivación del otro (Maris, 1992). Por otra parte, estarían las denominadas “conductas autodestructivas”, conceptualizándose el suicidio y las tentativas como parte de una categoría más amplia: el comportamiento autodestructivo (Maris, 1992). Dentro de éstas, cabrían también otras formas menos conscientes, llamadas por Menninger (1972) “suicidios parciales”, tales como las automutilaciones, la policirugía, etc. (Maris, 1992).

A partir de estos autores, el concepto de suicidio se ha extendido progresivamente a conductas que, al no preservar directamente la vida, pueden provocar la muerte. Así, la drogadicción, los excesos en la comida o bebida, la anorexia, fumar o hacer deporte que impliquen riesgos desmesurados, dejar la medicación prescrita, etc. son comportamientos considerados como formas de suicidio. En esta línea, se sitúan, por ejemplo, los conceptos de “suicidio subintencionado” y de “parasuicidio” (Schneidman, 1985), que aluden a suicidios que quedan ocultos tras accidentes que, en realidad, el propio individuo, consciente o inconscientemente, habría provocado.

Como hemos observado, actualmente no hay unanimidad en la concepción del suicidio, aunque sí se tiende desde la psiquiatría a contemplarlo y definirlo desde su perspectiva individual, concretándolo en aspectos anormales y/ o patológicos; no obstante, aún desde este enfoque, se pueden encontrar concepciones más flexibles y menos organicistas. Quizás, como afirmaba Baechler en 1979, las definiciones dadas y las concepciones propuestas sobre el suicidio no representen más que a la propia teoría que

sobre el mismo poseen los distintos autores, aportando él la idea de que cualquier agresión hacia la propia vida, como forma de solución de los conflictos vitales, se podría considerar un comportamiento suicida (Sarro, 1984).

#### **4. Factores contemporáneos de riesgo suicida**

Son muchas las situaciones que favorecen una actitud suicida en la sociedad actual: una salud psicológica quebrantada, la sobrevaloración de lo material respecto a otros valores de la persona, la ambición desmesurada por el poder, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la pérdida de vínculos, etc.

Siguiendo los criterios de Montoya (1992), los principales factores que se consideran implicados en el suicidio se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Factores personales de carácter psíquico que, a su vez, se pueden dividir en:

Psicológicos: personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso, personas dependientes o con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales.

Patológicos: como los trastornos afectivos y psicóticos.

De personalidad: sobre todo “borderline” y narcisista.

Curiosamente, a tenor de las últimas investigaciones realizadas, y según los datos expuestos en el primer encuentro de investigadores en salud mental celebrado en Granada en 2011, si se comparan los rasgos de personalidad de los suicidas con los de las personas que sólo han realizado intentos, se observa que los primeros tenían mayor intencionalidad suicida, pero menos impulsividad que los segundos, contrariamente a lo que en principio se

pudiera hipotetizar. Además, existen más individuos diagnosticados de esquizofrenia entre los suicidas y más con trastornos de ansiedad entre los que solo lo intentaron; es decir, parece que la impulsividad está más relacionada con los conatos de suicidio que con los suicidios consumados. Así mismo, también cabe destacar una mayor presencia de rasgos de personalidad narcisista entre las personas que finalmente se suicidaron.

- Factores personales de carácter biológico, tales como los trastornos neuroquímicos:

Clínicos: enfermedades terminales, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores, especialmente craneales, deformaciones, sobre todo faciales, amputaciones graves e invalidantes.

Procesos de etiología aguda: como la depresión grave, desesperación o una pérdida significativa (muerte, separación, pérdida económica, etc.)

Otros factores personales de tipo voluntario: como la interrupción de la medicación o la intoxicación por alcohol o drogas.

- Factores de tipo social:

En este apartado se incluyen tanto los provenientes de la propia familia, como los que se producen en un nivel más macro. En este sentido, las personas tienen un mayor riesgo de suicidio cuando hay antecedentes familiares, debido a la posible contaminación psicológica (Johansson y cols., 2006; Joiner, 1999), y/o cuando existe una historia familiar de enfermedad psiquiátrica (enfermedad bipolar); asimismo, se destacan aspectos como la mala comunicación en el seno familiar, el alcoholismo y los lazos familiares rotos.

Desde una perspectiva más macro social, se alude al estilo de vida moderno, a la primacía de la cultura "light", del éxito y del poder, al consumismo exagerado, a la manipulación por los medios, a los desarraigos graves, a la pérdida de vínculos y referencias parentales y, por último, al alto grado de agresividad. Giner (2011), tras un estudio a través de autopsias psicológicas, confirmó que el porcentaje de suicidas que tenían antecedentes familiares de suicidio consumado era mayor que el encontrado en las personas que solo lo intentaron.

Por otra parte, debido a su importancia, veamos de forma más específica los factores de riesgo que Prigerson (2001) identifica para los diferentes tramos de edad.

En niños nos encontramos con algunos facilitadores o impulsores de la conducta suicida, tales como los problemas severos de incomunicación, la huida de la agresión física o sexual, el fracaso o humillación en el colegio, los antecedentes de suicidio en la familia o en un amigo, la muerte reciente de un familiar, la existencia de padres separados con relaciones conflictivas (70% mayor de incidencia), los traslados de domicilio, las pérdidas de amigos, la incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida y algunas experiencias tempranas traumáticas, como también señala Jama (2001).

A modo ilustrativo, tenemos constancia del suicidio de un niño de diez años ocurrido en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Ante la aparente "normalidad" de su vida, en diversas entrevistas cruzadas se halló la presencia de un padre alcohólico, algunas conductas disruptivas intrafamiliares, así como "escenas de nervios" por parte de la madre. Asimismo, el niño recordaba en las entrevistas que "hace años una

vecina se ahorcó”; más tarde, reveló que él, dado el ambiente familiar, “venía pensando desde hace años en quitarse la vida”.

Hay que destacar que si hay algún tipo de suicidio impactante que produce, a la vez, indignación y culpa es, sin duda, el llevado a cabo por niños y adolescentes, aunque afortunadamente éste es excepcional antes de los 10 años (por ejemplo, por debajo de los 14 hay una tasa de 1 suicidio masculino por cada 100.000 habitantes y ninguno femenino). En todo caso, es a partir de los 11 años cuando comienza el despegue del suicidio infanto-juvenil, apareciendo las primeras concentraciones de casos.

De otro lado, en personas jóvenes se relatan los siguientes factores precipitantes: padres divorciados y en conflicto o con problemas de alcohol o depresión, embarazos no deseados, pérdida de autoestima (por discusión familiar, humillación, fracaso escolar, inadaptación y rechazos sociales, etc.), abuso de alcohol o drogas, trastorno de la conducta, problemas de pareja, contacto con familiares o sobrevivientes de suicidio, traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, carencia de estructura o límites familiares, desesperanza ante el futuro, deseos fantasiosos de castigar o manipular a los seres queridos y, entre los estudiantes universitarios, la presión para el éxito junto con el fracaso académico.

Entre los adultos, se describen aspectos como la existencia de depresión o trastorno de la personalidad, el desempleo o la inestabilidad laboral, la vivencia de duelo, los problemas de pareja, la violencia familiar o el estar en prisión, entre otros. Finalmente, en la senectud se han detectado como factores de riesgo importantes la depresión, la soledad,

el aislamiento social, los problemas económicos, la pérdida de autonomía e independencia, los problemas de salud, el nido vacío, el insomnio o el maltrato.

Por último, exponemos a continuación otra clasificación más actualizada en la que se dividen los factores de riesgo en psicosociales y biopsiquiátricos.

<b>FACTORES PSICOSOCIALES</b>	<b>FACTORES BIOPSIQUIÁTRICOS</b>
.Género masculino .Pérdida reciente .Pérdida de los padres en la infancia .Inestabilidad familiar .Estado civil: los viudos, separados o divorciados y solteros se suicidan más que los casados. .Incapacidad para afrontar y resolver problemas .Intento de suicidio previo .Aislamiento social o soledad .Desesperanza .No estar viviendo con la familia o no contar con alguien	.Depresión .Alcoholismo .Drogadicción .Esquizofrenia .Trastorno bipolar .Trastorno de personalidad antisocial .Rasgos de personalidad impulsiva: agresividad, labilidad de humor .Enfermedades discapacitantes, dolorosas o terminales .Historia previa de hospitalización por autolesiones .Tratamiento psiquiátrico anterior .Historia familiar de trastornos psiquiátricos: depresión, esquizofrenia, ansiedad y enfermedad bipolar

**Tabla 1. Factores contemporáneos de riesgo suicida (Gutiérrez-García y cols., 2006)**

## **5. Indicadores de riesgo de suicidio en enfermos mentales: relación entre la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y la dinámica familiar.**

Tal y como se desprende de lo desarrollado hasta ahora en este capítulo, la enfermedad mental es una de las causas más importantes del comportamiento suicida, presentando estos pacientes un riesgo diez veces mayor que las personas que no sufren este tipo de patología. Baste recordar, por ejemplo, que, en la mayoría de los países occidentales, cerca del 90% de las personas que murieron por suicidio presentaban un problema mental (Espector, 2005).

En este sentido, si bien las cifras de prevalencia de la enfermedad mental sobre el suicidio varían entre los diversos autores, en la totalidad de los modelos teóricos que tratan de explicar este comportamiento y en muchos de los datos estadísticos y epidemiológicos consultados se confirma el desequilibrio psíquico como un importante elemento disparador del suicidio.

Más en concreto, entre los trastornos mentales en adultos que más se relacionan con los suicidios se encuentran los trastornos del ánimo, como las distimias, los trastornos de ansiedad y las fobias, siendo la depresión uno de los que más riesgo conlleva, tanto en adultos como en adolescentes (Corbitt, Malone, Hass y Mann, 1996). Corbitt et al. (1996) también consideran el alcoholismo y otras formas de drogadicción como una “muerte parcial” o equivalente suicida de carácter crónico, estimando que el riesgo de suicidio para un alcohólico a lo largo de su vida es un 15% mayor que el del resto de la población.

Asimismo, Blumenthal en su obra “Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas” (1988) hace referencia, dentro de los trastornos de personalidad, al trastorno límite y al antisocial como los más relacionados, tanto con los intentos como con los suicidios consumados.

Por tanto, es imprescindible indagar y ahondar más en esta esfera de vulnerabilidad, ya que ello facilitaría una mejor localización del riesgo suicida en las personas con trastornos mentales, así como el fomento y el desarrollo de medidas preventivas ante este comportamiento.

Con este fin, hemos realizado un estudio<sup>2</sup> en una muestra de pacientes con trastornos de personalidad y en tratamiento en el Centro Ambulatorio de Salud Mental de Baza. El objetivo era analizar algunos factores que pueden tener gran incidencia en el comportamiento suicida, tales como la calidad de vida, la presencia de psicopatología en el Eje I, el ajuste psicológico y la percepción de la dinámica familiar.

La Organización Mundial de la Salud (THE WHOQOL Group, 1995) define la calidad de vida como “*la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses*” (p. 1.405). De manera más específica, este concepto

---

<sup>2</sup> Se puede obtener una mayor y más completa información sobre este estudio en la siguiente referencia: Martínez- González, J.M., Munera, P. y Becoña, E. (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, vol.29, nº 1, 48-54.

incluye la valoración subjetiva que hace la persona de su salud y de su funcionamiento psicológico, físico y social.

Para su evaluación se ha utilizado el Cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q*) (Endicott, Harrison y Blumenthal, 1993). Este cuestionario mide la satisfacción del paciente en su vida cotidiana y es un instrumento genérico aplicable a todo tipo de pacientes, independientemente del diagnóstico. Consta de 93 ítems que exploran ocho áreas: estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales.

Al final hay un apartado resumen para que se realice una valoración global subjetiva de cada una de estas áreas. Las respuestas son de tipo Likert con cinco alternativas (nunca, casi nunca, a veces, a menudo o la mayor parte del tiempo y muy a menudo o siempre), indicando las puntuaciones altas una buena calidad de vida. La referencia temporal para contestar al cuestionario es la semana anterior a su aplicación.

Con respecto a la presencia de psicopatología del Eje I, es necesario recordar que, según el diagnóstico multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV-R-TR), existen, entre otros, dos grandes grupos de patologías, las del Eje I y las del Eje II. En el Eje I se encontrarían los siguientes trastornos: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos sexuales y de la identidad sexual, de la conducta alimentaria, etc., y en el Eje II se incluirían todos los trastornos denominados de personalidad.

La evaluación del Eje I se llevó a cabo a través de entrevista clínica, atendiendo a criterios DSM-IV (APA, 2002). Para confirmar su presencia se utilizó la SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999).

En relación al ajuste psicológico, se ha utilizado el General Health Questionnaire - *GHQ-28* (Goldberg y Hiller, 1979), que proporciona un índice de gravedad de ajuste psicológico construido a partir de la suma de cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. La puntuación total se encuadra dentro del binomio bienestar-malestar psicológico (González-Saiz et al., 1997), representando las puntuaciones más bajas un mejor estado de salud psicológica.

Por último, para evaluar la dinámica familiar percibida por el paciente, se ha recurrido al FAP/FACES-IV (*Family Assessment Package / Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) (Olson, Tiesel, Gorall y Fitter, 1996). Esta escala mide el funcionamiento familiar a través de las siguientes subescalas: estrés familiar, comunicación familiar, recursos familiares, satisfacción familiar, desapego, apego, rigidez y caos. Sus respuestas son tipo Likert de cinco alternativas que van desde “nunca” a “muy frecuentemente”.

Entre los resultados más relevantes podemos indicar los siguientes:

1. La presencia de psicopatología en el Eje I en pacientes con trastornos de la personalidad puede dificultar su tratamiento, ya que estos pacientes perciben una peor calidad de vida y presentan un inadecuado ajuste psicológico.

En efecto:

- 1.1. Los pacientes diagnosticados solo de trastornos de personalidad, a pesar de su disfuncionalidad social y de la dificultad de manejo por parte de las personas

que forman parte de su contexto clínico y familiar, tienen una mejor percepción de su calidad de vida que aquellos que desarrollan, a su vez, una patología en el Eje I. Esto parece sugerir que la enfermedad mental es más determinante que los factores carácter o de personalidad para tal percepción.

1.2. Los pacientes con trastorno de personalidad que presentan también psicopatología en el Eje I obtienen puntuaciones mayores en las tres escalas que miden ajuste psicológico, lo que indica que éstos presentan peor ajuste, particularmente en las escalas de ansiedad y depresión.

1.3. Un inadecuado ajuste psicológico disminuye, a su vez, la percepción de satisfacción familiar y aumenta el estrés en este contexto.

Desde el punto de vista del riesgo suicida, estos resultados son importantes ya que una mala percepción de su calidad de vida y un mal ajuste psicológico pueden conllevar una disminución en las posibilidades de estos pacientes de relativizar los acontecimientos, favoreciendo balances categóricos de su situación vital y la percepción del suicidio como única salida para zanjar el extremo sufrimiento.

2. La presencia de recursos familiares influye positivamente en el nivel de calidad de vida autopercebida de los pacientes con trastornos de la personalidad, de modo que a mayor disponibilidad de recursos mejor calidad de vida.

3. Sin embargo, el apego familiar repercute negativamente en la calidad de vida de estas personas. Este resultado demuestra que una interacción más estrecha entre los miembros de la familia probablemente somete al paciente a una situación de constante

exposición de sus deficientes habilidades relacionales (es un hecho constatado que las personas con trastornos de personalidad presentan diferencialmente menos capacidad empática y más dificultad para relacionarse con otras personas).

Estos últimos datos son de gran utilidad, tanto para la prevención del suicidio como para la prevención de las complicaciones surgidas en el proceso de duelo de los sobrevivientes. En este sentido, sería deseable que el abordaje de la dinámica familiar de estos enfermos no se centrará exclusivamente en el manejo de los afectos y las emociones, sino que también es necesario ocuparse y solucionar los problemas derivados de la escasez de recursos familiares.

Es decir, en las intervenciones dirigidas a la familia se debería cuidar las estrategias que persiguen mejorar el apego de estos pacientes con sus familiares, dado que, como consecuencia de su dificultad para las relaciones con otros, se les podría exponer a interacciones para las que no cuentan con las habilidades necesarias. Además, los familiares de los pacientes con trastornos de personalidad necesitarían cierto grado de entrenamiento para mejorar los recursos familiares necesarios para afrontar las dificultades que pueden surgir en la convivencia con estas personas.

## ***6. Modelos teóricos sobre el suicidio***

En los últimos años, diversos autores han recopilado las numerosas teorías y modelos explicativos existentes sobre el suicidio; en la revisión de la literatura, encontramos, entre otros, a Acosta (2004) que en su tesis doctoral realizó una extensa descripción general de dichas bases teóricas y en el cual nos apoyaremos para describir

las más relevantes. Por otra parte, si bien Villardón (1993) propuso agrupar los modelos explicativos en función de los aspectos sobre los que recae la vulnerabilidad al suicidio (modelos de vulnerabilidad biológica, psicológica y biopsicosocial), en la actualidad, como veremos a continuación, cobran una mayor importancia los denominados “multidimensionales”, que han venido a sustituir a los anteriores que presentaban un carácter unidimensional (Díaz y Sáiz, 1997).

## **6.1. Teorías unidimensionales en la explicación del suicidio**

### **6.1.1. Teoría psiquiátrica**

Se considera el suicidio como síntoma de un trastorno mental, siendo incluido ya en el siglo XIX por Pinel en la escuela psiquiátrica francesa como una conducta mórbida. De otra parte, De Boismont (1856) recogió una casuística de 5.000 suicidios señalando que éste era la manifestación más extrema y última de la desesperación; por su parte, en la escuela fenomenológica se buscaban sus causas en diferentes localizaciones cerebrales (Sarró y De la Cruz, 1991).

Posteriormente, Achille-Delmas (1932) expuso su teoría de los suicidios basada en tres puntos básicos: todo suicidio implica la existencia de un trastorno mental; el suicidio es un síntoma y no una enfermedad y, por último, está ligado a la ansiedad “orgánica” (González y Ramos, 1997). Sin embargo, esta visión como síntoma fue criticada por otros autores entre los que destaca Dshaies (1947), el cual dijo que para obtener tal conclusión se había empleado un silogismo falso: “si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales” (citado en Sarró y De la Cruz, 1991).

### **6.1.2. Teoría sociológica**

Su representante más destacado fue Durkheim, gracias a su libro “El suicidio” publicado en 1897. Este autor, que explica el suicidio como el resultado de la interacción entre los hechos sociales y las motivaciones individuales de cada suicida (Alaszemski y Manthorpe, 1995), se ha convertido en el principal referente para los estudiosos e investigadores de este comportamiento.

### **6.1.3. Teoría psicoanalítica**

Su premisa básica es que los factores intrapersonales son la causa principal del suicidio. Freud, su principal representante, lo consideraba como un homicidio en 180 grados y, también, como una muestra de la pulsión de muerte existente en todas las personas (Gracia, 1994). Por su parte, Menninger (1938), en su obra “El hombre contra sí mismo”, expone que intervienen tres elementos: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado (Hernández, 1997).

En general, y aunque existen discrepancias entre los diferentes autores, todas las versiones psicoanalíticas coinciden en afirmar que al suicidio le precede una etapa de crisis psicológica y conflicto emocional; esta fase se caracteriza por la confusión y ambivalencia, mientras se trata de resistir y controlar las fantasías e impulsos que llevan a la autodestrucción (Gracia, 1994).

### **6.1.4. Teoría cognitiva**

Es más reciente que las anteriores y su principal portavoz es Aaron T. Beck, quien escribió “Terapia cognitiva de la depresión” (1983). Para este autor, las ideas de suicidio surgen como una expresión extrema del deseo de escapar de problemas o situaciones que la

persona concibe como intolerables, insostenibles e irresolubles; en esta circunstancia, el individuo puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que la muerte se concibe como la mejor respuesta para todos y para sí mismo.

## 6.2. Teorías multidimensionales

Podemos señalar como antecedente de estos modelos multidimensionales los trabajos realizados por Weis (1954), en los que se destacaban tres factores coadyuvantes del comportamiento suicida: las actitudes del grupo en cada sociedad, las situaciones externas con las que se encuentra la persona y el carácter y personalidad del individuo. En este epígrafe desarrollaremos los seis modelos más importantes y adecuados para la explicación del suicidio, ya que no solo recogen algunos factores psicosociales de gran relevancia para la comprensión de la conducta suicida, sino que también intentan tener un valor predictivo y, por tanto, de prevención de este comportamiento.

Estos modelos son:

1. El "Modelo arquitectónico" de Mack (1986).
2. El "Modelo basado en el estado de la mente" de Bonner y Rich (1987).
3. El "Modelo de sobreposición" de Blumenthal (1990).
4. El "Modelo del cubo suicida" de Shneidman (1992).
5. El "Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio" de Silverman y Felner (1995).
6. Otros modelos explicativos actuales: "Modelo de estrés-diátesis" de Mann (1999) y el "Modelo del suicidio como proceso" de Van Heernagen (2003).

### **Modelo arquitectónico de Mack (1986)**

Siguiendo a Díaz y Sáiz (1997), en 1986 Mack propone un modelo que considera aplicable al suicidio en general, aunque está basado en el estudio del suicidio juvenil y, específicamente, en un caso que analizó detenidamente. Vamos, de manera breve, a desarrollar los elementos que lo componen.

El término “macrocosmos” hace referencia a la influencia del sistema educativo en las epidemias de suicidio entre escolares, así como a las influencias de la cultura, de los factores sociopolíticos y de la actividad económica sobre el comportamiento suicida. La “vulnerabilidad biológica” es el segundo elemento de este modelo, haciendo Mack especial mención a los factores genéticos puestos de manifiesto a raíz de los estudios daneses sobre la adopción. En el tercero se alude a las “experiencias tempranas”, entendidas como las posibles influencias negativas que diversos factores pueden tener sobre etapas tempranas del desarrollo del individuo. En cuarto lugar, Mack habla de la “organización de la personalidad”, y, concretamente, de la dimensión narcisista, el desarrollo del yo y de la autoestima, aunque también se incluyen aquí las relaciones con los padres, el grado de separación respecto a ellos, las identificaciones, los lazos con otros adultos y las relaciones con los amigos.

La “psicopatología” es el quinto componente del modelo, haciendo el autor hincapié en la existencia de cuadros depresivos y en el alcoholismo. También nos identifica la “ontogenia”, entendida como la relación existente entre el desarrollo y la muerte, ya que cada persona tiene su propia y particular relación con la muerte y, por último, las “circunstancias vitales” referidas a los factores precipitantes, tanto de tipo

biológico (alcohol o drogas), como acontecimientos de índole socio familiar (traslados, desavenencias, fracaso escolar, etc.).

### **Modelo basado en el estado de la mente de Bonner y Rich (1987)**

En este modelo se considera el suicidio como un proceso dinámico y circular del que los individuos pueden salir y volver a entrar según las variables que estén presentes en cada etapa. Estos autores proponen dos grupos de variables: el contexto socio-individual, que incluye aspectos del ambiente social y del entramado individual de la persona, y el denominado "estado mental suicida".

Dentro del ambiente social, diferencian entre el contexto social general, que incluiría la competitividad, la incomunicación, la valoración social del suicidio y el papel de los medios de comunicación, y el contexto social inmediato, que son ciertas características del entorno específico de la persona, tales como los acontecimientos vitales estresantes, el grado de apoyo social, la presencia de conducta suicida en el entorno y las características socio-demográficas.

Respecto al entramado individual, Bonner y Rich identifican los aspectos bioquímicos, las enfermedades psiquiátricas, los factores cognitivos, evolutivos y de personalidad, así como el nivel de tolerancia al estrés y los modos de afrontamiento del mismo. Finalmente, el término "estado mental suicida" hace referencia al conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas.

Según Villardón (1993), se trata de un modelo de vulnerabilidad en el que se parte del supuesto de que las características estresantes del entorno, junto con las individuales y ambientales, pueden explicar la conducta suicida. Para esta autora, los principales elementos que lo definen son:

- Es un modelo socio-individual, en el que las variables determinantes de la conducta suicida son de carácter social, biológico, psicológico y psicosocial.
- Se propone integrar una serie de aspectos e intenta explicar la conducta suicida en función de sus factores determinantes.
- Es un modelo circular, es decir, entiende la conducta suicida como un proceso circular en el que unas variables influyen en otras.
- También se trata de un modelo multidireccional, porque cada variable recibe influencias de las demás y, a su vez, puede influir en el resto.
- Es compensatorio, pues para que ocurra una conducta suicida no es necesaria la presencia de todos los factores, y combinatorio, ya que la presencia de varios factores aumenta la predisposición al suicidio.
- Es un modelo abierto, ya que permite la inclusión de nuevas variables explicativas del suicidio y la modificación de las actuales.
- Es predictivo, esto es, estudia variables relacionadas con intentos auto líticos previos, lo que permitiría predecir el suicidio consumado.
- Y, por último, es un modelo preventivo, puesto que permitiría actuar sobre estas variables y detener el proceso suicida.

### **Modelo de sobreposición de Blumenthal (1990)**

En 1990 Blumenthal propone un modelo teórico global para la comprensión de la conducta suicida que denomina “modelo de sobreposición o superposición”. En primer lugar, señala las siguientes características comunes a los distintos tipos de suicidio:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- El objetivo es el cese de la conciencia.
- El estímulo es el dolor psicológico intolerable.
- El estresor son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- El estado cognitivo es la ambivalencia.
- El estado perceptual es la constricción.
- Las acciones más frecuentes en el suicidio suelen ser la huida, la agresión externa introyectada (hostilidad) y el ejercicio de la justicia mediante la inculpación.
- El acto interpersonal más utilizado es la comunicación de la intención.
- El acto suicida es congruente con los patrones de afrontamiento a lo largo de la vida.

De otro lado, y aunque reconoce que hay que demostrar el nivel y el grado de contribución de cada uno, esta autora agrupa en cinco áreas los factores de riesgo o vulnerabilidad al suicidio:

- Trastornos psiquiátricos.
- Rasgos y trastornos de personalidad.

- Factores psicosociales y ambientales.
- Variables genéticas y familiares.
- Factores biológicos

Cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia, y pueden ser representadas de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn entrelazados (González y Ramos, 1997). En este modelo se ofrece un sencillo pero completo esquema para analizar los factores de riesgo del suicidio, y puede ser de gran utilidad tanto para el investigador como para el terapeuta, ya que se sugiere que la interacción entre varios de estos elementos incrementa de forma considerable el riesgo de suicidio (así, por ejemplo, la asociación entre cierta predisposición biológica o familiar y la aparición de un trastorno psiquiátrico o la exposición a un suicidio eleva la probabilidad de desarrollar este comportamiento).

Asimismo, la posibilidad de intervenir sobre estas esferas de vulnerabilidad dota al modelo de un carácter preventivo y estimula el fomento y desarrollo de barreras protectoras contra la conducta suicida, tales como la flexibilidad cognitiva, la esperanza, los respaldos sociales o un tratamiento psiquiátrico/ psicoterapéutico adecuado (Díaz y Sáiz, 1997).

Consideramos que este modelo es el más idóneo para analizar el discurso de las personas que son objeto de estudio del presente trabajo (familiares y profesionales de la salud mental que sobrevivieron a los suicidas) ya que, al conjugar los factores predisponentes con los precipitantes, nos ofrece una visión muy rica sobre los motivos del suicidio. Igualmente, nos puede ser de gran ayuda para entender las diferentes formas de

elaborar el duelo en función de cómo interactúan los factores de riesgo y vulnerabilidad del suicida con las circunstancias y características propias de los supervivientes.

Además, también creemos que es una herramienta muy útil para elaborar estrategias preventivas, pues a partir de dicho modelo se podrían determinar posibles poblaciones de alto riesgo. Lamentablemente, en la mayoría de los casos se identifican los elementos de riesgo que una persona tenía sólo cuando ya ha ocurrido el suicidio. En este sentido, son las autopsias psicológicas el mejor instrumento y el más utilizado para ahondar en las causas suicidas (Giner, 2011).

### **Modelo del cubo suicida de Shneidman (1992)**

Siguiendo a Díaz y Sáiz (1997), en este modelo se proponen tres variables psicológicas implicadas en la conducta suicida: el dolor, la perturbación y la presión, diseñando el autor para cada una de estas variables una escala de puntuación que comprende desde el 1 (el mejor estado) hasta el 5 (máxima gravedad). Por “dolor” se entiende el dolor psicológico que resulta de la frustración a la hora de satisfacer ciertas necesidades psicológicas; llama “perturbación” al estado alterado que presentan estos individuos, e incluye la constricción de la percepción y la impulsividad. Por último, denomina “presión” al conjunto de aspectos interiores y ambientales que afectan a la persona.

Shneidman expuso su modelo de forma gráfica mediante un cubo con 125 cubiletes: 25 de ellos en cada plano y, por tanto, con 5 cubiletes en cada fila y columna. Cada una de las 3 caras visibles del cubo se corresponde con una variable: la cara anterior la conforma el dolor, la cara lateral, la perturbación y la cara superior representa la presión.

De esta manera, los individuos con una puntuación de 5 en los tres factores serían los catalogados como potencialmente suicidas. Por último, el autor identifica otros factores implicados (demográficos, familiares, antecedentes suicidas, etc.), pero los considera periféricos, es decir, con una considerable menor importancia.

### **Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner (1995)**

Silverman y Felner (1995) consideran que el objetivo general de la prevención consiste en modificar aquellos procesos que conducen a un determinado trastorno. Desde esta óptica preventiva, proponen este modelo explicativo del suicidio que sería equivalente a la historia evolutiva del trastorno; es decir, según estos autores existirían una serie de procesos que conducen al suicidio y que se deben estar desplegando durante un determinado tiempo.

En este modelo se utiliza el concepto de vulnerabilidad personal, que sería el resultante de la exposición a determinados factores de riesgo y factores protectores. Así, desarrollos tempranos problemáticos pueden determinar que un individuo adquiera vulnerabilidad al suicidio, siendo posible intervenir sobre dicha vulnerabilidad mediante programas preventivos. Por último, desde esta perspectiva desarrollista, es posible examinar en cada etapa de la vida del individuo la presencia de condiciones de riesgo suicida, la adquisición de vulnerabilidades y la existencia de factores que incrementen la capacidad de reacción frente al riesgo. El corolario de este punto de vista es que los esfuerzos de predicción deberían estar basados y preocupados por la identificación de estas trayectorias o procesos del suicidio (Díaz y Sáiz, 1997).

### **Modelos explicativos actuales**

Gutiérrez-García y cols. (2006) nos describen dos modelos actuales para comprender la ocurrencia del suicidio. El primero se denomina “Modelo de estrés-diátesis” de Mann (Mann, Wateraux, Haas y Malone, 1999) y está basado en la creencia de que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. De manera más concreta, se afirma que el suicidio está determinado por dos variables: el estresor (una enfermedad psiquiátrica) y la diátesis, entendida como una predisposición del individuo (tendencia a la ideación y conductas suicidas, agresividad/impulsividad, depresión subjetiva y desesperanza, fundamentalmente).

En el “modelo del suicidio como proceso” de Van Heernagen (2003) se establece una secuencia progresiva basada en las características de personalidad y su interacción con el medio ambiente. En él se habla del suicidio como un proceso que se inicia en el momento en el que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida y sigue con los primeros intentos que aumentan gradualmente su letalidad hasta lograrlo; es decir, el suicidio como proceso comprende las ideas y los deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados.

Ambos modelos confluyen en la idea de que es imposible separar la influencia que ejercen las circunstancias sociales de los rasgos de personalidad, ya que éstos determinan el impacto que sufren algunos individuos ante las adversidades de la vida. Aunque también hay que tener en cuenta otros factores tales como la enfermedad física o lesión grave, ya que en diversas investigaciones se concluye que están presentes entre el 25% y el 75% de las víctimas de suicidio (Roy, 1995).

## **7. Occidentalización del suicidio**

En nuestro modelo sociocultural, la elaboración del duelo por la pérdida de personas allegadas debe ser silenciosa e inhibida. A partir del Siglo XIX, se van perdiendo los rituales sociales; la sociedad no quiso saber más de la muerte, rehusó a reglamentarla y delegó en la ciencia y en la medicina la tarea de mantenerla a raya y derrotarla; la dejó en manos de la familia y del individuo. En definitiva, pasó del dominio público (donde estaba vigilada, castigada, controlada y circunscrita) al dominio privado en donde el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, etc.

De otro lado, aunque la sociedad occidental se había desentendido de la muerte en general y del suicidio en particular, es cierto que actualmente vuelve a preocuparse por la conducta suicida, en tanto que ve en ella un acto de angustia, entendido, sin duda, como el afecto contemporáneo por excelencia. Por esta razón, cuando ocurre un suicidio, la sociedad se conmociona y cuando no se trata de uno, sino de muchos suicidios en una misma región, inmediatamente surge el interrogante acerca de sus causas.

En este último sentido, hacemos mención a una investigación presentada en *el I Encuentro entre Investigadores del SAS: “Estudio como evento disparador mediante clúster espacio-temporales en la comarca de Antequera”*, realizada por Antón, Pérez Costillas y cols., (2011) Entre otros resultados, encontraron que existía una interacción espacio-temporal en la mortalidad por suicidio en la zona, con distancias entre los mismos de hasta 60km. de diámetro y lapsos de tiempo entre los suicidios de un mes. A la vista de estos datos, sugirieron que la aplicación de esta metodología podría intensificar las intervenciones orientadas a prevenir el suicidio en zonas concretas y en fechas concretas, tal y como se hace en las campañas de tráfico.

Por otro lado, tanto sociólogos como antropólogos consideran el suicidio como un “nefasto rasgo” de modernidad, como uno de los “males del siglo”. Desde su planteamiento, se ve que es un fenómeno que se sitúa entre lo colectivo y lo individual, en la tensión entre lo privado y lo público. Habría que pensar, pues, en el surgimiento del individualismo en la sociedad moderna-capitalista y vincularlo con el suicidio como uno de sus actos de afirmación.

De manera más concreta, Aries (1981) sugiere que la aparición del suicidio ocurre en el momento de derrumbamiento del sentimiento de la confianza en sí mismo que anteriormente tenía el hombre, apareciendo en su lugar la fragilidad. Según este autor, para que la actitud frente a la muerte cambiara en Occidente fue necesario un nuevo ingrediente: el sentimiento de fracaso como señal de la fragilidad de la confianza en sí mismo, habiendo un desfase entre la hora de hacer un balance de la propia vida (que, por otra parte, cada vez está siendo más larga gracias a los avances de la ciencia) y el momento de la muerte. Este desfase entre la toma de conciencia de fracaso como persona y la muerte fisiológica está creando una situación propicia para que el individuo se plantee las ideas o los actos suicidas.

Es decir, tradicionalmente, el reconocimiento del éxito o del fracaso de una vida llegaba a la hora de la muerte, pero, a partir de los siglos XIX y XX, el momento en que se toma conciencia del posible fracaso dejó de coincidir con la vejez y se adelantó. Incluso, se está afianzando en el s.XXI, haciéndose cada vez más precoz y produciéndose esas reflexiones tan catastrofistas en la misma adolescencia. Es desde esta interpretación como se explica que entre las causas que frecuentemente se encuentran en la base del suicidio

estén las privaciones o pérdidas económicas o, en el caso de los suicidas ricos, el vacío de la vida por la saciedad material, que también contiene la idea de fracaso en otros ámbitos.

Baechler (1979), por su parte, relaciona el aumento del suicidio con la variación en los grupos de edad. De hecho, el malestar suicida aparece entre los jóvenes cuando su grupo de edad tiende a durar más que la edad de transición, y se instala por fuera de su circuito cronológico normal. Su hipótesis es que el Occidente contemporáneo es, por su naturaleza misma, la primera civilización que convirtió la juventud en un fenómeno social permanente y la transformó en un grupo social. Asimismo, este autor sostiene que el aumento del suicidio es también una consecuencia del cambio en la familia y su repliegue sobre el niño. En efecto, la historia de la familia muestra como un signo de progreso que su centro esté ocupado por "*su majestad el niño*", según la expresión de Freud, siendo el sentido esencial de la familia moderna la crianza y el bienestar de los hijos.

No obstante, en estas circunstancias aparece la dramática situación de los niños no deseados, o el equivalente en los adultos: no poder soportar el no ser queridos cómo, cuándo y por quien ellos desean, mostrando una baja tolerancia a la frustración. En este sentido, la tentativa de las personas que se piensan "no deseadas" es salir de esta dimensión, viendo en el suicidio la posibilidad de convertirse más que nunca en algo definitivo para el otro y, a la vez, no sufrir la pérdida. Como diría Lacan (1957), el suicida, más que cualquier otro, es aquél que aspira de manera más radical a volverse alguien realmente significativo eternamente para el otro. Es por ello que el suicidio tiene esa horrible "belleza" que lo hace tan terrible para los hombres y que, a la vez, contiene ese atrayente fatalismo romántico de lo trágico.

Por último, sería interesante interrogarse cómo el amor se ha convertido en Occidente en otro sentimiento de riesgo al situarse, en muchos casos, en el centro de la vida de los individuos, dándoles incluso sentido a sus vidas. De hecho, el no sentirse querido o la ruptura de pareja están entre las circunstancias susceptibles de propiciar tentativas o suicidios consumados. Todo ello en contraste con la antigüedad, donde la virtud, la política, el saber, la religión, el dinero, el honor o el poder estaban en dicho centro.

Para Aries, esto es un fenómeno nuevo, por eso dice que si en el pasado el veneno "*no fue utilizado como un medio para dar la impresión de matarse sin hacerlo realmente, como un medio para darse una oportunidad, era porque a los hombres no se les ocurría llamar la atención o ejercer presión de esa manera. Su idea del suicidio era más radical, más inesperada*" (Aries, 1981a, p.252).

### ***A modo de conclusión***

El suicidio es un fenómeno que ha estado presente en todas las épocas y culturas; sin embargo, las actitudes de la sociedad frente a este acto han sido controvertidas, ya que han estado condicionadas por diferentes valoraciones religiosas, filosóficas, intelectuales o populares. Por ello, el suicidio ha sido un comportamiento enaltecido o banalizado; ha sido muestra de valor y libertad o, por el contrario, de cobardía y debilidad.

En la sociedad occidental contemporánea, podemos plantear dos posturas bien diferenciadas. Por un lado, la que presenta el suicidio como una alternativa sensata ante unas circunstancias físicas intolerables; y, por otro, la que afirma que las personas sucumben ante lo que consideran una coerción intensa y poderosa de su entorno social para

dejar de vivir, pues la sociedad actual ha creado seres más indefensos y vulnerables al sentimiento de fracaso vital. A pesar de que la esperanza de vida o longevidad haya aumentado y eso suponga una mayor fortaleza física, lo cierto es que esa vida es más frágil ante los conflictos emocionales y la capacidad de afrontamiento a los mismos es menor. En general, para la sociedad, incluso para la ciencia, el suicidio es un tema abstracto sobre el que se filosofa, piensa y comenta. Pero cuando se trata de personalizar, pasa a ser un tema tabú, se niega que pueda ocurrir y se oculta la verdad si ha ocurrido.

Esta situación de oscurantismo que rodea a la muerte autoprovocada hace difícil su detección precoz, tratamiento y prevención, cuando, por el contrario, sería necesaria la elaboración de programas preventivos muy selectivos, dirigidos a las poblaciones de riesgo. Igualmente, los profesionales o agentes sociales que interactúan con el suicida también deberían ser objeto de intervención y prevención. De hecho, cuando el suicidio queda en tentativa, hay que interpretarlo como la manifestación de un sufrimiento insuperable para la persona, siendo necesario prevenir, a través de intervenciones sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan este sufrimiento, y personalizar la actuación una vez detectadas las situaciones de riesgo.

De otro lado, la complejidad de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una gran diversidad de teorías, unas más centradas en los factores sociales causantes del suicidio y otras en determinadas características personales, motivacionales y biológicas que, de alguna manera, pueden predecir los actos suicidas. Varios son los modelos explicativos actuales sobre el suicidio, siendo los denominados “multidimensionales” los que han venido a sustituir a anteriores modelos de carácter más unidimensional.

Desde nuestro punto de vista, el que recoge de forma más completa las diferentes dimensiones del fenómeno es el modelo de sobreposición de Blumenthal, ya que ofrece, en primer lugar, una visión acerca de los aspectos comunes que confluyen en los suicidios y, en segundo lugar, desglosa en cinco los factores de riesgo o predisposición al mismo: trastornos psiquiátricos; rasgos y trastornos de personalidad; factores psicosociales y ambientales; variables genéticas y familiares y factores biológicos. Este modelo determina, asimismo, que es la solidez de la interacción entre estos elementos lo que va a dar lugar a que un individuo consume el suicidio, dando cuenta también de sus áreas de mayor vulnerabilidad en vida.

## **CAPÍTULO 2**

### **EL PROCESO DE DUELO**



## **Introducción**

*“No nos libraremos de un dolor mientras no lo conozcamos hasta el extremo”*

*(M. Proust)*

Todos los seres humanos sufren, en mayor o menor medida, el duelo por una pérdida. Al menos, así lo confirman los antropólogos al descubrir que, en cualquier sociedad estudiada de cualquier parte del mundo, se producen reacciones de duelo ante la pérdida de seres próximos; así mismo, existe un intento casi universal por recuperar el objeto perdido y/o la creencia en una vida después de la muerte, donde el superviviente tiene la posibilidad de volverse a reunir con el ser querido. Sin embargo, en las sociedades anteriores a la escritura, la patología a causa del duelo parece ser menos frecuente que en las sociedades más civilizadas (Parkes, 1997 y Rosenblatt, 1976, citado en Brunner, 2000).

De todas las separaciones, la provocada por la muerte es la más temida. El hecho de que el nacimiento comporte la inevitabilidad de la muerte no pasa de ser una vana teoría para muchos y creemos que ahí estriba el significado de la vida: ser capaz de entender que todo desasimiento es una pérdida, un morir o un modo de ser, de vivir, de estar en relación para abrirse a nuevos modos de ser, para nacer a nuevas relaciones, a nuevos desafíos. De hecho, el crecimiento de toda persona está ligado a su capacidad de gestionar de modo constructivo las pérdidas de su vida, ya sean de ambientes, bienes materiales, valores religiosos, lazos afectivos, de salud o de las personas queridas. Pero también cabe la posibilidad de elegir el inmovilismo utilizando el duelo como hábito de sufrimiento y no de crecimiento.

El duelo por la muerte de una persona allegada es una situación no deseada que sumerge a los afectados en una importante crisis vital:

*“En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es TOTAL: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto, duele”* (Montoya, 2003).

Este duelo podrá concluir con su superación y un mayor crecimiento personal o, por el contrario, debilitando y predisponiendo al individuo a todo tipo de crisis y trastornos. No obstante, no puede suponerse que todas las personas disponen de los recursos suficientes y adecuados para enfrentarse y elaborar adecuadamente una pérdida; existe constancia de que algunas desarrollan un duelo patológico o anormal que puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos. El hecho de que una inmensa mayoría no consulte por trastornos derivados de la muerte de alguien querido no nos debe hacer pensar que es porque no lo necesitan, ni deducir que la tendencia natural del duelo se dirige hacia su “relativa” fácil superación.

Entre otros, se pueden señalar las circunstancias de la muerte y las características del deudo como factores determinantes para pronosticar un duelo dificultoso. Como nos recuerda Neimeyer (2002):

*“Estudios llevados a cabo con gran cantidad de personas que han perdido a alguien en muertes violentas (por ejemplo, suicidio, homicidio y accidente) demostraron que la falta de capacidad para lograr entender la pérdida del ser querido, es quizás el factor principal que los aleja de aquéllos cuyas pérdidas fueron anticipadas bajo el contexto de una enfermedad terminal” (p.76).*

Sin duda, entre las muertes más impactantes se encuentra el suicidio, dejando tras de sí, como ya veremos a lo largo de este trabajo, un lastre de emociones de difícil elaboración. La voluntariedad de un hecho de tal magnitud no encaja en una sociedad intolerante a las pérdidas; además, los afectados por este tipo de muerte se multiplican, ya que cualquier persona que hubiera tenido una relación mantenida y significativa con la víctima es susceptible de ser sometida y de someterse a un exhaustivo examen acerca de su posible contribución al suicidio.

Por ello, es necesario estudiar el proceso de duelo no solo de los familiares, sino también de los profesionales de salud mental, al menos, por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque para el desarrollo de su labor han mantenido con el suicida una relación muy estrecha y cómplice; y, en segundo, porque su trabajo consiste en salvaguardar la salud de las emociones y de las conductas del paciente que, a pesar de ello, acaba decidiendo quitarse la vida. Efectivamente, los profesionales de la salud mental son los encargados de “velar” por la integridad psíquica del paciente, están en el lugar “del saber”, tanto a los ojos de los demás como ante los propios, por lo que vivir la experiencia de un suicidio es de las circunstancias más impactantes que pueden experimentar en su trayectoria profesional.

En el presente capítulo expondremos las diferentes concepciones del duelo, tanto en su aspecto etimológico como desde el punto de vista nosológico, social y psicológico; así mismo, detallaremos las teorías que explican este proceso y sus consecuencias o implicaciones para la vida y la salud de las personas que lo padecen. Posteriormente, iremos concretando las diversas taxonomías elaboradas para clasificar las fases por las que se pasa en el trabajo de duelo y observaremos como algunos autores hablan de fases bien definidas, mientras que otros prefieren verlo como un continuo. Por último, definiremos los tipos de duelo, normal y patológico, y sus diferentes características, destacando las peculiaridades que existen cuando se trata de un duelo por suicidio.

### **1. Concepto de duelo**

El duelo por la pérdida de personas proviene de la palabra latina *dolus* (dolor); se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser y puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, los términos duelo y proceso de duelo pueden también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (fracasos académicos o profesionales, situaciones de abandono como en los casos de divorcio o separación, rechazo de los padres, problemas familiares, cambios de domicilio, problemas económicos, pérdida de empleo o el diagnóstico de una enfermedad grave o de invalidez).

Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones desadaptativas, con manifestaciones de índole depresiva y respuestas emocionales como la tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de una disfunción importante en el ámbito social y laboral. En este sentido más amplio, podemos entender el

duelo y los procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida (Worden, 2004).

Diversos son los autores que se han ocupado del tema. En concreto, Bourgeois (1996) concibe el duelo como la pérdida de un ser allegado con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico consecutivo a la pérdida, que denomina “trabajo o elaboración del duelo”. Este autor también destaca dos aspectos en la relación de pesar: las consecuencias de la pérdida y las acciones del individuo encaminadas a la adaptación y superación de la misma.

Esta definición de Bourgeois nos remite a una concepción psicoanalítica clásica, cuyo mayor exponente fue Freud (1912), en la que el duelo hace referencia a la pérdida del objeto amado, incluyéndose como pérdidas objetales tanto la muerte de un ser querido, como la ruptura sentimental o la pérdida de empleo, por ejemplo. De otro lado, este mismo autor establece la diferencia entre aflicción y melancolía, señalando que la persona afligida cumple el duelo al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor; sin embargo, el melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto amado y retira su deseo del mundo.

Por su parte, Worden (2004) nos lo define como una respuesta total a la experiencia emocional de la pérdida, que se manifiesta no sólo a través de pensamientos, sino también de sentimientos y conductas, siendo las formas culturales e institucionales que pueden adoptarse diversas y que, en su conjunto, denominamos luto. Este autor especifica, asimismo, que estas manifestaciones forman parte del denominado “duelo normal”, si bien matiza que la palabra

“normal” la utiliza en un sentido meramente estadístico al comprobar la frecuencia con que se encuentran entre una población de personas en duelo elegidas al azar.

Desde un punto de vista clínico, el DSM-IV-TR (APA, 2000) lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica (código V), pero no lo considera trastorno mental; por otro lado, la CIE 10 (OMS, 1992) emplea el código Z.63.4 para el duelo normal y sólo clasifica dentro de los trastornos adaptativos F.43 a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

Por otra parte, una posible forma de predecir cómo se va a desarrollar el proceso de duelo es prestar atención a las características que definen la situación de pérdida y al modo en que ésta sucede, ya que puede condicionar las reacciones de los supervivientes (Lee, 1995). Así, las respuestas más fuertes y prolongadas se manifiestan cuando la muerte ha sido imprevista, pues no ha habido tiempo para programar o anticipar el suceso. En el caso particular del suicidio, los supervivientes se quedan, además de con el dolor que ello supone, con interrogantes sin respuestas y con el sentimiento de culpa por no haber podido prevenir la muerte.

No obstante, no podemos olvidar que el duelo se vive en el contexto de una realidad social que tiene su propio peso en el proceso de recuperación de la pérdida. En este sentido, siguiendo a Tizón (1998), las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo presentan una triple función: permitir la expresión al nivel de la sociedad de los procesos de duelo, ayudar en su elaboración (de ahí la importancia de determinados ritos como los funerales) y, por último, facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los

vivos la ocasión de consagrarse con los muertos y allegados, y preparándolos para nuevas relaciones a través de los actos sociales.

Igualmente, decimos adiós a alguien en un contexto social donde las personas desempeñamos unos determinados roles, ocupamos unas posiciones concretas y mantenemos diversas relaciones sociales con el resto de miembros del sistema. Estas circunstancias pueden influir en el proceso de luto en función, por ejemplo, de los distintos grados de parentesco (padre o madre, hijo, cónyuge) que se tuviera con el fallecido, el rol desempeñado por éste, el peso de los roles sexuales, las creencias religiosas o espirituales o la vinculación mantenida con el difunto, tanto psicológica como económico - social.

Desde una perspectiva más microsocia, existe toda una red de sostén social que también cumple un rol propio en el proceso de duelo, proporcionando una importante plataforma de ayuda a los supervivientes, y que está compuesta, entre otros, por los amigos y por los profesionales de diversa índole, tales como enfermeros, médicos, psicólogos, compañeros de trabajo, sacerdotes, terapeutas e, incluso, grupos de autoayuda. Asimismo, se observa que las familias y las personas en términos individuales que utilizan sistemas de comunicación abiertos y eficaces y facilitan la coparticipación de los sentimientos, tienen más probabilidad de llegar a una mayor adaptación respecto a otras que aplican, en cambio, un modelo de negación o de supresión de sentimientos.

Sin duda, aparte del marco social en el que se inserta la persona, existen diversos factores propios del individuo que pueden explicar sus reacciones concretas ante la pérdida de algún ser significativo: la edad, la personalidad, la capacidad para afrontar el estrés, la visión de la vida o la propia confianza en sí mismo. Bajo este enfoque, el camino más fácil hacia la

elaboración favorable está en manos de aquellas personas que poseen los recursos necesarios para saber canalizar sus energías y diversificar el uso del tiempo y del ambiente social; entre estos recursos personales cabe destacar la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad o la apertura a la amistad.

## ***2. Teorías sobre el duelo***

Las teorías más conocidas y aceptadas conciben el duelo fundamentalmente de dos maneras: de un lado, como el resultado de la ansiedad de separación (Rank, 1924) y, de otro, como consecuencia de nuestros apegos (Bowlby, 1979; Parkes, 2001), siendo esta última la teoría más respaldada. Con respecto a la primera, Otto Rank en 1924 nos dice que, a partir del nacimiento, la separación de la madre origina al niño o a la niña ansiedad y que el miedo que experimenta al nacer comporta dos elementos: el miedo a la vida y el miedo a la muerte. Asimismo, piensa que las posteriores pérdidas en la vida no son más que repeticiones de esta dinámica original.

En relación con la segunda teoría, existe en la literatura psicológica y psiquiátrica una cantidad considerable de escritos sobre la naturaleza del apego –qué es y cómo se desarrolla -. Una de las figuras clave y uno de los principales pensadores dentro de esta área es el psiquiatra británico John Bowlby, que ha dedicado gran parte de su carrera profesional al área del apego y de la pérdida, y ha escrito varios libros muy importantes y algunos artículos de gran interés sobre el tema. Su teoría (Bowlby, 1980) nos ofrece un marco para entender la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas, así como las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen. Para desarrollarla, Bowlby ha ampliado sus campos de estudio y ha

incluido datos de la etología, de la teoría de control, de la psicología cognitiva, de la neuropsicología y de la biología evolutiva.

Este autor está en contra de aquellos que creen que los vínculos de apego entre las personas se desarrollan sólo para cubrir ciertos impulsos biológicos como la comida o el sexo; por el contrario, afirma que estos comportamientos, caracterizados por surgir en una edad temprana, dirigirse hacia unas pocas personas específicas y tender a perdurar durante una gran parte del ciclo vital, provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad. Así pues, establecer apegos con otros seres significativos se considera una conducta normal también en los adultos, por su propio valor de supervivencia. Bajo este enfoque, cuando se ve amenazado este apego o cuando la figura con la que se ha establecido un lazo emocional desaparece, la respuesta del individuo es de gran ansiedad y fuerte protesta emocional.

En este sentido, afirma Bowlby (1980):

*“En dichas circunstancias, se activan las conductas de apego más poderosas: aferrarse, llorar y quizás coaccionar mediante el enfado [...] cuando estas acciones son exitosas, se restablece el lazo, las actividades cesan y se alivian los estados de estrés y malestar [...] si el peligro no desaparece, sobrevendrá el rechazo, la apatía y el desespero”* (citado en Worden, 1996, p.42).

No obstante, la intensidad de dicha respuesta va a depender de determinadas variables, entre las que se encuentra el “cuidado paterno” que, si ha sido inadecuado, puede llevar a las personas a establecer apegos ansiosos o muy tenues, o, incluso, a la imposibilidad de llegar a establecerlos (Winnicott, 1953). Por último, Bowlby también sugiere que en el curso de la

evolución hemos desarrollado aptitudes instintivas en torno al hecho de que “todas las pérdidas son reversibles”, dirigiéndose las respuestas conductuales que forman parte del proceso de duelo a restablecer la relación con el objeto perdido (Bowlby, 1980).

Sin duda, esta “teoría biológica del duelo” ha influido en la interpretación de este comportamiento en los seres humanos, derivándolo, por su similitud con las respuestas de los animales, de procesos biológicos primitivos. Asimismo, ha ejercido una notable influencia en el pensamiento de muchos autores interesados en el tema, incluyendo al psiquiatra británico Colin Murray Parkes (Parkes, 1972; Parkes y Weiss, 1983; Parkes, 2001).

### **3. Fases en el proceso de duelo**

*“Aunque la pérdida de un ser querido es un acontecimiento que no puede escogerse, la elaboración del duelo es un proceso activo de afrontamiento lleno de posibilidades” (Attig, 1996, p.17).*

Aunque ya a principios del siglo XX se comenzaba a discutir, desde un punto de vista psicoanalítico, sobre el duelo y sus implicaciones, lo cierto es que su estudio y tratamiento es mucho más reciente. En la actualidad, distintos autores afirman que el duelo tiene un comienzo, un desarrollo y un final y que es necesario el paso por cada una de las etapas para recuperar la salud.

Después de Freud (Duelo y Melancolía, 1917), quizás la autora que más repercusiones tuvo fue la Dra. Kubler, una psiquiatra especializada en ayudar a las personas a morir dignamente. En su libro de 1969, "Sobre la muerte y el morir", trató de identificar las etapas de transición en un paciente moribundo, y utiliza esta misma

clasificación para describir las fases por las que atraviesa un deudo después de haber sufrido una pérdida significativa: la negación, la ira, la resignación, la depresión, y, por último, la aceptación.

Más tarde, los teóricos del duelo tomaron esta clasificación y desarrollaron sus propias teorías (Tizón, 2004). Efectivamente, desde hace cuatro décadas, la Psicología Tanatológica ha centrado su atención en definir las líneas generales del proceso psicológico del duelo por la muerte de un ser querido, si bien es evidente que la gama del pesar, su intensidad y su duración variarán de una persona a otra según su idiosincrasia, personalidad y recursos personales.

Los modelos más representativos en los que se identifican las fases de este proceso son los elaborados por los siguientes autores: Lindemann (1944); Engel (1964); Kübler-Ross (1969); Horowitz (1976); Schulz (1978); Davidson (1979, 1980); ; Bowlby (1980); Backer et al (1982); Delisle-Lapierre (1984); Clark (1984); Martocchio (1985) y D'angelico (1990).

A continuación, presentamos un esquema con los aspectos más relevantes de dichos modelos.

LINDEMANN	1944	1. Shock/incredulidad, 2. Aflicción aguda, 3. Resolución
ENGEL	1964	1. Negación, 2. Aceptación creciente, 3. Restitución
KÜBLER-ROSS	1969	1. Negación, 2. Depresión, 3. Cólera, 4. Reajuste, 5. Aceptación
HOROWITZ	1976	1. Protesta, negación, 2. Intrusión, 3. Obtención, 4. Conclusión
SCHULZ	1978	1. Inicial, 2. Intermedia, 3. Recuperación
DAVIDSON	1979	1. Shock e insensibilidad, 2. Búsqueda y ansiedad, 3. Desorientación, 4. Reorganización

BOWLBY	1980	1. Embotamiento, 2. Anhelos y búsqueda, 3. Desorganización y desesperanza, 4. Reorganización
BACKER ET AL	1982	1. Ansiedad, 2. Ira y culpabilidad, 3. Reorganización
DELISLE-LAPIERRE	1984	1. Crítica, 2. Crucial, 3. Creadora
CLARK	1984	1. Negación e incredulidad, 2. Aceptación creciente de la pérdida, 3. Restitución y recuperación
MARTOCCHIO	1985	1. Shock e incredulidad, 2. Anhelos y protesta, 3. Angustia, desorganización y desesperación, 4. Identificación, 5. Reorganización y restitución
D'ANGELICO	1990	1. Shock / negación, 2. Ira / depresión, 3. Comprensión / aceptación

**Tabla2. Fases del duelo según diferentes autores**

Como se puede observar en el cuadro anterior, todos los autores intentan hacer explícitas las fases típicas de respuestas afectivas por las que pasa una persona en el proceso del duelo. Macías (2002), en un intento de síntesis, recoge estas distintas etapas y distingue tres estadios en la evolución temporal del duelo normal:

- Fase de impacto o impasibilidad: de pocas horas a una semana.
- Fase de depresión o de repliegue: de un mes a un año.
- Fase de recuperación, curación o restitución: después del año.

En la primera etapa, denominada de impacto, la persona no es consciente de lo sucedido y muestra una conducta semiautomática; asimismo, es habitual el embotamiento y la deliberación emocional intensa. Según Parkes y Weis (1983), la insensibilidad propia de esta fase es una respuesta normal e, incluso, sana:

*“No encontramos ninguna evidencia de que no sea una reacción sana. El bloqueo de sensaciones como defensa a lo que de otra manera sería un dolor desbordante parece ser extremadamente normal” (p. 55).*

De otro lado, es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante, produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la conciencia.

En la etapa de repliegue o depresiva, los rituales socio-religiosos ya han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y, frecuentemente, con la exigencia imperiosa de reincorporación a su vida habitual (trabajo, cuidado de familiares, estudios, etc.). Esta fase, que se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, se inicia con una sintomatología depresiva inhibida y sigue con episodios de protesta-irritación y aislamiento. No obstante, la Asociación Americana de Psicología (APA), señala que cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren otros síntomas de más gravedad, se debe plantear el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Finalmente, la tercera etapa o de recuperación es la que se produce al cabo de seis meses o un año. Durante este período, la persona va retomando su nivel de funcionamiento previo, siendo capaz de establecer nuevos lazos afectivos. Con frecuencia, esta etapa coincide con el primer aniversario del deceso, produciéndose en este momento una intensificación emocional (nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc.) que dura unos días y que, muy a menudo, marca el final del duelo.

En esta conceptualización no se reconoce que el duelo es fundamentalmente un proceso individual, que, además, no necesariamente sigue un desarrollo secuencial y organizado. En este sentido, Van der Wal (1992) llegó a la conclusión de que la progresión no tenía que ser siempre lineal, ya que las personas pueden avanzar o retroceder, realizar movimientos hacia adelante y hacia atrás a través de las diferentes etapas, o, incluso, experimentarlas de forma simultánea.

Ya nos lo recordó Worden (1993) cuando afirmó:

*“La evidencia empírica ha demostrado que en los sentimientos y las respuestas se producen cambios durante el proceso de duelo y los afectados deben ser considerados como sujetos activos en la gestión de la pérdida, ejerciendo su personal influencia en el curso de duelo”* (p. 251).

Este autor, en 1997 alude a 4 tareas que se llevan a cabo en el proceso de duelo, sin que ello implique necesariamente un desarrollo secuencial:

1. Aceptar la realidad de la pérdida
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente
4. Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo

Por otra parte, y siguiendo a Oviedo, Falcón y Marquina ( 2009), desde esta nueva mirada, en la que cada proceso de duelo es diferente según la persona que lo padece, se habla también del término “*continuidad del vínculo*” (Neimeyer, 2002) y no tanto de cierre

o final. Es decir, no se trata de decir adiós o de olvidar al que murió, sino de incorporarlo a la nueva realidad del que sobrevive, lo que puede provocar un gran alivio. Desde este enfoque, la intervención cobra un nuevo sentido ya que se contempla la necesidad de desarrollar en el doliente nuevos modos de vinculación con ese otro que ahora ya no está presente físicamente.

Así pues, este nuevo modo de abordar la recuperación no pasa por la ruptura de un vínculo sino por la posibilidad de aprender a vincularse con el fallecido de otro modo. Como nos dice Liberman (2007): “nadie nos prepara para cortar los lazos con un ser significativo o querido y produce alivio el descubrir que nuestra vinculación sigue aún viva, a pesar de la muerte. El desafío que impone justamente el duelo es encontrar un nuevo sentido en la vida a partir de la pérdida. (p.120).

El Dr. Robert Neimeyer (2002), psiquiatra americano que lidera esta visión más sistémica, cognitivista y construccionista acerca del duelo, plantea la puesta en marcha de una reconstrucción de significados tras la circunstancia de una pérdida significativa. Por lo tanto, mientras el modelo tradicional lo interpreta como una alteración patológica, esta nueva perspectiva, al ser más dinámica, explora su funcionalidad o disfuncionalidad en relación a la historia de cada persona en particular. Este autor nos habla de los tres momentos que acontecen en el proceso de duelo: la evitación, la asimilación y la acomodación.

La evitación correspondería al momento donde emergen emociones de embotamiento, conmoción, incredulidad o shock; sería ese primer período en donde “es tan desbordante el número de sentimientos que se ponen en marcha y es tan grande el impacto

que produce la muerte del otro que equivaldría a permanecer mirando el sol por un largo período sin esconder la vista, situación que nos dejaría ciegos” (Neimeyer, 2002, p.76).

Un segundo momento es la asimilación, que está relacionado con el conocimiento intelectual y emocional de la pérdida y que provoca toda una revolución interior, y, por último, la acomodación que trae aparejada la aceptación de que ese otro ya no va a volver y que coincide con la reorganización de la vida. Según Neimeyer, estos diferentes momentos a veces se superponen y, lo que es más importante, la respuesta, secuencia y duración de las reacciones variará mucho de una persona a otra, ya que algunas no atravesarán estas etapas u otras no las experimentarán siguiendo una secuencia rígida o identificable.

También cita a Robert Haggmann (2001) como otro autor que sigue la misma línea, cuestionando los componentes del modelo tradicional y estándar y describiendo el duelo como un proceso transformador y muy ligado al tema de la resiliencia; esto es, en esta visión se enfatiza la capacidad que tiene un individuo de sobreponerse y de crecer a partir de una situación traumática:

*“...es posible pensar que una pérdida puede traer aparejada una ganancia, el dolor puede ponernos en contacto con aspectos desconocidos de nosotros mismos y podemos aprender y crecer con ella”* (citado en Neimeyer, 2001, p. 13).

#### **4. Tipos de duelo y principales características**

De manera general, se puede hablar de dos tipos de duelo: el duelo normal y el patológico. En este apartado, no obstante, vamos a explicar con detalle las características del duelo normal con la finalidad de mostrar la amplia variedad de sentimientos,

conductas, etc. que se asocian con la pérdida de un ser querido. Obviamente, una persona no tiene porqué experimentar todas estas reacciones, aunque sí es importante que los asesores o profesionales conozcan el amplio rango de manifestaciones que lo abarcan, evitando así clasificar como patológico aquello que simplemente entra en un desarrollo normal de un proceso de duelo.

Desde el punto de vista nosológico, el duelo se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas:

1. DSM IV (1994): se diagnostica en el código V, no atribuible a trastorno mental.
2. CIE 10 (1992): se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico.

#### **4.1. Duelo normal**

Se define como el “proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella, se adapta y se dispone a vivir sin ello” (Fernández-Liria, Rodríguez y Diéguez, 2005, p.2012). El duelo normal se inicia inmediatamente después o en los meses subsiguientes a la muerte de un ser querido y tiene una duración variable que, normalmente, no es superior a seis meses o a un año. De otro lado, se constata que las personas que viven un proceso de duelo normal pocas veces solicitan asistencia psiquiátrica, por lo que el médico de atención primaria no debe recomendar de manera rutinaria la consulta con un especialista.

Sí debe, no obstante, estar preparado para ayudar a las personas en duelo que así lo demanden y, sobre todo, para reconocer cuándo la evolución de este proceso no es la

normal (Kaplan y Sadock, 1999). De no ser así, se corre el riesgo de que aparezcan diversas psicopatologías como consecuencia de duelos insuficientemente elaborados; de la misma manera, sin esta ayuda profesional, una persona con un trastorno mental previo puede tener serias dificultades en su elaboración.

Worden (2004) refiere que las manifestaciones de duelo que las personas exhiben en la actualidad son muy similares a las que ya describió Lindemann en 1.944, encontrando reacciones en cuatro niveles diferentes: sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos y conductas. Pasemos a desarrollarlos brevemente.

### **Sentimientos**

La tristeza es el sentimiento más común de las personas en duelo y se suele manifestar llorando, señal que evoca una reacción de comprensión y protección por parte de los demás (Parques y Weis, 1983). En este aspecto, Taylor y Rachman (1991) destacan como algunas personas que han sufrido la pérdida de un ser cercano temen la tristeza, especialmente su intensidad, siendo frecuente escuchar frases como “durante el funeral, me he venido abajo”; otras personas, por el contrario, tratan de apartarla de su mente mediante un exceso de actividad, descubriendo, no obstante, que la tristeza se hace inevitable durante las horas de reposo o descanso. Estos autores concluyen que impedir la expresión o manifestación de la tristeza, con lágrimas o sin ellas, puede desembocar en un duelo complicado y, por tanto, mal elaborado.

Otro sentimiento frecuente es el enfado, siendo, sin embargo, uno de los más desconcertantes para el superviviente y, como tal, la causa de muchos de los problemas del proceso del duelo. Según Bowlby (1997), este sentimiento aparece porque en la pérdida de

cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado sin esa persona. Además, el razonamiento que se sigue es que la pérdida se podría haber evitado, culpando siempre a alguien como el principal responsable de la muerte. Bajo este enfoque, adquiere especial relevancia la forma en que se muere y el motivo, ya que, en el caso del suicidio, la dirección del enfado puede establecerse hacia el suicida o dirigirse hacia sí mismo, pudiendo la persona superviviente desarrollar una conducta también suicida.

Los sentimientos de culpa y auto-reproche son también comunes, al especular sobre las posibles conductas que podrían o no haber satisfecho al fallecido. En el caso del suicidio, estos sentimientos se pueden exacerbar seriamente, ya que suelen ser frecuentes los pensamientos del superviviente acerca de lo que podía o debía haber hecho para evitar la muerte, tendiendo a asumir, por tanto, la responsabilidad de la acción del fallecido.

Asimismo, este sentimiento de culpa es particularmente difícil cuando el suicidio ha ocurrido en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente (McIntosh, 1993). La ansiedad también suele aparecer y, normalmente, oscila desde una sensación de inseguridad hasta fuertes ataques de pánico. Esta proviene, fundamentalmente, de dos fuentes: de un lado, el temor a no poder sobrevivir sin el fallecido y, de otro, el aumento de la toma de conciencia de la propia mortalidad al observar la muerte de un ser querido y cercano (Worden, 1996).

Un sentimiento más es la soledad, pudiendo distinguirse entre la soledad emocional y la soledad social, y es precisamente esta distinción la que explica porqué la existencia de apoyo social no mitiga la parte emocional. Además, esta soledad emocional es frecuente e

intensa, sobre todo, en los casos en que el superviviente es un familiar muy próximo al fallecido, tal como el cónyuge o el hijo.

Igualmente, se suele experimentar fatiga, expresada en forma de apatía o indiferencia, aunque a veces puede ser muy restrictiva, considerándola entonces como un síntoma clínico de depresión. De otro lado, el sentimiento de impotencia, que se suele presentar en las primeras fases o etapas de la pérdida, puede hacer que el acontecimiento de la muerte sea aún más estresante; por ejemplo, las viudas se sienten muchas veces extremadamente impotentes cuando el esposo ha muerto por suicidio, sentimiento que, además, se acrecienta al ir unido muy frecuentemente a los sentimientos de culpa.

También se ha observado que el anhelo o deseo de reencontrarse con el fallecido es normal entre los supervivientes, especialmente entre las viudas (Parkes, 2001). Cuando este sentimiento disminuye, puede ser señal de que el duelo se está acabando; si no es así, puede ser un síntoma clínico que indica un duelo patológico (Jacobs, 2000). Por último, especial mención merecen los sentimientos de alivio e insensibilidad, sentidos por algunas personas después de la muerte de un ser querido, sobre todo si este sufrió una larga y dolorosa enfermedad, pero también si la persona fallecida había mantenido una relación especialmente difícil y prolongada con la persona que experimenta el duelo.

No obstante, estos sentimientos son difíciles de asumir debido a su connotación poco ética, por lo que tomar conciencia de ellos puede conllevar el riesgo de acrecentar la culpa por la muerte del finado. En otros casos, después de una pérdida, el doliente puede sentirse al principio insensible. El bloqueo de las sensaciones como defensa frente a lo que de otra manera sería un dolor desbordante, parece ser bastante normal en el proceso de duelo (Parkes y Weiss, 1983).

### **Sensaciones físicas**

Tales como vacío en el estómago, opresión en el pecho y la garganta, falta de aire, sensación de despersonalización (de irrealidad), debilidad muscular, falta de energía, etc. Dichas sensaciones, aunque muchas veces se pasan por alto, tienen un papel importante en el proceso de duelo, pudiendo llegar a ser tan agudas que requieran la visita del paciente al médico por el temor de padecer una enfermedad física. En este sentido, es importante que desde Atención Primaria se tenga el conocimiento del repertorio somático que acompaña a un proceso de duelo, con el fin de que puedan prevenir o detectar cualquier patología asociada al mismo.

Existen en la bibliografía sobre el tema algunos estudios en los que se habla del impacto del duelo sobre la mortalidad y la morbilidad, afirmándose que éste exacerba no solo la morbilidad física, sino también la psiquiátrica, más aún si es por la muerte del cónyuge. Tenemos que añadir que en las últimas décadas también ha aumentado el interés por el impacto que produce la pérdida en el funcionamiento fisiológico a través de respuestas inmunológicas alteradas (Spratt y Denney, 1991; Zisook y cols. 1994).

Por último, otra área que se está investigando con interés es la relación que existe entre el duelo conyugal y la probabilidad de muerte del superviviente. Efectivamente, casi todo el mundo ha oído historias de como un cónyuge ha muerto poco tiempo después que el otro, circunstancia que también es corroborada por algunos estudios (Stroebe, 2000) donde se concluye que ello es debido a la influencia del estrés sobre el sistema inmunológico de las personas que sufren el duelo.

### **Pensamientos**

La incredulidad y la confusión suelen ser los primeros pensamientos que se tienen cuando se conoce una muerte, especialmente si la misma es súbita. Asimismo, puede haber una evocación obsesiva de imágenes en relación con el fallecido, ante lo cual se debe de prestar especial cuidado tanto en la forma de dar la noticia, como de ver al propio difunto, máxime si éste se ha suicidado. Por otra parte, las alucinaciones, que suelen tratarse de unas experiencias ilusorias y pasajeras, se consideran normales y generalmente se producen en las semanas siguientes a la pérdida (Worden, 1996).

### **Conductas**

Las siguientes conductas se presentan normalmente después de una pérdida y, generalmente, se corrigen solas con el tiempo: trastornos del sueño, trastornos alimenticios y aislamiento social, que también puede incluir una pérdida de interés por el mundo externo, como no leer los periódicos o no ver la televisión. Soñar con el fallecido o, por el contrario, evitar recordatorios del mismo, como lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos, son otros posibles comportamientos que acompañan al proceso de duelo. Finalmente, también son frecuentes el llanto y el visitar lugares o llevar consigo de forma obsesiva objetos que recuerdan al fallecido.

## **4.2. Duelo patológico**

Aparte del duelo normal, existe el denominado duelo patológico o complicado, definido como aquel que presenta alteraciones en su curso e intensidad, bien sea por exceso o por defecto, teniendo una incidencia que oscila entre el 5 y el 20% de las

reacciones del duelo. Tienen un mayor riesgo de sufrirlo las personas que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas<sup>3</sup>, quienes están aislados socialmente y aquellos que se sienten responsables de la muerte (ya sea esa responsabilidad real o imaginaria). Asimismo, son más propensos a padecerlo aquellos individuos que tienen una historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido.

Bourgeois (1996) distingue diferentes modalidades de duelo complicado, algunas de las cuales se superponen entre sí: duelo retardado, cuando se produce una negación del fallecimiento por la esperanza infundada de que va a retornar a la vida; el duelo inhibido, que es aquel que conlleva una especie de anestesia emocional con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida; duelo prolongado o crónico, en el que se mantiene la sintomatología depresiva más allá del año; duelo no resuelto, similar al anterior, pero que se caracteriza por el hecho de que las personas que lo padecen son incapaces de retomar su vida normal porque tienen una fijación desmesurada en el fallecido y en las circunstancias que rodearon su muerte.

Mención especial ha de hacerse a las reacciones que se producen en el aniversario de la muerte de la persona allegada, ya que siempre suele haber un recrudecimiento de las

---

<sup>3</sup> En este sentido, Avery y Weisman (2000) califican un fallecimiento como “socialmente normal” cuando se trata de una persona adulta o anciana y los familiares estaban psicológicamente preparados para asumir el desenlace (más de dos semanas para percatarse de la gravedad y más de tres días para esperar la muerte inminente). Por el contrario, un fallecimiento “intempestivo” es aquél que se produce prematuramente (niño, adolescente o joven), es inesperado (con preparación corta) o bien calamitoso (por homicidio, suicidio o accidente repentino).

emociones que en el caso del duelo patológico se exagera más allá del primer año. No obstante, es necesario aclarar, siguiendo a Worden (2004), que, en última instancia, el curso de un duelo va a estar determinado por una gran variedad de factores que abarcan desde la personalidad y los antecedentes personales del doliente, del fallecido, hasta los vínculos de relación que mantenía con él, la naturaleza de la muerte y las características del entorno.

### ***A modo de conclusión***

Durante los últimos treinta años, los profesionales de la salud han mostrado un interés creciente por cuestiones relacionadas con la muerte y con el proceso de morir. Creemos que es interesante y útil implicarse en este tema, ya que las personas en duelo que acuden a los servicios de salud mental se sienten bloqueadas, creen no estar superando la experiencia y expresan la necesidad de ayuda para ponerle fin y poder volver a vivir.

Por otro lado, en atención primaria se demanda cada vez más la intervención en duelos; los parientes allegados, ante la sensación de impotencia e indefensión, acuden a estos profesionales como recurso para disminuir el dolor. Además, y de manera frecuente, es necesaria la asistencia sanitaria ante la presencia de diversas alteraciones físicas y mentales generadas en el proceso de duelo, máxime si éste ha sido mal elaborado. En este sentido, Lazare (1979) estimaba que entre el 10 y el 15% de las personas que pasan por las clínicas de salud mental tenían un duelo no resuelto. El psiquiatra John Bowlby (1980) confirma este fenómeno cuando sostiene que:

*“la experiencia clínica y la interpretación de la evidencia dejan pocas dudas respecto a la verdad de la primera proposición: que muchas enfermedades psiquiátricas son la expresión de un duelo patológico, o que dichas enfermedades*

*incluyen, en muchos casos, estados de ansiedad, depresión e, incluso, más de un tipo de trastornos de personalidad” (p.23).*

Por todo ello, el profesional de la salud mental ha de entender el duelo y reconocer el papel que éste desempeña para poder así desarrollar actitudes terapéuticas y preventivas o, en el caso de los facultativos de atención primaria, para derivar al paciente a servicios especializados. No obstante, hay que ser conscientes de que la respuesta de duelo es totalmente subjetiva y depende de las estructuras mentales y emocionales de quienes la viven, que serán las que en definitiva determinen si se involucran o no síntomas físicos en ella. Por tanto, si bien el dolor ante una pérdida es inherente a los seres humanos, son los sistemas de creencias los que modifican sustancialmente la expresión y desarrollo del duelo, haciéndolo más manejable en unos casos o, por el contrario, mucho más complejo y complicado en otros.

Igualmente, es fundamental abordar el duelo como un proceso en movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión, y no como un estado estático con límites rígidos. Además, es básico conocer la significación que la persona le otorga a la muerte y, sobre todo, el tipo de vinculación que tenía con el fallecido, ya que este factor modifica y determina sustancialmente el proceso.

Por último, en el caso de suicidio, también hay que atender a las circunstancias (significado, motivos y factores de riesgo) en las que se produjo la muerte, pues éstas se hallan indisolublemente ligadas al proceso de duelo que desarrollen los familiares. Además, con frecuencia, ellos han formado parte del mismo entorno vital, situándose como las personas de mayor riesgo de comportamiento suicida.

En la actualidad, mi trabajo se desarrolla en una unidad de rehabilitación de trastornos mentales graves del hospital universitario San Cecilio de Granada, y durante más de dos décadas he ejercido mi labor en la consulta de un equipo de salud mental de un hospital comarcal de la provincia. En ambos dispositivos, he observado dos hechos relevantes: de un lado, que las personas con tentativas de suicidio, en realidad, lo que pretendían era el cese del sufrimiento, más que el “no existir”; de otro, la vivencia de angustia, tanto de familiares como de compañeros profesionales de salud mental, ante los sentimientos de culpabilidad e incompetencia que les producía no haber instalado la calma y el consuelo necesario al suicida.

Otras veces, me he encontrado con familias que, veladamente, han sentido alivio tras el suicidio de un enfermo mental, pero ese sentimiento ha sido ocultado por vergüenza, mostrando claras expresiones de culpa al haber “deseado” aquello que al final ocurrió.

Como hemos visto en este capítulo, la idea básica es que la pena o el dolor en un proceso de duelo sigue un sistema de fases o etapas preestablecido, nosotros, además, somos más partidarios de hablar de los estados emocionales y de los sentimientos concretos que acontecen desde que se produce la herida hasta que cicatriza o, por el contrario, se cronifica. Bajo este enfoque, es importante tomar conciencia de que, si bien nuestro modo de aceptar o experimentar una pena tiene bastante en común con el de otras personas, también, y sobre todo, revela mucho de nosotros mismos, de nuestras relaciones y de nuestro entorno.

## **CAPÍTULO 3**

# **EL DUELO POR SUICIDIO EN FAMILIARES Y EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL**



## **Introducción**

*“El suicidio es una solución eterna para lo que, a menudo, es un problema temporal”* (Anónimo).

Como ya hemos comentado anteriormente, se considera que las muertes inesperadas ocasionan mayores dificultades en la elaboración del duelo que aquellas esperadas y anticipadas. El duelo en las primeras se asocia con manifestaciones depresivas más intensas y duraderas, el empeoramiento de enfermedades preexistentes o el debut de nuevos padecimientos, así como con la asunción de conductas de riesgo para la salud, como el consumo excesivo de alcohol, de tabaco o de psicofármacos (Pérez Barrero, 2006).

Entre las muertes inesperadas se incluyen las provocadas por accidentes, homicidios, las muertes súbitas por infarto cardíaco o hemorragia cerebral y el suicidio. No obstante, con respecto a esta última, se ha comprobado mediante las autopsias psicológicas que una gran cantidad de suicidas ya mostraron en vida manifestaciones depresivas, habían realizado amenazas y gestos suicidas o expresado deseos de terminar con su vida. Además, muchos de los sobrevivientes reconocieron que sabían el riesgo suicida de esas personas, por lo que no era una muerte súbita, inesperada, sino anunciada por el propio suicida desde mucho tiempo antes del desenlace fatal (Echeburúa, 2004).

Independientemente de esta circunstancia, se puede afirmar que el duelo por suicidio presenta determinadas características que lo diferencian del resto; es decir, los sobrevivientes experimentan un conjunto de emociones que no se encuentran con la misma frecuencia en otras causas de muerte e, igualmente, están más expuestos al desarrollo de

psicopatologías, como los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés post-traumático y los episodios depresivos mayores. Es necesario aclarar que estas manifestaciones no son privativas de los parientes biológicos muy vinculados afectivamente con el occiso, sino que también se las puede encontrar, y de hecho ocurre, en los amigos, compañeros de trabajo o escuela, maestros u otros pacientes. Si el suicidio ocurre en una institución hospitalaria, también podemos encontrar alguna de estas manifestaciones en médicos, psicoterapeutas, enfermeras, consejeros, psiquiatras, psicólogos y, en definitiva, en cualquier persona vinculada estrechamente con el suicida.

Sin embargo, gran parte de los investigadores se han centrado en la persona suicida y han dirigido sus esfuerzos a la prevención del suicidio, prestando poca atención a la angustia emocional de las personas que sufren las secuelas de la auto-destrucción. Paradójicamente, los afligidos por el suicidio superan a los fallecidos; entre siete y diez miembros de la familia, así como otras personas vinculadas se verán profundamente afectadas por cada suicidio.

Aplicando estas cifras, se ha observado que en el Reino Unido, con una tasa de 5.000 suicidios anuales, pueden quedar profundamente alteradas las vidas de 35.000 a 50.000 personas. Además, éstas tienen entre un 80% y un 300% más de probabilidades de suicidarse que la población general. Por tanto, reducir el estrés que sufren es, sin duda, un importante problema de salud mental (Domínguez, 2009).

Así pues, cuando hablamos de afectados por el suicidio es necesario tener una visión amplia y considerar que éstos no se limitan en absoluto al círculo de familiares y

amigos cercanos. Los supervivientes<sup>4</sup> son todos aquellos que de alguna forma han resultado impactados por la muerte del suicida, dejándoles una impronta a nivel social y emocional y obligándoles a hacer un trabajo de asimilación de lo sucedido y de reconstrucción de su propia vida.

Bajo este prisma, el profesor Pérez Barrero (2006), fundador de la sección de suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría y miembro del grupo de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del suicidio, considera como sobrevivientes a aquellas personas muy vinculadas afectivamente a la que fallece por suicidio: "... familiares, amigos, compañeros e, incluso, el médico, psiquiatra u otro terapeuta que lo asistía" (p.18).

Es en este contexto donde la expresión "superviviente de suicidio" se puede hacer extensiva al marco de las instituciones sanitarias de salud mental y, por ende, a los profesionales que han tenido relación directa con los pacientes que se suicidan. Más en concreto, podemos afirmar que el suicidio de un paciente es una experiencia realmente impactante para estos profesionales que han invertido su interés, esfuerzo personal, tiempo, energía e implicación emocional en él, pudiendo, incluso, considerar el suicidio como un fracaso personal y profesional.

---

<sup>4</sup> Los vocablos "superviviente" o "sobreviviente" son la traducción del término inglés "survivor" y significan "vivir uno después de la muerte del otro". No obstante, y aunque esta palabra es muy utilizada en la terminología suicidológica, no sólo se consideran así a los que sobreviven a un suicidio, sino que lo son también aquellos que sobreviven después de la muerte de un ser querido, independientemente de cuál haya sido la causa.

Las referencias a este tema en la literatura, sin embargo, son escasas y menores, aún, los intentos de protocolizar las intervenciones dirigidas a reducir el dolor, el estrés, la duración y, en definitiva, las consecuencias del duelo en estas personas. Por ello, creemos que abordar la repercusión que este comportamiento tiene en el personal sanitario que ha tratado directamente al suicida es conveniente y esencial para lograr una descripción lo más exacta y completa posible de las secuelas que ha producido tal evento. Asimismo, se torna imprescindible para la elaboración de un protocolo de actuación que permita restaurar la salud y el bienestar físico, psicológico y social de estos trabajadores.

En el presente capítulo especificaremos la información más relevante hallada en la literatura, así como los resultados obtenidos en las diversas investigaciones acerca de las formas de percibir la muerte por suicidio y de elaborar el duelo que tienen tanto los familiares del suicida como los profesionales de salud mental. Veremos cómo las actitudes, las emociones y los comportamientos que se producen están mediatizados no solo por las características propias de este tipo de muerte, sino también por determinadas variables psicosociales.

En el caso de los familiares, la variabilidad la genera, entre otros factores, la edad del suicida, el grado de parentesco y el tipo de vinculación que se haya tenido con él. Con respecto a los profesionales, el miedo a ser demandados, la presión institucional, la intensidad de la relación terapéutica con el suicida y la implícita tarea de custodia que se produce en las unidades de hospitalización, a diferencia de las ambulatorias, se convierten en importantes variables que modulan el impacto del suicidio de un paciente.

## **1. El duelo por suicidio en familiares: principales características**

*“La persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los supervivientes, teniendo que hacer frente a muchos sentimientos negativos, incluso llegar a convertirse en obsesivos los pensamientos sobre su posible papel en haber precipitado o no haber evitado el suicidio” (Shneidman, 1985, p.10).*

Con estas palabras, Shneidman expresa el alcance de la conducta suicida; por su parte, Worden (2004) hace referencia a las 750.000 personas que al año elaboran el suicidio de un miembro de su familia, quedándose no sólo con la sensación de pérdida, sino también con el legado de la vergüenza, el miedo, el rechazo, el enfado y la culpa.

Pasemos a describir las principales características de este duelo, sin duda, el más difícil de afrontar y resolver por las personas más allegadas al fallecido (Caín, 1972).

### **Sentimientos de traición y abandono**

Los que sobreviven a un suicidio experimentan ira y unos mayores sentimientos de rechazo y abandono por parte del ser querido que los que elaboran el duelo por otro tipo de muerte (Sveen y Walby, 2008). Así pues, el suicidio puede despertar un angustiante y molesto sentimiento de traición por tantos años de convivencia junto a la persona suicida, y suele ser expresado en frases como: "¿qué le hice para que me hiciera tanto daño?", "¿cómo pudo hacerme esto?", "¿acaso no pensó en mi, en los niños, en su madre?", "¿porqué no pudimos llenar su vida?", "¿porqué lo hizo?", etc.

Dicho de otro modo, al familiar le queda la sensación de haber sido abandonado de forma injusta, produciéndole un intenso sentimiento de rechazo hacia aquel ser querido que

terminara con su vida (amor-odio contra el objeto amado), así como de resentimiento por haberse dado por vencido (Lindemann y Greer, 1953). También, como veremos a continuación, esos sentimientos pueden dirigirse hacia la propia persona en duelo por no haberse dado cuenta de ello. Quizás, la rabia es un intento de sacar el dolor de sí mismos (Svee y Walby, 2008).

### **Sentimiento de culpa**

Según McIntos (1993), un suicidio no implica solo la ausencia de la persona fallecida, sino que, además, la muerte se vivencia como una constante duda sobre lo que se hizo o no se hizo, se dijo o no se dijo y que pudo provocar tal situación. Siguiendo a Jordán (2001), aunque es común a toda pérdida, este sentimiento de culpa es más acusado en los familiares de un suicida y se explica por la presencia de pensamientos recurrentes negativos acerca de su comportamiento con el ya fallecido: no haber detectado las señales que presagiaban lo que iba a ocurrir, no atender las llamadas de atención, que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos suicidas previos, o no haber logrado la confianza del familiar para que les manifestara sus ideas suicidas.

Otras veces, la culpabilidad la ocasiona el hecho de no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer un claro deterioro de la salud mental que podía culminar en un acto suicida. En último extremo, cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar también puede suicidarse para expiar dicha culpa.

### **Fracaso de rol**

Muy unido a lo anterior, el suicidio también puede producir un angustiante sentimiento de fracaso de rol. En este sentido, se constata que es a las madres que pierden

un hijo a quienes más le afecta y lo sufren, independientemente de la forma en que se haya producido la muerte; si, además, es por suicidio, este sentimiento se mezcla con la hostilidad hacia el hijo fallecido por hacerle sufrir de tal forma (Echeburúa, 2004).

Probablemente, dichos sentimientos provengan del rol cultural de cuidadoras, protectoras y encargadas de la salud de los hijos, otorgado tradicionalmente a las mujeres. Si bien en la actualidad ha ido modificándose este papel hacia una mayor corresponsabilidad con respecto al cuidado de los hijos, creemos que, aún hoy en día, tanto la propia mujer como el resto de la sociedad continúan teniendo interiorizada esa responsabilidad sobre el bienestar de los hijos.

### **El estigma**

Aún cuando las condenas históricas han desaparecido, el suicidio estigmatiza gravemente a la familia: "esa es la madre del suicida", "qué sería lo que le hicieron para llegar a matarse", "como estarían para no darse cuenta de lo que estaba pasando", "es aquél, ese que su padre se ahorcó", etc. Así pues, el estigma es la marca por la que a partir del suicidio se va a identificar al resto de los descendientes, al menos a los más próximos.

Esta condena, que se dirige tanto hacia la familia como hacia el mismo suicida, tiene como consecuencia más inmediata la falta de apoyo social a los supervivientes; éste es menos frecuente que el otorgado a los familiares de fallecidos por otros motivos, aunque, paradójicamente, sean los que probablemente tengan mayor necesidad de comprensión. Asimismo, esta circunstancia puede ser el motivo de que los familiares tiendan a ocultar el suicidio como la causa de la muerte, alegando otras como un ataque al corazón o un accidente de tráfico, más deseables socialmente (Joiner, 2006).

De otro lado, es significativo el trato discriminatorio que se le ha dado a lo largo del tiempo a los decesos suicidas; aún hoy, es frecuente encontrar cementerios donde es evidente la distinción en función de la forma en cómo se produjeron las muertes. Así, se observa, por ejemplo, como en los cementerios más antiguos, que son sacramentales, los fallecidos por voluntad propia no se consideraron dignos de ser enterrados en los lugares habituales donde se le rinde memoria y respeto a los muertos.

Además, no sólo la clase social determina la ornamentación y el cuidado del lugar, sino que también lo hacen la forma de morir y su trascendencia en la familia, construyendo, en unos casos, mausoleos de homenaje y gratitud y, en otros, abandonando las tumbas y su entorno. Parece, pues, que, tras la dejadez del lugar donde yace el difunto, se dejara entrever el deseo de negación y vergüenza acerca de lo que ha pasado o, quizás, cierta venganza hacia el suicida mediante el olvido explícito.

Igualmente, en la Iglesia Católica, la celebración de funerales para las personas que se habían suicidado están admitidos desde 1963 y la justicia tampoco ha sido mucho más indulgente; hasta la revolución francesa se acostumbraba a infringir al cuerpo del suicidado una especie *de* “segunda muerte”. Así pues, aunque hoy en día estas costumbres han cambiado, las actitudes que había detrás han dejado su huella (Sveen y Walby, 2008).

Las fotografías siguientes fueron tomadas en Junio de 2011 y pertenecen a dos espacios del mismo cementerio rural ubicado en la provincia de Granada. Las dos primeras corresponden a la zona de las tumbas sacramentales y las dos siguientes a la zona dedicada a dar sepultura a los suicidas y a los no creyentes.





### **Sentimientos de vergüenza y de miedo**

Joiner (2006) también destaca los dos sentimientos más directamente relacionados con la estigmatización del comportamiento suicida: la vergüenza y el miedo, siendo la primera una de las más difíciles de sobrellevar, impidiendo el desarrollo de un duelo normalizado. Asimismo, el miedo es muy frecuente por el reconocimiento de la existencia de posibles sentimientos autodestructivos en la familia, llegando incluso a pensar en el destino o en la predestinación como principal interpretación del comportamiento del fallecido.

En efecto, el miedo es una emoción que está presente en la casi totalidad de los familiares del suicida y está relacionado con su posible vulnerabilidad a cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve. Este temor se extiende a los más jóvenes, a los que la familia puede comenzar a sobreproteger con la esperanza de evitar que ellos también cometan un acto suicida.

### **Pensamiento distorsionado**

Aparece debido a la necesidad de ver la conducta de la víctima como una muerte accidental o natural y no como un suicidio, creándose así un patrón de comunicación distorsionado entre los miembros de la familia. El resultado de este proceso es que la propia familia del fallecido crea un mito respecto a lo que realmente ocurrió, y si alguien cuestiona la muerte “llamándola por su nombre real”, se produce un gran enojo y rechazo por parte de los demás. En este sentido, es frecuente que oculten la causa de la muerte e “inspeccionen” quién sabe y quién no la verdad (Echeburúa, 2004).

## **Sentimiento de alivio**

Si el suicidio se percibe como el cese de una vida problemática y difícil, puede producir un gran alivio para muchos familiares de suicidas. Por tanto, se convierte en otra posible manifestación del duelo, experimentado tanto como “alivio personal”, al fallecer la persona cuyos problemas le afectaban, como “alivio por el propio fallecido”, ya que ha dejado de soportar sus problemas emocionales (Montoya, 2003).

No cabe duda de que para un manejo adecuado del duelo por suicidio hay que conocer todas estas manifestaciones, pues dicho conocimiento facilitará la evolución de sus diversas etapas y evitará el desarrollo de duelos patológicos. No obstante, no existe un método único y universal para el tratamiento de esta contingencia, ya que el proceso de duelo por suicidio es muy diferente según el parentesco que unía al familiar con la víctima (Pérez y Lorenzo, 2004).

Por su importancia, vamos a pasar a desarrollar las peculiaridades que presenta el duelo para cada uno de los familiares más próximos y, supuestamente, más significativos.

### **1.1. Vivencia del duelo por suicidio en función del parentesco**

Son numerosos los autores que coinciden en afirmar que, aunque la muerte por suicidio altera siempre el equilibrio familiar, cada integrante va a reaccionar de acuerdo no solo con su personalidad, sino también por el tipo de relación y vinculación que tuviera con el occiso (Parkes, 1972; Fonnegra, 1999; Pérez y Lorenzo, 2004; Gamo, Del Álamo, Hernan y García, 2009).

### ***Duelo en los padres***

La búsqueda del por qué es muy frecuente en los padres y, fundamentalmente, en la madre, persistiendo este interrogante por varios años. De otro lado, el estrés que produce la muerte de un hijo puede provocar la desintegración del matrimonio, especialmente si éste tenía conflictos previos, ya que uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad del hijo, sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. En esta línea, en algunos estudios se indica que más del 50% de los matrimonios que pierden un hijo terminan en divorcio (Reyes, 2000).

### ***Duelo en los hermanos***

Los hermanos pueden experimentar cambios en todos o casi todos los aspectos de sus vidas. Al haber tenido una infancia común con experiencias más o menos similares a las vividas por el fallecido, éstos tienden a la identificación con el hermano suicida, surgiendo el miedo ante la posibilidad de que también puedan llegar a intentar “resolver problemas” de forma autolesiva (Courtet, Jollant, Casytelnau, Buresi y Malafosse, 2004).

Courtet y cols. (2004) especifican que, en ocasiones, pueden referir que ven al hermano suicida en el domicilio, que le escuchan hablar o que les llaman. Estas manifestaciones, no obstante, no deben ser consideradas como una pérdida de la salud mental de carácter grave, sino que deben ser aceptadas dentro de los límites normales para estos casos, por lo que ignorar síntomas y actitudes de este tipo puede ser de gran beneficio en general.

### ***Duelo en hijos pequeños***

Seguindo a García-García, Landa, Grandes, Matriz y Audollo (2001), si el suicidio lo ha realizado uno de los padres, los niños tienen una reacción típica consistente en negar lo ocurrido, mostrarse llorones e irritables, con cambios bruscos del estado anímico y dificultades con el sueño. Igualmente, se puede presentar pérdida del apetito, deseos de morir e intentos suicidas cuya significación es reunirse con el fallecido. También presentan alteraciones perceptivas como escuchar voces dentro de la cabeza y ver el fantasma de la madre o del padre fallecido.

Sin embargo, el sentimiento dominante originado por el suicidio de uno de los padres es el de culpabilidad, intenso, agobiante y con efectos claramente visibles en el niño: declaraciones insistentes y directas de culpabilidad y auto-reproche, depresión, comportamiento provocativo, auto-castigo, conducta obsesiva, pensamientos cargados de culpabilidad y esfuerzos desesperados para defenderse, demostrando que él es absolutamente bueno, que no hace daño a nadie y que no es malo ni peligroso.

Esto último se debe a que muchos niños creen que determinados incidentes ocurridos inmediatamente antes del suicidio (sobre todo quejas de los padres por su mala conducta) son la causa directa de aquél. Además, es frecuente que el padre deprimido haya hecho sentirse culpable al niño y parcialmente responsable de su desesperación. Finalmente, dadas las características de los trastornos que habitualmente se asocian a conductas autolíticas, suele ser habitual advertir reiteradamente al niño de que tenga cuidado de no indisponer o preocupar al progenitor, depositando así la responsabilidad de su bienestar psicológico sobre el propio niño (García-García y cols., 2001).

### ***Duelo en cónyuges***

Autores como Zisook y cols. (1994) ya advirtieron del incremento del interés científico sobre el duelo por la muerte del cónyuge, ya que dicho duelo no sólo exacerba la morbilidad física, sino también la psiquiátrica. En este sentido, Stroebe y Keber (2000) afirman que, si bien el riesgo de muerte aumenta en el caso de las personas que han perdido a un familiar cercano, éste es aún mayor si se trata de un duelo conyugal.

A este respecto, Tizón (1998) también nos advirtió de que, entre otras características, el ser cónyuge del suicida podía influir en el proceso de duelo de forma determinante por la relación de dependencia psicológica. También Raphael y Maddison (1976) destacaron el caso de las viudas jóvenes con hijos como parte de la población más vulnerable en el proceso de duelo.

## ***2. El duelo por suicidio en los profesionales de salud mental: principales características***

*“El suicida convierte a la familia, a los amigos y a los médicos en víctimas”*

(Garza, 2005)

En este apartado es necesario recordar que el término duelo alude al proceso por el que una persona que ha perdido algo importante y significativo emocionalmente para ella, se adapta y se dispone a vivir sin ello (Fernández, Rodríguez y Diéguez, 2005). A tenor de esta definición, podemos afirmar que los profesionales de salud mental no están excluidos, ni exentos de vivir la muerte por suicidio de un paciente como una pérdida y, por tanto, de

sufrir el proceso de duelo. Pasemos a desarrollar sus peculiaridades, así como a identificar los factores que lo modulan.

En un artículo<sup>5</sup> titulado “El suicidio y su impacto en el terapeuta” y publicado en el periódico “La Nación” de México el 20 de Enero de 2001, Erica Goode escribió:

*“los psicoterapeutas ingresan en su profesión sabiendo que los pacientes que buscan su ayuda a veces corren riesgo de suicidarse. Las enfermedades que tratan -depresión, esquizofrenia y otros desórdenes mentales severos- pueden ser tan mortales como cualquier tumor canceroso”.*

Desde este enfoque, el suicidio de pacientes en el curso de una psicoterapia puede ser considerado como un “riesgo laboral”:

*”Los suicidios ocurren entre aproximadamente un 20% ó 22% de los pacientes atendidos en la práctica clínica por psiquiatras, y entre un 15% y 50% de pacientes atendidos por residentes de psiquiatría. Aproximadamente, el 28% de pacientes que se suicidaron estaban en tratamiento en el momento de su suicidio” (Kleespies, Penk, y Forsyth, 1993, p. 293).*

---

<sup>5</sup> En este artículo se recogen los principales resultados del informe publicado en The American Journal of Psychiatry por Hendin y sus colaboradores en el año 2004. Este autor, en la actualidad director médico de la American Foundation for Suicide Prevention, llegó a concluir que para la mayoría de los terapeutas el suicidio de un paciente es el episodio más traumático de su vida profesional.

Entre los pocos estudios rigurosos realizados se encuentra una encuesta de la American Psychiatric Association a psiquiatras seleccionados al azar, encontrándose que las tasas de suicidio son elevadas en pacientes en tratamiento para la depresión, con trastorno de la personalidad límite, esquizofrenia, estrés post-traumático y ataques de pánico (Finch y Gentile, 2003).

Si lo vemos desde el punto de vista del psicoterapeuta, se estima que entre un 15% y un 20% pertenecientes a diferentes disciplinas han experimentado el suicidio de un paciente en tratamiento. Sin embargo, debido a que éste es un acontecimiento poco común o, quizás, a la naturaleza íntima de la relación entre terapeuta y paciente, lo cierto es que los profesionales de la salud mental suelen estar menos preparados para enfrentar la muerte que otros especialistas. Incluso, para el clínico más experimentado, el suicidio de un paciente puede tener un impacto emocional perdurable:

*“Mientras en otras áreas de la medicina los especialistas están entrenados para considerar la muerte como una parte inevitable de su profesión, los psiquiatras están más inclinados a responder al suicidio de un paciente como un fracaso personal” (Maltzberger, Pompili, Tatarelli y Morselli, 2006, p.591).*

Ya en 1979, Kolodny, Binder y Bronstein nos describían el impacto de la siguiente manera:

*“los psicoterapeutas en duelo experimentan profundos y dolorosos sentimientos de aislamiento y de traición, seguido por un sentimiento de conexión a otras personas*

*con experiencias similares. Este sentimiento permite a los terapeutas aceptar sus límites y “perdonarse” ellos mismos” (p. 35).*

En el informe que describe Goode, basado en entrevistas a psiquiatras, psicólogos, etc., se afirma que, tras el suicidio, muchos terapeutas guardan sentimientos no resueltos de ira, pena o traición durante meses o, incluso, años. Algunos tienen pesadillas recurrentes, ansiedad extrema y otros síntomas de estrés. Esta situación les genera también un sentimiento de culpa sobre su posible responsabilidad en el suicidio, así como temor a que otros los consideren igualmente culpables.

Ello puede provocar la aparición de una repentina falta de confianza en su competencia profesional, en particular al tratar con personas potencialmente suicidas. Asimismo, influye sobre la dirección de su futura trayectoria profesional (Kleespies, Smith, y Becker, 1990).

Otras secuelas producidas son los problemas de rendimiento, el desarrollo de nuevos comportamientos, tales como la reducción de intervenciones con pacientes que presentan ideas suicidas, angustia y aumento de la responsabilidad a la hora de vigilar a los pacientes con riesgo de suicidio (Brown, 1978). Finalmente, el temor a las reacciones de los familiares y la posibilidad de ser acusados de negligencia (estigmatizados) también se identifican como reacciones propias del duelo por el que pasan estos profesionales (Brown, 1987; Stelmachers, 1989).

De otro lado, se constata cómo los compañeros y directivos de los hospitales y otras instituciones sanitarias, en vez de ayudarlos a asimilar el hecho y a aprender de la

experiencia, frecuentemente los culpan o, por el contrario, tratan de tranquilizarlos con afirmaciones como “nada podía hacerse por el paciente” y otras frases tópicas. Así, para algunos terapeutas, las investigaciones oficiales resultaron ser casi tan traumáticas como el episodio mismo:

*“Una residente de psicología se encontró frente a un duro interrogatorio en una reunión donde se analizó la muerte. El director clínico la miró fijamente y exclamó: parece que C. murió como fue tratada, con mucha gente alrededor pero sin que nadie la ayudara efectivamente” (Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas y Wynecoo, 2000, p. 2.022).*

Litman (1965) destacó tres posibles respuestas de los terapeutas ante el suicidio de un paciente: en primer lugar, pueden reaccionar del mismo modo que lo haría cualquier otra persona; en segundo lugar, hacerlo de acuerdo a su rol de especialista, es decir, ofreciendo explicaciones teóricas y científicas con un propósito defensivo y, por último, la tercera reacción implica la negación, mecanismo de defensa a menudo utilizado no sólo por los terapeutas, sino también por los familiares y amigos. Éste consiste en cuestionar si la muerte fue realmente un suicidio totalmente voluntario, o las acciones u omisiones de los demás lo precipitaron.

Es necesario advertir, por último, que se han documentado comportamientos extremos. Rotov (1970), por ejemplo, describe el caso de dos psiquiatras que se quitaron la vida poco después de que dos pacientes suyos lo hicieran. Sin duda, y aunque no han sido establecidas conexiones causales, la existencia de estas situaciones alertan sobre la

posibilidad real de que un paciente suicida pueda precipitar un comportamiento similar en el profesional.

## **2.1 Variables que modulan el impacto del suicidio sobre el terapeuta**

Un resultado común a la mayoría de los estudios es el hecho de que algunos terapeutas se afligen más que otros. En este apartado vamos a intentar identificar algunas de las variables que modulan tales diferencias, si bien hay que recordar la escasez de literatura sobre este tema.

Según Goode (2001):

*“El nivel de afectación varía según diversos factores que pueden ser, entre otros, la edad y el sexo del suicida y del superviviente, el método utilizado, el tiempo transcurrido desde el suicidio, si fue la persona que lo encontró, el estatus socioeconómico, el contexto cultural, la relación con el suicida, etc.” (p.23).*

Por su parte, Hendín, Pollinger, Maltsberger, Szanto y Rabinowicz (2004) realizaron un estudio en el que evaluaron varias reacciones emocionales de los profesionales tras el suicidio de un paciente: dolor, culpa, sentimiento de incapacidad profesional, ira, ansiedad, traición, vergüenza o bochorno y depresión. Al evaluar el grado de sufrimiento general, encontraron que el 38,2% experimentaron intensa angustia después del suceso. Posteriormente, estos autores investigaron los factores que determinaban el alto grado de aflicción en los terapeutas y el resultado fue la identificación de tres factores como fuentes de grave peligro:

*a) El fracaso en el intento de hospitalizar a un paciente que finalmente se suicidó.*

En algunos casos descritos, ninguno de los terapeutas, aún reconociendo la probabilidad de un suicidio, insistió en el ingreso del paciente en el hospital. En otro, un psiquiatra, de más de 30 años de profesión, instó al paciente a su hospitalización pero éste dijo que se lo pensaría; fue a su casa y, finalmente, se suicidó. Por último, la dificultad para hospitalizar también provenía de la propia terapia, ya que los pacientes tenían excesivo control sobre lo que se analizaría durante las sesiones, la cantidad de medicación que se tomarían, etc.

*b) Un tratamiento que el terapeuta consideró que había contribuido al suicidio.*

En el estudio mencionado se describen varios ejemplos ilustrativos al respecto. En uno de los casos relatados, un psiquiatra permitió al paciente ir a cenar con un familiar; el paciente se fugó, fue a casa y se disparó con un arma. En otro, un terapeuta, de reconocido prestigio y que había establecido una estrecha alianza terapéutica con una paciente, consideró que la intencionalidad suicida expresada por ésta era una amenaza para conseguir su hospitalización; posteriormente, la paciente fingió una mejoría durante varias semanas mientras decidía todos los pormenores de su suicidio. En las cintas de audio que la suicida dejó quedó constancia no sólo de su engaño, sino también de sus sentimientos hacia el terapeuta al no hacerse eco de su amenaza.

En otra situación, el terapeuta había conseguido que el paciente saliera del entorno institucional, ya que su estado clínico había mejorado. Cuando llegó a la casa de su madre le comunicó a ella sus intenciones de ahorcarse y le mostró las cuerdas que iba a utilizar

para este fin. Poco después, se suicidó exactamente como lo había planeado y advertido. El profesional interpretó estos preparativos como la resistencia del paciente al cambio y como una forma de culparle por no conseguir su traslado a un piso independiente.

*c) El temor de una demanda por parte de la familia del paciente.*

En algunos casos, los familiares del suicida hacen responsable al trabajador de la muerte y amenazan con demandarle. Aunque tal demanda no llegue a materializarse, no cabe duda de que el profesional vive esta situación con un importante desasosiego y temor por sus repercusiones, tanto personales como profesionales.

De otro lado, Hendin y cols. (2004) identificaron la tristeza y la culpa como las respuestas emocionales más intensas, observando como el sentimiento de culpa se incrementaba en la medida en que a estos profesionales se les responsabilizaba del suicidio, tanto por parte de la institución como de la propia familia. No obstante, en algunos casos se constató que los familiares del paciente trataban de evitar el reconocimiento de sus propios sentimientos de culpabilidad, desplazándola al terapeuta.

Igualmente, en algunas ocasiones, la institución culpó a éste por miedo a ser demandada por los familiares. También se verificó que el sentimiento de culpa estaba presente en aquellos que pensaban que sus decisiones acerca del tratamiento habían contribuido al suicidio, aún cuando ninguno fue culpado por la institución o por la familia del paciente, ni amenazado con la presentación de una demanda.

Con respecto a la duración del impacto, parece que la experiencia se prolonga al menos durante el año siguiente al suicidio, produciéndose una reducción significativa de los síntomas dos años después del mismo. Según los autores, esta variable es una dimensión del duelo que debería ser investigada con más profundidad en un futuro.

Por último, nos gustaría resaltar dos conclusiones extraídas de esta investigación, pues creemos que son relevantes para la comprensión de los factores que determinan la respuesta del profesional ante la muerte de un paciente. En primer lugar, parece que la experiencia profesional no protege de sufrir una intensa reacción emocional. Esto se hizo evidente en las respuestas que dieron los terapeutas veteranos acerca de lo que habrían hecho de otra manera para evitar el suicidio (utilizar más o diferentes medicamentos, otra técnica de tratamiento, involucrarse más con el paciente o hacer participar más activamente a la familia en el proceso de tratamiento). En segundo lugar, a diferencia de lo que ha ocurrido en otros estudios (Chemtob, Hamada, Bauer y Torigoe, 1988), no se han encontrado diferencias significativas en la frecuencia de padecer angustia intensa entre psiquiatras y psicólogos.

Otra de las variables que parecen determinar la vulnerabilidad personal ante el suicidio es el sexo del profesional. En esta línea, se ha encontrado una mayor aflicción en las mujeres terapeutas que en los varones (Cleiren, Diekstra, Kierkof y Van der Wal, 1994). Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos por otros autores en los que se corrobora que el duelo en general, y el duelo por suicidio en particular, es más difícil de sobrellevar para las mujeres que para los hombres (Madison, 1967; Brown y Harris, 1978). A conclusiones similares se llegaron en la investigación llevada a cabo en el

centro de salud mental de Parla en el año 1999, al encontrar una mayor afectación entre los familiares de sexo femenino y fuertemente vinculados con el fallecido.

De otro lado, la forma en que se han tomado las decisiones terapéuticas en relación al paciente, la posibilidad de contrastar la experiencia con otros profesionales y el apoyo recibido por los colegas y otras personas significativas influyen en el proceso de duelo. Así, en algunas investigaciones se ha demostrado que los profesionales integrados en un equipo de hospitalización, donde las decisiones se tomaban de manera colectiva, experimentaron menos culpa y expresaron sentirse más apoyados que aquéllos que no gozaron de esa circunstancia (Kolodny, Binder y Bronstein, 1979).

Asimismo, la posibilidad de analizar y comentar lo sucedido con otros colegas se ha valorado en algunos estudios como un comportamiento muy útil (Litman, 1965; Holden, 1978; Golstein y Buongiorno, 1984; Stelmachers, 1989; Kleespies, 1993). No obstante, si bien ayuda a mitigar los síntomas, aún no queda claro cómo influye en el dolor experimentado o en la futura trayectoria profesional del terapeuta.

En esta línea, Kolodny (1979) llevó a cabo en la ciudad de Texas un programa para analizar y paliar las repercusiones del suicidio de un paciente en los estudiantes de medicina. Para ello, en su “escuela de medicina” introdujo sesiones de discusión de grupo en las que se expresaban, compartían y admitían las reacciones emocionales (sentimientos de culpa y de hostilidad hacia los fallecidos) y cognitivas que el suceso había producido en estos estudiantes. Tras estas discusiones grupales, el malestar disminuyó debido, entre otras, a las siguientes razones:

- a) Después de discutir su significado, los estudiantes aprendieron a aceptar y a vivir el suceso de una manera no traumática, también se hicieron conscientes de sus respuestas de negación y aislamiento previamente inhibidas.
- b) Posibilidad de escuchar las experiencias de compañeros con pacientes suicidas y la reacción que generaba en el propio director del departamento de psiquiatría, considerado como un profesional de gran valía y prestigio.
- c) Los estudiantes percibieron las reuniones grupales como una señal de preocupación por su bienestar psicológico.

Parece que el apoyo social, sobre todo el que proviene de los compañeros, es una variable relevante para mitigar el dolor de estos profesionales, pues como nos recuerda Rhodes-Kropf (2005):

*“Los compañeros pueden ser los medios de apoyo más fácilmente disponibles y aceptables”* (p. 634).

Por otra parte, la intensidad y la duración del dolor están directamente relacionadas con la cercanía de la relación con el paciente suicida (Bugen, 1977). En sus investigaciones sobre el terapeuta en duelo, Litman ya informó en 1965 de que "cada terapeuta que participa en intensas sesiones de psicoterapia individuales durante largo tiempo con un paciente, lucha con una intensa afectación después del suicidio del mismo" (p. 571).

Si la gestión de estos sentimientos es difícil para los profesionales experimentados, parece que es potencialmente más problemática para los terapeutas en formación (Kleespies, Smith y Becker, 1990), convirtiéndose esta circunstancia en otra variable muy

importante a tener en cuenta en el estudio del proceso de duelo de estas personas. Kleespies, Penk y Forsyth (1993), tras realizar una encuesta a psicólogos clínicos, encontraron que los psicólogos en prácticas postgrado tenían un significativo estrés a raíz del suicidio de un paciente y que el impacto era mayor si éste había hecho intentos o expresado su intención anteriormente.

Usando la Escala de Impacto ante sucesos (IES) (que mide la intensidad de la intromisión de pensamientos y la evitación de recuerdos del suicidio), los autores señalaron que, tras el suicidio de un paciente, las puntuaciones de las personas en formación fueron más altas que las de los especialistas. Ya otros investigadores (Chemtob y cols. 1988) habían mencionado que puntuaciones altas en dicha escala indican una mayor intensidad de la respuesta al suicidio, llegando a la conclusión de que este acontecimiento puede tener un gran impacto en la calidad emocional y en la dirección del desarrollo profesional del futuro terapeuta.

De manera más concreta, Chemtob y sus colaboradores realizaron una encuesta a psiquiatras después del suicidio de un paciente hospitalizado, centrándose en la alianza psiquiátrica, contra-transferencia y la culpa. Observaron que las respuestas fueron influenciadas por el método que empleó el suicida, la previsibilidad, el lugar del suicidio, la implicación emocional con el paciente y la duración de tiempo de tratamiento. También encontraron que los psiquiatras con más formación, pero con menos experiencias personales de suicidios utilizaron la negación y la represión para hacer frente a las secuelas. Por último, los residentes tuvieron puntuaciones más altas que los psiquiatras en las subescalas de intrusión de pensamientos y evitación de la IES ante el suicidio de un paciente.

En un estudio más reciente (Hamaoka, Fullerton, Benedek, Gifford, Nam y Ursano, 2007) acerca de las respuestas emocionales, sociales y conductuales de los residentes de psiquiatría ante el suicidio de pacientes hospitalizados, se concluyó que la negación, la incredulidad, la culpa, el sentimiento de fracaso, la falta de apoyo y la pérdida de la confianza son reacciones comúnmente experimentadas. Igualmente, los estudiantes de medicina expresaron que la recuperación del sosiego en estas circunstancias dependía de los tutores, por lo que éstos han de ser conscientes de su potencial para satisfacer las necesidades de los estudiantes o, por el contrario, para generar más inseguridad, cuestionando su competencia clínica, aislándolos o impidiéndoles mostrar su duelo.

### ***A modo de conclusión***

A pesar de las importantes repercusiones personales, familiares y profesionales que el suicidio de un paciente ocasiona al terapeuta, lo cierto es que han sido muy poco estudiadas. Ello puede ser debido, entre otras razones, a una percepción de los psicoterapeutas como personas con una superior, incluso sobrehumana, capacidad para hacer frente al sufrimiento, pues, en definitiva, trabajan con él a diario en la consulta (Hamaoka y cols, 2007). En la escasez de investigaciones realizadas también puede subyacer la connotación negativa que se tiene desde la medicina y otras ciencias de la salud acerca de la muerte y la consecuente expresión de emociones que ésta conlleva.

Con toda probabilidad, es este pensamiento colectivo el que también influye en la escasez de especialistas dedicados al manejo del duelo por suicidio (Reyes, 2002), aún cuando en las páginas precedentes se ha dejado clara constancia de la necesidad de abordar las múltiples respuestas emocionales que se producen ante un suicidio, así como de

introducir en los planes de estudio temas relacionados con la muerte y el morir (Ratanawongsa, 2005; Gentileco, 2003).

No obstante, en la mayor parte de los programas de formación dirigidos a profesionales de la salud mental se ha obviado tradicionalmente el tema de la evaluación y prevención del suicidio, y, por tanto, se han ignorado sus efectos potenciales en el terapeuta (Harmatz, 1991). De hecho, el impacto del suicidio en el profesional no ha sido incluido en el recientemente revisado y aprobado temario de la especialidad de Psicología Clínica; asimismo, no existe una dedicación específica en ninguno de los cuatro años que dura la formación de postgrado (BOE, 6 Junio de 2009).

Lo anteriormente comentado contrasta con el interés mostrado en abordar el tema por parte de los diversos colectivos de profesionales de la salud mental y expresado en diversos estudios, foros y reuniones científicas. Así, por ejemplo, los estudiantes de medicina han manifestado su deseo de aprender más en relación con este tema (Kropf, 2005; Wear, 2002) y, de hecho, médicos de algunas escuelas ya han realizado cursos dedicados a este fin (Ratanawongsa, 2005; Binienda, 2001).

Otro ejemplo es el taller formativo e investigador sobre el duelo llevado a cabo con distintos profesionales de salud mental y realizado en el hospital universitario San Cecilio de Granada, de Octubre del 2009 a Febrero del 2010. Una de las principales conclusiones obtenidas fue la necesidad, expresada de forma unánime por profesionales de salud mental de diversas categorías y dispositivos de intervención (ambulatorios y hospitalarios), de contar con apoyo para superar el duelo por el paciente suicida y, sobre todo, de poder hablar libremente de sus emociones.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS  
DEL ESTUDIO**



## ***Planteamiento del problema***

En la revisión bibliográfica realizada en los capítulos anteriores hemos destacado que la aceptación de la muerte es generalmente dificultosa, sobre todo en la cultura occidental; no obstante, el tipo de muerte es determinante para la elaboración del duelo, siendo el suicidio una de las más problemáticas. Éste convierte a sus sobrevivientes en víctimas estigmatizadas que tienen que enfrentarse no solo a su autoinculpación, sino también a la culpa que le adjudica veladamente la sociedad.

En efecto, tanto los familiares como los profesionales que han estado vinculados a un suicida se encuentran, en su mayoría, sumergidos durante largo tiempo en la soledad que conlleva estar implicados en un hecho donde "su culpabilidad" se presupone. Además, la desolación, el desconcierto y las emociones ambivalentes hacia el fallecido también se cuentan entre las secuelas que produce este tipo de muerte.

Si bien hay estudios, por otra parte muy escasos, sobre la afectación que padecen ambas poblaciones, lo cierto es que cuando acontece un suicidio no existe una respuesta social, comprensiva y empática hacia el dolor de los familiares y, mucho menos, hacia el de los profesionales. Se piensa que éstos últimos tienen las actitudes y la formación adecuadas para poder soportar tal impacto; asimismo, su rol laboral de sostén anímico de las demás personas afectadas, les excluye, definitiva y paradójicamente, como posibles sobrevivientes.

De hecho, como hemos visto en páginas anteriores, en los planes de formación académica reglada de las distintas profesiones de salud mental no se contempla como abordar dicho afrontamiento, ni siquiera en el nivel de especialidad o postgrado. Los

profesionales, aunque han aprendido herramientas para tratar el dolor de los demás y están entrenados para alejarse emocionalmente de los problemas ajenos, carecen de instrucción para manejar el tumulto de emociones que se producen cuando el paciente decide unilateralmente romper la relación.

Todo ello nos hace pensar que la necesidad de mitigar el dolor que sufren los afectados no ha sido aún suficientemente asumida por la comunidad científica, o, quizás, que existe cierta resistencia a estudiar este tema por lo espinoso y estigmatizado del mismo. Posiblemente a esta escasez de estudios haya contribuido también las recomendaciones de la OMS respecto a la no difusión periodística de las muertes por suicidio, por el probado efecto contagio que ello conlleva. Esta circunstancia, al contrario de lo que ocurre con otras muertes, puede coadyuvar al hermetismo que existe alrededor de este tipo de fallecimientos.

Sin embargo, resulta prioritario insistir e investigar más sobre este problema, así como sensibilizar a las instituciones sanitarias, y a la sociedad en general, para que aborden de forma adecuada tanto las causas como las secuelas que produce. Esto se hace más evidente si tenemos en cuenta que el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España y que, en términos globales, hay más personas fallecidas por suicidio que por homicidios y guerras en todo el mundo. Las estadísticas nos recuerdan que entre 7 y 10 personas, incluyendo familiares, amigos y profesionales, resultan afectadas de forma importante por cada suicidio cometido.

Por otra parte, las investigaciones realizadas han sido en su mayoría de tipo cuantitativo y con una mera intención descriptiva, cuando sería necesario o, al menos,

deseable, abordar el estudio de este problema desde otras aproximaciones de carácter más cualitativo y aplicado; es decir, investigaciones cuyos resultados pudieran servir de base para elaborar formas específicas de intervención en casos de duelo por suicidio. En este sentido, estamos de acuerdo con el siguiente pensamiento de Krueger (1991):

*“Cuando la investigación cualitativa está ligada a problemas o necesidades específicas, el científico se convierte en una especie de investigador/consultor que intenta producir resultados utilizables en situaciones reales. En este sentido, la calidad de la investigación se mide no por su adecuación a un modo particular de ver la ciencia, sino por la contribución que sus resultados hacen a la solución del problema de interés” (p.19).*

En nuestra tesis utilizaremos técnicas de investigación cualitativa para rastrear el discurso de los protagonistas. Ello nos permitirá realizar un análisis de las características que presenta este tipo de duelo en ambas poblaciones y traducir los resultados obtenidos en propuestas de apoyo reales. Creemos que esta forma de proceder es útil sobre todo para averiguar si realmente los profesionales de salud mental pueden ser catalogados oficialmente como “sobrevivientes”, al igual que lo son los propios familiares del suicida. En la medida en que haya características semejantes en las experiencias vividas tras el suceso entre los familiares y el terapeuta, en esa misma medida podremos avalar la denominación de “duelo” al proceso psicosocial vivido por estos últimos.

Para tal fin, indagaremos cómo perciben y cómo se elabora este tipo de muerte, a diferencia de otras, en su práctica profesional, de qué variables depende el alcance de su impacto y cuál es la repercusión personal y laboral que conlleva el atender a pacientes con

riesgo suicida, así como a sus familiares. También averiguaremos cómo influye el contexto social (compañeros, institución, familia, etc.) en sus vivencias y, fundamentalmente, qué necesitan y qué elementos facilitadores se pueden introducir para ayudarles a superar su sufrimiento.

La investigación se realizará en Granada y su provincia, ya que es el lugar donde habitualmente desarrollo mi trabajo y, por tanto, donde podré poner en práctica las conclusiones que se deriven del mismo. De hecho, ya han existido peticiones de intervención por parte de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario San Cecilio al conocer la existencia de este estudio.

### ***Objetivos de estudio***

*El objetivo general* de este trabajo es abordar y profundizar en el discurso de las personas más cercanas a los suicidas, con la finalidad de descubrir cómo viven el impacto de dicha muerte, la incidencia de determinadas dimensiones psicosociales en la elaboración del proceso de duelo, sus propuestas de intervención para paliar el sufrimiento y las diferencias y semejanzas entre los discursos elaborados por los familiares y por los profesionales de salud mental.

Este objetivo general lo podemos desglosar en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las características que presenta el proceso de duelo vivido por los familiares del suicida.
2. Identificar cómo influyen en este proceso las dimensiones psicosociales más relevantes halladas en la literatura:

- 2.1. Las características de la convivencia familiar y la vinculación afectiva con el fallecido.
  - 2.2. Las características y rasgos de personalidad del familiar.
  - 2.3. La percepción del familiar sobre las condiciones y motivos del suicidio.
  - 2.4. El apoyo intra y extrafamiliar recibido durante el proceso de duelo.
3. Identificar las variables que causan o generan el proceso de duelo en el profesional de salud mental.
  4. Describir el duelo vivido por estos profesionales.
  5. Indagar sobre las principales variables psicosociales que modulan las consecuencias personales, sociales y profesionales que conlleva el suicidio de un paciente.
  6. Hacer explícitas las opiniones de los profesionales y de los familiares del suicida acerca de los mecanismos de ayuda que deberían existir para poder sobrellevar el proceso de duelo.
  7. Establecer las semejanzas y diferencias existentes en el proceso de duelo entre los familiares del suicida y los profesionales de salud mental.
  8. Elaborar propuestas de intervención para superar el duelo en ambos grupos en la provincia de Granada.



**CAPÍTULO 4**  
**METODOLOGÍA**



## **Introducción**

En este capítulo explicamos el tipo de metodología utilizado para indagar sobre las emociones, los pensamientos y los comportamientos que se movilizan en nuestra población objeto de estudio cuando se enfrentan a la muerte súbita y voluntaria de alguien cercano y/o querido. Para ello, describiremos, en primer lugar, las características fundamentales de la investigación cualitativa, justificando la idoneidad de su utilización en esta investigación. Seguiremos con la identificación de la muestra utilizada en nuestro estudio y con la descripción de las características de las dos técnicas de recogida de información utilizadas: entrevista en profundidad, para la recogida de información de los familiares y el grupo focal empleado para los profesionales.

Posteriormente, especificaremos el procedimiento de aplicación y las dimensiones o categorías concretas que han servido de guía para la extracción de los datos. Finalmente, hablaremos de la manera en que se puede abordar el análisis del discurso y concretaremos el procedimiento o los pasos que hemos dado en nuestro estudio, en el que se va más allá del simple análisis textual, ya que incorpora también las características del contexto en el que se produce dicho discurso.

### **1. Metodología utilizada**

Para cubrir los objetivos de esta investigación hemos utilizado, como ya venimos mencionando, una metodología cualitativa, ya que lo que se pretende no es la cuantificación de los hechos, sino la descripción del tipo de pensamientos, emociones, conductas, etc, que se movilizan en el interior de los familiares y de los profesionales cuando tienen que enfrentarse a un suceso tan crítico como es el suicidio de alguien

significativo en sus vidas. Nos interesa precisar, por tanto, el discurso de los familiares y el de los profesionales, qué piensan, qué sienten, cómo lo viven y qué ayuda esperan, y ello solo se puede conseguir utilizando una perspectiva que vaya más allá de lo meramente estadístico o cuantificable y que permita explorar la subjetividad de las personas.

	<b>CUALITATIVA</b>	<b>CUANTITATIVA</b>
<b>Método</b>	Observacional	Experimental
<b>Responde a</b>	Clasificación	Relación causal
<b>Razonamiento</b>	Inductivo	Hipotético-Deductivo
<b>Muestreo</b>	Forzado	Estadístico
<b>Validez</b>	Triangulación	Control experimental

**Tabla 3. Investigación cuantitativa frente a cualitativa**

Efectivamente, en la investigación cualitativa se aborda la realidad desde una perspectiva holística, sin recurrir a formulaciones de hipótesis, establecer medidas objetivas, controlar exhaustivamente todas las variables o realizar una selección rigurosa de los individuos participantes. Ahora bien, este enfoque implica que su utilidad no puede ir dirigida a resolver las mismas cuestiones a las que se encamina la investigación cuantitativa. En este sentido, los estudios cualitativos, como se recoge en la tabla 3, tienen un enfoque completamente diferente a los cuantitativos, aunque muchas veces ambos sean complementarios.

De otro lado, se ha demostrado que con las técnicas cualitativas se facilita el significado y la comprensión de cuestiones de estudio emergentes o altamente complejas, permitiendo tener un profundo y rico entendimiento del fenómeno. Estas técnicas

permiten a las personas hablar con su propia voz, expresarse libre y espontáneamente, proporcionando datos que, en muchas ocasiones, son de difícil acceso para el investigador o, incluso, imposible de obtener por otras vías.

Igualmente, la utilización de metodología cualitativa suele ser muy útil cuando existe gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto de estudio (March, 1999), como ocurre con el tema abordado en esta tesis. En definitiva, aportan lo que Hurley (1999) llama "traducción y vivificación" de los resultados; es decir, intensifican la comprensión del fenómeno, dando vida a los mismos. En este sentido, el trabajo cualitativo puede ser particularmente valioso en la creación de un cuadro detallado y comprensivo de la realidad estudiada.

No obstante, tal y como nos indica Ragin (1999), la distinción entre la metodología cualitativa y cuantitativa va mucho más allá de las diferentes técnicas de recogida de los datos que ambos enfoques metodológicos emplean. Así, la cuantitativa se caracteriza por: enmarcarse dentro del paradigma positivista del conocimiento, plantear una concepción más estática de la investigación, situar al investigador más alejado del objeto, basarse en mediciones y datos numéricos y enfatizar los resultados con la finalidad última de descubrir relaciones causales entre los fenómenos de estudio.

Por el contrario, la metodología cualitativa se orienta al análisis de la construcción de significados desarrollados por los propios actores sociales y tiene una concepción más dinámica y orientada al proceso. Asimismo, el investigador se encuentra inmerso en el contexto para intentar comprender en profundidad las opiniones, discursos, acciones y significados acerca del tema a tratar (Alonso, 1994).

Esta diversidad de enfoques determina la que será su distinción fundamental: el objeto de estudio y los objetivos de investigación a los que cada una de ellas se dirige, por lo que hay que aceptar que determinados objetos de investigación requieren ser abordados por medio de una metodología cualitativa al igual que otros precisarán un tratamiento más cuantitativo (Andres, 2000; Santos, 1999). Es por esta razón por la que la investigación cualitativa, utilizada tradicionalmente en el campo de las ciencias sociales, ha despertado en los últimos años la atención tanto de quienes trabajan en la investigación sobre los sistemas de salud, como de los que realizan su trabajo en el ámbito clínico (Valles, 2003).

Así, la difusión de los métodos cualitativos en temas que tienen que ver con la salud de la población, difícilmente asequibles desde planteamientos cuantitativos (más centrados en determinar relaciones causales, medir fenómenos o predecirlos), empieza a tener una amplia trayectoria. Éste es el caso, por ejemplo, del análisis de las opiniones o de las experiencias de pacientes atendidos en el sistema sanitario, la identificación de prioridades sanitarias o la recogida de ideas para la mejora de la calidad asistencial, entre otros.

Ya en 1995, la revista inglesa “British Medical Journal” publicó una serie de artículos en los que, además de presentar la lógica, el enfoque y la utilidad de las técnicas de investigación cualitativa, se describían las principales o, al menos, las más utilizadas. También en el número 34, de diciembre de 1999, en la revista británica “Health Services Research” se elaboró un suplemento especial realizado por Pope (1995) y titulado: “La necesidad urgente de métodos cualitativos en investigación de los servicios de salud”, en él se recogían las experiencias y principales conclusiones de prestigiosos investigadores en

este ámbito que han apostado por la incorporación de las técnicas cualitativas en sus diseños de investigación.

En nuestro país, podemos apreciar que cada vez es más importante el número de artículos en los que se emplea la investigación cualitativa para cuestiones socio-sanitarias. La revista española en la que se ha publicado un mayor número de artículos con este tipo de metodología ha sido “Atención Primaria” (49% en los últimos 5 años); así mismo, siguiendo la tendencia europea, en el 2000 aparecen publicados el 34% y en el 2009 el 42%. Así pues, esta tendencia no parece una moda pasajera, máxime si también tenemos en cuenta la edición de un número monográfico de la “Revista Española de Salud Pública” (2002) con trabajos originales realizados con metodología cualitativa.

Concretamente, las técnicas más empleadas en estas investigaciones han sido los grupos focales (34%) y la entrevista (24%), y las temáticas más estudiadas abarcan desde la mera recogida de información (18%) hasta el conocimiento de las opiniones o de las experiencias de pacientes atendidos en el sistema sanitario (15%), identificación de elementos de mejora de los instrumentos en uso (12%) o sugerencias de los usuarios acerca de la mejora de la calidad asistencial (21%).

En definitiva, son numerosos los autores que señalan la utilidad de los métodos cualitativos para estudiar y explicar los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y en la enfermedad. Se ha constatado su bondad para conocer cómo la población interpreta la salud y la enfermedad y para explicar determinados comportamientos: miedos y rechazos, adhesión a personas o tratamientos, dudas y temores

o el grado de satisfacción o insatisfacción obtenido (Conde, 1990, 1994; Baum, 1995; Britten, 1995; March, 1999; Sofaer, 1999).

Finalmente, es necesario especificar que la investigación cualitativa, siguiendo a García y Mateo (2000), consta de 4 pasos:

1. Diseño: incluye la selección de la muestra, el ámbito de estudio y la elección de la metodología a usar.
2. Recopilación de datos: consiste en la administración de las técnicas seleccionadas para recoger la información, teniendo en cuenta que la investigación cualitativa siempre se inicia con la inserción del investigador en el entorno estudiado.
3. Análisis de datos: se basa en la aplicación de diversos procedimientos para organizar e interpretar la información recopilada, de tal forma que arroje un retrato fiel de la realidad según la vive el investigado.
4. Retroinformación: se refiere a la forma seleccionada para transmitir los resultados de la investigación. Entre las más frecuentemente utilizadas se encuentra el diseño de intervenciones destinadas a atender el problema o la necesidad que originó el estudio.

## **2. *Ámbito de estudio y muestra***

Tanto los familiares como los profesionales estudiados proceden de la provincia de Granada por ser el lugar donde trabajo como psicóloga clínica desde hace más de veinticinco años. Mi recorrido por dispositivos rurales y urbanos, tanto residenciales como ambulatorios, me ha permitido observar el sufrimiento de las personas más allegadas al suicida, así como escuchar las demandas tácitas o manifiestas de intervención para mejorar su duelo. Asimismo, esta circunstancia personal nos permite, al tener un conocimiento más cercano de los recursos que existen, introducir las matizaciones y la variabilidad necesarias en nuestra investigación, así como convertir en realidad propuestas de intervención novedosas.

Creemos que realizar este trabajo de investigación en este lugar de Andalucía, olvidado sobre todo en sus áreas rurales, puede aportar nuevas perspectivas debido a los inexistentes estudios que hay sobre el duelo en general, y el producido por la muerte por suicidio en particular, en esta zona. Además, también son inexistentes las investigaciones nacionales o internacionales que estudien conjuntamente el duelo por suicidio en familiares y en profesionales en una misma zona, coetáneamente, y estableciendo relaciones entre ambas poblaciones con la finalidad de promover una intervención práctica.

Como es propio de la investigación cualitativa, la elección de la muestra de familiares no ha sido hecha al azar, sino que ha obedecido a un perfil determinado. Tal como hemos visto en el capítulo 3 de esta tesis, quizás sea la variable “parentesco” una de las que mayor variabilidad aportan en el desarrollo y vivencia del proceso de duelo; por ello, hemos elegido a tres familiares de diferentes suicidas y con distinto parentesco y vinculación con el fallecido: madre, hijo y esposa.

No obstante, junto con el parentesco, hemos tenido en cuenta otras variables sociodemográficas como el sexo del familiar y el tiempo que ha transcurrido desde que ocurrió el suicidio. Por razones técnicas y, por supuesto, éticas, y dado que el duelo normal transcurre, según la CIE10, entre los diez o doce meses siguientes al fallecimiento, hemos escogido a personas que, como mínimo, ya hayan pasado un año de duelo. Tener en cuenta esta circunstancia permite que el familiar del fallecido esté algo más distanciado del suceso y, por tanto, más tolerante a hablar del tema.

Para la elección de la muestra hemos recurrido a informantes clave (facultativos de los equipos de salud mental, tanto de Granada capital como de los equipos comarcales de la provincia), quienes nos han proporcionado la tipología y las características de los suicidios que se han producido en los últimos cinco años, tanto en zonas urbanas como rurales. Es la información dada por estos informantes clave, junto con la revisión de la literatura, lo que nos ha permitido seleccionar tres casos que cubren de forma satisfactoria la variabilidad existente con respecto al proceso de duelo en familiares del suicida (ver anexo1).

De otro lado, en relación con la población de profesionales de salud mental, en la provincia de Granada existe una amplia variabilidad, así como de dispositivos y de zonas sanitarias geográficas. A fin de que la muestra fuese significativa pero a la vez operativa, hemos tenido en cuenta el III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) y el II Plan de Calidad de la Consejería de la Junta de Andalucía (2010-2014), que ha propiciado a nivel autonómico la creación de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) dentro de los hospitales generales del territorio andaluz. Estas UGC son unas macroestructuras organizativas donde

se articulan los diferentes dispositivos de cada especialidad sanitaria, encontrándose entre ellas las UGC de Salud Mental, distribuidas en cada una de las ocho provincias andaluzas.

En este sentido, tal y como podemos observar en el mapa, la provincia de Granada, que cuenta con una población de 884.099 habitantes según el padrón oficial (RD1683/2007), tiene 4 Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM en adelante) dependiendo de sus respectivos hospitales de referencia y atendiendo con ellas a la globalidad de la población referida:

- UGCSM del Hospital General Básico de Baza, con una población de influencia de 109.097 habitantes.
- UGCSM del Hospital Universitario San Cecilio de Granada que atiende a 334.665 habitantes.
- UGCSM del Hospital Virgen de las Nieves de Granada que atiende a 442.523 personas.
- UGCSM del Hospital Santa Ana de Motril que abarca aproximadamente una población de 106.000 habitantes (su funcionamiento en materia de salud mental tiene una gran dependencia estructural y funcional de los Hospitales San Cecilio y Virgen de las Nieves).



- Dos Comunidades Terapéuticas<sup>7</sup> (CT), situadas en Granada capital: una dependiente del hospital San Cecilio y otra del hospital Virgen de las Nieves. Estas dos unidades son potencialmente receptoras de pacientes de toda la provincia.

### ***Unidades abiertas***

- Nueve Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC): Baza, Guadix, Loja, Zaidín, Órgiva, Motril, Santa Fe, Atarfe y Cartuja. En ellas se presta atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio (consulta) o domiciliario, así como atención a urgencias extrahospitalarias.
- Una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) de ámbito provincial. Está destinada a la aplicación de programas de rehabilitación a pacientes procedentes de toda la provincia, dado el acuerdo de coordinación entre las diferentes UGCSM de la misma.
- Tres Hospitales de Día (HD), ubicados en el Hospital Santa Ana de Motril, Virgen de las Nieves de Granada y en el Hospital de Baza. Se trata de un dispositivo de atención clínica para el tratamiento de trastornos mentales graves en régimen de hospitalización parcial y abierta.
- Una Unidad de Atención Infanto-juvenil (USMI) también de ámbito provincial y situada en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. En esta unidad se da

---

<sup>7</sup> La Comunidad Terapéutica es un dispositivo de atención clínica de media y larga estancia en régimen de hospitalización completa para pacientes con trastornos mentales graves.

atención especializada (ambulatoria o de hospitalización parcial) a los trastornos mentales de la población infantil y adolescente de toda la provincia de Granada, que por su gravedad han sido derivados desde las 9 Unidades de Salud Mental Comunitarias anteriormente referidas.

Para la elaboración de la muestra, y siguiendo los criterios de homogeneidad interna que Kleespies, Smith y Becker (1990) recomiendan, requerimos que los participantes tuvieran más de 5 años de experiencia laboral en el área de salud mental y hubieran vivido, al menos, el suicidio de uno de sus pacientes. Asimismo, y buscando la necesaria variabilidad en el discurso, se han introducido dos variables relevantes en las repercusiones que puede tener el suicidio en los profesionales de salud mental:

- a) El tipo de unidad, cerrada o abierta, formándose dos grupos de 8 y 7 miembros respectivamente: grupo focal 1 (unidad cerrada) y grupo focal 2 (unidad abierta).
  
- b) La categoría profesional, incluyendo en ambos grupos a profesionales representativos de los colectivos clínicos que conforman los equipos interdisciplinarios de salud mental de la red pública de la provincia de Granada: por parte del área de enfermería, los auxiliares de clínica y los diplomados en enfermería, y como facultativos especialistas, los psicólogos clínicos y los psiquiatras.

De otro lado, también se ha tenido en cuenta diferentes niveles de jerarquía y de responsabilidad clínica e institucional. Por último, en cada uno de los grupos se han

intentado incluir algunas características sociodemográficas y laborales importantes: sexo, edad, etc.

Atendiendo a las indicaciones de la literatura especializada en investigación cualitativa, para el reclutamiento de los participantes hemos utilizado la metodología de Williams y Johnson (1993). Dado que trabajamos con una comunidad constituida por subgrupos de varias categorías profesionales, la estrategia fue pedir colaboración a informantes clave que tuvieran credibilidad en la institución y experiencia en la gestión para dar más fiabilidad a su elección. Dichos informantes nos aportaron un listado multiprofesional de posibles candidatos cuya selección final se hizo en función del perfil especificado anteriormente.

### ***Grupo focal 1. Unidades cerradas***

Los ocho participantes elegidos para formar este grupo pertenecen a las tres únicas Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM) que disponen de unidades de hospitalización completa: UGCSM del hospital de Baza, UGCSM del hospital universitario San Cecilio y UGCSM del hospital universitario Virgen de las Nieves. Con este criterio abarcamos el 100% del ámbito de estudio, ya que las demandas de ingreso psiquiátrico completo procedentes del hospital de Motril son absorbidas por el mencionado hospital universitario San Cecilio de Granada. Específicamente, las unidades de régimen cerrado en las que trabajan estos profesionales son: tres unidades de hospitalización (UHSM) y dos comunidades terapéuticas (CT).

Con respecto a las categorías profesionales, los integrantes de este grupo representan a todas las que conforman el trabajo clínico con pacientes: psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeros y auxiliares de clínica.

## **Grupo focal 2. Unidades abiertas**

Sus siete componentes también proceden de las tres Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental referidas para el anterior grupo. Concretamente, las unidades de régimen abierto a las que pertenecen sus miembros son las unidades de salud mental comunitaria (USMC) que atienden de forma ambulatoria y multidisciplinariamente tanto a pacientes de zonas rurales como urbanas (por ellas tienen que pasar el 100% de los enfermos que están en tratamiento en la red pública sanitaria). En cuanto a la categoría profesional, vuelven a estar representados los psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeros y auxiliares de clínica (se puede ver la ficha de ambos grupos focales en el anexo 2 de esta tesis).

Con el propósito de detectar el nivel de interés del personal sanitario sobre la necesidad de tratar en algún foro institucional este tema, organizamos e impartimos un curso-taller de tres módulos denominado: “Impacto del suicidio de pacientes en profesionales de salud mental”, que fue incluido dentro del Programa de Formación Interna del Hospital Universitario San Cecilio (para una mayor información, véase anexo 3 sobre su publicación en la página de intranet de dicho hospital). A esta actividad acudieron profesionales de todas las categorías, incluidos algunos monitores de FAISEM (Fundación Andaluza para la Inserción del Enfermo Mental), que pertenecen a la red de recursos residenciales andaluces de enfermos mentales y que también han sufrido la experiencia del suicidio de algunos de sus usuarios.

Nuestra intención, en un principio, era conseguir profesionales que, voluntariamente, accedieran a participar en los grupos focales; no obstante, no hubo nadie que se ofreciera, debido, posiblemente, al miedo a exponer públicamente sus sentimientos, si bien se les advirtió del carácter anónimo de los resultados hallados. Por ello, una vez

identificada la idoneidad por los informantes clave, fue el contacto personalizado y privado el método finalmente utilizado en la selección de los mismos.

### ***3. Técnicas de recogida de información***

#### **3.1. Entrevista en profundidad a familiares del suicida**

Para la recogida de la información de los familiares hemos utilizado la técnica de la entrevista en profundidad semiestructurada, pues, aunque necesite del empleo de más tiempo, garantiza la intimidad que el tema en sí requiere, sin los condicionamientos de la “escucha” y “el posible” cuestionamiento de los “otros” que sucede en las técnicas grupales. Igualmente, creemos que proporciona un clima más cálido y personal, facilitando la interrelación con el entrevistador y la expresión sincera de los pensamientos y emociones. No obstante, para garantizar la confidencialidad se les solicitó, al igual que a los profesionales, firmar una declaración de consentimiento informado (ver anexo 4).

Con esta técnica se trata de mantener una conversación dirigida, con el propósito de favorecer la producción de un discurso continuo y con una cierta línea argumental. Así pues, la entrevista se puede definir como un acto comunicativo a través del cual la persona entrevistada elabora un discurso que se construye y produce en la misma situación de entrevista (Alonso, 1998).

Estamos de acuerdo con Alonso (1998) cuando afirma que la entrevista en profundidad es un método privilegiado de obtención de datos, en el que “la subjetividad directa del producto informativo generado es su principal característica y, a la vez, su principal limitación” (p. 226). Además, siguiendo al mismo autor, una de las principales

aportaciones de esta técnica es la producción de un texto que se sitúa en un camino intermedio entre la conducta y el lenguaje:

*“La entrevista abierta no se sitúa en el campo puro de la conducta –el orden del hacer- ni en el lugar puro de lo lingüístico –el orden del decir-, sino en un campo intermedio en el que encuentra su pleno rendimiento metodológico: algo así como el decir del hacer” ( p.227).*

No obstante, en nuestra investigación no hemos olvidado que el sentido que adquiere el discurso en las entrevistas está influido por tres cuestiones: el contrato comunicativo, la interacción verbal y el universo social de referencia. Sin duda, son aspectos que hay que cuidar con esmero para favorecer la validez interna del proceso de investigación y de los resultados. Por ello, hemos procurado que todos los entrevistados adquirieran un mismo saber con el que enfrentarse a la situación, informándoles sobre la pretensión del estudio y sobre la propia conversación que íbamos a mantener.

De otro lado, la interacción verbal durante el proceso de la entrevista la regulamos mediante un guión que facilitó que la conversación tuviera un rumbo y un marco de preguntas semiabierto común para todos los entrevistados. Igualmente, tuvimos cuidado en favorecer la creación de un ambiente de confianza más que de interrogatorio, dejando que los entrevistados construyeran sin interferencias su discurso, pero, a la vez, ayudándolos a retomarlo cuando lo creíamos conveniente.

Asimismo, tuvimos presente que la construcción del sentido la realiza una persona que desempeña un rol social determinado, y que ésta incorpora al hablar los valores de su

propio grupo de referencia; por tanto, en última instancia, nos hallamos ante un discurso que hay que interpretar como una “expresión individual socializada”. Por último, tanto en la elección de las preguntas como en el orden de los temas, se ha tenido el propósito de buscar la coherencia del discurso del entrevistado, en un ambiente que no generara más estrés que el propio que ya produce hablar del suicidio.

En el guión de la entrevista a familiares que hemos realizado aparecen preguntas orientadas a profundizar en el proceso de duelo vivido, así como en las dimensiones psicosociales que, según la literatura, son más relevantes a la hora de comprenderlo y que, por tanto, pueden estar modulando la influencia del parentesco sobre dicha vivencia. Esta guía se ha basado en las cinco categorías que se especifican a continuación (pueden verse las preguntas en el anexo 5):

### **3.1.1. Proceso de duelo**

El duelo por un suicida presenta determinadas características que lo diferencian del resto de los duelos. Es decir, los sobrevivientes experimentan un conjunto de emociones que no se encuentran con la misma frecuencia en otras causas de muerte; igualmente, están más expuestos al desarrollo de psicopatologías, como los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés post-traumático y episodios depresivos mayores. Por ello, en este apartado hemos elaborado preguntas dirigidas a indagar sobre la respuesta (pensamientos, sensaciones físicas, sentimientos y conductas) que desarrolla el familiar de un suicida ante la pérdida del ser querido.

### **3.1.2. Características de la convivencia familiar y vinculación afectiva con el fallecido.**

Independientemente de los distintos grados de parentesco (padre o madre, hijo, cónyuge) que se tuviera con el fallecido, decimos adiós a alguien en un contexto familiar donde las personas desempeñan unos determinados roles, ocupan unas posiciones concretas y mantienen diversas relaciones sociales y afectivas con el resto de miembros del sistema familiar. Bajo este enfoque, se han introducido preguntas en la entrevista dirigidas a averiguar cómo influyen estas circunstancias de la vida familiar en el proceso de duelo.

### **3.1.3. Características y rasgos de personalidad del familiar.**

Se trata de averiguar aquellos factores propios del familiar que pueden explicar sus reacciones concretas ante la pérdida de un ser querido: la edad, la personalidad, la capacidad para afrontar el estrés, el peso de los roles sexuales, las creencias religiosas o espirituales, la visión de la vida o la propia confianza en sí mismo. Bajo este enfoque, el camino más fácil hacia la curación estará en manos de aquellas personas que poseen los recursos necesarios para saber canalizar sus energías y diversificar el uso del tiempo y del ambiente social; entre estos recursos personales cabe destacar la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad o la apertura a la amistad.

### **3.1.4. Percepción del familiar sobre las condiciones y motivos del suicidio.**

Se incluyen preguntas orientadas a conocer la percepción sobre las circunstancias (significado, antecedentes, motivos, factores de riesgo, etc.) en las que se produjo el suicidio, pues éstas se hallan indisolublemente ligadas con el proceso de duelo que desarrollen los familiares. Además, con frecuencia, ellos también han formado parte del

mismo entorno vital, situándose como las personas de mayor riesgo, por lo que saber qué factores les han preservado hasta ahora de tomar tal decisión puede ser de gran ayuda para prevenir un futuro comportamiento suicida.

### **3.1.5. El apoyo intra y extrafamiliar recibido durante el proceso de duelo.**

A través de esta dimensión se pretende averiguar la red de sostén social del familiar del suicida ya que tiene un rol propio en el proceso de duelo. Sin duda, el apoyo social proporciona una importante plataforma de ayuda a los supervivientes y está constituido, entre otros, por el resto de familiares, los amigos y los profesionales de diversa índole, tales como enfermeros, médicos, psicólogos, sacerdotes, terapeutas e, incluso, grupos de autoayuda.

La investigadora de este trabajo ha sido la encargada de realizar las entrevistas de manera presencial. Para ello, en primer lugar, contacté telefónicamente con las personas elegidas con la finalidad de informarles de los propósitos de la investigación y de concertar una cita. Al ser una entrevista en profundidad, y teniendo en cuenta las casi dos horas de duración de la misma, ésta se dividió en dos sesiones de, aproximadamente, 60 y 40 minutos respectivamente, con un intervalo entre ellas de 3 días.

Respecto al lugar de encuentro, se les invitó a hacer la entrevista en su domicilio, donde se procuró controlar factores de distracción que no distorsionaran su concentración en el tema. De otro lado, la recogida de datos se hizo a través de grabaciones en audio, previamente autorizadas por el entrevistado, y notas tomadas durante las entrevistas. Posteriormente, se procedió a la transcripción de las mismas y a su comprobación por parte de los entrevistados para asegurar que dicha transcripción era acorde con lo que ellos habían expresado o querido expresar.

Para analizar los relatos de los entrevistados hemos tenido en cuenta el modelo de “comprensión escénica” que propone Cristina Santamarina (1998). Según este modelo, en la producción de un discurso se actualizan los elementos de la escena que se vivió o se está viviendo. No obstante, el recuerdo no se hace de manera neutral, sino que se produce una transferencia de afinidad que tiene que ver con el contenido, la forma, la vivencia y la posición ideológica adoptada, así como con la historia que se relata.

Se produce así una relación de escenas o de contextos que hay que tener presente en el trabajo de interpretación, de tal forma que las escenas referidas no son referentes biográficos y sociales, sino que están compuestas por interacciones relevantes que se ven favorecidas por redes de relaciones sociales presentes y por las formas del acuerdo de la entrevista misma.

En palabras de la propia autora:

*“Se trata de interpretar las historias en los juegos y dimensiones de su entramado (contexto es lo que está tejido-con), pero también de la construcción del sujeto, no para hacer una interpretación hermenéutica, sino para situar las historias de vida en sus sujetos y sucesos plurales”* (Santamarina, 1998, p. 272).

También hemos tenido presente que el sentido y el significado que otorgamos a las acciones se construyen en la misma dinámica de la interacción (Martín, 1991). Es decir, se da sentido a la experiencia a partir de unos “marcos” o esquemas cognitivos socialmente determinados o configurados, esquemas que han sido conformados a lo largo de sus trayectorias vitales y que implican la interiorización de la estructura social.

### **3.2. Grupos focales para profesionales de salud mental**

Para sondear a los profesionales se utilizó la técnica del grupo focal ya que el tipo de interacción que lleva implícita hace emerger forzosamente un discurso que de forma individual no hallaríamos, siendo, por tanto, más revelador de la auténtica realidad de los profesionales de salud mental que la entrevista individual en profundidad. Así pues, esta técnica tiene como sello característico el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la mencionada relación grupal (Gutiérrez, 2008). En este sentido, Morgan (1997) señala sus dos rasgos definitorios: la interacción grupal y la presentación de un tema determinado por el investigador para su discusión.

Se puede definir, entre otras formas, como "una discusión en un ambiente permisivo, cuidadosamente planeada y diseñada para obtener información de un tema de interés" (Krueger, 1991, p.18). Más en concreto, el grupo focal está diseñado para investigar los puntos en común de un "conjunto de personas que, colocadas en un entorno de situación discursiva, conversación, tienden a representar discursos más o menos tópicos de los grupos sociales a los que pertenecen" (Delgado y Gutiérrez, 1994, p. 225).

Así pues, la constitución de una reunión de individuos, no más de diez y no menos de seis (deben ser lo suficientemente pequeños para permitir a cada participante tener la ocasión de compartir su punto de vista de las cosas y, a la vez, lo suficientemente grandes para poder ofrecer diversidad de percepciones), es una característica del grupo focal. También lo es la presentación en dicha reunión de un tema de conversación que es dictado y pautado por los objetivos del estudio.

Externamente, y a grosso modo, podríamos decir que “es una especie de representación teatral donde un moderador provoca, aviva y/o gestiona las intervenciones de los participantes con la finalidad de tratar consecuentemente un tema de estudio” (Gutiérrez, 2008, p.65). No obstante, según Fairclough (1992), en esta técnica se obliga al moderador a esperar y a caminar siempre por detrás del grupo y sus movimientos. Este sería, por ejemplo, el motivo por el cual la parte inicial de la dinámica grupal se resuelve como una necesaria y delicada retirada del moderador a un segundo o tercer plano:

*”Un supuesto y premeditado abandono del lugar dominante que permite activar el grupo y, sobre todo, posicionar al moderador por detrás de su caminar, de los posibles caminos elegidos, de las dubitaciones o tentativas al elegirlo, del ritmo del recorrido, las paradas o reinicios, etc.”* (Fairclough y Wodak, 2000, p. 46).

El Psicoanálisis es un referente clave a partir del cual entender esta técnica de investigación social. Así, es revelador el trabajo de Paul Ricoeur (1984) donde se pone al descubierto el particular sentido pericial de esta "técnica analítica", tal como le gustaba llamarla a Freud (1918). Efectivamente, el psicoanálisis ha tenido una importancia clave en el estudio y conocimiento de los grupos y de las técnicas grupales (Bion, 1974; Winnicott, 1971; Anzieu, 1986).

De manera particular, podemos afirmar que la forma de hacer psicoanalítica guarda importantes puntos en común con las técnicas cualitativas, fundamentadas ambas en el manejo técnico del diálogo y en la relación interpersonal (Ricoeur, 1984; Bleger, 1983; Amado, 1965; Cruz, 1991). Ambas técnicas, entendidas desde un estricto punto de vista instrumental, comparten el uso de la situación grupal como medio para informarse de la

realidad social. En este sentido, es un hecho que los dos instrumentos de observación se reconocen e identifican por utilizar la “estructura grupo” como formación para producir y registrar información al servicio de la investigación.

De otro lado, el psicoanálisis fue categórico en la distinción de dos métodos a través de los cuales el investigador podía acceder a la observación de su objeto de estudio: *el “método per via di lavare”*, propio de la escultura y *el “método per via di porre”*, característico de *la* pintura. Freud, inspirado en Leonado Da Vinci, nos dice que en la escultura y en el trabajoso método de quitar y no poner, hay una manera de proceder consistente en destapar lo que hasta ese momento sólo se intuye exteriormente como cubierto o encerrado. Efectivamente, mientras que en la pintura se utiliza un método que consiste en poner o añadir al lienzo, permitiendo que el pintor contribuya con colores y/o texturas que anteriormente no existían, en la escultura se opera al contrario, quitando y poniendo al descubierto algo que ya estaba antes de intervenir el escultor en la materia.

Para Freud, el primero responde a la manera de trabajar en la sugestión, ya que lejos de preocuparse de lo ya existente, lo que se hace es añadir algo que lo “encubra”, restableciendo una nueva realidad convenida por el psiquiatra/psicólogo o el investigador. Por contra, el método analítico o “escultórico” opera en un sentido inverso, orientando sus esfuerzos a sacar a la luz lo existente, evitando en la medida de lo posible “agregar ni introducir nada nuevo” (Freud, 1989, p.250). En este sentido, y siguiendo a Canales (2006), se puede vincular la técnica del grupo focal al “método *per via di lavare*”, pues:

*“Toma en cuenta lo que el grupo produce, el dato, y trata de ir destapando y esculpiendo una realidad a partir de las discusiones (disensiones, matices, dudas,*

*silencios y huecos de habla que va dejando el discurso). Aquí es el intercambio verbal lo que predomina y da lugar al discurso grupal” (p. 107).*

Continúa el autor destacando que la referencia al psicoanálisis es central para la legitimación teórica del grupo focal, sugiriendo, incluso, la probabilidad de que el desarrollo práctico de esta técnica y su futuro no puedan ser planteados ni entendidos fuera del ámbito psicoanalítico.

Por último, en un estudio sobre el uso del grupo focal como técnica de investigación en salud, García Calvente y Mateo (2000) destacaron las siguientes ventajas:

1. Los grupos focales son orientados y sitúan a los participantes en situaciones reales y naturales, en vez de estar sometidos a las condiciones rígidamente estructuradas de las situaciones experimentales.
2. El formato de las discusiones en los grupos focales le ofrece al moderador la flexibilidad necesaria para explorar asuntos que no hayan sido anticipados.
3. Los grupos focales poseen validez aparente en sí mismos, la técnica es fácil de entender y los resultados son creíbles para los usuarios de la información.
4. El costo de las discusiones de grupo focal es relativamente bajo.
5. Son ágiles en la producción de sus resultados.

Para el desarrollo de las cuestiones que iban a guiar la discusión de grupo se identificó primero las posibles áreas de interés, teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la revisión bibliográfica realizada. Posteriormente, se elaboraron una serie de preguntas abiertas que permitiesen obtener una información en profundidad sobre cada uno de esos temas de interés (ver el guión de preguntas en anexo 6).

El resultado final fue el establecimiento de siete dimensiones de estudio:

### **3.2.1. Significado de la muerte y diferencias entre el suicidio y la muerte natural**

Se formularon preguntas destinadas a indagar sobre la percepción de la muerte y, fundamentalmente, sobre las diferencias encontradas en función de las causas que la hayan provocado. En concreto, nos interesaba averiguar las peculiaridades de la muerte por suicidio, en contraste con las ocurridas en otras especialidades sanitarias, en cuanto a su respaldo legal e impacto laboral y personal.

Sin duda, en el área de salud mental, el fallecimiento de un paciente es más inusual y no se considera como parte del devenir natural de la enfermedad. Por el contrario, en otros tipos de trastornos se considera la muerte como parte de un proceso y su “no voluntariedad” la exime de estar estigmatizada como ocurre con la provocada por suicidio.

### **3.2.2. Características y atributos de un terapeuta eficaz.**

En esta categoría queríamos ver si es cierta la expresión ampliamente divulgada de que “un buen terapeuta siempre debe saber prevenir el suicidio”. Es decir, queríamos saber sus opiniones y creencias sobre si el suicidio es predecible y si éste, en definitiva, depende de la capacidad o del buen hacer de los profesionales.

### **3.2.3. Características del trabajo en el área de salud mental.**

En este bloque se pretende averiguar las diferencias que estos profesionales encuentran en el grado de incertidumbre con la que se trabaja y en la existencia de protocolos de actuación para las enfermedades mentales con respecto al tratamiento de las enfermedades físicas. Ello nos permitirá saber porqué existen tantas dudas hacia la actividad profesional del terapeuta, tanto por parte de él mismo, como de sus colegas y de la propia institución.

### **3.2.4. Repercusiones personales, profesionales y sociales.**

Las preguntas se orientan a las consecuencias que ha tenido sobre el profesional el suicidio de un paciente. Se trata también de rastrear sus emociones, así como sus sentimientos con respecto a los demás: compañeros, institución o los propios familiares del suicida.

### **3.2.5. Variables que inciden en el grado de afectación**

Se recoge información sobre los factores que inciden y modulan, por tanto, el nivel del impacto sufrido. Averiguaremos los que proceden del profesional, del paciente, de la relación establecida con el suicida, de los familiares del suicida o de la propia institución, entre otros.

### **3.2.6. Formas de superar el impacto**

Con esta categoría queríamos averiguar qué hacen los distintos profesionales para recuperar su bienestar y cuáles son las variables más relevantes en este proceso.

### **3.2.7. Mecanismos de ayuda**

Por último, nos interesa saber cuál es su percepción sobre el tipo de ayuda que han recibido y, sobre todo, sus opiniones y sugerencias acerca de la que creen que necesitan y, por tanto, debiera existir.

Por otro lado, Williams y Johnson (1993) hacen referencia a la necesaria preparación del entrevistador, por lo que ha sido la autora de esta investigación, con más de 25 años de experiencia en el empleo de técnicas para terapias grupales, la moderadora de los grupos focales.

En las dos sesiones se hicieron grabaciones en audio y se transcribieron literalmente las conversaciones. Asimismo, se cuidó de que todos los miembros tuvieran idéntica información sobre el estudio y se aseguró la confidencialidad mediante consentimiento informado (disponible en anexo 4). También se contó con una observadora-ayudante, cuyo papel consistió en controlar el equipo de grabación, anotar lo que estaba ocurriendo en el grupo de manera no verbal, así como registrar las peculiaridades surgidas durante la sesión de grupo.

El lugar que se eligió fue el salón de actos del Hospital Universitario San Cecilio, ya que se trata de un lugar neutro, con pocas posibilidades de interrupciones y, a la vez, accesible para todos los participantes. La duración aproximada de cada una de las dos sesiones fue de 2 horas. Para su desarrollo seguimos las siguientes cuatro etapas que establecen García Calvente y Mateo (2000):

**a) Introducción.-**

Se recordó a los profesionales el objetivo de la reunión y se les informó sobre la forma de proceder en la discusión. Igualmente, en esta primera etapa se garantizó la confidencialidad y se les solicitó la firma del consentimiento informado.

**b) Preparación.-**

Con la finalidad de romper el hielo, se retomó el motivo por el que habían sido elegidos y los aspectos que todos tenían en común (más de 5 años de experiencia, al menos un paciente suicida, disposición a participar en la investigación y pertenencia a dispositivos de régimen de estancia abiertos o cerrados). Finalmente, fueron animados a interactuar entre sí, anticipando que el moderador intervendría solo si era estrictamente necesario.

**c) Debate a fondo.-**

En primer lugar, se plantearon preguntas generales y poco “comprometidas”, pasando de forma progresiva a sondear con mayor profundidad las diversas cuestiones contenidas en la guía. En esta fase, el papel de la moderadora consistió en escuchar activamente, procurando no enjuiciar, favorecer el desarrollo de temas que no estaban previstos en el guión, así como promover la mayor participación de todos los miembros del grupo.

**d) Clausura del grupo.-**

Transcurridos 120 minutos aproximadamente en cada uno de los grupos, se dio por finalizada la sesión por considerar que la información ya estaba saturada. Al finalizar, la moderadora resumió los puntos de interés tratados, mostró su deseo de saber como se

habían sentido y agradeció la colaboración de los participantes. Posteriormente, hubo una reunión en la que moderadora y observadora recapitularon y comentaron los contenidos y particularidades de la sesión.

### **Interpretación de los resultados**

El discurso se puede definir como: “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales” (Iñiguez y Antaki, 1994, p.63). Siguiendo a los mismo autores, el análisis del discurso consistiría en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo dichas relaciones; es decir, en “sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa” (p. 63). En este sentido, defienden que las personas son constructoras de discursos y, por ello, de realidades, ya que el “discurso”, como apunta Moscovici (1984) “es una práctica que construye sistemáticamente el objeto del que habla” ( p. 23).

En la misma línea, Foucault (1980) lo considera como práctica social, como una actividad que se realiza en sociedad y está socialmente regulada; en definitiva, como un modo de acción que nos permite actuar sobre nosotros, sobre los otros y sobre nuestro entorno. Así, el discurso produce conocimiento y genera interpretación (Van Dijk, 2000), debiendo ir su análisis más allá del texto, incorporando también el proceso social en el que éste es producido y recibido (Fairclough, 2000).

Efectivamente, como Ulich, Hausser y Mayring (1985) nos recuerdan:

*“El análisis cualitativo no sólo se ha de circunscribir a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado sino que debe profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se desarrolla el mensaje”* (p. 65).

Para analizar nuestros discursos, hemos tenido en cuenta estos supuestos teóricos, así como las dimensiones o categorías más relevantes para abordar la muerte por suicidio en los profesionales de salud mental. Asimismo, hemos interpretado la información a la luz de la literatura existente sobre el tema. Se pretende que la interpretación de los resultados vaya más allá de la mera descripción de la percepción y se convierta en un retrato de la realidad según la vive el profesional, ya que, como se nos recuerda en la Psicología discursiva, hablar de discurso es una forma de atender y remarcar los aspectos constructivos y productivos del uso del lenguaje, de nuestras prácticas lingüísticas, en contraste con la consideración del lenguaje como descripción o representación del mundo (Iñiguez, 1994).

## **CAPÍTULO 5**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**



## ***Introducción***

En el presente capítulo vamos a proceder al análisis del discurso elaborado por los familiares y por los profesionales. Dicho análisis se ha realizado teniendo en cuenta los objetivos de esta tesis, así como las preguntas que guiaron las entrevistas y los grupos de discusión.

Iremos viendo cómo se desarrolla el proceso de duelo por suicidio, qué características tiene a diferencia del provocado por otros tipos de muerte, qué semejanzas y diferencias existen entre nuestros dos grupos de sobrevivientes y cuáles son las variables que modulan su impacto y evolución.

Las peculiaridades de la convivencia, la vinculación con el suicida, los rasgos de personalidad del familiar o las atribuciones personales y sociales sobre la motivación del suicidio van a ser claves para que el duelo se instale de una forma patológica o no en familiares.

En profesionales, además de la variabilidad introducida por los diferentes tipos de centro donde se ha atendido a los pacientes suicidas y por las diversas categorías profesionales, veremos cómo el proceso de duelo está condicionado por las características personales del profesional, por la relación con el paciente, así como por toda una serie de matices relacionados con el entorno institucional y familiar y con las implicaciones legales y sociales que este tipo de muerte conlleva.

## **1. Discurso de familiares**

### **1.1. Análisis de la primera entrevista**

Sexo: Varón

Edad del entrevistado: 24 años

Parentesco con el suicida: hijo

Forma de suicidio: ahorcamiento

Tiempo transcurrido desde el fallecimiento: quince meses

M. tiene en el momento de la entrevista 24 años, trabaja en un taller metálico y su nivel de estudios alcanza hasta 4º curso de la ESO. Ha convivido siempre en la casa familiar con sus dos hermanos, los padres y el abuelo paterno, hasta que este último se suicidó por ahorcamiento hace siete años.

Se encuentra inmerso en un ambiente sociocultural de estrechas perspectivas para el cambio, ya que en la zona rural donde habita los roles de género están muy estereotipados y las redes de comunicación interpersonal se establecen prácticamente en los bares. Ello, sin duda, restringe sus posibilidades laborales y limita visiones de futuro más alentadoras.

#### **1.1.1. Proceso de duelo**

M. refleja a lo largo de la entrevista su paso por las distintas fases del “*duelo normal*” recogidas en la literatura (Macías, 2002). Como vamos a describir a continuación, tras la fase de impacto, hay un periodo de repliegue donde emergen sentimientos ambivalentes (tristeza, rabia, hostilidad, culpa, preocupación, etc.), para pasar posteriormente a la tercera fase de recuperación o reconstrucción de la vida.

Así, en un primer momento, al descubrir el cadáver del padre, describe un impactante shock.

*“Me quedé como paralizado, me entró un temblor que no atinaba, y lo único que hice fue ir corriendo a por la hoz y cortar la cuerda, pero ya estaba muerto”*

Asimismo, la visión del padre le produjo sentimientos ambivalentes de pena y hostilidad, sobre todo al interpretar la acción como una agresión hacia él y fundamentalmente hacia su madre.

*“...me dio como lástima al verlo, tirao como un trapo, y por otro lado, una rabia que pa qué, porque a ver ahora cómo se lo decía yo a mi madre...”*

En la etapa de repliegue (Macías, 2002), lo primero que se aprecia claramente son sentimientos de culpa.

*“...al principio... como he dicho, apenao y enrabiao con él; también se me ha pasao la idea de que a lo mejor yo que era el mayor de los hermanos podía haber intentado hablar con él... que no bebiera tanto, sonsacarle para que hablara de si le pasaba algo, son cosas que todavía me vienen a la cabeza”*

Otro sentimiento que se deduce del discurso de M. y que aparece con posterioridad es el *alivio*. En este sentido, es necesario aludir a Parkes y Weis (1983), quienes expresaron que el alivio es frecuente que aparezca cuando la persona fallecida ha mantenido, como luego veremos, una relación difícil y prolongada en el tiempo con el superviviente.

*“...el tiempo ... supongo que lo cura todo...me da hasta cosa de decirlo, pero prefiero ver a mi madre llorar de pena que verla llorar por los berrinches que le daba ...”*

*“...con el tiempo lo que pienso es que quien más ha perdido ha sido él y ahora mi casa está más tranquila. Me da no sé qué decirlo, pero es así.”*

También en esta etapa de repliegue se observan pensamientos obsesivos acerca de imágenes sobre el fallecido, acompañados de trastornos del sueño; síntomas que, de otro lado, son característicos del duelo por suicidio.

*“... no necesito cerrar los ojos para verlo...”*

*“...me venía y me viene, cuando lo vi en la viga y otra cosa que me viene es el sonido del porrazo que pegó contra el suelo cuando le corté la cuerda, fue como cuando dejas caer un saco, que no tiene vida..., lo menos me tiré un mes sin poder dormir..., me despertaba sobresaltado y luego seis o siete meses que no me podía quitar de la cabeza la imagen esa”.*

Así pues, parece que el recuerdo acerca del suicida está más relacionado con su muerte que con acontecimientos de su vida, apreciación que supone una clara diferencia con respecto a otro tipo de duelos. Destacamos, además, el hecho de que en ningún momento del discurso M. utiliza palabras como “suicidio” o “ahorcamiento”; es decir, esquiva ponerle nombre al suceso. Las veces que en el discurso ha hecho explícita la forma es utilizando frases textuales del padre.

*“...mi padre lo hizo con 50 años y el suyo con 60, y además de la misma manera...”*

*“...pues no ha dicho veces..., un día voy a coger un ramal y me voy a colgar...”*

Posteriormente, M. entra en la tercera fase y última, denominada de recuperación o reconstrucción, en la que el suceso traumático se utiliza como una experiencia a tener en cuenta en el futuro proyecto de vida.

*“... yo ahora veo la vida más o menos como antes, sólo que le tengo más respeto al alcohol...sigo relacionándome igual...”*

No obstante, en este caso se observa que la verdadera protagonista del duelo y la más protegida en el seno familiar fue la madre de M., pues, de hecho, cayó enferma tras el suceso, circunstancia que, por otra parte, es muy frecuente que aparezca en el cónyuge del fallecido (Spralt y Deni, 1991); Zisook, 1994). Por ello, no es de extrañar que M., al igual que sus hermanos, se dedicaran a consolar a su madre, desviándolos de sus propias emociones y haciendo que la familia se uniera, se ayudara mutuamente y vivieran juntos el duelo.

*“...mi madre se puso peor de depresión..., y se puso peor con el azúcar.”*

*“Mis hermanos también me ayudaron, ha sido de las pocas veces que de mayores hemos estado juntos para que mi madre no sufriera tanto y yo creo que eso también me ha ayudado a mí de alguna manera.”*

### 1.1.2. Variables que modulan el duelo

Aunque el parentesco de este joven, hijo del suicida, pudiera sugerir a priori dificultades importantes en la elaboración del duelo, nos encontramos que su afectación emocional y conductual está muy determinada por diversas condiciones y dimensiones personales que imprimen cierta individualidad al proceso.

Una de ellas es el tipo de convivencia y vinculación que mantenía con el padre; la existencia de relaciones familiares disfuncionales y con signos de maltrato fue determinante para que M. considerara la muerte de su padre como una consecuencia lógica de su vida descontrolada a causa del alcohol y percibiera su pérdida más como un alivio que como un pesar.

*“el tema del alcohol, por ejemplo, de mi padre fue su perdición, bueno la de él...y la de mi madre porque le daba muy mala vida cuando venía bebío, le decía todo lo que se le venía a la cabeza, como burrerías y nosotros desde chicos hemos visto to eso... las panzas de llorar que se pegaba mi madre...”*

Define al padre como machista, brusco, distante, seco, testarudo, inflexible, impulsivo, con conductas adictivas e irresponsable, aunque en el fondo lo justifica echándole la culpa al alcoholismo.

*“...era muy atascado, muy arisco...”*

*“Yo no me acuerdo de que me haya dao un beso en mi vida, correazos sí, pero besos no. Y con mi madre, igual de seco”*

*“...el caso es que en la calle no tenía tanta mala sombra..., se ve que en el bar le ayudaban a consolarse... se le olvidaba todo”*

Así pues, las experiencias positivas con el padre han sido prácticamente nulas, exceptuando el recuerdo de M. de su vinculación afectiva y apego con él cuando era muy pequeño, ya que por ser el mayor de los tres hermanos le concedía algún privilegio.

*“pues yo de chico chico, me acuerdo que me gustaba que me llevara en el tractor, como era el mayor... pues me llevaba”*

Sin duda, si seguimos el planteamiento de Tizón (1998), el sentimiento de culpa experimentado por M. se ha visto incrementado por la existencia de relaciones problemáticas con el fallecido o, siguiendo a Macintosh y Nelly (1993), por el hecho de que el suicidio haya ocurrido en un contexto de conflicto interpersonal entre el fallecido y el propio superviviente.

*“...es que nos dio muy mala vida....”*

*“....después de una discusión por la noche con mi madre y conmigo...,pegó un portazo y dijo que se iba al bar ..., a la mañana siguiente..., ya estaba muerto”*

Asimismo, el proceso de duelo, y su propia vulnerabilidad al suicidio, están mediatizados por sus rasgos de personalidad, ya que, gracias a su carácter extrovertido y optimista, M. tiende a drenar los conflictos más que a interiorizarlos como le sucedía al padre.

*“Yo soy el más cachondo...que me gusta salir y entrar...”*

*“...soy más optimista que mi padre...”*

No obstante, él mismo reconoce, y así también se lo hacen ver sus allegados más próximos, que su tendencia a la impulsividad puede conducirle a comportamientos peligrosos, si bien este rasgo lo minimiza con expresiones de autoconfianza.

*“Yo controlo, sólo tengo un pronto malo, pero se me pasa al ratillo. Mi novia se mosquea a veces por eso, porque más de una vez me he metido en una bronca. Dice que tengo poca correa y que me mosqueo pronto, pero es que a mí me gusta ir con la verdad por delante y la gente no va a lo mismo”*

También parece un chico consciente por propia experiencia familiar de las nefastas consecuencias del alcohol. De hecho, M. decidió volver al pueblo desde Ibiza, donde llevaba trabajando dos años, al sopesar las ventajas e inconvenientes de dicha estancia, pues intuía que el alcohol y la vida “descontrolada” que llevaba suponían grandes factores de riesgo:

*“Después, cuando me fui a Ibiza de camarero...había mucho vicio y yo me veía que iba por muy mal camino...y dije:” me voy de aquí, que soy capaz de hacer cosas de las que luego me voy a arrepentir”*

Así pues, la toma de conciencia del alcohol como factor predisponente a la pérdida del control se convierte en un factor de protección para M., así como el apoyo de su pareja y la dependencia hacia la madre, pues, aunque nuestro entrevistado la ve como objeto de protección, en realidad está actuando como protectora al generarle sensación de utilidad.

*“...mi madre tiene hincha a la bebida y me dice que voy a parecerme a mi padre..., yo sé que no, yo control.... Le tengo más respeto al alcohol....”*

*“ ...mi novia siempre estuvo a mi lado.... Y también me ayudó mucho tener que consolar a mi madre...”*

Estos rasgos de carácter han contribuido a que M. realice, como hemos visto, un “duelo normalizado”, aunque ello no le exime de la existencia de cierto riesgo suicida. Efectivamente, siguiendo a Blumenthal (1990), su situación presenta otros factores que pueden predisponerle a una conducta suicida: dos antecedentes familiares en parientes muy cercanos y algunos rasgos de personalidad alterados, si bien por los datos de que disponemos no podemos saber hasta qué punto conforman un trastorno psiquiátrico estructurado.

*“...a mí también se me había cruzado por la cabeza quitarme de en medio después de alguna bronca ...a veces me da miedo por si se me va la cabeza en un momento y aunque no quiera lo haga.....”*

*“...vamos, que hasta mi novia me ha dicho alguna vez que si a mí me diera por pensar eso, llegaré a hacerlo...”*

De otra parte, la elaboración del duelo está muy influenciada por la percepción sobre las condiciones y motivos del suicidio del padre. Según M., las amenazas de suicidio del padre eran asiduas, aunque en muchas ocasiones también las alternaba con otras dirigidas hacia los propios miembros de la familia.

*“...pues no ha dicho veces... “un día voy a coger un ramal y me voy a colgar”, hasta que lo hizo, pero que también había dicho otras veces que iba a prender fuego a mi casa con todos dentro...”*

Asimismo, en su discurso nos revela que el suicidio fue la consecuencia inmediata de su carácter y de sus costumbres. En este sentido, piensa que los factores precipitantes fueron el exceso de alcohol y la mala vida que llevaba.

*“...últimamente...cada vez estaba más metido en las bebidas y en las cartas...”*

Estas circunstancias provocan un alto grado de hostilidad hacia la forma de morir del padre, sobre todo porque el suicidio de éste fue vivido como una agresión a la familia y, en particular, a la madre, con la que M. sí tiene una fuerte vinculación emocional.

*“...yo creo que fue por rematar a mi madre. Porque después de la vida que le dio, también, hacerle pasar por lo que está pasando y por la vergüenza que nos hizo pasar a todos... el perdió más que ninguno, pero anda que nosotros el año que llevamos...”*

Si nos atenemos al modelo de Blumenthal (1989), observamos que se pueden encontrar en este caso algunos de los rasgos comunes que este autor señala en todos los suicidios: la comunicación de la intención, la congruencia del acto suicida con los patrones de afrontamiento utilizados a lo largo de la vida, la consideración del suicidio como una acción de huida y la agresión externa introyectada (hostilidad).

Igualmente, en este caso se corrobora la idea del autor de que conforme aumentan los factores de riesgo, también lo hace la posibilidad de suicidio, pues, efectivamente, el fallecido reunía bastantes elementos de riesgo o vulnerabilidad: antecedentes familiares de suicidio, alcoholismo, impulsividad, agresividad, poca expresión de emociones positivas, inflexibilidad, autoritarismo, etc.

Por último, otra de las variables que claramente determina la vivencia de duelo es el apoyo intra y extra familiar recibido. Un elemento común a todos los suicidios, y que en este caso también apreciamos, es la estigmatización social de la familia del suicida como un elemento importante que dificulta el desarrollo del duelo.

*“... esto lo llevas ya para toda la vida...”*

*“...aunque no te lo digan a la cara, pero se nota que lo piensan, parece como que te señalaran...”*

*“...una enfermedad te viene; un accidente... lo ves como más normal...la gente lo ve también así...te miran con más cariño y no lo hacen con el rabillo del ojo como diciendo ¿qué pasaría en su casa? ...”*

Los comentarios externos a la familia agravan, sin duda, el sentimiento de culpa, al aludir directamente a los antecedentes familiares de suicidio y, por tanto, a las posibles intervenciones que se podrían haber llevado a cabo para haberlo evitado.

*“...la gente también parece que se ensaña con estas cosas. Preguntando por qué lo hizo...eso no te ayuda, al contrario...mi familia y yo estábamos como avergonzados y, además, empezó la gente a sacar que como mi abuelo también lo había hecho.., que eso venía de familia y nos miraban con una cara de mosqueo...”*

Según Worden (2004), en la muerte por suicidio existe más estigmatización que en el resto de otros fallecimientos y este estigma es percibido por los familiares como un punto de inflexión en sus vidas, ya que contribuye en cierta medida a un cambio de identidad; esto es, a partir de ese momento pasan a ser “ la madre de un suicida.”, “el hijo de un suicida”, etc.

Es esta percepción la que lleva al entrevistado a sugerir la presencia de apoyo de especialistas a fin de ofrecer formación y/o información tanto a los sanitarios como al entorno sociofamiliar del fallecido; de esta manera, se evitaría que las peculiaridades de este tipo de muerte no predeterminaran más de lo necesario a los allegados más próximos.

*“... porque por lo menos alguien podía entender de verdad lo que te pasa...”*

*“... a mi madre la tuvimos que traer a Salud Mental, primero la llevamos al médico del ambulatorio y él nos dio un volante para venir al especialista...”*

*“Debería haber más especialistas, para informar de todos estos temas a la gente en general y a los familiares, para que no caigan en la depresión, por ejemplo, que cogió mi madre”*

De hecho, se observa cómo una simple entrevista en la que se le permite dejar al descubierto sus emociones ha supuesto para él un drenaje y la ruptura de un silencio que le ahogaba. Para expresarlo utiliza una metáfora muy descriptiva:

*“...pues como si tuviera algo atrancao en la garganta y al toser se desatranca...”*

Desde una perspectiva intrafamiliar, habría que destacar el apoyo de su pareja, así como el de la familia más directa, ya que han actuado como elementos facilitadores en la resolución del duelo.

*“...pues mi novia y mis hermanos también me ayudaron, hemos estado juntos y eso me ha ayudado a mí...”*

## **1.2. Análisis de la segunda entrevista**

Sexo: mujer

Edad de la entrevistada: 69 años

Parentesco con el suicida: madre

Forma del suicidio: disparo con escopeta

Tiempo transcurrido desde el fallecimiento: veinticinco meses

C. es madre de seis hijos. Actualmente vive en la misma ciudad a la que se trasladó cuando se casó y se dedica por completo al cuidado del marido y de los hijos. Su familia es de un nivel socioeconómico medio y ella se ha encargado siempre de administrar el hogar, soslayando los problemas cotidianos ante el marido, llevando el peso de la dinámica familiar y escuchando las confidencias de sus hijos.

### 1.2.1. Proceso de duelo

Siguiendo las etapas del duelo que describe Macías (2002), C. pasa por la primera fase de impacto, en la que la ansiedad es la emoción predominante, produciéndose también un estrechamiento de la conciencia; después, irrumpe en la fase de depresión o de repliegue que, si bien su duración es de aproximadamente un año como máximo, en este caso parece haberse instalado en C., convirtiendo su duelo, según la clasificación de Bourgeois (1996), en un duelo prolongado.

Efectivamente, se observa cómo la sintomatología depresiva se mantiene en esta mujer más de un año, debido, entre otras razones, a una fijación desmesurada en el fallecido y en las causas de su muerte, impidiéndole retomar su vida habitual; no obstante, también aprecia el paso del tiempo como una circunstancia favorecedora, aunque sólo de forma parcial y relativa.

*“...yo creo que me volví loca ... no atinaba...”*

*“...no sé como sigo viva!...”*

*“...recuerdo con intensidad el ruido de su furgoneta...todavía lo veo debajo de la noguera...”*

*“...él no era capaz de darnos un disgusto así...”*

*“...no es lo mismo que los primeros meses o que el primer año, pero a mí me sigue faltando un trozo de corazón y me faltará hasta que me muera...”*

También aparece en C. la “exacerbación emocional” (Burgeois, 1996) que se produce en la fecha de aniversario de la muerte, ya que ella conmemora todos los meses el día en que ocurrió el suicidio. Según se desprende de su discurso, este comportamiento lo utiliza como sustituto de la expresión verbal, ya que no se habla cotidianamente de él, y, por tanto, como drenaje emocional.

Sin embargo, la frecuencia con que realiza esta conducta le inmoviliza y no le permite avanzar por las sucesivas fases del duelo. Además, el cambio total en sus costumbres, actividades y perspectivas acerca de las cosas cotidianas están marcando con claridad “un antes y un después” en la vida de esta mujer.

*“...se evita hablar en general, lo que sí hacemos es una misa el día 14 de todos los meses...”*

*“...te cambia todo, las cosas que antes te parecían un mundo, ahora las veo como tonterías, ya no tengo ganas de nada...”*

*“...ya nunca vuelve a ser igual...yo estoy muy mal, a mí me ha hundido por completo y desde hace un año estoy en tratamiento para la depresión...”*

De otro lado, aparecen sentimientos de enfado y de rabia cuando se le pregunta por qué su hijo se suicidó, pero los describe de manera más firme y rotunda en el marido; ella, por el contrario, tiende a introyectar la hostilidad que siente hacia el hijo sobre sí misma a

través de la inculpación, planteándose una posible sobreprotección y, por tanto, poniendo en tela de juicio su papel como madre.

*“...mi marido está como enfadado con él...”*

*“...a lo mejor yo como madre tendría que haberlo dejado un poco más de pequeño para que aprendiera a defenderse mejor y no que siempre, por evitarle sufrimientos y que se pusiera peor del asma, estaba más pendiente.”*

Además, siente una intensa sensación de frustración y de fracaso de rol al no haberse percatado en su momento de la angustia que invadía a su hijo.

*“ la amargura que tendría y yo sin darme cuenta...”*

La culpa intensa y los frecuentes auto-reproches han tenido sus consecuencias sobre la salud física y mental de C.: disfunción del patrón del sueño, alteraciones somáticas, incredulidad, confusión y alteraciones sensorio-perceptivas relacionadas con el anhelo del reencuentro con el hijo (Parkes, 2001).

*“...es para volverse loca, yo no me lo podía creer, pensaba que de un momento a otro iba a entrar por la puerta, escuchaba el motor y me parecía que era igual...soñaba con él, pero como si estuviera vivo y luego me despertaba y se me venía el mundo encima...”*

*“...yo lo único que hacía era llorar, no podía comer y si dormía era por las pastillas...lo único que quería era volver a ver a mi hijo, que entrara por la puerta como aquella mañana...¡no me lo podía creer!”*

*“...al principio de pasarle me quedaba como endormizcá y me despertaba sobresaltá porque estaba segura de que me estaba llamando...”*

*“siempre he tenido la tensión baja pero desde entonces me dan unas subidas...he perdido un montón de kilos...y ya no tengo ilusión por nada...”*

También alberga miedos respecto a la posibilidad de que otros miembros de su familia se suiciden y, más en concreto, ante la posible existencia de alguna causa biológica que pueda afectar en un futuro a los hermanos. De nuevo, este pensamiento le genera dudas acerca de su efectiva capacidad de protección

*“Pues ya dudas de todo, si lo estás haciendo mal, si veo a mi marido muy callado, algunos días me da por pensar si se le estará pasando por la cabeza ideas de esas y yo no me estaré dando cuenta, o si alguno de mis hijos tiene problemas y le da por hacer lo mismo...”*

Por otra parte, y tal como apuntaba Montoya (2003), esta mujer siente la pérdida de su hijo como un desgarramiento o amputación y ve en su muerte una inversión de la ley natural. Sin duda, ello añade más elementos adversos para un desarrollo normal del proceso de duelo.

*“... un hijo es un hijo y cuando lo pierdes se va un trozo de ti...”*

*“...es lo más horroroso que te puede pasar, que un hijo se te muera, los padres no debíamos de enterrar a los hijos...”*

### 1.2.2. Variables que modulan el duelo

En este caso, la forma de elaboración del duelo está fundamentalmente mediatizada por ser la entrevistada la madre de un suicida de 40 años. Este hombre, aunque tenía una familia propia (mujer y dos hijos), continuaba manteniendo una estrecha vinculación con su madre, sin evolucionar significativamente desde la infancia.

En el discurso de esta mujer se constatan ciertos rasgos de dependencia del hijo fallecido hacía los padres, y, sobre todo, un vínculo especial con la madre; incluso, ella reconoce haberlo potenciado para no agravar así el problema físico respiratorio del suicida.

Efectivamente, el hijo tomaba pocas decisiones personales y, en bastantes ocasiones, había requerido la ayuda económica de sus padres, contando, asimismo, con el importante y permanente consuelo emocional de la madre.

*“...no le gustaban los estudios y su padre le montó un negocio...”*

*“... era el más caserillo de todos. Si tenía algún problema era a mí a la que me lo contaba...”*

*“... por evitarle sufrimientos y que se pusiera peor del asma, estaba más pendiente.”*

No obstante, la dependencia era recíproca, se potenciaban los roles mutuamente hasta el punto de que ella ha llegado a tomarse como un “agravio personal” el suicidio del hijo “ más protegido” .

*“...hay que ver, lo que es una madre, que te crees que estás haciendo lo mejor del mundo para tus hijos y luego mira; yo creía que si algo le pasara me lo iba a contar a mí antes que a nadie porque era muy madrero, y ya ves para lo que le he servido..., para nada...”*

*“ ¡cómo me ha hecho esto, si me lo contaba todo!, más que a su mujer según me decía... era el más cariñoso...tenía más consuelo con él que con mis hijas”*

De otro lado, su hijo tampoco mantenía unas relaciones adultas con su pareja, ya que era la mujer la que marcaba las prioridades respecto a las necesidades de la casa:

*“...su mujer es más dispuesta y él como era tan buenísimo, todas las decisiones de la casa se las dejaba a ella...su mujer le hizo que comprara una furgoneta de segunda mano y que se metieran en un coche nuevo para toda la familia.”*

Estas circunstancias, sin duda, complican el proceso de duelo, sobre todo por la sensación de C. de haber fracasado en su rol como madre. No es de extrañar, pues, que siga “atrapada” en la segunda fase del duelo donde la ambivalencia emocional (tristeza, culpa, sensación de abandono, hostilidad hacia el hijo, etc.), derivada de la consideración del suicidio como un agravio hacia ella después de tantos años de entrega, es manifiesta.

Igualmente, su malestar emocional es una consecuencia de su percepción de fracaso al no haber previsto o advertido las señales que presagiaban ese final, así como de su creencia de no haberle proporcionado la suficiente protección para evitar una conducta tan extrema.

Otra de las variables que claramente influye en el proceso de duelo vivido por esta mujer es sus características y rasgos de personalidad. En este sentido, C. posee un sistema de valores muy tradicional inculcado en el seno de una familia burguesa de clase media con la que siempre ha mantenido una buena relación.

Más en concreto, la madre le ofreció un modelo de vida impregnado de creencias religiosas, conformando así un carácter acorde con lo que se esperaba de ella.

*“...si yo te contara,... he sacado mi casa con seis hijos y mi marido palante y ha habido de todo. Dios me ha ayudado mucho, yo siempre le pedía a la Virgen y ella me ayudaba con toda la carga. Mi marido es un hombre bueno...pero harto de trabajar y yo por no darle más disgustos, he sido la que ha resuelto los problemas, mis hijos me contaban todo a mí...”*

También se observan unas actitudes y comportamiento acordes al estereotipo femenino convencional.

*“...el mayor hizo abogado, y el otro aparejador.....yo me metí en Magisterio pero no llegué a terminar...me gustaba ayudar en casa, bordaba...mi madre me enseñó a cortar pantalones...”*

Por encima de las decisiones personales y circunstancias económicas conflictivas, para C. impera la voluntad divina, por lo que deja en manos de Dios, con resignación, el destino de todos. Esto le supone un importante soporte y apoyo en la vivencia de sufrimiento.

*“...por desgracia, Dios me tenía guardado este sufrimiento....”*

Con respecto a su percepción sobre las condiciones y motivos del suicidio, del discurso elaborado se desprende que la responsabilidad de lo acontecido la reparte entre una posible enfermedad psíquica no detectada y la vergüenza derivada de algún problema económico.

*“...cada vez estoy más segura de que tenía su cabeza trastornada...qué agobiaico tendría que estar....”*

*“...su padre le había prestado... pero se ve que ya le dio vergüenza y echó por el camino que no debió de echar...”*

La única afición que absorbía al hijo y en la cual invertía bastante tiempo, dinero y viajes era en el cuidado de las palomas. Este hobby, por un lado, podría suponer una búsqueda de su individualización, pero también, por otra parte, constituía un factor de riesgo al suponer una fuente de gastos importantes.

*“...muy entusiasmado con sus palomas, ...las criaba..., las vendía, las compraba...casi siempre estaba limpiando o echándole de comer, pero no tenía vicios ninguno,...no tenía más empeño que comprarse una furgoneta para llevar y traer a sus palomas, porque iba a comprarlas a Murcia, a Albacete o a donde se presentara...”*

Otra área de vulnerabilidad y riesgo era su precaria salud física; si bien no sabemos en qué medida actuó, es un factor biológico que podría haber influido alterando algunos neurotransmisores o provocando disfunciones en el pensamiento y en la conducta.

*“...era asmático y tenía que estar yendo y viniendo a urgencias con frecuencia...”*

Por otra parte, también pudo actuar como factor precipitante el suicidio de un conocido un mes antes de que él lo hiciera, ya que había expresado su empatía con los pensamientos del fallecido acerca de las dificultades de hacer una vida normal a causa de su dolencia física. De hecho, la Organización Mundial de la Salud ya alertó en 1996 sobre “la contagiosidad” y los efectos imitativos del suicidio.

*“ ...a mi hijo le afectó mucho porque me dijo que dos o tres días antes había estado hablando con él y le había dicho que quería comprarse un coche como el suyo pero que lo iba a conducir su mujer porque a él le daban ataques epilépticos desde chico y aunque estaba con tratamiento no se fiaba...”*

Así pues, si seguimos el modelo de Blumenthal (1990), parece que en el hijo de C. se dieron todas las circunstancias necesarias para que éste se planteara la posibilidad de un suicidio: diversos factores de riesgo, exposición a una experiencia humillante y tener a mano el medio con el que poder consumir la conducta suicida.

*“ maldita escopeta, que la tenía mi marido para cazar y él se la había llevado allí, a donde tenía las palomas, por si alguien intentaba robarle o asustarlo, y mira por donde...la escopeta.”*

Por último, nos gustaría reseñar la influencia determinante que ejerce el entorno social y, concretamente, el apoyo intra y extra familiar sobre la vivencia de duelo de esta mujer. Para C., como ya hemos comentado, las creencias religiosas constituyen el elemento básico para explicar el devenir de la vida y la llegada de la muerte; si ocurre una desgracia se argumenta que es por designio divino, siendo, asimismo, la protección de Dios el recurso más valioso para soportar el sufrimiento.

Desde este enfoque, entendemos cómo, junto con la familia más cercana, el sacerdote se convierte en una de las figuras más importantes de apoyo y consuelo para esta mujer a lo largo de su proceso de duelo.

*“...mis hijos, mi marido, el sacerdote que siempre me daba ánimos y me decía que Dios le habría mandado alguna enfermedad y por eso lo hizo, y la Virgen que siempre está conmigo...”*

*“...los primeros años me ayudaba el sacerdote, él era mi mejor médico...”*

Respecto al entorno social, piensa que, en la mayoría de las ocasiones, la gente adopta una actitud de apoyo meramente formal y, en otras, incluso se produce un alejamiento de los familiares del fallecido; en este sentido, C. interpreta como abandono el distanciamiento de algunos amigos, aunque lo atribuye a su ignorancia acerca de cómo ayudarla.

*“..la gente va a lo suyo...en estos casos los únicos que te dan consuelo son tus hijos porque los demás tienen su vida”*

*“...aunque parezca mentira, hubo algunos matrimonios amigos...que después del funeral no han vuelto... lo mismo es que les daba reparo.”*

De otro lado, cree que el apoyo sanitario recibido no ha sido muy efectivo, aunque opina que debería de ser un ámbito de intervención importante, sobre todo en lo relativo a la formación sobre el duelo por suicidio, tanto al entorno de las familias como a éstas mismas.

*“... después, cuando caí más todavía me mandaron al psiquiatra en el Centro de Salud y aquí estoy que no levanto cabeza ni con tratamiento ni con nada...”*

*“...explicarles por parte de los médicos porque hacen las personas estas cosas y como se podría pillarlas a tiempo...”*

También es explícita cuando expresa su creencia de que la absoluta comprensión de los hechos y la verdadera capacidad empática sólo se pueden producir entre familias que hayan pasado por similares circunstancias.

*“...la mujer y los padres del muchacho que había muerto un mes antes que mi hijo...eran los únicos que sabían lo que es esto...”*

Por último, las consecuencias de la estigmatización aparecen de forma relevante en la entrevista, acrecentando el dolor y los sentimientos de vergüenza de C.

*“... era una bella persona, nadie se explica...por eso la gente empezó a cotillear sobre que se habría metido en algún asunto de dinero y no supo salir de ahí...”*

*“como tanto se ha dicho y tanto se estuvo hablando ...”*

*“...hace poco fue la misa porque hacia tres años que se murió y todavía la gente recela y me pregunta con un tonillo de cotilleo...”*

*“...es como si tuvieras que avergonzarte de algo...”*

### **1.3. Análisis de la tercera entrevista**

Sexo: Mujer

Edad de la entrevistada: 33 años

Parentesco con el suicida: esposa

Forma de suicidio: ingestión medicamentosa voluntaria (IMV)

Tiempo transcurrido desde el fallecimiento: 30 meses

A. tiene 33 años, trabaja como enfermera en un centro sanitario y es madre de dos hijas, de cinco y tres años de edad. Conoció a su marido en Barcelona cuando ambos realizaban sus estudios universitarios de enfermería; durante ese tiempo, ella pasó de ser una persona sociable a tener una vida de pareja casi excluyente, con contactos sociales bastantes escasos.

Finalmente, acabaron viviendo en la ciudad natal del marido, pues ella anteponía las preferencias de éste a las suyas. Él se suicidó hace tres años y medio, cuando A. estaba embarazada de cinco meses de su segunda hija.

### 1.3.1. Proceso de duelo

Atendiendo a las etapas del duelo que recoge Macías (2002), A. pasa primero por una fase de impacto o impasibilidad en la que hay una sensación de embotamiento y la presencia de una conducta semiautomática.

*“...no podía ni llorar...estuve así como ida hasta después del entierro...”*

Posteriormente, se sitúa en la etapa de depresión o repliegue, que en este caso se prolonga excesivamente, pues transcurridos 30 meses aún permanece fijada a un estado de soledad interior, expresando su pesimismo hacia el futuro y el cambio radical que han sufrido su visión de la vida y sus costumbres.

*“...cambió todo, yo ya no soy la de antes..., antes no era religiosa, pero ahora sí que de verdad no creo en nada “*

Vemos como esta esposa hace una regresión o repliegue dejándose cuidar por su madre, volviendo a su anterior rol de “hija” y estableciendo una relación de dependencia materna como cuando era niña.

*“...mi madre se vino desde el primer día, ella, viuda y con coraje, es la que ha tirado del carro de esta casa, no sé lo que hubiera hecho sin ella, por eso, si tiene genio...no tengo más remedio que aguantarme y dejar que ella dirija.”*

A este respecto, Tizón (1998) decía que, entre otras características, el ser cónyuge del suicida puede influir en el proceso de duelo de forma determinante. También Raphael y

Maddison (1976) destacaban el caso de las viudas jóvenes con hijos como parte de la población más vulnerable en un duelo.

Por su parte, Sprat y Denny (1991) y Zisook (1994) ya advirtieron del incremento del interés científico sobre el duelo por la muerte del cónyuge, ya que dicho duelo no sólo exacerba la morbilidad física, sino también la psiquiátrica. Por último, Stroebe (1993) concluye en sus estudios que el riesgo de muerte aumenta claramente en el caso de las personas que han perdido a un ser querido, siendo la relación entre el duelo conyugal y la mortalidad una de las áreas más investigadas.

En esta línea, podemos afirmar que el proceso que ha seguido el duelo en este caso presenta una serie de características (ya descritas por Worden, 2002) que lo convierten en patológico, máxime si tenemos en cuenta las circunstancias en las que se produjo la muerte.

En concreto, nos referimos al relato sobre cómo desapareció el marido, a la angustia interminable, al presentimiento de que sucedería algo catastrófico y a la manera de recibir la noticia (por teléfono y con todo tipo de detalles sobre el lugar, la posición, etc. del fallecido cuando cometió el acto suicida).

*“...fue muy duro..., lo peor que me ha pasado en la vida ...estuvo tres días que nadie sabíamos nada de él...me llamaron por teléfono ...diciendo que se lo habían encontrado muerto en el coche ...en el asiento de atrás ...la muerte se había producido por una dosis masiva de insulina...y... de hipnóticos”*

Así, observamos cómo A. presenta alteraciones ya apuntadas por Worden (2002): sensaciones físicas (como debilidad muscular y falta de energía), despersonalización, pensamientos de incredulidad y rumiaciones obsesivas con alteraciones de conducta como el aislamiento social, la pérdida de interés o la soledad.

*“...cuando me lo dijeron por teléfono, me dio una lipotimia, no podía ni llorar, me entró una flojera en todo el cuerpo, que los pies no me sostenían...el médico me dio un sedante, pero apenas me hizo nada ...parecía como si no me estuviera pasando a mí “*

*“...estuve muchos meses de baja por depresión ...”*

*“...me he pasado mucho tiempo repasando los últimos días, las últimas semanas”*

*“...me viene con intensidad la foto y las llaves al abrir la puerta; mi niña oía las llaves y le llamaba: ¡papá, papá!...”*

*“...ahora estoy como en un letargo, pasan los días y me da igual, no disfruto como debería... y me doy cuenta de que estoy muy sola; ellas van creciendo y cada vez echo más de menos a su padre para tomar decisiones sobre ellas o alegrarnos juntos cuando hacen algo...”*

Asimismo, destacan los sentimientos de traición y abandono (Echeburúa, 2004) expresados en frases como:

*“... ¿cómo estaría para no llegar a conocer a su hija?”*

*“...si estaba tan mal por dentro ¿cómo tuvo la paciencia de hacerse una foto ..., de escribir una carta...de planearlo todo...”*

*“...¿cómo estuvo para hacer eso?...¿es posible que una persona que lo tuviera todo tan planeado fuera capaz de mirar y sonreír así?...¿verdad que no tiene explicación?”*

En esta línea de discurso, aparece clara y contundentemente la diferencia con respecto a otros tipos de muerte y, como consecuencia, las peculiaridades del duelo por suicidio:

*“...yo creo que tan importante es la forma de vivir como la forma de morir “*

*“...yo no soy una viuda como otras, sino que lo soy porque mi marido así ha querido que lo fuera “.*

También el sentimiento de culpa se muestra de forma relevante por no haber detectado oportunamente las señales que presagiaban lo que ocurriría, por no atender las llamadas de atención del esposo, así como por no haber logrado su confianza para que le manifestara sus ideas suicidas.

No obstante, en este caso, la culpabilidad la ocasiona sobre todo el no haber tomado una medida a tiempo a pesar de las manifestaciones de un posible deterioro de su salud mental.

*“... yo que veo sufrir a la gente todos los días y sin embargo no pude ver el sufrimiento que había en mi propia casa...”*

*“...estaría mal de los nervios, muy mal, y yo en el limbo, creyéndome que todo iba estupendamente... “*

A la secuencia de sentimientos y conductas alteradas que Echeburúa (2004) nos señala, también se añade el miedo a la posible vulnerabilidad de los descendientes a cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental, tendiendo a la sobreprotección de los mismos.

*“...me da pánico que eso sea hereditario, que mis hijas, de mayores, hagan algo parecido. Nada más que oír la palabra depresión o trastorno mental, ya me creo que cuando lloran o están tristes como todas las niñas, tengo que estar al cuidado de que no vayan a heredar algo de su padre”*

*“ ...el tiempo ha hecho algo, pero lo que más fuerza me ha dado para seguir viviendo y no irme con él, han sido mis pobres nenas...”.*

### ***1.3.2. Variables que modulan el duelo***

El aspecto más destacable es que esta entrevista está realizada a la esposa de un suicida, la cual, además de tener una niña de corta edad, estaba embarazada de 5 meses cuando su marido se suicidó.

Si nos centramos en las características de la convivencia familiar, se observa que la vinculación que A. tenía con su marido era de un apego importante, estableciéndose entre ambos una mutua dependencia que excluía otros contactos sociales. Ella, que se autodefinía como optimista y segura, adoptó la misma línea de comportamiento del marido, conformando una pareja que, desde que eran novios en la carrera, solían ir siempre solos.

*“ Nos pasamos la carrera como pareja, siempre salíamos los dos; él decía que si estábamos tan agusto juntos, sobraba todo el mundo”*

El concepto que tiene de él es el de una persona pesimista, introvertida, retraída socialmente, conformista, poco asertiva, pero, a la vez, bastante inteligente, perfeccionista y trabajador. Ella nunca entendió esos rasgos como signos de alguna alteración psicopatológica, sino más bien como características de personalidad diferentes a las suyas.

*“Él era una persona bastante distinta a mí, pesimista, tremendista, siempre estaba agobiado y temiendo que le fuesen a suspender; ...era muy inteligente...pero se tenía por una persona del montón “ .*

*“...nosotros, como pareja no éramos de hablar mucho, pero tampoco había notado yo que tuviéramos problemas “*

Posteriormente, se fueron a vivir a la ciudad donde él nació influenciados por la añoranza que el marido tenía de la misma. Sin embargo, la adaptación al entorno no fue dificultosa debido a los escasos contactos sociales que éstos mantenían, aunque ella echaba de menos a sus parientes más cercanos y notaba la diferencia de costumbres respecto a su propia ciudad de origen.

*“ ...toda su ilusión era volver a Andalucía..., nos vinimos hace ocho años ...solicitamos una interinidad ...yo también me coloqué...nos habíamos comprado una casa...”*

*“Cuando me vine de tan lejos, el calor de mis hermanos y de mis padres no era igual que el de antes y entonces me tocó a mí acostumbrarme a otro tipo de vida y a otras costumbres...”*

Con respecto a las características y rasgos de personalidad de A., hay que advertir que su educación transcurrió en Cataluña y que procede de una familia de clase media; la relación con sus padres y sus tres hermanos ha sido en general buena y relativamente fluida, sobre todo con su madre, con la que lleva viviendo tres años en la provincia de Granada y con la que, gracias a su ayuda, está elaborando su duelo.

*“ Mi madre tiene 58 años, es joven, pero ¡ tiene un carácter...! aunque ...es la que está sacando la casa adelante ..., se encarga de todo ...”*

Aunque A. se define como alegre, fuerte y extrovertida, también admite haberse introducido en un mundo más cerrado, atribuyendo este hecho a la influencia que sobre ella tuvieron los deseos y preferencias de su novio y, posteriormente, a la pérdida del esposo.

*“...siempre salíamos los dos...”*

*“...y con la familia...yo siempre he sido la que he tenido que tirar de él para juntarnos...”*

*“ ...ahora llorar, antes fuera lo que fuera, echar para adelante y afrontarlo, pero ahora no me caben los problemas.”*

La clara dependencia emocional que tenía de su marido hace que la pérdida sea desconcertante, sumiéndola en un mar de dudas y en una clara inseguridad personal. Quizás por ello, A. traslade esa dependencia hacia su madre, sobre la cual ha hecho recaer todo el peso del cuidado familiar.

En este movimiento regresivo hacia el rol de hija, se “deja hacer”, a pesar de ser consciente de que el precio que conlleva es transigir por las directrices que marca la madre, renunciando así a tomar cualquier iniciativa.

No obstante, quizás sea su percepción sobre las condiciones y motivos del suicidio del marido una de las variables que más claramente han influido en su proceso de duelo. En efecto, en el discurso elaborado por A. destaca su incredulidad ante el hecho ocurrido, pero también su constancia de que fue absolutamente premeditado y la consecuencia de una fuerte presión interior de la que ella no se percató.

Por ello, le inundan sentimientos ambivalentes de autoinculpación y de hostilidad hacia el fallecido.

*“...sentí rabia, mucha rabia; ahora ya...pena,...soledad,...he pasado mucho tiempo repasando los últimos días, las últimas semanas... para ver si me quería decir algo y yo no me daba cuenta ...”*

*“...y ahora reconozco que estaba más pendiente de mi hija y de mi embarazo que del ensimismamiento que el tenía sobre todo en los últimos meses; eso es mi pena, una pena que siempre llevaré dentro”*

*“ ...más que la gente, me importa lo que yo pienso y es que efectivamente estaría mal de los nervios, muy mal “*

*“ Dejó una carta y una fotografía, se la había hecho en un estudio fotográfico a propósito para dejármela ...en la carta me decía que lo perdonase, pero que era la única alternativa que tenía por el mal que había hecho...”*

*“ ... ¿es que una cosa así tiene explicación? ...teniendo su hija de dos años tan pequeñina, su mujer embarazada...”*

Es evidente, sin embargo, que durante toda la entrevista A. justifica, en cierta medida, el suicidio del marido, pues intuye la existencia de una alteración psicopatológica grave; en este sentido, ella misma revela un antecedente depresivo en la adolescencia del esposo y también alude a la presencia en el último año de alteraciones del sueño y aumento de la introversión. Incluso, sin llegar a concretar explícitamente amenazas de suicidio, también deja entrever el fatalismo interior en el que vivía su marido.

*“...en Barcelona, cuando nos conocimos de jovencillos, me dijo que sus padres lo habían mandado con sus tíos allí, porque cogió una depresión sin saber de qué y no salía de la casa, pero allí al estar en otro ambiente más abierto, me conoció a mí y nos pasamos la carrera como pareja...”*

*“ ...llevaba ya un año o así que no dormía bien...estaba más callado ...se quedaba ensimismado mirando por la ventana ...le gustaba ver el cielo...se relajaba con eso...”*

Como apuntaba Montoya (1992), dentro de los factores implicados en el suicidio están los trastornos psicopatológicos y los trastornos de personalidad. Así, la soledad

interior y el aislamiento social (producto de una depresión no detectada o, bien, rasgos constitutivos de la personalidad del fallecido que le conducían hacia un cuadro depresivo) sugieren un trastorno mental. Además, también presentaba trastornos orgánicos (digestivos) de tipo crónico, siendo los problemas de salud otro de los elementos señalados por dicho autor como factor de riesgo en los adultos.

De manera más concreta, en el discurso de A. se pueden identificar algunas alteraciones en el comportamiento del marido que inducen a pensar en la posibilidad de que un trastorno psiquiátrico y /o de la personalidad hayan sido el riesgo más potente e inductor del suicidio (con posibles ideas delirantes):

*“ ...después recuerdas y ya parece que tienen sentido algunas frases que decía sobre lo injusto que es que unos tengan que morir para que otros vivan o que a saber dónde estaría él cuando sus hijas se casasen ...se ve que algo ya le estaba rondando en su cabeza.”*

Por último, vemos también cómo el acto suicida es congruente con los patrones de afrontamiento y la perspectiva sobre el mundo que tenía el fallecido.

*“...tremendista,... agobiado, ...no era una persona de palabras... cuando alguien se encaraba con él... no les contestaba como tenía que contestarles y más de una vez se han aprovechado de él sin que él se defendiera ...decía ...que él no era capaz de enzarzarse así con nadie”.*

Respecto al apoyo recibido, y tal como ha sucedido en las demás entrevistas, son las personas más cercanas a la familia las que han reforzado los sentimientos de culpa que A. ya tenía, generando, asimismo, la estigmatización de la misma.

*“Todos me decían que tenía que ser fuerte...pero a la vez ...la pregunta siempre era la misma...¿qué mal tendría que estar, ¿y no teníais problemas, no?. Supongo que siempre tiene que haber un culpable y lo malo no es sólo que yo notara que la gente me mirara pensando que algo tendría que saber, sino que yo misma me he dicho mil veces que de qué me han servido los estudios ...para no darme cuenta de lo que le estaba pasando...”*

*“...a pesar del tiempo que hace, es rara la semana que alguien no saque el tema, ...en el fondo la gente cree que teníamos algún problema entre los dos y por eso se quitó la vida”*

*“ ...a los que tienes de verdad es a tu familia más próxima...”*

Igualmente, la gente del entorno actúa unas veces de forma ambivalente y otras con comentarios estereotipados y tópicos, que no ayudan a la superación del duelo y que, incluso, potencian la sensación de incompreensión por parte de todos los que no han pasado por circunstancias similares.

*“...soy sanitaria y he visto muchos sufrimientos en los familiares...aquí nadie tiene una palabra que haga quitarte esa especie de tristeza y vergüenza juntas, que te transforman para toda la vida...”*

La mezcla de sentimientos que se debaten en el doliente imprime a este tipo de duelos un carácter diferente al producido por otras muertes y marca un punto de inflexión vital en el allegado con el que más vinculación tenía la víctima.

*“...me ha marcado para siempre...”*

Con respecto a otras redes de apoyo, A. siente la necesidad de compartir su experiencia con otros familiares de suicidas por considerarlos con más conocimiento de causa que al resto de la población, aunque no encuentra el momento, ni el lugar, ni parece tener fuerzas para tomar la iniciativa.

*“...me da vergüenza ir en busca de nadie, ...lo mismo te entenderían mucho mejor o verías alguna forma de pasar por esto sin tanto dolor....”.*

En cuanto a las redes profesionales, sugiere que sería beneficioso el asesoramiento y la ayuda de personal especializado a fin de orientarla en el manejo con sus hijas, ya que éstas se ven envueltas no solo en el dolor familiar, sino también en un ambiente donde la transmisión del apoyo se realiza en un código de adultos.

*“...yo eché en falta alguien que me ayudara con la niña...se tuvo que tragar todos los llantos...y no entendía porqué todo el mundo al verla lloraban...”*

## **2. DISCURSO DE PROFESIONALES**

### **2.1. Valores culturales acerca de la muerte y opiniones sobre la muerte por suicidio**

Actualmente, en la cultura occidental se niega que “el morir” forme parte del propio concepto de “vivir”; algo tan obvio como que la vida existe en tanto es el estado contrapuesto a la muerte y parece relegado hasta el extremo de ritualizar la despedida de forma cada vez más impersonal, posiblemente para evitar más dolor y, por consiguiente, ser menos conscientes de esa separación.

*“yo creo que en la cultura occidental, la muerte se aleja lo más posible de la cotidianidad, los ritos en torno a la muerte se hacen lo más rápidamente posible, apartados además del domicilio habitual, en fin, dándose una serie de cosas que da la sensación de que la muerte y el paso por lo que es la muerte y el rito, tiene que ser lo más rápidamente posible y lo más aséptico” PSQ2 (UC)*

Lo que no se nombra no existe, dice Lacan (1957) y, en ese sentido, cuando la muerte se hace realidad y nos atañe de cerca, nos sorprende sin herramientas, sin preparación para afrontarla y en una posición de negación absoluta. Esta actitud presente en la sociedad también se refleja en el discurso de los profesionales.

*“... te refieres a esa negación que se hace en la cultura occidental que vivimos sobre el tema de la muerte, es como si nunca nos fuéramos a morir y de pronto te*

*encuentras con la muerte en presente ...bueno, ...sabemos que alguna vez nos moriremos, pero que no pensamos, parece que somos inmortales...” PSC2 (UC)*

En este sentido global de negación se encuentran también los profesionales de la salud mental cuando deben enfrentarse a la muerte de un paciente.

*“...también nosotros en ese aspecto somos un poco particulares, si la sociedad está poco acostumbrada a la muerte, nosotros también; nosotros no somos un grupo de profesionales que estemos especialmente o de ninguna manera acostumbrados a lidiar con la muerte del paciente ... “PSIQ1 (UC)*

*“...estamos muy poco acostumbrados a la muerte en general, tanto a la muerte natural como a la muerte autoprovocada...” PSIQ4 (UA)*

Asimismo, en un contexto social contaminado por las creencias religiosas, que censuran la muerte autoprovocada en todas las circunstancias, hay una equivalencia entre muerte-fracaso y vida-éxito; de este modo, la muerte no representa realmente una parte del ciclo vital, sino el fracaso del control de ese ciclo y más aún cuando es autoprovocada.

*“En la cultura occidental no se permite la muerte, no es natural la muerte, con lo cual el suicidio es mucho menos natural” PSC2 (UC)*

Igualmente, parece que la cultura científica haya contagiado a la sociedad del afán por conocer y controlar los fenómenos naturales universales y se juega a echar un pulso con la muerte, olvidándonos del concepto de lo subjetivo, de lo que puede significar la

sensación personal de “vivir”. En este sentido, en la mayoría de los países se sanciona la eutanasia, considerando que la mala calidad de vida es un criterio insuficiente para no prorrogar ésta.

*“Tenemos una aspiración cultural por mantener a las personas vivas incluso en procesos de deterioro físico, ¿no?, y eso está imprimiendo un carácter importante a la hora de que no le dejemos elegir, ahora se está cuestionando que ni siquiera se es dueño de su muerte natural o su suicidio asistido”*

*PSCI (UC)*

La legislación que regula la asistencia paliativa en España es tan imprecisa y paradójica que prohíbe el suicidio asistido, pero permite suministrar al enfermo terminal una dosis letal de cianuro si horas antes se había declarado en huelga de hambre. Por el contrario, las estadísticas del CIS, publicadas en el año 2010, revelan que un 60% de los ciudadanos creen que en España se debería legalizar la eutanasia, independientemente de su filiación política o creencias religiosas; la Iglesia parece ser, según esta fuente, la institución que se opone de forma más intensa a la eutanasia, equiparándola con el homicidio.

Por su parte, el gobierno rechazó en Mayo de 2010 la creación de una comisión para debatir este tema, argumentando que es necesario resolver primero el debate asistencial antes de abrir el moral. El problema, no obstante, es que mientras la cuestión moral parece superada, la asistencial sigue enquistada por no generar enfrentamientos con la Iglesia Católica.

Sin duda, en el auge del interés social por el derecho a morir dignamente no ha sido indiferente el fenómeno cinematográfico de películas como “Mar Adentro”, o “Million Dollar Baby”, que desde los años 80 conmovieron a la sociedad, incluso a los más escépticos.

En el discurso de los profesionales también se habla de la influencia de la religión y de cómo ésta ha impregnado nuestra cultura y ha afectado a nuestra legislación, negando a la persona la propiedad de su vida; recuerdan, incluso, como en épocas pasadas se separaba físicamente a los muertos, vetando la entrada de los suicidas a los cementerios comunes.

*“El que se suicidaba no se podía enterrar donde los cristianos, -era castigado- se enterraban fuera, pero bueno, eso era una generación que ha desaparecido de la nuestra” PSCI (UC)*

*“vivimos en una cultura judeo-cristiana, Dios es el propietario de nuestra vida y eso está ahí creyentes o no creyentes, más o menos, creo que eso está en nuestra cultura” PSCI (UC)*

Si rastreamos ahora sus opiniones sobre la muerte por suicidio, observamos que los profesionales son también parte de la sociedad y, como tales, expresan sus ideas influenciados por una cultura dominante donde se cuestiona el derecho a decidir sobre la propiedad de la vida. De este modo, se posicionan firmemente y califican el suicidio como un acto patológico, alejado de cualquier razón y desconectado de la realidad:

*“... yo si veo el suicidio como un acto loco, yo no comparto las corrientes que dicen que somos dueños de nuestra vida y si algo no gusta...yo no sé si esa elección es tan libre y tan sana...” ENF2 (UC)*

Otros opinan que se recurre de forma abusiva a sus intervenciones e insinúan que se están profesionalizando situaciones de contención emocional que, en otras épocas, eran cubiertas por las redes sociales; solo si éstas no eran suficientes, se demandaba la ayuda de los especialistas.

*“Yo pienso que se está fomentando el llamar a los equipos de psicólogos cuando hay algo ..., ¡aterriza el equipo de psicólogos y tal en el desastre...!” PSQ3 (UA)*

Por otra parte, también ponen el acento en el papel de los medios de comunicación al difundir mensajes irreales (“éxito inmediato igual a felicidad”) que conducen a conductas de evitación y a la fabricación de mundos superficiales y ficticios. Ello fomenta una baja tolerancia a la frustración y escasez de herramientas de afrontamiento ante los conflictos reales y cotidianos.

*“ Yo opino que en la sociedad actual cada vez se tiende más a la inmadurez, y entonces cuando hay problemas normales de la vida que antes se afrontaban de una forma más sensata, más razonable, se habla con la familia, ahora muchas veces la gente se evade con muchas cosas como puede ser la televisión ,....por ejemplo, todos estamos viendo como se están poniendo unos programas basura, que ponen verde a no sé quien o cotillear, tonterías en definitiva, y eso de alguna manera hace que ...” PSQ4 (UA)*

*“ Internet, por ejemplo, si no se utiliza bien pues también genera que la gente se evada y se vayan a mundos virtuales; ya desde jovencitos, lo vemos en los niños y en nuestros propios hijos, yo tengo hijos de estas edades y entonces si no les dejas, si no les fuerzas un poquillo se van y esa evasión del mundo real hace que cuando uno se enfrente a problemas serios que hay en la vida de vez en cuando, pues a veces no tenga armas para defenderse, estás como en una burbuja, una especie de bum” PSQ3 (UA)*

## **2.2. Características de la muerte por suicidio y sus diferencias con la muerte natural**

Aunque existen algunas similitudes entre la muerte natural y la provocada por un suicidio, son, sobre todo, las diferencias las que encontramos más acentuadas en el discurso de los profesionales. Así, una de las principales semejanzas es la percepción de que en ambos tipos de muerte siempre se podía haber hecho más por salvar al paciente, aunque en el caso del suicidio esta sensación es más patente debido a lo imprevisible del comportamiento humano.

*“Yo soy enfermera y aunque intervienes tanto en un caso como en otro, la verdad es que la vivencia es totalmente diferente; te puede quedar la sensación de que en las dos podías haber hecho más, tanto en la muerte natural como podía ser un infarto... te puede quedar... la sensación de que podías haber hecho algo más, pero la sensación de impotencia mayor que te da el suicidio, es totalmente diferente” ENFI (UC)*

*“ ...sí que es verdad que cuando un paciente se suicida, todos hacemos: uno se pone a repasar qué se hizo exactamente o qué se pudo hacer más, si se hizo algo ...porque cuando un paciente se muere de una muerte natural, hacemos lo mismo prácticamente, también empezamos a darle vueltas, cuando aparece un paciente muerto en la Unidad se lía la de Dios. Sin embargo, en Digestivo que aparecen todos los días tres, los entierran, nosotros no, nosotros empezamos a repasar qué se hizo, qué se le puso, qué pudo pasar y la gente se muere y se muere en el hospital” PSQ1 (UC)*

*“lo que yo creo que es inevitable por mi propia experiencia, es eso, es lo de plantearte una y otra vez qué no he hecho bien. Yo he tenido solamente...me he visto en estas de tener que atender a un paciente que se quitó la vida, una vez nada más.” PSQ2 (UC)*

Asimismo, otra semejanza o aspecto común es la consideración de que la muerte de un paciente es una posibilidad para todos los profesionales que se enfrentan a las enfermedades, independientemente de su origen orgánico o psiquiátrico.

*“... no es muy distinto tampoco a la muerte de un paciente que se le muera a cualquier médico ¿no?, o sea, yo diría que el tema del suicidio es una posibilidad. Pacientes nuestros se matan a veces, igual que un paciente cardiológico, pues aunque lo hagas todo muy bien, a veces, le da un infarto o le puede pasar algo en una mesa de operaciones” PSQ2 (UC)*

Pasamos a continuación a enumerar las numerosas y variadas diferencias que encuentran nuestros participantes entre la muerte por suicidio y la producida por causas naturales.

### **2.2.1. Efecto sorpresa o imprevisibilidad**

La presencia de una enfermedad previa junto a la anticipación de un posible desenlace luctuoso permite dosificar el dolor y, por tanto, vivir la muerte de una forma distinta a cuando se produce por sorpresa la pérdida del paciente.

*“Está claro que hay una gran diferencia porque cualquier muerte que se produce de una manera sorpresiva tiene unas características distintas... en una enfermedad, la gente más o menos se va haciendo el cuerpo a que eso va a suceder y ...” PSC2 (UC)*

Es decir, la imprevisibilidad de la muerte es un factor que siempre acrecienta el sufrimiento tanto de familiares como de profesionales y puede ocurrir tanto en la muerte natural como accidental y, por supuesto, en la producida por suicidio.

*“...en la muerte esperada hay una causa externa a las relaciones del individuo, en la enfermedad, en un virus o lo que sea; en un accidente de tráfico, cuando tratas a la gente que iba conduciendo el coche y muere el de al lado, se produce algo parecido en las muertes imprevisibles, algo parecido a lo que le pasa a los familiares de la gente que se suicida” PSC2 (UC)*

### 2.2.2. Ausencia de protocolo

A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la salud mental, ante el pensamiento de haber podido hacer “algo más” cuando alguien fallece, el profesional de la enfermedad física cuenta con recursos y procedimientos protocolizados que le permiten justificar su adecuada praxis y, por tanto, descargar responsabilidad y culpa sobre lo sucedido.

*“La medicina tradicional ...placas, tomografías, resonancias, análisis de sangre, anatomía patológica, tienen como muchas herramientas ¿no? y nosotros la cosa es bastante más complicadilla; tener así una herramienta fiable... pues no...” PSQI (UC)*

*“yo creo que sí sentimos diferencias, aparte de nuestra responsabilidad es porque creo que en las otras muertes, el médico que esté delante de un infarto también piensa que siempre ha podido hacer algo más, pero parece como si en esas patologías está todo tan protocolizado, que dices, yo he hecho esto, si esto no ha funcionado que es el protocolo, yo he hecho lo que tenía que hacer... o sea, que con la muerte por otra cuestión, no sólo la muerte natural por ancianos, la muerte por cualquier otra cuestión creo que el profesional tiene siempre el respaldo de un procedimiento que está más claro y está más protocolizado” PSCI UC)*

*“...aquí te sientes responsable...” ENFI (UC)*

Además, aunque se establezcan protocolos de actuación para la prevención del suicidio, sobre todo cuando éste es muy probable, existen infinidad de variables internas y externas que se escapan de todo control. A veces, cuando se ha hecho todo lo

que el facultativo considera adecuado, resulta inevitable pensar obsesivamente sobre otras formas de haber movilizadado los recursos o de haberse relacionado con el paciente.

*“Pero en general, si “ves una radiografía” que le haces a un individuo y se ve que tiene ideas suicidas, no es una garantía, nunca hay una herramienta para saber si lo va hacer o no. Depende de muchas circunstancias..., de las propias herramientas de ese paciente” ENF1 (UC).*

*“...pero en lo nuestro no está tan claro qué hacer, siempre somos más creativos, siempre queda por hacer algo más, siempre puedes hacer algo de otra manera, siempre puedes haber interactuado con cosas que había a su alrededor como personas o hechos, no solo con la persona, o sea que son infinitas las posibilidades de actuar que siempre te parece que hay otra forma...”*

*PSCI (UC)*

Así pues, se observa cómo los profesionales se sienten indefensos ante la imposibilidad de prever todas las variables que acontecen alrededor de la vida de un paciente, por lo que cierto grado de incertidumbre es intrínseco al estudio y tratamiento del comportamiento humano.

*“La incertidumbre es propia de nuestro trabajo en general y de este tema del suicidio en particular...” PSC4 (UA)*

*“Hay cuestiones que son tan difíciles de medir y de ver...¿cómo medir el grado de sufrimiento de una persona ?, qué aparato ...un aparatito que te diga: este sufre mucho...” PSQ3 ( UA)*

### 2.2.3. Incertidumbre sobre el papel del profesional en la curación del paciente

Una de las diferencias más interesantes entre la muerte natural y por suicidio es que el paciente que padece una enfermedad física tiene una curación “objetivable” en cuanto que ya no presenta los signos y síntomas por los que requirió la atención asistencial; en la patología mental, por el contrario, no sólo basta con la ausencia de síntomas que potencian el riesgo suicida, sino que dicho riesgo puede aumentar o desaparecer en función de circunstancias totalmente ajenas al tratamiento y desconocidas para el profesional.

Dicho de otro modo, en el área de la salud mental, si bien se pueden contabilizar las muertes, no se puede saber con certeza si aquello que se hizo mejoró el pronóstico del paciente y evitó realmente su suicidio. Por tanto, la objetivación del éxito de un tratamiento y, por ende, del profesional es sólo relativa y circunstancial.

*“Nosotros no podemos contabilizar como el cirujano que dice: he operado 150 y me han salido perfectos y uno no; nosotros no podemos contabilizar cuántos de esos realmente les hemos salvado la vida, eso es que no, es que son variables que son muy difíciles de cuantificar”. PSC4 (UA)*

*“...yo he tenido casos en el equipo que se han intentado suicidar y a saber dónde están ahora... pero salieron para adelante trabajando con ellos”*

*PSC3 (UA)*

*“La sensación que he tenido es que del porcentaje de gente que va a los equipos, por lo menos es mi sensación, no es muy alto el porcentaje de gente que termina suicidándose, intentos sí, pero muerte...creo que no es muy frecuente afortunadamente...algo debemos hacer...” PSQ3 (UA)*

Paradójicamente, para el profesional de la psiquiatría sí que hay una certidumbre, quizás la única, y es que la catalogación de la muerte como “suicidio” implica la seguridad de la autoría de la misma, mientras que en la muerte natural de un paciente puede existir el riesgo de dudar sobre lo inadecuado del tratamiento que se le prescribió.

*” Si hay diferencia entre una muerte natural y el suicidio; en el suicidio sabes seguro que se ha matado él, porque en la muerte natural parece que tienes que demostrar que no te lo has cargado tú. Entonces desde ese punto de vista, algunas veces te sientes un poco perseguido por eso, o sea, que tienes que demostrar que no se ha muerto porque tu le pusiste tal tratamiento o porque...” PSQ2 (UC)*

#### **2.2.4. Judicialización**

La muestra más tangible de que el suicidio es diferente a la muerte natural es el hecho de que, aunque aquél se produzca en el propio hospital y sea prácticamente obvio, se ha de levantar un acta judicial con la consiguiente autopsia e identificación exacta de las causas de la muerte; ello implica el inicio de múltiples conjeturas sobre los posibles determinantes de la fatal decisión.

*“El juzgado de guardia tiene que intervenir siempre que hay una muerte violenta, en el caso de suicidio se considera una muerte violenta; si es suicidio, es obligatorio la autopsia y el informe judicial porque es muerte violenta y está contemplado así” ENF1 (UC)*

*“Tiene que venir el juez a levantar el cadáver” ENF1 (UC)*

Además, la demanda de identificación de las causas exactas de la muerte conlleva, asimismo, la solicitud por parte de la institución sanitaria de informes detallados sobre las circunstancias, así como la aclaración de las responsabilidades de los diferentes profesionales que han intervenido en el caso. Sin duda, esta circunstancia les genera temor y malestar.

*“... porque el suicidio está considerado como un acto de violencia y por lo tanto intervienen los jueces, y esto es una situación especial, una situación que va a la dirección del hospital, y la dirección del hospital lo primero que te pide es que informes de cuál es la situación por escrito” ENFI (UC)*

*“Un suicidado es un cadáver policial” PSCI ( UC)*

### **2.2.5. Intencionalidad del acto suicida**

Cuando hablamos de suicidio interiorizamos el hecho de que la muerte fue consentida y provocada por el propio fallecido; esta característica la inviste de una naturaleza desgarradora y antinatural por ir en contra del instinto básico de supervivencia; incluso, esta circunstancia hace que a los supervivientes más cercanos les cueste nombrar el término “suicidio”, probablemente por verse de alguna manera implicados en esa decisión.

*“Y en las consecuencias, también veo yo que hay diferencia, hay un daño mayor para los familiares si es intencional que si es natural” PSC4 (UA)*

*“Los familiares desde luego lo viven de una forma diferente, es que te llaman para decirte: ¡es que ha muerto!, y les cuesta muchísimo decir: ¡se ha suicidado!, es que*

*no te lo dicen algunos, te lo dejan ahí, te lo dejan caer para que tú te lo imagines.”*

*AUXCL2 (UA)*

Precisamente, esta cualidad es la que permite diferenciar el suicidio de otras muertes repentinas e imprevisibles, generando un mayor desconcierto y dolor en los supervivientes:

*“Inesperado puede ser también un accidente de tráfico y, sin embargo, no hace tanto daño a los supervivientes” ENF2 (UC)*

*“Es por la intención, por la voluntariedad ” PSC1 (UC)*

La respuesta más inmediata de los profesionales es la empatía con el suicidado, con el gran sufrimiento y malestar emocional que esa persona debió padecer en los momentos previos al acto suicida.

*“Para mí hay una diferencia muy clara, la muerte natural siempre es ¡no buscada! y en el suicidio entiendo que detrás hay un sufrimiento muy grande cuando uno dice “hasta aquí he llegado”, es un acto buscado, más o menos impulsivo, elaborado...” ENF3 (UA)*

*“Que no te quita que te dé la misma pena si se muere de otra cosa, tienes una relación con esa persona y te da pena también....pero...,” PSC4 (UA)*

### 2.2.6. Estigma

Cuando hablamos de diferencias entre los diversos tipos de muerte necesariamente tenemos que hablar también de las diferencias en la naturaleza de las enfermedades, siendo más común, y por ello más asumido, el trastorno orgánico que el mental. Aunque en la literatura y en las estadísticas actuales se indica que una de cada cuatro personas padece o padecerá a lo largo de su vida un trastorno mental, la relación con el profesional de salud mental sigue siendo poco natural y basada en el miedo y en la vergüenza.

*“...dentro de la medicina, cuando hay enfermedades orgánicas y tal, es más típico que a lo mejor estás en la calle, en un sitio que te conocen y a lo mejor te paran, hombre Dr. ...y, sin embargo, yo he visto pacientes que a lo mejor no te llevas mal, que te llevas de maravilla, pero sientes como que te rehuyen, se ponen nerviosos cuando están a tu lado, o se cambian de acera, tanto los pacientes como los familiares” PSQ3 (UA)*

*“Eso es por el estigma, para que no se sepa que van a salud mental”*  
*ENF2 (UC)*

*“Porque aunque estén bien de la depresión o de lo que sea...te rehuyen”*  
*PSQ4 (UA)*

*“el estigma... tiene que ver muchísimo” PSQ3(UA)*

Y si la enfermedad mental está estigmatizada, es decir, no se asume como un hecho relativamente frecuente y natural, mucho más lo está la muerte autoprovocada, por lo que

es habitual que tanto los familiares como los profesionales oculten los suicidios en los que se han visto involucrados: los familiares posiblemente por el mito del carácter hereditario del suicidio y los profesionales por temor a ensuciar su reputación por una mala praxis.

*“Claro, y de hecho, mi compañera lo ha dicho, cuando estás haciendo el genograma a una familia o los antecedentes y tal ...no te dicen el fulanito se suicidó, bueno, a veces sí, pero normalmente dicen “falleció”, no lo dicen, o “murió”; eso en salud mental que se supone que lo tenían que decir, pero fuera, en la calle, la gente ocultará siempre que su abuelo se suicidó o su tío, no lo dicen ”*  
*ENF2 (UC)*

## **2.3. Repercusiones de la muerte por suicidio en el profesional de salud mental**

Como refiere Pérez (2006), los profesionales forman parte de los supervivientes de un suicida y sus niveles de afectación están relacionados con sus rasgos de personalidad, con la vinculación emocional establecida con el fallecido y con el contexto social, institucional o familiar en el que acontece el suicidio.

En este apartado vamos a ver los sentimientos y comportamientos exhibidos por estos profesionales en el transcurso de su proceso de duelo.

### **2.3.1. Shock emocional**

El suicidio, a diferencia de la muerte natural, supone un gran impacto emocional para el profesional de salud mental. Aunque es percibido y vivido así por todos, son los profesionales de mayor responsabilidad que ejercen su labor en instituciones cerradas los

más involucrados ya que, además, tienen que asegurar que el sistema siga funcionando, así como contener emocionalmente al resto de colegas.

*“ he atendido también a otros dos éxitos en la sala que no fueron en teoría por causas naturales, uno por una cosa muy clara, en principio no había duda, y aquello no me supuso tanto a nivel emocional, bueno, me supuso porque era el primero, pero no fue como cuando atendí al suicidio” PSQ2 (UC).*

*“la diferencia básica con el tema del suicidio es eso, el shock tan grande emocional, o sea. para mí supuso un shock muy grande de pronto; se supone, claro, eres el médico de guardia, el médico que está de guardia es el que más o menos tienes que tirar, yo veía a la gente muy desconcertada, muy, muy afectada y esa situación al menos yo no la viví de esa manera en las otras dos muertes” PSQ2 (UC)*

El sufrimiento es descrito como un dolor profundo y duradero que va más allá de las funciones y los avatares lógicos del trabajo y, por tanto, impagable.

*“¡porque esto no está en mi sueldo, este dolor asociado durante dos años!” PSC1 (UC)*

*”se produce un daño profundo” ENF1 (UC)*

En el discurso de los profesionales también se aprecia una fase de repliegue en donde hay momentos para la reflexión y en donde se mezclan emociones ambivalentes como la rabia, la culpa o la tristeza. También observamos cómo se apenan por la muerte

del suicida pero, a la vez, se irritan por haberles ignorado como personas y como profesionales. Esto, sin duda, hiere su amor propio, su narcisismo:

*"Mucha rabia, claro, yo no sé por qué no me lo ha dicho" PSC1 (UC)*

*"Yo no es porque no me lo haya dicho, sino porque lo ha hecho" ENF3 (UA)*

*"...tristeza , culpa..." PSC1 (UC)*

*"Frustración ..." ENF1 (UC)*

*"...el primer impacto cuando te enteras, pues llorar, llorar de verdad"*

*ENF3 (UA)*

Sin embargo, no hay espacio para el dolor personal, las emociones se reprimen sin drenarlas; el terapeuta prosigue con su labor e, incluso, atiende y calma el dolor ajeno.

*"... es que hay que seguir funcionando y ellos siguieron funcionando con otros pacientes y esa mañana tuvo que seguir ya funcionando con todo, con todo lo que había tuvo que seguir funcionando, yo no sé la responsabilidad de cada uno en la medida que le toque, es decir, es que tenemos que seguir adelante...." PSCL1 (UC)*

### **2.3.2. Sentimiento de culpabilidad**

En unidades de tratamiento cerradas, y tras el descubrimiento de un suicida, lo primero que aparece es el agolpamiento y la rumiación de pensamientos en torno a la posibilidad de haber hecho algo para prevenirlo.

*"Cuando tu abres la puerta de una habitación y te encuentras a personas que acaban de coger la sábana y acaban de colgarse y pegarle el tirón y todo, es una sensación muy fuerte y dices: y si hubiera llegado un minuto antes..... y si...y si*

*todo ¿no?; y empiezas y si, y si, y si..y en ese momento te pasan muchas cosas por la cabeza”. ENF1 (UC)*

Así pues, la culpa parece girar alrededor del cuestionamiento de su actuación profesional y este filtro hace que el trabajador dé por hecho que algo se ha hecho mal, así como es el principal causante de la multitud de distorsiones cognitivas que en ese momento se producen, incluida la percepción de su posible responsabilidad en el hecho:

*“...el tema del suicidio nos induce a movernos a elementos de culpabilidad de no haberlo hecho del todo bien...Todo es a posteriori y tamizado también por la culpa, si lo habré hecho bien o si no lo habré hecho bien, empiezas a darle muchas vueltas a la actuación que has tenido porque a priori estabas actuando como se actúa habitualmente con un paciente como aquel” PSQ2 ( UC)*

*“...cuando eso ocurre, todos nos miramos y nos preguntamos qué hemos hecho mal” PSC2 (UC)*

*“...que tendrías que haber hecho mil cosas que no se hicieron” ENF1 (UC)*

*“...además te sientes responsable, ¿qué parte de responsabilidad tengo yo en esto, ¿qué ha pasado?, será por lo que dije, o será porque...yo qué sé, empieza uno a darle vueltas” ENF2 (UC)*

*“... pensar que vino, que te lo ha contado, que lo ha pensado, que pasa un mes, que pasa...!PUM! y al final pasa, es que te hundes, es que no he hecho nada, no me ha servido de nada, mucha frustración, sobre todo en casos que cuentan, que tienen*

*ideas, que lo han pensado, que han hecho intentos, que tal y cual...y al final ¡ZAS!.” ENF2 (UC)*

Como nos recordó Maltzberger (2001): en la profesión existe la creencia de que si un paciente se suicida, probablemente el terapeuta hizo algo mal. Pero a veces es así y a veces no; lo único que se puede hacer es tratar de aprender lo más posible de esa situación.

*“De nuevo, la culpa, el cuestionamiento de la valoración personal, y de nuestra capacitación profesional “ PCS1 ( UC)*

Además, este sentimiento de culpa se ve acrecentado por el cuestionamiento y las críticas de sus colegas más cercanos, circunstancia que merma aún más su estima profesional.

*“No solo uno se culpabiliza sino que los propios compañeros también sobre algo que no hiciste o hiciste mal; o, aunque no actuaras en el mismo proceso, algo no hiciste siete meses antes que produjo eso otro y eso uno se lo lleva dentro también, ¿no?” PSC2 ( UC)*

*“...sí, he advertido a veces como una especie de crítica larvada,... tengo un caso metido en mi cabeza que es por lo que digo todo esto, un paciente que llevé por lo menos cinco años y se acabó suicidando y el equipo sabía que yo había llevado a ese paciente durante cinco años y excepto dos personas, que no eran facultativos, los dos facultativos que había, ninguno me dijo ni siquiera cómo estás...” PSC1 (UC)*

De otro lado, no es de extrañar que en este entramado de emociones surjan también sentimientos de empatía hacía los familiares del fallecido, hasta el punto de entender las demandas de aclaración y la petición de responsabilidades de éstos sobre su propia actuación profesional.

*“Yo me pongo en el lugar de la familia y vamos, si yo mismo me cuestioné todo mi trabajo de toda la tarde, entiendo que a ellos se le van a pasar por la cabeza cosas muy similares” PSQ2 UC)*

Finalmente, un análisis detallado del discurso de estos profesionales nos permite identificar tres factores que determinan su “cuestionamiento profesional”y, por ende, su sentimiento de culpa. Pasemos a describirlos brevemente:

### **Omnipotencia**

Los profesionales reconocen que, a veces, se cae en la falacia de poder controlar la situación y de manejar por si mismos variables y circunstancias de alto riesgo. Con frecuencia, la fuerte presión del grupo de trabajo, junto con la falta de asertividad y de habilidades para hacerle frente contribuye a ello.

*“Yo tenía una historia de un paciente con 32 ingresos entre Granada y Baza y cuando yo lo cojo en el equipo, el suicidio se produjo después de haberlo devuelto durante el fin de semana ...Yo llegué a la conclusión que fue mi omnipotencia, mi falta de asertividad y el miedo a la crítica de los compañeros de que “de nuevo ese paciente iba a ser ingresado porque era un trastorno límite, porque había un*

*hospitalismo....”, entonces !me hice cargo yo omnipotentemente y no fui capaz de decir: ¡SE INGRESA! Me hice cargo y me lo cité, y me lo vi, y luego me chupé yo solita a la familia y me sentí muy sola, me sentí muy sola, cuando en el propio equipo se estaban dando críticas de:”para qué lo ves tanto, si éste siempre está matándose”,... pero yo de las variables del terapeuta de esas que vienen en los libros diría: ¡ahí me equivoqué, mi omnipotencia me mata!, a esa conclusión llegué, que ahora me la recuerdo mucho; cuando me pongo en una clave de omnipotencia, reculo, reculo, reculo, y digo ah!, ”no sabes de trastornos de personalidad ”*

*PSC2 (UC)*

*“...si en algo me equivoqué fue en eso, en hacerme demasiado cargo....”*

*PSC1 (UC)*

Sin embargo, quizás para amortiguar el impacto emocional que produce esta sensación de omnipotencia y, al mismo tiempo, luchar contra ella, algunos profesionales opinan que no todo se puede controlar, pues existen multitud de factores al margen de su actuación que pueden haber coadyuvado al suicidio del paciente.

*”... tampoco somos Dios...” PSC4 (UA)*

*“...a veces tu detectas alguna sintomatología y ves alguna...y recomiendas vigilancia, no lo dejen solo,... los productos tóxicos peligrosos quítenlos de su alcance...es decir, que sí puedes hacer una intervención en ese sentido preventiva”*

*PSQ3 (UA)*

*“Lo debe explorar por lo menos, pero prevenir.... ¡explorar!” ENF3 (UA)*

*“... vivir estas cosas con un poquito de humildad no viene mal, quiero decir que no somos responsables absolutos y hay que unirse a la miseria de que hay más factores que han influido y yo creo que tampoco hay que echarse toda la culpa.”*  
*PSC1 (UC)*

*”... pero es que omnipotentemente no podemos funcionar, es que hay variables que tienen que ver como cuando el cirujano abre, no siempre se equivoca el anestesista y no siempre se equivoca el cirujano y esto es igual. Con nosotros no se mueren en el quirófano, se matan”* PSC2 (UC)

### **Percepción de no haber protegido al paciente adecuadamente**

Esta percepción se incrementa en las unidades cerradas donde el ingreso del paciente es total y donde hay una responsabilidad clara y explícita de preservar y proteger su integridad física. En este contexto, todos los trabajadores coinciden en que el sentimiento de haber fracasado, tanto en el tratamiento como en la custodia, es mayor que cuando el paciente suicida está en tratamiento de forma ambulatoria en una unidad de salud mental abierta.

*“En la inmensa mayoría de las veces, sobre todo si es un suicidio dentro del hospital, te cuestionas que te lo han depositado y que tu tenías que haber velado para que no le pasara eso”* ENF1 (UC)

*“es que una muerte dentro del hospital es otra cosa, un suicidio dentro del hospital es otra cosa; un suicidio en el domicilio donde la familia ha visto que se ha hecho todo lo posible por lo general...” PSQ1 (UC)*

*“Es que son cosas muy distintas, es que claro, que se suicide un paciente dentro del hospital es otra cuestión; se supone que un hospital tiene que proveer los medios necesarios para que esas cosas no pasen, entonces ...” PSQ1 (UC)*

### **No haber prestado suficiente atención a las señales de alarma**

La mayoría de los participantes creen que el paciente a lo largo del tratamiento les va dando señales de un posible comportamiento suicida.

*“Pero es que siempre hay una señal de alarma...claro que nos da señales, vivimos con las continuas señales de pacientes, yo ahora mismo en la Unidad de Agudos ya me he habituado a vivir con las señales, con lo cual, me voy a mi casa con el pellizco cogido, porque no sé si mañana, si es que...” PSC2 (UC)*

*“...pero sí es verdad que hay ciertas “señalillas” aunque sea su propia ansiedad, su propia inquietud en ese momento, te está diciendo que algo no va. Yo te digo en la Unidad que yo estoy recordando, en los tres últimos que va una diferencia de años, había una señal de alarma”. ENF1 (UC)*

Si bien a veces también se le hacen velados reproches al suicida por no haber sido más explícito:

*“Pero porqué no me lo ha dicho con las veces que ha venido y tal, y no he visto ninguna señal para que yo me diera cuenta” PSC2 ( UC)*

Tanto en unidades cerradas como abiertas, el discurso de los profesionales está impregnado de la sensación de que se les ha escapado algo, de la idea de que en algún momento el paciente les dijo lo que iba a hacer aunque ellos no supieron “interpretar aquel lenguaje”. No obstante, también opinan que es fácil no escuchar y llegar a habituarse ante la cotidianidad de las verbalizaciones suicidas que luego no se cumplen.

*“hay ciertas cosas a las que no le hemos prestado la atención quizás que deberíamos, porque todos, todos, en algún momento hacen algo que es como signo de aviso; lo que pasa es que las escuchas son diferentes y muchas veces no nos lo dicen a la persona que estamos mejor o peor preparada para escuchar” AUXCLI (UC)*

*“...hay a veces ciertas señales de alarma que están ahí, aunque estás tan acostumbrado ya a todas estas cosas, esto va a pasar, esto no va a pasar, esto no es... y hay ciertas cosas que las escuchas, pero a veces no las oímos, no lo oímos porque en otras ocasiones con menos cosas seguro que lo han hecho más rápido; no nos damos cuenta nada más que de lo que ellos van haciendo...” ENFI (UC)*

La utilización de continuas amenazas por parte de algunos pacientes que al final terminaron suicidándose acrecienta la incertidumbre propia del trabajo en salud mental, pero, a la vez, acostumbra al trabajador a asumir tal posibilidad sin tomar ninguna medida de control; incluso, les lleva a desatender estas conductas interpretándolas como meras

“llamadas de atención”. Sin duda, cuando sucede el comportamiento suicida se incrementa la sensación de no haber realizado lo apropiado, de no haber escuchado, de no haber sabido escuchar; en definitiva, y generalizando, de no haber sido competente como familiar, como amigo o como profesional.

*“ ...te están echando un pulso continuamente y dices: lo ha intentado varias veces y no, pero claro, no sabes hasta qué cierto punto una persona de esas que no quiere quitarse la vida, realmente...,yo creo que son los pacientes más difíciles”*  
PSQ3 (UA)

*“Sí, pero a veces aciertan sin querer “ENF3 ( UA)*

Por otro lado, aunque se adviertan las señales de alarma, no siempre se interviene, ya que la expresión de ideas suicidas forma parte de la sintomatología de algunos trastornos mentales específicos; dicha verbalización tiene muchas veces un carácter manipulativo e, incluso, no son más que la forma de comunicar sentimientos o de conseguir objetivos. Ante esta circunstancia, en la práctica clínica se indica no reforzar la conducta y desatenderla si no se observan más elementos de riesgo.

*“Pero fíjate, muchas veces es una forma de lenguaje en muchos pacientes...”*  
PSQ3 (UA)

*”...en los trastornos límites de personalidad, por ejemplo, que es nuestra cruz, esta gente muchas veces emplea la idea de suicidio como una especie de “juego contigo”, -juego entre comillas- es decir, es un juego peligroso en el cual, a veces,*

*para que le presten atención y tal...hacen intentos, que realmente no es que quieran quitarse la vida”. PSQ3 (UA)*

De todos modos, hay consenso en afirmar que no siempre se pueden interpretar de forma objetiva y fidedigna las señales emitidas por el paciente de inminente suicidio, hecho que también sucede en otros ámbitos sanitarios como en atención primaria o en consultas privadas de especialistas.

*“Esto no son matemáticas” PSQ2 (UC)*

*“... un caso que se produjo el año pasado que yo ahora veo a la madre, y era un chico que estaba en la lista de espera nuestra para esperar ser atendido de primera vez y el médico de cabecera no vio que eso podía tener una gravedad tal y lo llevaron a una psiquiatra privada y tampoco valoró ... ” PSC5 (UA)*

### **2.3.3. Impacto en la actividad laboral**

“En el clínico se produce una repentina falta de confianza, en particular al tratar con pacientes suicidas” (Goode, 2001, p.12). Efectivamente, el suicidio de un paciente es una experiencia tan impactante emocionalmente que deja huella en el quehacer más inmediato, y, fundamentalmente, produce temor en la práctica profesional; además, a veces, el especialista se retrae, duda y evita el uso de técnicas terapéuticas específicas que puedan reproducir la misma situación de riesgo ya vivida.

*“Yo estoy pensando en un caso... se había hecho un grupo... y esta persona estaba incluida... lo llevamos a un psicólogo y yo estaba en la lectura de emergentes. Y a mí me daría mucho miedo volver a iniciar un grupo ... se hablaba tanto del suicidio y luego ocurrió, que el otro terapeuta y yo nos quedamos tan mal...; o sea, me ha recortado trabajar, estoy trabajando en consulta, pero lo que es un grupo...me recuerda a esas circunstancias, ...o sea, que a mí sí que me ha recortado... yo no sé si tendría fuerzas para estar en un grupo de primeros brotes”.*  
*ENF3 (UA)*

Con independencia de los años de experiencia, cada suicidio produce en el profesional que lo vive un nuevo impacto, ya que las circunstancias suelen ser siempre diferentes, así como vividas en momentos personales y profesionales distintos.

*” Una pregunta: ¿y la experiencia profesional?, porque vamos, yo estoy empezando... os pregunto a los que lleváis más tiempo y habéis pasado ya más veces por esto; yo he pasado una vez nada más, ¿y la segunda o la tercera vez que pasa?”* *PSQ2 (UC)*

*“No se parecen nunca” (Todos)*

*“...yo recuerdo la primera vez, fue el mismo día que entré a trabajar... yo recuerdo ese primer día, yo tenía 22 años, cada uno es diferente...”* *ENF1 (UC)*

Un factor que determina el grado de malestar emocional es la implicación del terapeuta con el paciente, si bien puede quedar amortiguado si la familia ubica al

profesional como un sobreviviente; es decir, como una persona que, al igual que ellos, está afectada por el suicidio y necesitada de consuelo.

*”Yo he tenido dos experiencias y la primera y la segunda fueron diferentes; en la segunda, yo tenía una implicación muy grande con ese paciente y él conmigo, casi lo había visto crecer. Yo qué sé, el chico cuando yo lo empecé a ver tenía 17 y creo que fue a los 23 o así cuando se suicidó; me había invitado a su boda, se había casado, tenía un niño... Cuando se suicidó yo me sentí !necesitada! de llamar a su mujer, de darle una cita a la mujer, de hablar con los padres.... yo los llamé para ofrecerle si necesitaban algo y me sirvió mucho poder hablar con ellos, fue como quitarme yo una culpa, no sé cómo decirlo porque comprobé que ellos no me culpaban a mí; ...me di cuenta, analizándolo, de que me había servido, de que ellos no me culpaban a mí y que ellos entendían que yo también tenía que estar muy afectada...” PSC2 (UC)*

Por último, destacan que, después de haber vivido un suicidio, tratan de impedir la imprevisibilidad que caracteriza a este comportamiento, posiblemente porque el efecto sorpresa es lo que causa más impacto y produce más inseguridad personal y profesional. Por tanto, parece que la forma más asumible de disminuir el dolor es convertir la muerte por suicidio en una especie de “muerte natural”, eliminando el azar y conectándola con el devenir “casi irremediable” de la enfermedad mental.

*“ ...yo hablo mucho de los primeros brotes porque veo bastantes y es algo bastante común, aunque no lo digan y tal; si exploras, prácticamente todos lo tienen ahí ...entonces ya es una pregunta que no se me puede pasar, ¡“explorarlo”!. Yo no*

*voy a prevenir con eso nada, pero tengo que saber que está ahí dentro de su cabeza,! es como miedo!, miedo a que vuelva a pasar con alguien. Y aunque no lo haya hecho nunca y nunca haya hecho ningún intento ... sé que está ahí, o sé que puede estar, y hago lo posible por esperarlo.”*

*ENF3( UA)*

#### **2.3.4. Sentimiento de soledad**

A menudo los profesionales cuando deben dar la noticia a los familiares (momento en el que son muy probables los reproches y la propia identificación del terapeuta con las acusaciones vertidas), experimentan un fuerte sentimiento de soledad por la falta de empatía, por no haber nadie que comprenda su fracaso, frustración y decepción personal y profesional.

*” ... Elaborar todo eso con los familiares es muy duro, pero luego tu no tienes a nadie que te ayude a elaborarlo.” ENF1 (UC)*

*“... luego me chupé yo solita a la familia y me sentí muy sola, me sentí muy sola,...*

*“ PSCI (UC)*

*“Nadie viene a decirte cómo lo estás pasando, cómo llevas el día, cómo lo vives, porque es muy duro enfrentarse a la familia” ENF1 (UC)*

En este contexto, parecen desubicados, no forman parte de la familia y no son amigos del fallecido; sin embargo, han estado unidos a éste por un vínculo que se fortalece y toma cuerpo real precisamente a través del propio suicidio. No olvidemos que la muerte

une tanto o más que la vida, máxime cuando uno elige el momento de morir y, por tanto, a las personas a las que deja su legado: sus últimas palabras y sus últimos comportamientos.

*“ ...yo me enteré y me lo tragué sola ... no pensé que eso me podía suceder....tú eres de su entorno también, su psiquiatra..., su psicólogo ....” PSC5 (UA)*

*“A mí, nadie estuvo conmigo....” PSC2 (UC)*

Muy al contrario, son tratados como meros profesionales que deben seguir el protocolo prescrito por la institución. Efectivamente, cuando ocurre un suicidio, ésta funciona como una fría máquina, drástica e impersonal, aunque en las unidades abiertas no hay tanta repercusión salvo que la familia denuncie:

*“... a no ser que la familia haya hecho una reclamación, en ese caso, supongo que se removerá Roma con Santiago” PSC5 (UA)*

*“Y si la remueven parece que eres el culpable , eso está claro.” AUXCL2 (UA)*

*“... la institución en ese caso te pregunta ...” PSC4 (UA)*

Si no hay denuncia, los profesionales no están demasiado interesados en comunicar los hechos, debido a la indiferencia de la dirección y, a veces, por temor a su reacción o posibles represalias:

*“... están como en otra esfera y no se enteran muchas veces... si se enteraran cómo reaccionarían, no lo sé,” PSQ3 (UA)*

*“Tampoco nosotros le contamos” PSC4 (UA)*

*“Yo no me atrevo, es muy fácil lo del chivo expiatorio...” PSQ3 (UA)*

En los dispositivos cerrados siempre se judicializa el caso y se solicita un informe de los hechos, sin dar cabida al alcance emocional que el luctuoso suceso ha tenido en los profesionales.

*“... lo que más le importa a la institución es la prensa...” ENF1 (UC)*

*“...sí, me llamaron de la gerencia a pedirme los informes, que los mandara pronto a ser posible” PSC2 (UC)*

*“...que te llamen de dirección y te dicen Mary quiero el informe ahora mismo, para ayer” PSC3 (UC)*

*“... la dirección no conoce nuestra realidad emocional, nuestra implicación emocional con nuestra actividad profesional y lo que tú hiciste con ellos ...”*

*PSC1 (UC)*

*“Por lo único que no preguntan es por cómo estamos” (refiriéndose a la dirección del hospital) PSC2 ( UC)*

Si rastreamos el respaldo emocional que proporcionan los compañeros de trabajo, observamos que existe una clara tendencia a no hablar del hecho; solo se crea una red de

apoyo y se explicitan sentimientos de empatía si hay previamente unas buenas relaciones y cohesión en el equipo.

*“Tal como están las cosas, nadie te echa una mano, enseguida se cambia de tema, se tapa un poco” ENF3 (UA)*

*“nadie te respalda, ni siquiera la palmada en la espalda diciendo: yo estoy aquí detrás por si necesitas algo, te dejan ahí sola, toréalo y ya lo manejas ¿no?”  
ENF1 (UC)*

*“Depende de las relaciones dentro del equipo, eso está claro.” PSC4 (UA)*

*“Entre nosotros sí lo hemos hablado ...nos vemos de vez en cuando y entre nosotras sí lo hemos hablado, pero no se expande, simplemente entre los que estábamos aquella noche.” ENF2 (UC)*

Asimismo, la empatía y el respaldo al compañero aparecen ante la incertidumbre y lo que pueda deparar el destino, pues todos pueden encontrarse en algún momento con una situación similar.

*“...cuando hay una circunstancia traumática y tal, cuando las barbas de tu vecino veas pelar, echa las tuyas a remojar”. Hoy le ha tocado a un compañero mío, mañana puedo ser yo” PSQ3 (UA)*

Con el resto de personas no pertenecientes a la especialidad de salud mental no perciben ningún tipo de apoyo, ya que, además de verlos como “personas raras” por dedicarse al tratamiento de patologías mentales, suelen estar más interesados por el desarrollo de los acontecimientos que por el bienestar del compañero.

*“Nos ven como bichos raros a los de salud mental, “sois raros los de salud mental” y tu dices: “¡que duro!” ENF3 ( UA)*

*“Es que si son personas que están fuera de salud mental, lo normal es que si hacen algún tipo de pregunta, suele ser en plan morboso...¿y qué edad tenía...? ¿ y cómo fue?... porque tampoco te está preguntando ¿cómo estás tú? y cómo está el equipo..., sino entrando en plan de detalles” ENF1( UC)*

Otras veces, es el propio shock el que aísla y asola:

*“...estaba yo tan descolocado que ya no recuerdo hasta qué punto a mí me preguntaron cómo estás o como no estás, yo la sensación que me quedó es de mucha soledad... “ PSQ2 (UC)*

*“ ...en la Unidad de Agudos en donde a mí me pasó esto, la verdad es que ...no sé, lo mismo a lo mejor todo el mundo estuvo encima mía y me preguntó y yo no me di cuenta...” PSC3 ( UC)*

Incluso, aún siendo conscientes de tener una red social donde poder desahogarse, el sentimiento es muy personal, hondo y difícil de concretar, echándose en falta espacios

específicos fuera de los formales y habituales de debate clínico para poder amortiguar el dolor.

*“... lo de la soledad no solo es porque los demás no te dieran apoyo o no vinieran..., yo también tuve apoyo en mis amigos, incluidos compañeros amigos. Es que hay un sentimiento que nadie te lo puede paliar, es el mismo que yo he podido vivir con la muerte de un familiar; es que por mucho que estén otros contigo hay un importante sentimiento interno que te confronta contigo mismo y estás solo...  
“PSC2 (UC)*

*“... allí en la unidad tenemos muchos espacios de reuniones que podemos hablar unos días mejor que otros..., pero no es eso, es algo más íntimo, es un espacio donde tu puedas sentirte seguro para poder expresar eso” PSQ1 (UC)*

Finalmente, existe una clara repulsa a esta situación de silencio e incomprensión ante el dolor ajeno cuyas consecuencias pueden llegar incluso a serios planteamientos sobre la continuidad en el puesto de trabajo.

*“ cuando has visto la atención que ha habido por parte del supervisor que estaba de guardia, la incomprensión de no escuchar, de no oír, y ver cómo estás de mal y cómo te vas mal a tu casa y cómo hasta te replanteas:”! que yo no sé si irme de aquí!”; entonces, eso no se puede quedar así... ¿por qué?, porque no se le había escuchado, no habían podido decir lo que sentían... eso no se puede quedar así, no se les puede dejar....” ENF1 (UC)*

## 2.4. La familia del suicidado

El encuentro con la familia tras el suicidio (dar la noticia del fallecimiento, contener sus arrebatos, su desconcierto, su rabia, entender su derecho a increpar y a preguntar, etc.) supone para el profesional de salud mental un gran esfuerzo emocional y desgaste psíquico que contribuyen a aumentar sus estrés.

*“yo me tragué toda la mañana a la familia, yo estuve todo el tiempo manejando el que apareciera la familia, contarle lo que ha pasado, el llevarlos, el traerlos, el ayudarle a encontrar los papeles, el manejar su ansiedad, sus miedos, sus llantos...” PSC2 ( UC)*

*“...abrir la puerta y lo primero decir ¿qué ha pasado?, cuando me llamas ¿qué ha pasado?; mira, que se ha muerto, ¿y cómo se ha muerto?, que se ha matado; la carga de ansiedad y de violencia que en ellos también se despierta porque es una situación que les provoca cierta violencia, el manejar la culpa,...”*

*ENFI (UC)*

En el discurso de los participantes aparece una variable crucial para entender la actitud de los familiares y, por tanto, el tipo de relación que se establece entre éstos y el profesional tras el suicidio. Nos referimos a la implicación de la familia durante el tratamiento del fallecido, de tal manera que si ha existido suele aparecer la comprensión y el consuelo mutuos, percibiendo al profesional como alguien que también está afectado por el dolor y la pérdida.

*”En general... las familias muy implicadas, yo mi experiencia siempre ha sido que con gente muy implicada en el caso y que ha estado trabajando en él es al revés, lo que vienen es a un consuelo mutuo” PSQ1 (UC)*

*“Cuando vienen a apoyarse en ti, también puedes compartir tu propio duelo con ellos” PSC5 (UA)*

*“La familia te consuela, “tú no te preocupes...tú no tienes la culpa...”  
PSC5 (UA)*

Incluso, algunos aluden al reconocimiento y a la admiración que sienten los familiares hacia ellos por el hecho de trabajar con pacientes con problemas psíquicos, difíciles de tratar y estigmatizados socialmente.

*“Hay un comentario general entre los familiares: ”no sé cómo puede Vd. hacer esto”, “no sé cómo puedes estar ahí metido”, ”la verdad que yo sería incapaz”  
PSQ1 (UC)*

*“Las familias que lo tienen, lo entienden, porque los demás dicen: tenéis que ser algo especial, tenéis que ser algo raros, tenéis que ser algo diferentes para estar ahí” ENF1 (UC)*

*“Pero eso es un reconocimiento” PSQ1 (UC)*

*“Eso es como un reconocimiento:” estas personas lo que hacen para poder llevar esa carga y seguir luchando y luchando” PSC1 ( UC)*

Por el contrario, si no se han involucrado en la enfermedad, los miembros de la familia tienden a culpar al profesional, circunstancia que interpretan como un desplazamiento de su propio sentimiento de culpa y que algunos de ellos incluso llegan a entender.

*“Yo hablo de aquellas otras familias que ¡depositan!, que ni vienen a visitar durante su hospitalización y que ni se preocupan, tienen que pagar sus propias culpas con nosotros...” SPC2 ( UC)*

*“...la tendencia es a echarle a ti la culpa, ya que ellos también se sienten culpables de que estén allí ingresados, y te dicen: se lo hemos dejado a ustedes para que le protejan, no se le olvide que ustedes tenían que protegerlo”.*

*ENF2 (UC)*

*“Yo entiendo que la familia te cuestione por echarse fuera la culpa ...”*

*PSQ2 ( UC)*

También empatizan con los familiares cuando se quejan de la falta de recursos materiales, humanos y sanitarios, quizás en un intento de quedar libres de toda responsabilidad, trasladándola ahora hacia la institución y su gestión.

*“Tampoco nos cuestionan exactamente a nosotros, entiendo yo, también cuestionan la impresión de que faltan medios, tampoco hay que ir muy lejos, entras a la Unidad y ya se ve.” PSQ1 ( UC)*

De otro lado, la tendencia de la sociedad occidental actual a cuestionar sistemáticamente la praxis del profesional cuando hay una muerte facilita la negación de ésta como devenir vital.

*“... socialmente tenemos más la sensación de que la gente de alguna manera está en un punto desafiante de denunciar al profesional bastante más elevado, han pasado unos años y la gente va teniendo como más nivel de agresividad –entre comillas- en sentido de denunciar. ...El tema de la medicina defensiva, ¿quién no sabe eso?, estás en urgencias y tienes que andar con mucho cuidado con lo que dices, con lo que haces, con lo que apuntas,...con todo... entonces todo lo que tu escribas ahí queda, y es un tema que tienes que andar con cuidado, porque cualquier cosa puede ser empleada en un momento determinado...mal interpretada o utilizada” PSQ3 (UA)*

*“Que si denuncio, que si no sé qué ...tienen la palabra denuncio en la boca .” PSQ3 (UA)*

Esta actitud crítica y reivindicativa ocurre con más frecuencia en el fallecimiento por suicidio, ya que al paciente se le supone víctima de su propia voluntad, situando al profesional como guardián directo de su salud y, por ende, como responsable de la falta de ella.

*“... tampoco me parece que está en todo su derecho de reclamar al hospital o a quien sea porque ha sucedido eso que en teoría no tendría que haber sucedido; pero bueno, a lo que yo no creo que habría que ir es ahí, porque bastante culpa se echa ya uno encima como para judicializar esto en exceso”. PSQ2 (UC)*

En palabras de los participantes, a menudo, la finalidad última de una denuncia es obtener cierto provecho económico.

*“... la mayoría van a ver qué pueden sacar” AUXCL2 (UA)*

*“...vivimos en una sociedad con muchos problemas económicos, entonces a veces también pueden decir: ya que ha ocurrido este desastre, vamos a ir por lo menos a materializar lo que estoy diciendo, pero que la cosa es así, a ver si por lo menos nos queda una compensación económica y tal, o sea, si podemos...” PSQ3 (UA).*

## **2.5. Variables psicosociales que modulan el impacto**

Aunque el suicidio es siempre un suceso que aparece de forma tempestuosa en la vida tanto de familiares como de profesionales, existen una serie de variables que podemos identificar como moduladoras del grado de impacto y afectación. Desarrollamos a continuación las más revelantes y significativas que aparecen en el discurso de nuestros participantes.

### 2.5.1. Previsibilidad del suicidio

Como ya hemos apuntado en páginas anteriores, el hecho de prever el acto suicida y, por tanto, de anticipar la posibilidad de la muerte da pie al terapeuta a trabajar las ideas suicidas del paciente y ayuda a elaborar el duelo si finalmente se produce el fallecimiento.

Por el contrario, los suicidios que aparecen de una forma súbita e imprevista impactan mucho más y llevan al profesional a replantearse lo transcurrido en las últimas horas con él y, probablemente, como también ya hemos visto, a auto inculparse por no haber sabido predecir el futuro inmediato.

*“...hay pacientes que lo esperas y estás pendiente y entonces, claro, te impactan menos que el que ni se te pasa por la cabeza que eso puede pasar y te pilla de nuevas; mientras que el que dice que sí, se te va haciendo el cuerpo y trabajas en ese sentido; claro, con él que no te avisa no puedes trabajar en ese sentido directamente en la psicoterapia...” “PSC2 ( UC)*

*“... el suicidio que yo viví fue para mí completamente inesperado,..., habíamos estado trabajando con el paciente a lo largo de toda la tarde durante una guardia y para nada había ningún indicio que te hiciera pensar que este hombre se fuese a quitar la vida, ....El otro caso que tu expones de cuando lo ves venir, que seguramente antes o después va a pasar, yo no lo he vivido, pero en el caso éste de lo inesperado es que, no sé, es que es el shock.” PSQ2 (UC)*

*”...hay que trabajar mucho con ellos cuando se puede trabajar, pero el que no te avisa, el que no te lo esperas no te puedes ir preparando ...es que te pillao y te ha pillao” PSC3 (UC)*

### **2.5.2. Enfrentarse al recién suicidado**

En las unidades cerradas, el encuentro repentino del cadáver supone un impacto terrorífico. El miedo ante la sorpresa es la emoción más sentida, llegando incluso a generar un registro de sensaciones corporales que incrementan el horror.

*“ ¡Estamos hablando de que tú te encuentres con un tipo colgado caliente! Eso es otra cosa ¡claro! tú me dirás; como si vas por la calle y te encuentras a un tío que no le conoces de nada colgado de una farola, te quedas ...!vamos, como si vieses una película, casi te quedas también ...las películas de miedo van de eso!” PSQ1 (UC)*

*“Si un paciente tuyo que es un suicida y te enteras luego de todo...; pero la experiencia esa de lo que es encontrarte con alguien que se acaba de suicidar y que te lo encuentras caliente es que ya ...eso ya sólo...” PSQ2 ( UC)*

Sin duda, esa vivencia tan directa marca una diferencia cualitativa muy importante a la hora de valorar el impacto por suicidio y así lo reconocen los propios compañeros del profesional que ha tenido la mala fortuna de hallar súbitamente el cuerpo del fallecido.

*” Eso cambia mucho, no es lo mismo F. que se lo encontró, fue el que abrió la puerta, que yo que me lo cuenta por la mañana” ENF1 ( UC)*

*“Hay enfermos que te enteras después de haber pasado por allí o al año de estar allí que lo han hecho en su casa, pero vamos, que estés de turno, y que venga y se fume un cigarro contigo y después te lo encuentres...” AUXCLI (UC)*

*“Yo creo que es el momento ¿no? más que la categoría profesional, te ha pillado el ingreso y te ha pillado el suicidio, o te ha pillado en vacaciones y vienes y le ha pillado a un compañero tuyo, ya no lo vives lo mismo, ¿no?” AUXCLI (UC)*

A veces, es superior la afectación producida por la proximidad física en el momento del suicidio que por la implicación personal que el terapeuta tuviera con el suicida.

*“...éste hacía poco tiempo y era la primera vez que lo conocíamos, hay diferencias con los enfermos que conocemos de muchos años..., lo que pasa es que fue muy impactante para nosotros porque nos lo encontramos..., estaba allí hablando y eso y al momento se fue y lo hizo” AUXCLI ( UC)*

### **2.5.3. Implicación personal en la relación terapéutica**

Cuando un individuo se quita la vida, todas las personas relacionadas con él sentirán la pérdida, pero es la calidad e intensidad de esa relación las que marcarán y condicionarán la elaboración de su muerte.

*“No es lo mismo que lo lleves una vez a que lo lleves años...” ENF3 (UA)*

*“... depende de cómo uno profesionalmente se maneje, es decir, yo veo a mis pacientes en mi despacho, en el pasillo, en el patio y hasta me los bajo a tomar un cafelito, es que depende también del grado de implicación como terapeuta que tú tengas ...” PSC2 (UC)*

*“...no todos los casos que han ocurrido en mi vida laboral me han afectado igual, depende también de la relación que hubieras tenido con ese paciente”. ENF3 (UA)*

En su discurso, los profesionales nos relatan como quedan profundamente conmovidos e impresionados con el suicidio de pacientes con los cuales existía un alto grado de implicación personal. La relación terapeuta-paciente toma un sentido más allá de lo profesional, creándose una situación donde los afectos y las emociones cobran fuerza y se movilizan.

*“Pero fue durísimo... yo me moría de pena, porque era alguien que había trabajado directamente conmigo...” PSCI ( UC)*

*“... y el primer impacto cuando te enteras, pues llorar, llorar de verdad con lágrimas y todo eso...” ENF3 (UA)*

*“cuando la relación es muy estrecha y hay una convivencia en el hospital, se vive como una pérdida, es como una pérdida más de tu vida, has perdido a un elemento que está en tu vida, alrededor, y que lo han retirado, es una pérdida más en la vida; te informan: mira, este se ha suicidado – ostras- si ese llevo yo viéndolo tanto tiempo, te afecta, y te han quitado un trocito” ENF1 ( UC)*

*“Cuando llevas mucho tiempo es que es una familia casi; aunque mantengas la distancia, pero eres un familiar de ellos, alguien más ante su vida”*

*AUXCL3 ( UA)*

Por otra parte, esta relación tan significativa también permite la empatía mutua entre el trabajador y la familia del suicidado, favoreciendo la elaboración del duelo:

*“Sí, a mí también me ha servido eso, el conectar luego posteriormente con los padres, su marido y tal y solidarizarme un poco en el dolor, es decir, compartirlo, porque para mí también era un mal trago... no pensé que pudieran culparme ...,no sé, me acerqué... dar el pésame y compartir un poco...sentirme cerca de ellos y manifestarme así porque así lo sentía, no por protocolo y sí que me aliviaba....”*

*ENF3 (UA)*

#### **2.5.4. Características de personalidad del profesional**

Hay consenso entre los profesionales cuando opinan que el grado de afectación producido por el suicidio de un paciente depende en gran medida de sus rasgos de personalidad (igual que apreciamos en el análisis del discurso de familiares), más incluso que del rango o categoría profesional a la que se pertenezca.

*“... según como tú te tomes las cosas, te podrá afectar más o menos”*

*PSC 4 (UA)*

*“...dependiendo de nuestra personalidad, también puedes tener más sufrimiento...” PSC5 (UA)*

*“No, por categorías no es, es más por la personalidad del individuo...”*

*ENF3 (UA)*

*“Y de la personalidad que tenga la persona también, porque hay a quien le da igual y dice:” este no es mi paciente y a mí que más me da”, pero hay quien se va al psiquiatra, yo me quedo allí y el tío se tira y lo vivo mal; depende de tu personalidad....” AUXCL2 (UA)*

Entre los rasgos de personalidad mencionados se encuentran aquellos que se consideran fundamentales para un desempeño adecuado de su labor, caracterizada por un alto grado de incertidumbre y por la imprevisibilidad y gravedad de las situaciones que manejan. En este sentido, la asunción del riesgo y el control de las propias emociones son identificadas como características importantes.

*“Y que admitas el riesgo como parte natural de tu propia vida profesional, que puedas vivir con ese riesgo como variable de personalidad, es decir, que seas una persona que admitas, no el control, sino las incidencias que tiene la vida” PSC2 (UC)*

*“... si tu tienes un problema en tu casa, aunque estés viendo a un paciente que crees que se puede suicidar, no lo estás poniendo sobre la mesa, tienes de alguna forma que aguantar o tienes que disimular....” PSC3 ( UC)*

Asimismo, otra variable identificada es la seguridad personal ante el diagnóstico y tratamiento realizados al paciente; quizás porque la sensación de haberlo hecho bien es el único medio de afrontar la falta de control y, por tanto, de mitigar las consecuencias negativas sobre el bienestar del profesional.

*“...que sepas lo que tienes delante, o sea la seguridad que tu sientas, no tanto la formación objetiva que tengas, sino la formación que tu percibas que tienes sobre eso y hasta qué punto tienes seguridad de que has controlado todo lo humanamente posible, porque tu estabas valorando una serie de señales,.....” PSCI(UC)*

*”...a tu casa no te lo vas a llevar de la mano, o sea, ya más no se puede hacer, tú no puedes hacer más y aunque estás haciendo todo lo humanamente posible, la conciencia la tienes tranquila en ese sentido.... PSQ 1( UC)*

### **2.5.5. Variables profesionales**

Una de las variables a las que se alude es la experiencia profesional. En este sentido, parece que los años de ejercicio ayudan más a tener la certeza de que se va a producir el suicidio que a la capacidad de impedirlo, ya que hay casos en los que la lucha contra el comportamiento suicida no implica la exención del riesgo a medio o largo plazo.

*“Yo estoy diciendo el paciente que tu sabes que se va a suicidar, más tarde o más temprano, que yo recuerdo en mi vida, dos; vamos, recuerdo concretamente de uno decir: este se va a suicidar o se lo cargarán porque andaba metiéndose en muchos follones; sólo espero que cuando se suicide no sea yo el último que lo haya llevado, pero suicidarse se suicidará seguro. Mira por donde, me tocó a mí, yo fui el último que lo llevé cuando se suicidó y, sí, recuerdo que fue un paciente que me afectó especialmente porque lo estás viendo venir y no puedes hacer nada por evitarlo...me pasó con éste y me pasó con otro cuando trabajaba en Loja” PSQ1 ( UC)*

No obstante, el éxito obtenido en algunas intervenciones con pacientes que presentaban un alto nivel de riesgo suicida es una experiencia muy gratificante que anima y estimula a seguir adelante.

*“...Cuántas veces yo en los equipos no he hecho un contrato terapéutico sabiendo que alguien podía hacerlo, pero al final no se suicida... ¿eso lo habéis recordado, las veces que habéis salvado?, si me permitís la frase, “ballenas grises”, que han salido para adelante contra todo pronóstico...” PSC2 (UC)*

Junto con la experiencia, otros hablan de las diversas categorías profesionales que existen en el equipo de salud mental y, más concretamente, de las distintas responsabilidades que conllevan, de tal manera que a mayor grado de responsabilidad (facultativos y enfermería), mayor nivel de implicación y, por tanto, mayor sentimiento de culpabilidad y de afectación emocional.

*“...creo que en determinadas categorías tenemos una implicación mayor” PSC5 (UA)*

*“ ...evidentemente, a lo mejor el facultativo va a tener más implicación que la administrativa o el auxiliar...” ENF3 (UA)*

*”...si tú te sientes, como dice el psiquiatra, responsable último de ese paciente...te puedes sentir más culpable porque dices... ”yo no me di cuenta, cómo es que no le pregunté, lo bien que lo hice y no le pregunté ese día porque me pareció que no....” PSC4 ( UA)*

*“Por eso digo yo, que a lo mejor en mi categoría ... a mí poca culpa me pueden echar,” AUXCL3 (UA)*

A pesar de esta evidencia, en el discurso se aprecia cómo en algunas ocasiones los trabajadores de menor rango profesional tampoco se ven libres de emociones cuando el paciente se suicida, sobre todo cuando han tenido la oportunidad de conocerlo y de relacionarse asiduamente con él y con su familia.

*“...además del grado de responsabilidad de cada categoría, está la implicación que tiene la misma familia con vosotros o con nosotros, conmigo a lo mejor más porque llevo más años, pero es que tienen muy poca relación con nosotros; en cambio, el paciente y la familia tiene más implicación con vosotros, con los terapeutas, es por lo que yo lo digo, o sea, conmigo es que es menos, realmente es que tienen poca...” AUXCL2 (UA)*

*“...lo que pasa es que llevo muchos años, me conocen mucho, y por eso sí, pero no porque ...porque realmente a nosotros, a la categoría nuestra no ...no te suelen decir mucho, normalmente van al psiquiatra o al psicólogo, al terapeuta que lo lleve” AUXCL2 (UA)*

*“...llevo muchos años, entonces, claro, es que te conocen, conoces al hijo, lo conoces porque lo ha traído de chico; en ese aspecto, por eso yo me implico más, pero no por categoría” AUXCL3 (UA)*

Asimismo, el dispositivo en el que se trabaja actúa como variable moduladora de la categoría profesional, ya que en las unidades cerradas se da una relación muy estrecha del personal de enfermería con el paciente, llegándose a producir incluso mayor implicación personal que en otras categorías.

*“... no es lo mismo la relación que tu tienes en un despacho nada más que la relación que se tiene, en este caso, en la unidad de agudos con el paciente y que pueda tener F. como auxiliar, que es el que está mucho relacionándose con ellos o que pueda tener yo ...”ENF1 ( UC)*

Por último, la proximidad física del profesional con respecto al paciente en el momento en que acontece el suicidio también modera o modula el impacto del rango profesional.

*“...vamos a ver, un paciente sale del psiquiatra,: “bueno que yo he acabado”, que me voy, y se va, yo estoy allí y el tío se tira por la ventana, vamos, la que se siente en este momento responsable soy yo, no eres tú que te acabas de ir, entonces depende de muchas cosas” AUXCL2 (UA)*

Una tercera variable profesional es el tipo de unidad (cerrada o abierta) en la que se desarrolla el trabajo. Desde este punto de vista, en las unidades cerradas, en contraposición con las ambulatorias o de carácter abierto, se presupone el cuidado del paciente y su mejoría, por lo que el incumplimiento de esta premisa básica es percibido como algo incongruente:

*“Yo me estaba acordando de las variables que más bien dependen de donde estés trabajando que ahí es donde están las variables potentes, no es lo mismo un paciente que se va a su casa que el que tienes allí, que se supone que estamos tantos que le vamos a cuidar más, se supone, ¿no? y a lo mejor es lo determinante”*  
PSCI ( UC)

De otro lado, se piensa que hay dos diferencias cualitativas muy importantes en el paciente que va a consulta. En primer lugar, su predisposición a recibir ayuda especializada y, en algunos casos, su manifestación explícita de querer suicidarse; en segundo lugar, la consumación del suicidio se produce fuera de la unidad, normalmente en el contexto personal del enfermo. Ello facilita, por un lado, la intervención profesional y, por otro, permite diluir el sentimiento de culpa ya que pueden argumentarse influencias externas de última hora o falta de protección del propio entorno del suicidado.

*“Pero el que va a tu equipo tiene una gran ventaja y es que es una persona que pide algo, ahí tenemos un punto de inflexión, que para mí es muy sólido, o sea una persona que no pide ayuda, a la que dice oye que necesito ayuda, creo que ahí hay una cosa muy importante”* PSQ3 ( UA)

*“En el equipo de salud mental un paciente que te avisa, tu lo tratas de una forma especial, incluso en algunas psicoterapias tu tratas a ese paciente, lo sabes, lo explicitas, y si él no lo quiere explicitar, tu tratas sobre eso...nuestros pacientes de ingreso no son así, los del equipo, algunos sí son así... los pacientes con depresión mayor con riesgo suicida alto, estos son así, claro....Yo he tenido casos en el*

*equipo que se han intentado suicidar y a saber donde están ahora... pero salieron para adelante trabajando eso con ellos” PSC3 (UC)*

*“...cuando el suicidio pasa en un hospital, entonces ahí hay revuelo, pero en un equipo comunitario es raro que pase.... siempre ha sido en su casa, ha sido en el campo...” ENF3 (UA)*

## **2.6. Demandas de los profesionales**

Como ya hemos comprobado a lo largo de estas páginas, el trabajo que desarrollan los profesionales de salud mental no está exento de dificultades, exponiéndolos al estrés continuo y al desgaste personal.

*“...hay días muy cargados que te han llegado pacientes complicadísimos y con unas historias feísimas y tal, y cosas de suicidio muchos de ellos y con problemas muy graves, gente con hipotecas, que le quitan la casa, que no tienen para mantener a los hijos.....” PSQ3 (UA)*

*“... estoy de acuerdo que al cabo del día nos tragamos mucho y tenemos un desgaste personal también por nuestro trabajo profesional porque son muchas historias, son muchas penas, problemas...tu tienes que hacer algo por dar una respuesta, eso te va procurar un desgaste que, a lo mejor, se acaba cronificando y no nos damos ni cuenta del desgaste que tenemos, aunque a veces decimos “yo estoy ya con las neuronas un poco...” PSC5 (UA)*

*“Te acabas quemando” ENF3 (UA)*

Pero, paradójicamente, a los profesionales de salud mental se les otorga la facultad de saber manejar el propio dolor por el simple hecho de trabajar con el ajeno; incluso, se presupone que su experiencia laboral les permite gestionar sin conflictos los problemas cotidianos de su propia vida.

*“¡Vaya! eso también que sí ...que tu estás con alguien y no es muy amigo tuyo o no te conoce bien y le estás contando algo tuyo y te dice: “mujer...y tu siendo...”*  
*PSC5 (UA)*

*“La frase típica es: “eso no te pega...¿ que lo estás pasando mal?, no te pega”,... tu tienes que gestionar eso de otra forma...”* PSQ4( UA)

*“Se creen que los psicólogos tienen niños perfectos, educados, saben hacerlo todo muy bien, no se mean en la cama, parece que no les puede pasar eso a los niños de los profesionales de salud mental...”* ENF3 (UA)

No obstante, ellos son conscientes de que no disponen de las herramientas necesarias para hacer frente al sufrimiento que le proporciona el suicidio de un paciente, necesitando de los demás para poder desahogarse y liberar sus emociones.

*“Porque nunca hablamos del impacto que tenemos y eso es malo “* PSC1 (UC)

*“Hay que elaborarlo, ponerle palabras... digerirlo,... no hay otra.”* PSC4 (UA)

*“Yo pienso que es fundamental, desahogarte, ...en tu casa también, con la mujer,... con algún amigo...que tengas mucha confianza,...y eso te ayuda a ir sobrellevando el tema de una forma más adecuada.” PSQ3 (UA)*

*“Pues llorar..., apoyarse en los demás.” PSC4 (UA)*

En esta línea de discurso, creen que la ayuda más idónea es la que puede proporcionar sus propios compañeros de trabajo por compartir a diario las mismas situaciones de riesgo.

*“...Yo compartirlo con gente que entienda eso que normalmente son compañeros de salud mental, psicólogos y psiquiatras; son compañeros que han podido compartir y vivir eso,...” ENF3 ( UA)*

*“Yo creo que lo que ayuda realmente es ver esa sensación de equipo, que ves a gente a tu alrededor y unas veces te permiten hablar y otras veces te hablan y otras veces te dicen: “déjate de omnipotencias que a todos nos ha pasado”. Eso sí me parece fundamental, yo cuando lo he vivido me ha parecido importante, ver que no estás sólo ante esta historia y que tu compañero y tu coordinador no es tu enemigo, ¿no?, incluso la institución, que sí, que pide papeles porque tiene que estar preparado, pero que te permiten hablar y que te hablan” PSC1 ( UC)*

Más concretamente, proponen la creación de espacios donde poder drenar la gran carga emocional y el desgaste psíquico que supone empatizar con los problemas del paciente y luchar con las propias emociones de frustración, miedo, fracaso, culpa, etc.

*“... el espacio de hablarlo es importante y hay que crearlo” PSQ2 (UC)*

*“Hay una cosa fundamental: que haya espacios reglados donde nos podamos reunir y hablar y no solamente de los indicadores; lo digo porque yo he estado trabajando cinco años donde no se hablaba nada más que de los indicadores”.*

*PSQ1 (UC)*

*”...saliéndonos un poco de lo que es el suicidio, sí me parece que el personal de salud mental tiene una carga añadida, porque es que no paras de escuchar problemas, a veces no puedes compartir todos los días lo que has escuchado...pero que sí harían falta grupos de desahogo....te aplastan mucho...cuando llegas a casa no tienes ni ganas de hablar, ... todo lo que has escuchado y has tenido que apoyar y decir y guiar ...sí que he notado cuando a mí me ha pasado...he sentido que estaba arropada...y el resto de los días que una va cargando y cargando y cargando con el sufrimiento ajeno....”*

*ENF3 (UA)*

*“Pero que no sea una sesión clínica, es un espacio en el que dar lugar a airear algún sentimiento, a la comunicación, a otras cosas, no es una sesión clínica...”*

*PSQ2 (UC)*

En el caso de un suicidio, se reclama una ayuda más concreta y especializada, además de la concienciación de los compañeros y de la institución.

*“El suicidio yo lo vería más como una situación aguda en la que, claro, en ese momento tu puedes venirte abajo y, a lo mejor, sí sería bueno que hubiera algo o alguien o algunos que en ese momento tú pudieras pedir ayuda” PSC4 (UA)*

*“De contención para eso, específico. Pero aparte de eso más específico, pero en general el apoyo de los compañeros y de la institución si es posible...”*

*PSC4 (UA)*

Otra demanda unánime es la necesidad de incluir la temática del suicidio de pacientes y la preparación del profesional ante su muerte en el curriculum académico, pues su inexistencia contrasta con los estudios donde se indica que el porcentaje de suicidios en profesionales que aún son residentes (postgrado) es mayor que en el resto.

*Todos.- “Nunca nos han preparado para afrontar este tipo de situaciones”*

Por último, aunque no llegó a concretarse en una petición explícita, uno de los participantes puso sobre la mesa la escasez de medios para realizar el trabajo de manera adecuada, así como la “bondad” de algunos procedimientos para la prevención del suicidio.

*“¿Tenemos los medios para vigilar a las personas que vienen con suicidios, con el número de pacientes que tenemos en una unidad?, con el número de pacientes que tienen riesgo de suicidio porque vienen por procesos depresivos...,¿tenemos*

*personal suficiente que pueda vigilar?... A mí me parece absurdo –y lo digo en petit comité- el protocolo de vigilancia de suicidio...es una cosa absolutamente persecutoria, pero si no lo has puesto es también persecutorio porque tenía que tenerlo puesto; es decir, la institución es persecutoria y sin medios, porque tu debías de tener un número clarísimo de auxiliares con habitaciones de observación donde tú pudieras acceder a eso y ahora barajas la relación terapéutica, la propia libertad del paciente de cerrar su puerta y descansar, ¿tú qué les pones, un vigilante?” SPC2 (UC)*

### **3. Discusión de resultados**

En este estudio se evidencia que los profesionales de salud mental, al igual que los familiares del suicida, sufren un proceso de duelo y pasan por las diversas fases que describe Macías (2000):

#### **Fase de impacto**

- Shock emocional ante la noticia o visión del fallecido en el lugar de la muerte: sensaciones y sentimientos a nivel físico y psíquico como embotamiento emocional, aturdimiento, tendencia a la incredulidad, fuerte dolor psíquico, rumiación de los últimos momentos vividos con el suicida en busca de señales previas no identificadas y juicios negativos sobre la adecuación de la propia conducta.
- En todas las personas estudiadas, este shock es mayor cuanto más de cerca han presenciado la macabra escena. En este sentido, los familiares y profesionales que

descubrieron el cadáver permanecen con pensamientos recurrentes e intrusión de imágenes sobre detalles del cadáver.

- En aquellos sobrevivientes que en su relación con el suicida estaba implícito el deber ético y legal de protegerlo, se da un mayor sentimiento de responsabilidad sobre lo sucedido y, por ello, son las personas más afectadas: psicólogos, psiquiatras y cargos de supervisión, en el grupo de profesionales, y madres y esposas, entre los familiares. No obstante, en éstos últimos, el deber de protección y custodia legal sólo implica a las personas bajo su tutela (niños, ancianos o enfermos incapacitados).
- De igual manera, entre los profesionales, los más afectados e impactados son los que trabajan en dispositivos cerrados. Ello se debe, fundamentalmente, a tres causas: el suicidio suele acontecer en el propio recinto hospitalario, los trabajadores tienen el explícito encargo legal e institucional de supervisar y custodiar al paciente y, por último, al tratarse de una muerte no natural, conlleva siempre un proceso judicial.

### **Fase de repliegue**

- En ambos grupos, irrumpen sentimientos contrapuestos de pena, hostilidad y culpa.
- Tanto familiares como profesionales muestran su rabia por la posición en la que el comportamiento del suicida les deja ante sí mismos y ante los demás: sentimiento de fracaso de rol y de traición por no haber sido

correspondidos en su implicación personal con el suicida, así como la estigmatización social a la que se ven sometidos tras el fallecimiento.

- En ambos participantes surge un fuerte sentimiento de culpa por su posible participación en el suicidio: repasan lo dicho y hecho por el suicida o por ellos mismos en su interacción con él o con su entorno, y se atormentan por no haber sabido identificar las señales o por haberlas subestimado.
- No obstante, hay un incremento de la culpa si el suicidio se produce en el contexto de una relación conflictiva o cuestionada y si, además, en el entorno se especula con otras formas más adecuadas de haber actuado con el fallecido.
- Asimismo, en los discursos de los dos grupos estudiados se aprecia cómo a lo largo del proceso la culpa va desplazándose en un sentido y en otro, a través de todo y de todos: familiares, profesionales, institución, sociedad (amigos, trabajo, economía), en el propio suicida y en la enfermedad mental.
- Es precisamente el desplazamiento de la culpa hacia la enfermedad mental el que genera cierto alivio tanto a los familiares como a los profesionales, sobre todo cuando el trastorno que padecía el suicida se hubiera estimado como muy grave, ya que ello supone una constatación del escaso margen que tenían para evitarlo.
- Más en concreto, para los profesionales, el diagnóstico previo de gravedad e irreversibilidad de la enfermedad les disminuye su herida narcisista, y en los familiares atenúa el dolor producido por una convivencia con el enfermo plagada de sufrimientos, a la vez que les

permite volcar una mayor carga de responsabilidad sobre otros: los propios profesionales.

### **Fase de recuperación o reconstrucción**

- Ambos grupos van enfrentándose a la pérdida no sólo de la persona que falleció y con la cual estaban vinculados emocionalmente, sino también de todas aquellas cosas que tienen que ver con lo que el suicida se llevó de ellos mismos.
- La resolución del duelo depende tanto de factores intrínsecos como extrínsecos al sobreviviente. Son múltiples las variables psicosociales, personales y contextuales que modulan el proceso de duelo y, por tanto, condicionan su estancamiento o, por el contrario, su resolución.
- En última instancia, como veremos a continuación, el curso de un duelo va a estar determinado por una gran variedad de factores que abarcan desde la personalidad del sobreviviente y del fallecido, hasta los vínculos de relación que ambos mantenían (Worden, 2004). Asimismo, son de gran relevancia las características del contexto social, institucional o familiar en el que acontece el suicidio (Pérez, 2006).

En las cuatro tablas siguientes mostramos un resumen de los principales resultados, comparando los obtenidos en las dos poblaciones objeto de este estudio. Esto nos permitirá, por un lado, apreciar qué factores o condicionantes protectores y de riesgo determinan el desarrollo del proceso de duelo y, por otro, observar las semejanzas y diferencias halladas en este proceso entre los familiares y los profesionales de salud mental.

	Familiares	Profesionales
<b>Protectores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Carácter extrovertido.</i></li> <li>• <i>Creencias religiosas.</i></li> <li>• <i>Responsabilidad sobre otros miembros de la familia a los que hay que proteger.</i></li> <li>• <i>Pareja estable y sin patología en la relación.</i></li> <li>• <i>Conciencia de riesgo en la pérdida del control (por el alcohol).</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Carácter asertivo con escasas distorsiones cognitivas.</i></li> <li>• <i>Saber empatizar con los familiares del suicida.</i></li> <li>• <i>Seguridad sobre el diagnóstico y tratamiento realizados al paciente: sensación de haberlo hecho bien.</i></li> <li>• <i>Éxitos previos con pacientes de alto riesgo suicida.</i></li> <li>• <i>Sistema de creencias adecuado:</i></li> </ul> <p><i>-Admitir el riesgo como parte natural de la profesión y asumir la incertidumbre del comportamiento humano.</i></p> <p><i>-Reconocimiento de la “no omnipotencia” terapéutica, humildad profesional.</i></p> <p><i>-Reconocimiento de que los años de experiencia ayudan más en el pronóstico del suicidio que en la capacidad de impedirlo.</i></p>
<b>De riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tendencia a reacciones impulsivas.</i></li> <li>• <i>Otros antecedentes de familias suicidas o existencia de suicidios de personas conocidas</i></li> <li>• <i>Ser profesional de la salud además de familiar.</i></li> <li>• <i>Roles y sistemas de valores familiares estereotipados.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Carácter inseguro, escasa tolerancia al estrés y baja asertividad.</i></li> <li>• <i>Tendencia a las distorsiones cognitivas.</i></li> <li>• <i>Saturación y desgaste personal continuado por trabajar en la gestión del sufrimiento ajeno.</i></li> <li>• <i>Dudas sobre el diagnóstico y el tratamiento del suicida.</i></li> <li>• <i>Utilizar la negación y la represión para hacer frente a las secuelas.</i></li> <li>• <i>Sistema de creencias inadecuado:</i></li> </ul> <p><i>-Entender los suicidios propios y los ocurridos a compañeros como fracasos profesionales.</i></p> <p><i>-Presunción de que los profesionales de salud mental tienen el deber de manejar el propio dolor por trabajar con el ajeno.</i></p> <p><i>-Suponer que por sí sola la experiencia profesional disminuye el impacto.</i></p>

**Tabla 4.- Factores personales de los sobrevivientes**

	Familiares	Profesionales
<b>Protectores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa vinculación reciente con el fallecido, independientemente del parentesco.</li> <li>• Vivir el suicidio como una agresión a otros familiares que sí estaban más vinculados con el suicida.</li> <li>• Deteriorada relación familiar del suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa implicación personal con el suicida.</li> <li>• Relación dificultosa y distanciada por el propio paciente.</li> <li>• El suicida incumplía los pactos terapéuticos y su conducta era similar con otros profesionales.</li> </ul>
<b>De riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación con el suicida hostil o ausente.</li> <li>• Vinculación muy dependiente: fracaso de rol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrecha alianza terapéutica.</li> <li>• Ser el profesional a quien dirigió sus últimas palabras y sus últimos comportamientos.</li> <li>• Manifestaciones de reproches o de las intenciones suicidas en el transcurso de la relación terapéutica: fracaso de rol.</li> <li>• Ser responsable de su plan terapéutico.</li> <li>• El paciente había trabajado activamente en su recuperación.</li> <li>• Haber establecido estrecha relación personal con el paciente y estar ingresado en una unidad cerrada, independientemente de la categoría del profesional.</li> <li>• Proximidad física al paciente en el momento del suicidio.</li> </ul>

**Tabla 5.- Factores derivados de la relación entre el suicida y los sobrevivientes**

	Familiares	Profesionales
<b>Protectores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poco sociable.</li> <li>• Adicción al alcohol.</li> <li>• Previsibilidad de una agresión auto y/o hetero.</li> <li>• Conductas de maltrato a la familia.</li> <li>• Percepción del suicidio como una consecuencia de su carácter y costumbres.</li> <li>• Percepción del suicidio como consecuencia de una enfermedad mental o física muy grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reiteradas amenazas de suicidio de carácter manipulativo.</li> <li>• Importantes antecedentes de intentos autolíticos: gran previsibilidad.</li> <li>• Diagnóstico de enfermedad mental grave.</li> <li>• Conductas sociales muy disruptivas.</li> <li>• Ingesta frecuente de tóxicos.</li> <li>• Paciente de trato hostil y distante.</li> </ul>
<b>De riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidad excesivamente dependiente.</li> <li>• Suicidio con signos de una gran elaboración previa.</li> <li>• Total y absoluta imprevisibilidad.</li> <li>• Signos de alteración psíquica sin tratar.</li> <li>• Miedo a la posibilidad de que la conducta suicida sea hereditaria.</li> <li>• Antecedentes de otros familiares suicidas.</li> <li>• Problemas económicos no conocidos hasta su Muerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dudas acerca de su capacidad volitiva.</li> <li>• Suicidio imprevisible</li> <li>• Cuando produce sorpresa pero la escena parece muy elaborada.</li> <li>• Pertenencia del suicida a un grupo psicoterapéutico.</li> <li>• Intentos previos del suicida por mejorar y trabajar en su recuperación.</li> <li>• Encontrarse en una fase de aparente mejoría clínica</li> </ul>

**Tabla 6.-Factores que proceden del fallecido y de las condiciones y motivos del suicidio**

	Familiares	Profesionales
<b>Protectores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con el apoyo de la familia más cercana.</li> <li>• Estructura familiar adecuada y con buena expresividad emocional.</li> <li>• Apoyo de los agentes sociales y religiosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de trabajo bien cohesionado y empático.</li> <li>• Conciencia de que todos pueden encontrarse en una situación similar.</li> <li>• Apoyo explícito del responsable del equipo y de la institución: empatía con el profesional y reconocimiento de su situación de duelo.</li> <li>• Existencia de espacios para compartir el duelo y escuchar experiencias similares vividas por profesionales experimentados y prestigiosos.</li> <li>• Pertenecer a unidades abiertas ya que los pacientes no se suicidan allí mismo.</li> <li>• Nivel de responsabilidad clínica bajo.</li> <li>• Tener el apoyo de amigos y compañeros.</li> <li>• Haber trabajado durante el tratamiento con la familia empatizando con el sufrimiento que implica vivir la enfermedad mental.</li> <li>• Reconocimiento del esfuerzo del profesional por parte de la familia del suicida.</li> <li>• Hablar del propio duelo con la familia del suicida..</li> </ul>
<b>De riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser de las primeras personas en acudir a la escena del suicidio.</li> <li>• Delegar totalmente en otros la responsabilidad y el cuidado de miembros de la familia como hijos pequeños o ancianos.</li> <li>• Hábitat con escasas alternativas de ocio y con existencia de conjeturas sobre el suicidio entre los conciudadanos.</li> <li>• Fuerte estigmatización, reflejada en los comentarios durante el duelo.</li> <li>• No recibir apoyo explícito de las amistades habituales.</li> <li>• Percepción de deficiencias en la atención sanitaria en el duelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicidio en una unidad cerrada: proximidad física.</li> <li>• Antecedentes de otros pacientes que se suicidaron.</li> <li>• Estar atendiendo a otros pacientes con riesgo suicida.</li> <li>• Estar considerada como una muerte judicial.</li> <li>• Unidad con existencia de una relación de convivencia entre pacientes y profesionales.</li> <li>• Escaso o nulo apoyo y empatía de los responsables directivos.</li> <li>• Cuestionamiento de la competencia clínica.</li> <li>• Ausencia de formación acerca del impacto ante el suicidio de pacientes.</li> <li>• Falta de respaldo legal por la ausencia de protocolos que aborden las múltiples variables del comportamiento humano, no controlables por los profesionales.</li> <li>• Estigmatización de la enfermedad mental y del suicidio.</li> <li>• No establecer un espacio para la expresión del dolor personal.</li> <li>• Equipo poco empático y cohesionado.</li> <li>• Curiosidad morbosa de otros sanitarios y de la sociedad.</li> <li>• Nula o escasa relación con la familia que tenderá a desplazar la culpa a los profesionales</li> <li>• Interposición de demanda judicial de la familia y/o institución al profesional.</li> </ul>

Tabla 7.- Factores del contexto



## **CAPÍTULO 6**

# **PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA FAMILIARES Y PROFESIONALES ANTE EL DUELO POR SUICIDIO**



## **Introducción**

A la luz de los resultados obtenidos, vamos a proceder a cubrir otro de los objetivos de nuestra investigación, elaborando algunas propuestas de apoyo e intervención específicas para ambas poblaciones estudiadas: familiares en duelo por suicidio y profesionales que trabajan con pacientes mentales que finalmente acaban suicidándose.

Consideramos que al proponer algunas estrategias para favorecer la elaboración del proceso de pérdida estamos dando respuesta, no sólo al objetivo de transferir a la realidad práctica lo estudiado en nuestra investigación cualitativa, sino también a una importante necesidad de apoyo expresada por los afectados.

En este sentido, estamos de acuerdo con las siguientes palabras de Krueger (1991):

*“Cuando la investigación cualitativa está ligada a problemas o necesidades específicas, el científico se convierte en una especie de investigador/consultor que intenta producir resultados utilizables en situaciones reales. En este sentido, la calidad de la investigación se mide no por su adecuación a un modo particular de ver la ciencia, sino por la contribución que sus resultados hacen a la solución del problema de interés” (p. 19).*

Como hemos comprobado en el análisis, la elaboración psicológica de la muerte por suicidio comporta gran riesgo para el equilibrio psicofísico de los familiares, así como para el de los profesionales que previamente le atendían, encontrándonos, sin duda, ante un importante problema de salud. Sabemos que la afectación por este tipo de muerte llega a

extenderse hasta casi una decena de personas cercanas al suicida, lo que supone el doble de dolientes que los producidos por la muerte por cáncer (Payás, 2007), con la disfuncionalidad y gasto sociosanitario que ello conlleva.

Por otro lado, hay que advertir la urgencia de atender adecuadamente la afectación sufrida por los profesionales, ya que éstos, paradójicamente, tienen que preservar la salud de los familiares dolientes y la de otros pacientes potencialmente suicidas.

En concreto, nuestra propuesta de intervención gira en torno a la formación de grupos de apoyo terapéuticos. Con esta técnica, que ya se está empleando para familiares, sobre todo en la especialidad médica de cuidados oncológicos y paliativos, se están obteniendo resultados muy beneficiosos, ya que permite compartir experiencias similares y asignar un espacio/tiempo para ello (Hughes, 1995).

Sin embargo, y a pesar de la tendencia a producirse duelos complicados, no existen grupos específicos de apoyo para sobrevivientes de suicidas en la cartera de servicios de la red pública sanitaria nacional. Por ello, a lo largo de este capítulo, expondremos donde se encuadraría nuestra propuesta en la organización sanitaria actual, además del marco legislativo en la que se apoyaría. Asimismo, identificaremos a los profesionales que deben encargarse de guiar estos grupos, los objetivos a conseguir y la metodología que debe emplearse.

Para los familiares se prescribirá un grupo de tratamiento para duelos ya complicados, puesto que éstos llegan en etapas diferentes del proceso y derivados por su médico; por el contrario, en profesionales sería más conveniente una intervención precoz

(tanto de tratamiento como preventiva) a fin de evitar que el proceso de duelo se convierta en patológico.

Con respecto a los primeros, se ha adaptado un protocolo ya existente para duelos complicados; por el contrario, para los profesionales hemos realizado uno totalmente original, ya que actualmente no se dispone de ninguna evidencia rigurosa en la literatura sobre recomendaciones clínicas específicas para el tratamiento de este colectivo. En este último caso, se expondrá un protocolo que redundará, además, en la mejora de la eficiencia en su trabajo, controlando las interferencias emocionales que producen un impacto de tales dimensiones en su labor diaria (Balint, 1986). Igualmente, recogeremos la experiencia relatada en sus discursos para intentar fortalecer los vínculos intraequipo, tratando, de esta manera, de evitar el sentimiento de desatención y soledad institucional expresado manifiestamente en los grupos focales.

De otro lado, para la elaboración de ambos protocolos han sido determinantes los resultados obtenidos en el análisis del discurso de los afectados. Profundizar en la subjetividad de sus vivencias y pensamientos nos ha permitido adoptar una perspectiva sobre el duelo por suicidio mucho más rica en matices que si solo nos hubiésemos ceñido a los datos cuantitativos derivados de las estadísticas.

Además, este conocimiento nos ha proporcionado seguridad y, probablemente, una mayor efectividad a la hora de elaborar los diferentes pasos de nuestra propuesta de intervención: desde la elección del encuadre grupal como el más idóneo para trabajar las emociones y las relaciones interpersonales (destacado por la literatura y corroborado por nuestros sobrevivientes), hasta la utilización de los factores que modulan claramente el

proceso de duelo. Ser conscientes de estas variables moduladoras nos ha ayudado a hacer la selección de los componentes de los grupos en función de su potencial de afectación y riesgo, así como a nutrir de especificidad los contenidos de todas y cada una de las sesiones grupales.

Como veremos a continuación, en las intervenciones se hará un minucioso recorrido por los sentimientos generados en el proceso de duelo y por sus factores moduladores; se abordarán, así, el contexto donde se ha producido el deceso, el tipo de respaldo social /institucional obtenido, el nivel de responsabilidad legal y afectiva, las respuestas fisiológicas más habituales, los pensamientos y elucubraciones realizadas y la lucha entre emociones ambivalentes.

Asimismo, se afrontarán replanteamientos sobre la propia identidad, se hablará sobre la relación y vinculación que se tenía con el suicida, el concepto de muerte versus enfermedad mental, la culpa, el miedo a la carga genética o a la imitación de la conducta suicida. En definitiva, se rastrearán las variables que personalizan la vivencia del proceso de duelo, sin olvidar, no obstante, el nexo común entre todas las personas que han vivido esta experiencia: el dolor, tanto por la pérdida del propio suicida, como por la herida narcisista que produce la muerte voluntaria de alguien con el que se mantenía una estrecha y significativa relación interpersonal.

### **1. Contexto de la intervención**

El Ministerio de Trabajo, dentro del programa nacional I+D+i (2010), publicó el trabajo realizado por el psicólogo clínico Santiago M. Araña y titulado " *Diagnósticos y*

*prescripciones en salud mental, atención primaria e incapacidad laboral temporal*", en el que se analizaban los motivos de consulta sanitaria de la población española.

Una de sus principales conclusiones fue que la duración media de días de baja laboral (76 días) producidos por los trastornos de salud mental triplica los generados por otras causas de incapacidad (23,7 días). Los diagnósticos más frecuentes son los que se sitúan dentro de los globalmente llamados "procesos ansioso-depresivos", encontrándose entre ellos los duelos complicados, tanto en sí mismos como originarios de otras patologías secundarias, si no se resuelven correctamente: trastornos adaptativos, trastornos de estrés postraumático, fobias o depresiones graves.

Asimismo, en el informe se constata que los pacientes con trastorno mental presentan más problemas de salud asociados y utilizan de manera más frecuente los recursos asistenciales que los que acuden a consulta por problemas de salud general. Además, se advierte que los médicos de Atención Primaria presentan un grave déficit en la detección, diagnóstico y manejo de estos enfermos con alteraciones mentales, tendiendo a la prescripción farmacológica desde el principio, lo que supone una visión muy reducida de la complejidad del trastorno y del riesgo potencial de cronificación de su sintomatología.

Para paliar este problema, los expertos proponen la creación de un nuevo modelo de asistencia sanitaria basado en un enfoque multidisciplinar, en el que todos los profesionales trabajen de manera conjunta en el diagnóstico, elaboración y selección del tratamiento. Sobre este tema, la Organización Mundial de Psiquiatría publicó en diciembre de 2008 el denominado "*Nuevo modelo polivalente de centros de salud mental*", donde se plantea que el médico de Atención Primaria pueda recibir la ayuda de otros especialistas (al menos, un

psiquiatra y seis psicoterapeutas que trabajen en equipo), siendo conveniente que todos coincidan en el mismo lugar de trabajo.

En este sentido, tal y como señala Araña (2009):

*"la inclusión de profesionales de la psicología y la psiquiatría en Atención Primaria conllevaría un enriquecimiento de la atención asistencial que se presta en nuestro país" (p. 63).*

Por otro lado, el 2 de junio de 2009 se publicaba en el Boja la orden por la cual el SAS/1620/2009 debe ampliar la formación de los psicólogos especialistas en psicología clínica a 4 años de rotación a través de los dispositivos sanitarios públicos, incluyéndose los Centros de Salud de Atención Primaria.

## ***2. Propuesta de protocolo de intervención para familiares***

Este nuevo marco legal nos da la posibilidad de realizar una propuesta a los tutores oficiales de los psicólogos internos residentes (PIR) de la provincia de Granada. Dicha propuesta consistiría en constituir un grupo de duelo por suicidio para los familiares, adaptando a esta situación específica el formato de sesiones estructuradas que establece Díaz Curiel (2011) para los procesos de duelo complicado en general. Del grupo se responsabilizarían los facultativos psicólogos de los Equipos de Salud Mental Comunitarios (ESMC) y los pacientes serían derivados por los médicos de cabecera por presentar complicaciones en la elaboración del duelo por suicidio de algún familiar.

Asimismo, se propone también que las sesiones grupales se realicen en los centros de salud en atención primaria donde rotan los residentes en psicología y que éstos participen con fines formativos como observadores- coterapeutas, bajo la tutoría y dirección de un especialista de salud mental (psicólogo clínico). De esta forma, además de ofrecer un apoyo a las familias que sufren dificultades importantes en un proceso de duelo por suicidio, paliamos el profundo déficit en cuanto a la falta de formación pre y post grado que los psicólogos reciben sobre el afrontamiento al duelo por suicidio.

Por último, los grupos de apoyo que proponemos serían eminentemente clínicos, con objetivos psicoterapéuticos claros y basados en los criterios que define Yalom (1986): altruismo, cohesión de grupo, universalidad, aprendizaje interpersonal a través de la interiorización de lo ocurrido a los otros y de la exteriorización de lo propio delante de los demás, orientación, verbalización, emulación (identificación), reactivación de la experiencia familiar, comprensión de sí mismo, estimulación recíproca y conciencia de la propia realidad.

## **2.1. Objetivos**

Están basados en las teorías de Worden (2004) y Tizón (2004) y tienen un carácter eminentemente psicosocial y clínico. En ellos se incorporan los factores moduladores del duelo por suicidio que han sido extraídos del análisis del discurso de los familiares.

- 1) Informar y formar a los familiares sobre el tema del suicidio, contextualizándolo en nuestra cultura occidental.
- 2) Ayudar a reconocer y expresar con palabras los afectos y las emociones ambivalentes vinculados a la pérdida: la culpa, situada en uno mismo y, en ocasiones, desplazada hacia

otros familiares o hacia los médicos, la ira, el fracaso de rol, el miedo a la etiología hereditaria, el estigma social, etc.

- 3) Mejorar la sintomatología depresiva asociada a la pérdida de un familiar por suicidio.
- 4) Mejorar las relaciones socio-laborales y familiares.
- 5) Enseñar técnicas de afrontamiento frente a duelos futuros.
- 6) Ayudar a ver el duelo como una experiencia vital estresante de la que se puede salir.
- 7) Derivar al paciente al equipo de salud mental comunitario (ESMC) si el duelo deriva en una psicopatología muy grave.

## 2.2. Metodología

El grupo se organizará siguiendo las siguientes características definidas por Díaz Curiel (2011): grupo cerrado (máximo 10 personas); 10 sesiones de 120 minutos cada una; periodicidad semanal; día y horas prefijados; dirigido por un terapeuta responsable del grupo (psicólogo o psiquiatra, cuya función será la de activar, facilitar y salvaguardar el respeto y la confidencialidad, manteniendo, asimismo, un talante no intrusivo) y coterapeuta (residente de psicología, PIR); el método de intervención de los participantes estará basado en la técnica de “asociación libre” centrada en el duelo. Por último, la asistencia será obligatoria una vez aceptada la participación voluntaria y firmado el consentimiento informado, salvo por motivos de enfermedad u otros.

Los pacientes, remitidos por el médico de Atención Primaria, serán evaluados por el coordinador del grupo junto con el psicólogo en formación a través de una entrevista clínica y de la aplicación de la escala de duelo de Prigerson. Al igual que Díaz Curiel, proponemos utilizar este instrumento estadístico, ya que se puede aplicar en cualquier

momento del proceso del duelo, exceptuando el inmediatamente posterior al suicidio, posibilitando así un análisis de la evolución de dicho proceso.

Una vez finalizado el tratamiento grupal, se volverá a pasar la misma escala para ver la evolución que ha experimentado el paciente antes y después de las sesiones de grupo y para poder relacionar las variables socio-familiares, clínicas y las del propio proceso psicoterapéutico grupal.

Los criterios de selección de los pacientes serán los siguientes:

- 1) Experiencia de duelo por un familiar que se ha suicidado recientemente (entre 3 y 6 meses).
- 2) Conciencia de que dicho duelo está relacionado con la situación de sufrimiento actual.
- 3) Presenciar la escena suicida total o parcialmente.
- 4) Entrevista de evaluación por parte del responsable del grupo de apoyo junto al psicólogo residente. Puntuación mayor de 24 en la Escala de Prigerson.
- 5) Sensación de estar atrapado en el recuerdo o en los sentimientos de culpa, ira, etc. y percepción de incapacidad para desarrollar una vida social normal, similar a la realizada antes del suicidio.

De otro lado, la exclusión del paciente del grupo de apoyo se basará en los criterios que a continuación se especifican:

- 1) Pacientes con sintomatología psicótica activa y/o diagnosticados de psicosis.
- 2) Trastornos de depresión mayor.

3) Pacientes con actitudes negativas y que nieguen que el duelo sea la causa de su disfuncionalidad actual.

### **2.3. Contenidos de las sesiones**

Los contenidos tratados en las diversas sesiones recogerán las ideas más relevantes expuestas en la literatura sobre el tema (Worden, 2004; Niemeyer, 2002; Pérez Salas y Hernán, 2002), incorporando, asimismo, los resultados derivados de nuestra investigación. Por tanto, se rastrearán todos los componentes que envuelven una muerte tan traumática como es el suicidio y aquellos que modulan su impacto en la persona sobreviviente.

Sesión 1. Percepción del suicidio como un fenómeno mundial y su presencia en la cultura occidental. Relación con el suicida. La no despedida.”Lo que me decía y no escuché”. Formas de padecer el dolor. Rabia y culpa. No soportar lo que rodea a la muerte. Estigma.

Sesión 2. Vínculo con el fallecido y sensación de fracaso de rol. Aceptar la decisión de morir voluntariamente. Retomar el manejo de emociones ambivalentes. Legitimidad de la rabia y del sentimiento de alivio hacía la pérdida del familiar.

Sesión 3. Retomar el tema de la culpabilidad por sentir alivio. Tiempo necesario para elaborar el duelo. Soledad y compañía. Culpa por no cumplir los deseos del fallecido. Estados de ánimo variables. Lo que se lleva y deja quién fallece. Impotencia ante el estigma.

Sesión 4. “Yo como víctima”. Tiempo del duelo. Tipo de recuerdos. “No hay reparación para la muerte”. Impotencia ante la enfermedad mental y su mortalidad. Vivir sin el fallecido. ¿El suicidio es una forma de morir o de seguir viviendo en el otro?

Sesión 5. Búsqueda de la comunicación con los otros. “La vida ya no es igual”. Ocultación de sentimientos. “¿Qué hago con los recuerdos?”. Aislamiento y negación a la vida social. Miedo a la carga genética del suicidio.

Sesión 6. El antes y después de la muerte. La muerte que no se supera. Intentar aprender a vivir recordando. “La expresión de sentimientos no es negativa”. “No sentirse entendido”. La no aceptación produce daño. Reactivación de depresiones previas. Recolocar los sentimientos. Comenzar a sustituir la tristeza por el recuerdo.

Sesión 7. ¿Visitas al cementerio? Ponerse en el lugar del fallecido. Recuperar el presente y valorarlo, dejando atrás la muerte. “Aprender a hacer las paces con el fallecido”.

Sesión 8. Miedo a mejorar. Impotencia para controlar el dolor. Necesidad de darse tiempo. Necesidad de formar parte de un grupo “que te entienda”. El duelo por suicidio como un proceso de duelo más.

Sesión 9. El suicidio, ¿una muerte inevitable? La enfermedad mental y la voluntad de irse. Expresión de sentimientos con las personas cercanas. Recordar sin amargura y sin temor. Forma personalizada de elaborar la pérdida.

Sesión 10. Necesidad de pertenecer al grupo y necesidad de finalizarlo. “Hay una vida fuera del grupo, se había detenido pero me espera”. “Cada uno ha necesitado su tiempo para elaborar su duelo”.

Por último, una vez finalizada la terapia de grupo el autor en el que hemos basado nuestra intervención aconseja hacer un seguimiento de los pacientes mediante una evaluación clínica en un periodo comprendido entre los 2 y 5 años posteriores, con la finalidad de estudiar la estabilidad de los cambios.

### ***3. Propuesta de protocolo de intervención para profesionales***

Teniendo en cuenta que los profesionales han de continuar atendiendo a pacientes en duelo a la vez que deben gestionar el suyo propio, consideramos necesaria la puesta en marcha de este protocolo de apoyo terapéutico para actuar de una forma inmediata ante su demanda de ayuda y reforzar su capacidad de afrontamiento.

#### **3.1. Objetivos general y específicos**

##### **Objetivo general**

Iniciar con prontitud un sistema de apoyo estructurado al profesional en el que se valore el impacto originado por el suicidio del paciente y se libere y reconduzca el tumulto de emociones sufridas. La finalidad de este protocolo es aumentar la formación sobre el impacto del suicidio, normalizar el proceso de duelo (evitar que derive en una alteración grave psicopatológica) y ayudarlos a seguir su vida personal y laboral con la menor

repercusión negativa, tanto para sí mismos como para los demás, ya sean compañeros o pacientes.

### **Objetivos específicos**

1. Evaluar inmediatamente después del suceso el nivel de estrés y derivar al equipo de salud mental a aquellos profesionales en los que se evidencien signos de descompensación psicopatológica grave.
2. Posibilitar la salida de las emociones ambivalentes que se generan simultáneamente en este tipo de impacto: culpa, ira, miedo al estigma, inseguridad profesional, fracaso de rol, etc.
3. Formar tanto a nivel teórico como práctico sobre el manejo del impacto y determinar la influencia de los rasgos de personalidad, el contexto socio-laboral y la relación con el paciente sobre el proceso de duelo.
4. Establecer una conciencia de colectividad y apoyo intragrupal e incitar a la creación de un compromiso de ayuda mutua, con el respaldo de una supervisión especializada.
5. Considerar la experiencia personal como un punto de inflexión para reflexionar sobre la propia jerarquía de valores, con la finalidad de poder mirar desde nuevos enfoques conceptos como la vida, la muerte, el suicidio o el duelo.

6. Evitar polarizar la responsabilidad/culpa sobre una persona o una categoría profesional específica.
7. Presentar la “intervención en duelo” como una medida de apoyo y protección de la institución hacia los afectados, desvinculándola del enjuiciamiento profesional y del temor a la judicialización.
8. Aprender a relacionarse de forma diferente con la familia del suicida y con el resto de los pacientes, así como a valorar al grupo de compañeros como los apoyos más naturales, accesibles y eficaces.

### **3.2. Metodología**

La duración de la intervención se establece siguiendo los criterios clínicos de la OMS, que sitúa aproximadamente en un año el tiempo necesario para la elaboración de un duelo normalizado. Por ello, el protocolo de intervención se aplicará en dos fases, la primera durante el primer mes, y la segunda a partir del segundo mes del fallecimiento hasta finalizar el primer año tras el suicidio.

En total, la intervención estará compuesta de 6 sesiones y se realizarán en grupo, 3 jornadas presenciales de trabajo terapéutico-formativo entre el terapeuta y todos los profesionales participantes: las dos primeras cercanas al impacto del suceso y la tercera al acabar la segunda fase del protocolo y finalizar toda la intervención. Estas sesiones serán de 210 minutos de duración cada una, con un descanso de 15 minutos (para una mayor información sobre su contenido ver en Anexo 7 las fases del protocolo de intervención).

Igualmente, se llevarán a cabo tres sesiones de seguimiento entre el terapeuta y el responsable jerárquico (referente) del grupo, a lo largo de un año y de 60 minutos de duración. Su finalidad es conocer la evolución de los miembros de forma indirecta, puesto que lo que se pretende es dar al profesional herramientas de afrontamiento y no crear dependencia con respecto a las sesiones grupales dirigidas por el terapeuta. Por ello, es necesario que los contenidos se vayan procesando y calando mediante reflexiones individuales y reuniones internas de equipo.

Con esta modalidad se intenta también inculcar en el responsable del grupo el papel de observador, ayudándolo para que mire de “otra manera”, más personalizada y orientada al trabajo en equipo, a su grupo. Esta va a ser su misión fundamental, así como la de ir recordándoles que “el grupo”, una vez constituido, sigue existiendo fuera de las sesiones formales; igualmente, debe de promover que en las reuniones internas del equipo emerjan los contenidos de las densas sesiones de trabajo realizadas en esta intervención protocolizada.

Una última tarea del referente es el traslado de información bidireccional desde el terapeuta al grupo y del grupo al terapeuta; por ello, es conveniente que coincida con el responsable oficial o, en su defecto, con el líder natural del grupo.

De otro lado, el terapeuta mantendrá un contacto anual con el referente del grupo durante los dos años siguientes, siguiendo la misma línea de conveniencia terapéutica que se ha expuesto en este capítulo para la intervención con familiares.

Por último, es preciso destacar que, aparte de las jornadas intensivas de trabajo y del seguimiento, el grupo deberá trabajar con la ayuda de su referente grupal y en el marco de sus propias reuniones internas de equipo los contenidos expuestos en las sesiones estructuradas.

### **3.2.1. Temporización**

La distribución temporal de la intervención será la que a continuación se especifica:

#### **Primera fase:**

1ª Jornada de trabajo formativo-terapéutico presencial: a la semana del suicidio del paciente.

2ª Jornada de trabajo formativo-terapéutico presencial: al mes de la primera sesión.

#### **Segunda fase:**

3ª Jornada de trabajo formativo-terapéutico presencial: al año del suicidio.

Las 3 sesiones preestablecidas de seguimiento del grupo se realizarán a los 3, 6 y 9 meses del suicidio; no obstante, el terapeuta siempre estará disponible para asesorar y resolver posibles incidencias y problemas durante el transcurso de las reuniones internas del equipo. De forma excepcional, se atenderá individualmente a aquellos miembros del grupo que deseen tratar algún aspecto de manera más privada.

Por último, la secuencia temporal de las reuniones internas del propio equipo las establecerá el mismo en función de sus criterios de organización, por lo que no se considera necesario prever tiempos en nuestro protocolo.

### **3.2.2. Lugar**

Las jornadas formativo- terapéuticas se realizarán en una sala dentro del marco de trabajo habitual de los profesionales y elegida por ellos, así como las sesiones de seguimiento con el referente grupal.

### **3.2.3. Composición y selección de los participantes**

El número de miembros del grupo oscilará entre 10 y 12 como máximo. La selección la llevará a cabo el responsable jerárquico del equipo de trabajo siguiendo el siguiente patrón de prioridades:

1º.- Profesionales que hayan presenciado la escena del suicidio.

2º.- A los anteriores se les irán sumando aquellos que hayan tenido una especial vinculación con el fallecido, tanto positiva como negativa.

3º.- Profesionales que, habiendo mantenido una relación con el suicida en mayor o menor grado, también tienen responsabilidades directas, tanto en la atención al paciente como de carácter organizacional, en la institución donde se produce el suicidio.

4º.- Finalmente, al grupo podrán añadirse aquellos profesionales que pertenezcan al mismo equipo de trabajo y se consideren afectados de forma importante hasta completar el máximo de 10/12 miembros.

La incorporación al grupo tendrá un carácter voluntario, si bien, una vez admitidos, los profesionales deberán adquirir algunos compromisos tales como la regularidad de su

asistencia y la confidencialidad; además, éstos serán informados sobre algunas cuestiones metodológicas y sobre la utilización de los datos para fines investigadores.

En principio, no se descartará ningún participante que cumpla los criterios previamente enumerados, pero se eximirá de su compromiso de asistencia a aquellos miembros que en la primera sesión ya se aprecie una descompensación psicopatológica grave, derivándolos a otros especialistas de salud mental.

#### **3.2.4. Didáctica de las jornadas de trabajo.**

Las sesiones presenciales, que serán de larga duración y densidad temática, tendrán la siguiente organización teórico- práctica:

- Información teórica (a través de la técnica expositivo-afirmativa y utilizando el apoyo del programa power point) e inducción al debate semidirigido. Ejercicios de role-playing.
- Aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva.
- Aplicación de la técnica DAFO.

El terapeuta y director del grupo procurará y facilitará la creación de un ambiente cálido y participativo entre todos los componentes, no enjuiciando, serenando y dejando expresar a los miembros libremente sus ideas, actitudes y emociones.

#### **3.2.5. Registro de sesiones**

Se harán anotaciones “in situ” por parte del terapeuta, quien, tras la sesión, las reorganizará para reflejar la mayor cantidad de información posible.

### **3.2.6. Instrumentos de medida**

Dado que la finalidad de este grupo no es intervenir en duelos complicados sino dar apoyo terapéutico inmediato a los profesionales para evitar la complicación del impacto y su consecuente derivación en un duelo patológico, es recomendable utilizar diversas herramientas que nos permitan, por un lado, recoger precozmente datos sobre dicho impacto y hacer comparaciones entre los profesionales como grupo, y por otro, tener una visión clara de los cambios acaecidos a lo largo del proceso de intervención.

El primer instrumento es la *Escala de impacto del evento estresante* (IES-R, versión revisada de Weiss y Marmar, 1997), utilizada, como ya indicamos en el capítulo 3 de esta tesis, por algunos autores como Chemtob y cols. (1988) para medir el nivel de estrés en profesionales derivado del impacto por suicidio de un paciente ( ver anexo 8).

Se trata de uno de los auto informes más utilizados para evaluar el malestar emocional y está ajustado a los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (CIE-10) que, sin duda, acompaña frecuentemente a un acontecimiento vital tan estresante como es el suicidio de una persona allegada (Worden, 2004).

Así, a los dos factores (intrusión y evitación) que Horowitz, Wilner y Alvarez (1979) ya definieron para caracterizar la respuesta ante un evento traumático, en esta versión revisada se ha incluido una tercera dimensión denominada hiperactivación:

A) Intrusión, es decir, pensamientos, imágenes y ensoñaciones recurrentes relacionadas con el estresor, medida a través de 8 ítems.

B) Evitación, definida como la respuesta de negación del estresor, de su significado y sus consecuencias, e incluye embotamiento emocional e inhibición conductual ante situaciones relacionadas con el evento, evaluada por 8 ítems.

C) Hiperactivación, que evalúa síntomas de activación fisiológica, respuesta de sobresalto, hipervigilancia, problemas para concentrarse e irritabilidad, medida con 6 ítems.

Las respuestas se indican en una escala tipo Likert con un rango de 5 puntos y el diagnóstico de malestar emocional, clínicamente significativo, (utilizando como criterio externo la entrevista psiquiátrica que evalúa sintomatología central del trastorno de estrés postraumático) se realiza a partir de la puntuación total de la escala, siendo 24 el punto de corte usualmente utilizado (Asukai y cols., 2002).

El marco temporal para estimar el estrés emocional mediante la escala IES-R es de una semana después del suceso, pudiéndose repetir la prueba posteriormente para ver la evolución. Por ello, se pasará esta escala al mismo grupo de profesionales en dos tiempos: el primero, a la semana del suicidio y el segundo, al mes de la primera medición.

El segundo instrumento, que se aplicará al año del suicidio, es el *Inventario Texas Revisado de Duelo* (ITRD) en su versión adaptada al castellano por García García, Landa y Gaminde en el año 2005. Es un cuestionario autoadministrado y dirigido a aquellas personas mayores de 14 años que hayan vivido el fallecimiento de una persona cercana afectivamente hace más de 3 meses y menos de 3 años (véase anexo 9).

Este inventario consta de 21 ítems con 5 categorías de respuesta tipo Likert que van desde "completamente verdadera" (5 puntos) hasta "completamente falso" (1 punto) y se rellena aproximadamente en 10 minutos. Está dividido en dos partes: la primera (denominada duelo agudo) tiene 8 ítems que miden la impresión retrospectiva del doliente sobre la conducta y los sentimientos en los momentos posteriores cercanos a la muerte y su puntuación oscila entre 8 y 40; la segunda parte (llamada duelo actual) está compuesta de 13 ítems que hacen referencia a los sentimientos actuales y cuya puntuación oscila entre 13 y 65, por encima (alto) o por debajo (bajo) del percentil 50 (P50) de la prueba. Para su evaluación se suman las puntuaciones de cada ítem y se calculan los totales de cada una de las dos partes del cuestionario.

Con esta distribución de puntuaciones se obtienen cuatro tipos de duelo:

*Duelo prolongado*: la persona puntúa por encima de P50 en ambos momentos (Alto-Alto).

*Duelo resuelto*: puntuación por encima de P50 en duelo agudo (Alto-Bajo).

*Duelo ausente*: cuando la persona puntúa por debajo de P50 en ambos casos (Bajo-Bajo).

*Duelo retrasado*: corresponde a la persona que puntúa por encima de P50 en el factor duelo actual (Bajo-Alto).

<b>Duelo agudo P50 (16)</b>	<b>Duelo actual P50 (32)</b>	<b>Resultado</b>
Alto	Alto	D. Prolongado
Alto	Bajo	D. Resuelto
Bajo	Bajo	D. Ausente
Bajo	Alto	D. Retrasado

**Tabla8. Distribución con referencia a percentil 50.**

## ***4. Resultados preliminares de la aplicación del protocolo de intervención para profesionales en duelo***

### **4.1. Contexto de la intervención**

Fue la demanda de ayuda por parte del colectivo de profesionales de FAISEM (Fundación para la atención y reinserción de enfermos mentales de Granada) la que motivó hace unos meses la puesta en práctica del protocolo de actuación para profesionales descrito en las páginas anteriores. La gerente de FAISEM solicitó al Hospital San Cecilio de Granada una intervención especializada al observar, tras el suicidio de dos pacientes, que los profesionales que los tutelaban se encontraban muy impactados personal y laboralmente. La Unidad de Salud Mental del hospital, conocedora de la investigación desarrollada en esta tesis, aceptó finalmente la petición.

Los profesionales de FAISEM se basan para el desarrollo de su labor en un modelo de actuación socio terapéutico y atienden a enfermos mentales graves que se encuentran alojados en residencias de régimen abierto. Más en concreto, trabajan bajo la coordinación de un responsable de equipo y se encargan de la supervisión, tutelaje y ayuda en el manejo de la vida diaria a los pacientes crónicos que viven en pisos tutelados o en casas-hogares de la fundación. La finalidad última es procurar su reinserción sociolaboral, mediante talleres ocupacionales y otras actividades, en el marco de una intervención y seguimiento individualizados. Sin duda, en este contexto la relación paciente – monitor es estrecha y determinante en la evolución de los enfermos.

Aunque estos trabajadores no son representativos de la muestra utilizada en esta tesis, creemos que este estudio preliminar nos permitirá conocer la utilidad del protocolo

diseñado para atender a profesionales que se enfrentan con la experiencia del suicidio de un paciente, independientemente del dispositivo en el que trabajen.

## **4.2. Objetivos y metodología**

Los objetivos de este estudio son dos:

1. Detectar el nivel de impacto sufrido y evitar que derive en un duelo complicado.
2. Conocer el efecto de la aplicación del protocolo de intervención en profesionales afectados por el suicidio de un paciente.

La muestra la componen 22 profesionales-monitores de FAISEM pertenecientes a dos dispositivos diferentes, ambos en régimen abierto y ubicados en Granada capital y en la zona metropolitana. En los dos centros de trabajo se produjo el suicidio de un paciente/usuario, por lo que los monitores están siendo objeto de la misma intervención protocolizada en sus respectivos centros, aunque en días diferentes. En la actualidad ya se ha finalizado la primera fase de la intervención, orientada a detectar y tratar el nivel de impacto tras el suicidio, y se prosigue con la segunda fase que aún se encuentra en proceso.

La selección de los participantes la realizó el responsable jerárquico de cada dispositivo al que previamente se le informó sobre los criterios de inclusión, especificados en el epígrafe 3 de este capítulo, que debería tener en cuenta para la misma. El 22,7 % (n = 5) son hombres, mientras que el 77.3 % (n = 17) son mujeres. La edad media es de 38.52 años, con un rango que va de los 24 a los 60 años; la media de años de experiencia profesional se sitúa en 8.43 años, con un rango que oscila entre el año y los 17 años. Por

último, el tiempo medio de relación de los monitores con el paciente que se suicidó es de 3.29 años, con un rango de 1 a 7 años.

De otro lado, el tiempo transcurrido desde el episodio autolítico hasta el momento en que se lleva a cabo la primera sesión de abordaje formativo y terapéutico fue de una semana. A los profesionales que colaboraron en este estudio se les solicitó previamente el consentimiento informado para poder utilizar los datos con fines investigadores.

En cuanto al procedimiento, la intervención se llevó a cabo en días diferentes para cada uno de los grupos de profesionales (de 12 y 10 miembros respectivamente), aunque a todos ellos se les ha aplicado el mismo protocolo cuya duración total será de un año. Para las evaluaciones de la 1ª fase de la intervención se utilizó la escala de impacto ante sucesos (IES-R): la evaluación inicial, a la que llamaremos T1 (tiempo 1), se realizó a la semana del suicidio del paciente coincidiendo con la primera sesión del protocolo de intervención, y la segunda evaluación T2 (tiempo 2) se llevó a cabo al mes de la primera y tras finalizar la segunda jornada de trabajo.

### **4.3. Resultados**

En relación a los niveles de impacto, evaluados a la semana de que se produjera el suicidio del paciente, puede decirse que los síntomas emocionales y conductuales que presentaban la mayoría de los profesionales son de entidad y riesgo suficientes para poder desarrollar un duelo complicado debido a la presencia de sintomatología central del trastorno de estrés postraumático.

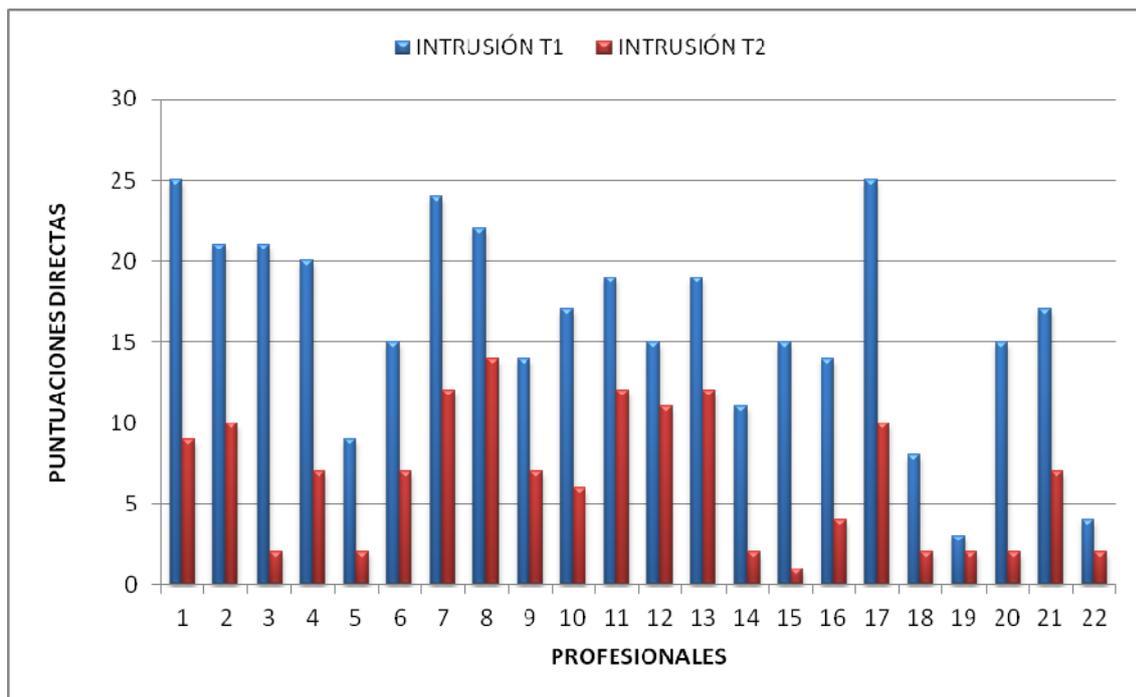
En la tabla 8 se muestran las puntuaciones obtenidas por cada uno de los profesionales en las tres dimensiones del cuestionario (intrusión, evitación e hiperactivación), y en los dos momentos temporales de la evaluación (T1 y T2). De igual forma, y teniendo en cuenta que la puntuación directa de 24 es el punto de corte para considerar la presencia de síntomas de estrés postraumático, se muestra también para T1 y T2 las puntuaciones directas totales a fin de observar la evolución de las 22 personas.

<b>Profesionales</b>	<b>IN.T1</b>	<b>IN.T2</b>	<b>EV.T1</b>	<b>EV.T2</b>	<b>HIP.T1</b>	<b>HI.T2</b>	<b>IESR(T1)</b>	<b>IESR(T2)</b>
nº1	25	9	13	5	17	7	55	21
nº2	21	10	16	19	12	6	49	35
nº3	21	2	17	3	13	4	51	9
nº4	20	7	6	1	10	0	36	8
nº5	9	2	10	2	5	1	24	5
nº6	15	7	8	2	5	3	28	12
nº7	24	12	17	9	14	2	55	23
nº8	22	14	27	12	19	6	68	32
nº9	14	7	7	3	7	0	28	10
nº10	17	6	18	10	10	6	45	22
nº11	19	12	18	3	16	12	53	27
nº12	15	11	14	11	13	10	42	32
nº13	19	12	0	1	12	11	31	24
nº14	11	2	11	0	6	0	28	2
nº15	15	1	25	5	7	1	47	7
nº16	14	4	19	3	9	2	32	9
nº17	25	10	21	3	19	3	65	16
nº18	8	2	2	0	2	0	12	2
nº19	3	2	2	1	0	0	5	3

n°20	15	2	14	5	6	3	35	10
n°21	17	7	9	1	4	0	30	8
n°22	4	2	2	0	1	0	7	2

**Tabla 8. Puntuaciones directas en las dimensiones: intrusión, evitación e hiperactivación y totales de la escala IES-R en los dos momentos de la evaluación**

En las figuras 2, 3, 4 y 5 se evidencian más claramente las diferencias en las puntuaciones que los 22 participantes obtuvieron en el cuestionario antes y después de la intervención.



**Figura 2. Puntuaciones de la dimensión intrusión en la primera (T1) y segunda evaluación (T2).**

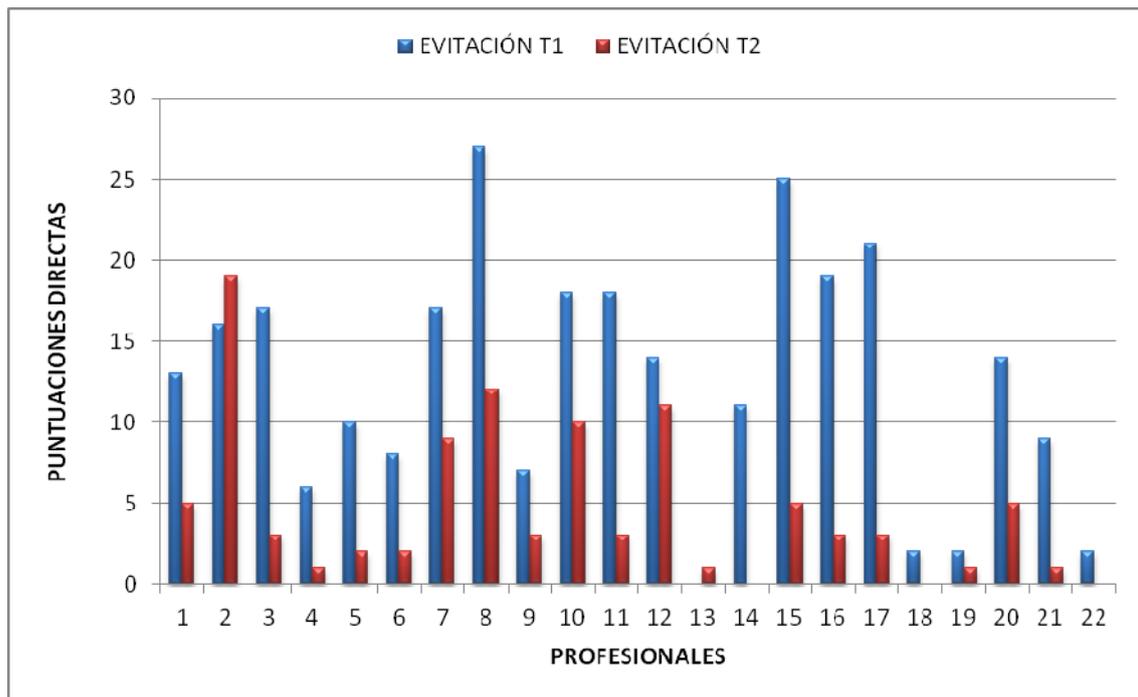


Figura 3. Puntuaciones de la dimensión evitación en la primera (T1) y segunda evaluación (T2).

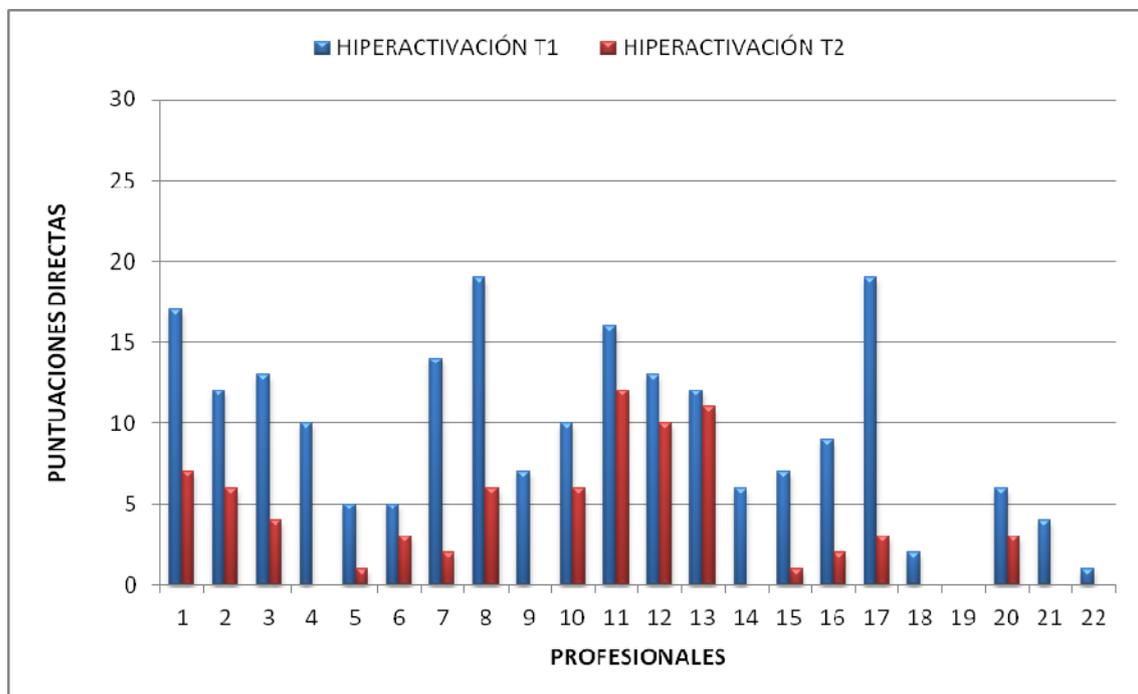
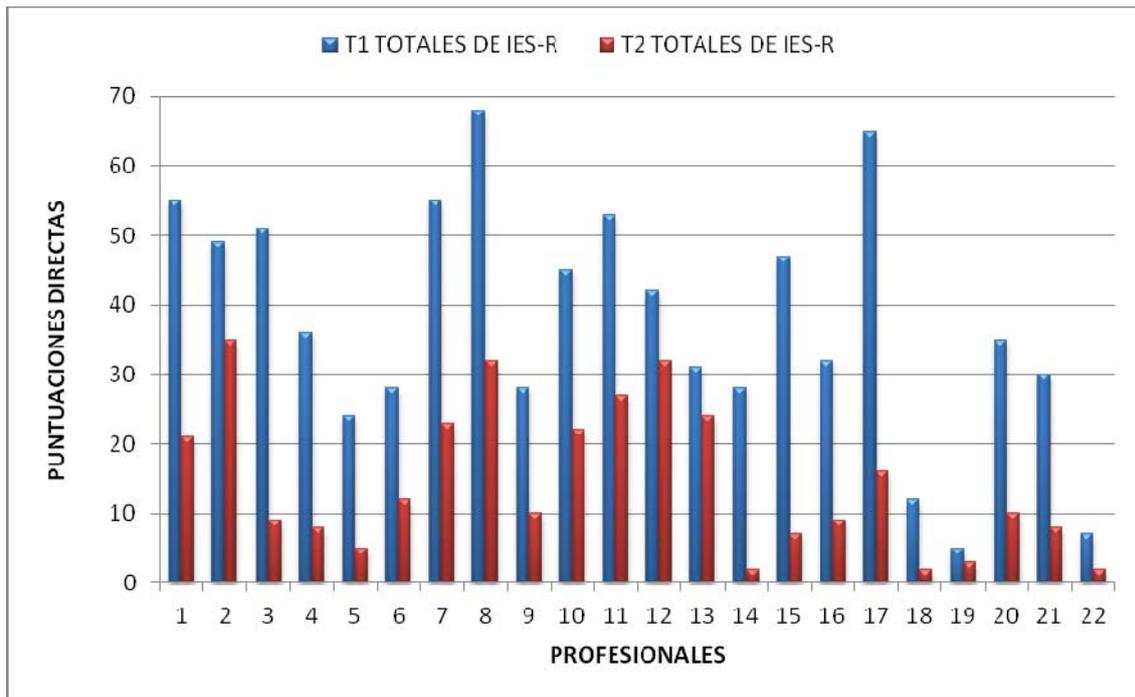


Figura 4. Puntuaciones de la dimensión hiperactivación en la primera (T1) y segunda evaluación (T2).



**Figura 5. Puntuaciones totales en la primera (T1) y segunda evaluación (T2).**

En este último gráfico observamos que antes de la intervención 3 personas no presentaron impacto significativo o sintomatología central del trastorno de estrés postraumático (puntuación menor de 24), mientras que 19 de ellas sí registraron síntomas. Sin embargo, tras finalizar la 1ª fase de la intervención (T2), 14 de esos 19 profesionales mejoraron ostensiblemente hasta obtener puntuaciones fuera del rango patológico, 5 continuaron con síntomas y los 3 que desde el principio no los habían presentado continuaron sin desarrollarlos.

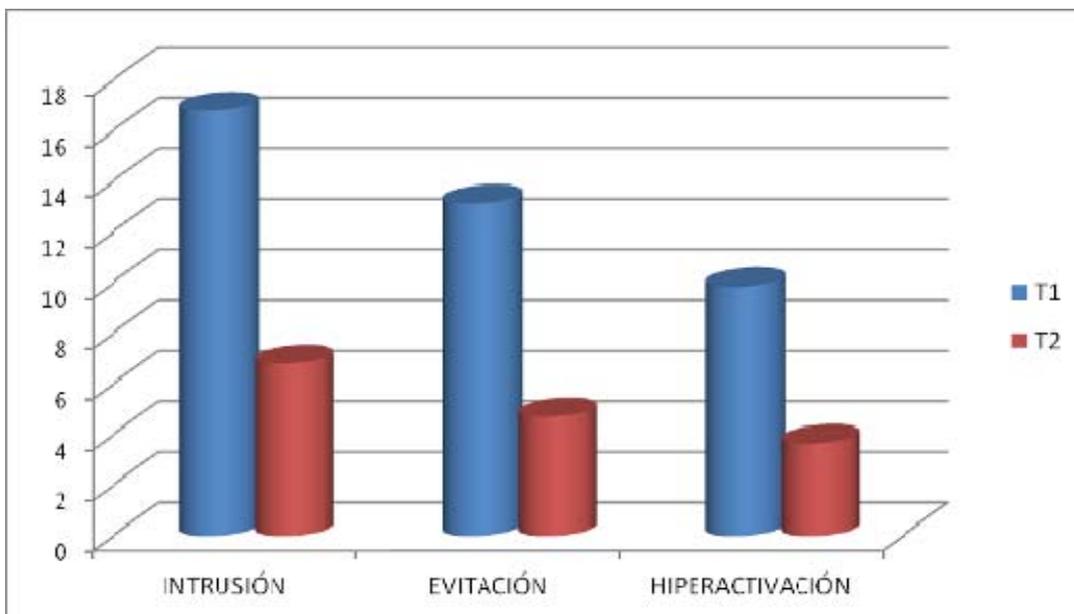
T1		T2		
19 (86.3%)	3 (13.1%)	5 (22.7%)	14 (63.6 %)	3 (13.1%)
Sí presentaron síntomas	No presentaron síntomas	Continuaron con síntomas	Mejoraron su sintomatología	Siguieron sin tener síntomas

**Tabla 9. Resultados en porcentajes de la evolución de los profesionales**

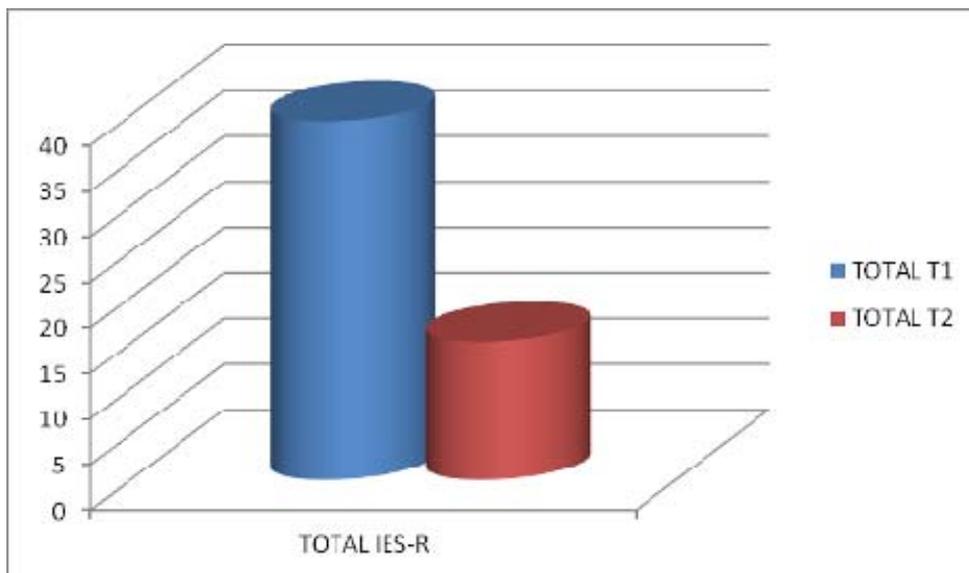
Si el análisis lo realizamos de forma grupal, se observa claramente cómo las puntuaciones descienden considerablemente tras llevar a cabo la intervención protocolizada.

	<b>Evaluaciones</b>	<b>Medias</b>
<b>Intrusión</b>	Primera evaluación	16
	Segunda evaluación	6.5
<b>Evitación</b>	Primera evaluación	12.5
	Segunda evaluación	4.4
<b>Hiperactivación</b>	Primera evaluación	9.4
	Segunda evaluación	3.5
<b>Totales</b>	Primera evaluación	37.5
	Segunda evaluación	14.5

**Tabla 10. Comparación de medias de las tres dimensiones y de las puntuaciones totales en la primera y segunda evaluación**



**Figura 6. Representación de las medias del grupo de profesionales en las 3 variables estudiadas (intrusión, evitación e hiperactivación).**



**Figura 7. Comparación de las medias de los totales en la IES-R en T1 y T2.**

### ***Conclusiones del estudio de profesionales***

1.- En este estudio se constata cómo los profesionales que trabajan con enfermos mentales sufren en su mayoría un fuerte impacto tras el suicidio de un paciente.

2.- Los resultados hallados también sugieren la bondad de aplicar una intervención terapéutica en la fase de impacto o shock, pues incide de forma positiva en la disminución de los síntomas de trastorno de estrés postraumático, favoreciendo con ello la resolución del duelo.

3.- Efectivamente, tras la intervención, las puntuaciones de intrusión, evitación e hiperactivación, así como las totales son más bajas, lo que indica que dicha intervención facilita a los profesionales el afrontamiento del duelo al disminuir los tres aspectos medidos en la escala: pensamientos e imágenes recurrentes relacionadas con el suceso,

inhibición conductual ante situaciones relacionadas con el evento y síntomas de activación fisiológica o respuestas de sobresalto.

4.- El hecho de que la intervención realizada esté basada en el análisis del discurso de los profesionales y, por tanto, en sus propias experiencias y vivencias, puede explicar la notable mejoría que la mayoría de ellos experimentan en su proceso de duelo.

5.-No obstante, somos conscientes de la necesidad de realizar futuros estudios en los que se tengan en cuenta de manera más detallada algunas variables relevantes (edad, sexo, años de experiencia profesional y de relación con el suicida, etc.) no solo por su incidencia en el impacto sufrido, sino también para poder correlacionarlas con las diferentes evoluciones que puedan experimentar los profesionales.

6.-Igualmente convendría revisar la metodología de selección de participantes que proponemos, ya que, como hemos observado, hay profesionales que no muestran impacto en la primera evaluación. Aunque creemos que puede ser probable que los resultados hallados en su segunda evaluación indiquen que la intervención pueda tener también un carácter preventivo respecto a la aparición de síntomas retardados, pues seguían sin presentar patología.

7.- Este último dato nos induce a pensar que, además de tener en cuenta variables sociodemográficas, sería conveniente incluir, tanto en el protocolo de intervención como en próximos estudios, cuestionarios de personalidad específicos con la finalidad de concretar la influencia de determinados rasgos en el tipo de duelo desarrollado.

8.-Asimismo, en futuras investigaciones sería deseable ampliar el estudio a otros profesionales no sanitarios, tal y como especificábamos en el protocolo, así como adaptarlo a intervenciones individualizadas o con grupos más pequeños de afectados.

## **CONCLUSIONES**



En nuestra cultura occidental, la muerte presenta tres características: es entendida como un fracaso del avance científico, cada vez está menos ritualizada y la autocontención emocional ante ella se entiende como una manifestación de control personal y de éxito social.

Más en concreto, la muerte por suicidio, al ser voluntaria, se interpreta como una acción violenta y directa no sólo del y hacia el propio fallecido, sino también hacía los sobrevivientes, a los que deja bajo la sombra de una duda: en qué medida tienen culpa por no haber parado una decisión tan trágica e irreversible. La fantasía de haber propiciado, por acción u omisión, el suicidio es una constante propia tanto de familiares como de profesionales, sumiéndolos en un estado de malestar y de sufrimiento.

No obstante, la constricción de las emociones surgidas ante la muerte por suicidio se considera implícita a la labor del profesional de salud mental e, incluso, es exigida como característica inherente a un buen terapeuta. Aún así, es percibida por ellos como una obligación de difícil cumplimiento, sobre todo si tenemos en cuenta que estos profesionales no solo han de hacer su propia contención, sino que también deben amortiguar, a la vez, el impacto que sufren los demás (familia del suicida, otros pacientes y personal del servicio afectado).

A pesar de ello, no existe formación académica reglada o espacios de ayuda para poder manejar las emociones surgidas ante el suicidio de un paciente. Por tanto, se convierten en un grupo de población especialmente vulnerable, tanto por la forzada represión de sus sentimientos como por la falta de valoración y consideración social ante su afectación.

Por otro lado, como nos apuntaba Balint (1986), corroboramos en su discurso que ellos mismos se convierten en las auténticas herramientas de trabajo con sus pacientes, pues es en la relación terapéutica donde se produce la cura: el profesional transfiere emociones como la seguridad o habilidades como la capacidad de afrontamiento que difícilmente podría trasladar si no formaran parte de su personalidad. Esta relación es rota unilateralmente por el suicida, de forma brusca y violenta, generando en el profesional una excepcional herida narcisista al sentirse invalidado como tal y al negar el paciente tan aparatosa y rotundamente su ayuda.

Es este comportamiento del suicida el que golpea más duramente la estabilidad emocional e, incluso, la propia identidad laboral del terapeuta. Ello se produce porque el hiriente sentimiento de rechazo por parte del paciente está agravado por dos circunstancias: la apelación a su código deontológico, que insta a disponer de los recursos necesarios para asegurar la integridad física y psíquica del enfermo, y la creencia de que en el imaginario social existe la idea de que entre las competencias de su profesión está la tarea de evaluar el riesgo y contener las ideas suicidas.

Por todo ello, el estigma de incompetencia profesional está en su pensamiento, experimentando un fuerte sentimiento de culpa por no haber conseguido valorar el riesgo o planificar las medidas preventivas oportunas para evitar el suicidio. El enorme sobreesfuerzo emocional y cognitivo que realizan para intentar afrontar la situación da lugar a alteraciones afectivas: pensamientos obsesivos, grandes niveles de angustia, sentimientos de vergüenza, culpa e inseguridad e, incluso, a replanteamientos sobre su futuro profesional. Estos datos corroboran lo descrito en la escasa literatura sobre las graves repercusiones que el suicidio de pacientes les causa a estos profesionales.

De otro lado, sienten, según repiten de forma reiterada en su discurso, que no pueden hablar de ello ni dentro ni fuera del trabajo; su angustia es enmudecida por la falta general de empatía por parte de sus compañeros y jefes. Este aspecto es tan importante que si en alguna ocasión se produce el apoyo, el profesional en duelo obtiene un alivio muy significativo que va a repercutir positivamente en la elaboración del mismo. Como nos recuerda Kropf: “los compañeros pueden ser los medios de apoyo más fácilmente disponibles y aceptables” (Kropf, 2005, p. 63).

No obstante, también se dan, a modo de velada justificación, algunos argumentos que palian su sufrimiento y que les sirven para descargar sus emociones negativas y sobrellevar la incompreensión que perciben en el entorno social. Nos referimos al hecho de trabajar con algo tan impredecible como la conducta humana, por lo que no es posible requerir de estos profesionales los mismos resultados que en otras especialidades sanitarias que sí disponen de instrumentos más objetivables y predecibles. Además, mientras que en otros ámbitos clínicos sí se puede evidenciar a cuántos pacientes se ha salvado de morir, en salud mental no existe la posibilidad de obtener ese dato.

En este sentido, no poder contar en salud mental con protocolos tan estructurados como los que sí existen en otras especialidades, es un factor que aumenta claramente la incertidumbre y, por ende, la inseguridad personal cuando el resultado es la muerte del paciente. Ese aspecto es, igualmente, clave para entender la tendencia a la especulación y a toda clase de opiniones subjetivas cuando se trata de valorar la actuación de un profesional de esta especialidad.

Sin duda, el reconocimiento de los profesionales como sobrevivientes implica que éstos deben ser apoyados social e institucionalmente, tanto en la fase de formación académica, como en su especialización profesional. Asimismo, es necesaria la elaboración de protocolos de actuación que aminoren las secuelas producidas por el suicidio de un paciente.

Si ahora nos centramos en el discurso de los familiares, observamos claramente como éstos, al sentirse dolientes de pleno derecho, sí pueden expresar con más facilidad sus sentimientos y el dolor que les produce que el suicida haya renegado de su ayuda. Asimismo, se sienten más libres para hablar de la crueldad y del rechazo que perciben de su entorno social más inmediato: especulaciones sobre la relación con el fallecido o, sobre todo, el estigma que conlleva el suicidio de “uno de los suyos”.

En su discurso aparece claramente la multitud de emociones ambivalentes que experimentan: culpa por no haber evitado la muerte y, por tanto, sentimiento de fracaso en el desempeño de su rol protector; miedo por el posible factor hereditario del comportamiento suicida y hostilidad hacia el fallecido por haberles estigmatizado con una marca, a partir de la cual serán identificados socialmente como el hijo, la esposa o la madre del que se suicidó.

De otro lado, aunque el parentesco con el suicida es un factor que en la literatura aparece como determinante en el proceso de duelo vivido por el familiar, en nuestro estudio apreciamos que no es condición suficiente, pues no siempre se producen relaciones de apego o vinculaciones afectivas significativas entre los miembros del núcleo familiar. Así pues, independientemente del parentesco, es el apego emocional real que se

tuviera con el fallecido el que determina una mayor autoinculpación y, por tanto, una mayor probabilidad de desarrollar un duelo patológico.

En este sentido, por ejemplo, hemos observado como el hijo de un suicida, contra todo pronóstico, realiza un duelo normal al no haber tenido la oportunidad de configurar un verdadero vínculo afectivo con el padre. En este caso, es el comportamiento de maltrato a la familia, y sobre todo a la madre, el que ha modulado claramente la vivencia de duelo. En esta línea de discurso, y recogiendo la consideración psicoanalítica del suicidio como una manifestación extrema de agresión externa que ha sido invertida hacia sí mismo, vemos que este hijo percibe el suicidio del padre como una acción hostil hacia la madre, una agresión introyectada hacia ella; en definitiva, como una peculiar forma de continuar el maltrato que en vida le dio.

Sin embargo, en los otros dos casos estudiados, donde la relación con el suicida sí estaba enmarcada en un tipo de vinculación más estrecha, la sensación de pérdida es muy importante, produciéndose un duelo largo y complejo. Ambas, madre y esposa, no han podido reconstruir sus vidas, quizás por la existencia de una relación con el fallecido excesivamente dependiente y estereotipada en cuanto a las atribuciones de género, que aumenta los sentimientos de culpa y fracaso de rol a la vez que la sensación de abandono.

El duelo se complica aún más si tenemos en cuenta las especulaciones morbosas sobre lo sucedido vertidas en el entorno social del sobreviviente, ya que los familiares, además de elaborar la pérdida, se sienten obligados a justificarse ante los demás e intentar salvar su propio honor y el del suicida. Este recelo e ignorancia social sobre el fenómeno del suicidio tiene como consecuencia más inmediata la falta de apoyo a los supervivientes;

éstos perciben que es considerablemente menor y de peor calidad que el otorgado a los familiares de los fallecidos por otros motivos.

Es el apoyo de la familia más cercana, sobre todo el dado a la persona que más vinculación afectiva tenía con el suicida, el que se reconoce de gran ayuda en el proceso de duelo. Del mismo modo, la tarea de proteger a otros familiares más vulnerables como hijos pequeños o ancianos se convierte en un importante amortiguador del dolor padecido.

Como sostén extra-familiar se alude a las creencias religiosas y como apoyo profesional se habla del papel que cumplen los médicos de cabecera, aún cuando tiendan a derivarlos a servicios especializados de salud mental, sin plantear otros posibles recursos alternativos para la contención del duelo.

En este sentido, los familiares se quejan de la falta de formación y de un manejo inadecuado del proceso de duelo por suicidio por parte de estos profesionales, poniendo en evidencia la carencia de planes de intervención que les ayuden a sobrellevar su sufrimiento y les orienten sobre cómo tratar al resto de la familia, sobre todo a los niños impactados por el suceso.

Para intentar paliar las numerosas secuelas, problemas y trabas que nuestros participantes han ido exponiendo en sus discursos, hemos realizado unas propuestas de intervención protocolizadas tanto para familiares como para profesionales en duelo. Algunos de los resultados preliminares y conclusiones más significativas halladas tras la aplicación del protocolo a un grupo de profesionales son los siguientes:

- Se evidencia en la mayoría de los profesionales una importante disminución de la sintomatología propia de un trastorno de estrés postraumático (pensamientos e imágenes recurrentes relacionados con el suceso, inhibición conductual ante situaciones relacionadas con el mismo y síntomas de activación fisiológica, respuesta de sobresalto y alteraciones en la concentración).
- Por tanto, podemos deducir que en la medida en que este tipo de intervenciones se sistematice en el contexto hospitalario, los profesionales de salud mental dispondrán de una formación y tratamiento adecuados para elaborar su propio impacto. Ello contribuirá no solo a la mejora de su salud, sino también a prevenir el desarrollo de un duelo complicado o prologando y a facilitarles el manejo de este proceso a otros compañeros, pacientes y, sobre todo, familiares del suicida.
- No obstante, somos conscientes de la necesidad de realizar futuros estudios en los que se dé cuenta de las posibles diferencias en el proceso de duelo y en su evolución procedentes de algunas variables sociodemográficas relevantes, así como las derivadas de los rasgos de personalidad de los propios profesionales.
- Asimismo, somos conscientes de la pertinencia de contrastar los resultados obtenidos con un grupo control para poder conocer el verdadero alcance de este protocolo de intervención. Como ya se ha indicado en el capítulo 6, en este estudio participaron por razones éticas todos los profesionales impactados por el suicidio de un paciente.



## **ANEXOS**



## Anexo 1

### Ficha de familiares entrevistados

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3
<b>Sexo</b>	V	M	M
<b>Edad</b>	24 años	69 años	33 años
<b>Parentesco con el suicida</b>	Hijo	Madre	Esposa
<b>Forma de suicidio</b>	Ahorcamiento	Disparo con escopeta	Ingestión Medicamentosa Voluntaria(IMV)
<b>Descubrió el cadáver o vio directamente la escena suicida</b>	SI	NO	NO
<b>Tiempo transcurrido desde el suicidio</b>	15 meses	20 meses	30 meses
<b>Ha requerido tratamiento en salud mental a raíz del suicidio</b>	NO	SI	SI
<b>Tipo de vinculación con el suicida</b>	Lejana	Afectiva- dependiente	Afectiva- dependiente
<b>Antecedentes familiares de suicidios</b>	SI: el padre y el abuelo paterno	NO	NO

## Anexo 2

### Fichas de profesionales de los grupos focales

#### GRUPO FOCAL 1

	Tipo de dispositivo	Sexo	Edad	Profesión y responsabilidad derivada de la categoría
<b>PSC1</b>	(UC) Unidad Cerrada (UHSM)	M	54	Facultativo Psicólogo clínico
<b>PSC2</b>	(UC) Unidad Cerrada (UHSM)	M	45	Facultativo Psicólogo clínico
<b>PSC3</b>	(UC) Unidad Cerrada (CT)	M	52	Facultativo Psicólogo clínico
<b>PSQ1</b>	(UC) Unidad Cerrada (UHSM)	V	43	Facultativo Psiquiatra
<b>PSQ2</b>	(UC) Unidad Cerrada (CT)	V	38	Facultativo Psiquiatra
<b>ENF1</b>	(UC) Unidad Cerrada (UHSM)	M	43	Enfermero de salud mental
<b>ENF2</b>	(UC) Unidad Cerrada (UHSM)	V	40	Enfermero de salud mental
<b>AUXCL1</b>	(UC) Unidad Cerrada (UHSM)	V	39	Auxiliar de Clínica

#### GRUPO FOCAL 2

	Tipo de dispositivo	Sexo	Edad	Profesión y responsabilidad derivada de la categoría
<b>PSC4</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	M	48	Facultativo Psicólogo clínico
<b>PSC5</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	M	34	Facultativo Psicólogo clínico
<b>PSQ3</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	V	42	Facultativo Psiquiatra
<b>PSQ4</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	V	39	Facultativo Psiquiatra
<b>ENF3</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	M	45	Enfermero de salud mental
<b>AUXCL 2</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	M	53	Auxiliar de Clínica
<b>AUXCL 3</b>	(UA) Unidad Abierta (USMC)	M	50	Auxiliar de Clínica

## Anexo 3

## Publicación del curso sobre el impacto del suicidio de pacientes

Hospital Universitario San Cecilio - Debate sobre el impacto producido en los profesionales de Salud Mental ante el suicidio de pacientes - Mozilla Firefox

Inicio - Historial de Noticias - Debate sobre el impacto producido en los profesionales de Salud Mental ante el suicidio de pacientes

ÁREA MÉDICA

### Debate sobre el impacto producido en los profesionales de Salud Mental ante el suicidio de pacientes

SESIÓN FORMATIVA |  
"Debate sobre el impacto producido en los profesionales de Salud Mental ante el suicidio de los pacientes"

Organizado por la AAN Granada y la UGC de Salud Mental del Hospital San Cecilio

FECHA: 29 de octubre de 2009, de 19.30h a 21.30h  
LUGAR: Salón de actos del Hospital San Cecilio  
MODALIDAD: Semipresencial  
DURACIÓN TOTAL: 13 horas

Docentes:  
Pilar Muñoz Ramos (PDA de Psicología Clínica de UGEM)  
Mª Dolores Plaza del Pino (DUE y supervisora de la CT)

Objetivos:  
Esta sesión se encuadra en el contexto de una investigación que se lleva realizando desde hace unos años sobre el duelo por suicidio, sirviendo como una herramienta de estudio de campo y, al mismo tiempo, como un primer espacio de debate interdisciplinar sobre la temática del suicidio de los pacientes y su impacto psico-social en profesionales de Salud Mental de la provincia de Granada.

Metodología: Presentación e introducción  
Aproximación teórica y estadíos realizados (exposición con power point)  
Debate grupal entre los participantes  
Conclusiones y posibles propuestas  
Entrega de material y elaboración de un trabajo práctico para la obtención del certificado de la sesión formativa.

Dirigido a:  
-Psicólogos Clínicos, Psiquiatras y personal de enfermería (DUE, Aux. de Clínica) y de T.O. de los distintos departamentos de Salud Mental de Granada. Y miembros de FASSEM Granada

Sección Formativa: Duelo Suicidio

Acceso a la Intranet:  
Hola, Mercedes Ruada  
Tu IP es 81.32.231.169  
Salir

Mensajes Nuevos

Terminado

Hospital Universitario San Cecilio - Debate sobre el impacto producido en los p...

este es ES

17:02

## Anexo 4

### Consentimiento informado

D/Dña.....de .....años de edad y con DNI nº.....,manifiesta que ha sido informado /a por Pilar Munera Ramos, Facultativo Especialista en Psicología Clínica, sobre la metodología cualitativa grupal e individual y sobre el objetivo del Proyecto de Investigación de Duelo tras el Suicidio que está realizando, con el fin de estudiar el impacto que produce en diferentes poblaciones.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre (ley de protección de datos de carácter personal).

Tomando en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar a nivel grupal o individual en las entrevistas en las que intervengo y cuyos resultados sean utilizados para fines científicos y de investigación con el objetivo de contribuir a la mejor práctica clínica y social.

a.....de.....20

Fdo. D/Dña

## Anexo 5

### Guía de preguntas para la entrevista en profundidad a familiares de suicidas

#### *Encuadre psicobiográfico*

Si te parece, vamos a hacer un poco de historia sobre ti:

- ¿Dónde naciste?, ¿cuándo?, ¿cómo era tu casa, tu familia?, ¿qué relación teníais entre vosotros?, ¿esa relación se ha ido manteniendo igual a lo largo de los años?
- Y ahora, ¿cuántos sois, dónde vivís, a qué os dedicáis? ¿cómo sois, tenéis la misma relación? Especial énfasis en el entrevistado (ver como se define).
- ¿Cómo es tu ciudad, cuántos habitantes tiene, de qué suele vivir la gente, como se entretiene?

#### **1. Percepción sobre las condiciones y los motivos del suicidio:**

- ¿Qué crees que piensa la gente cuando alguien se suicida? Y tú, ¿qué piensas, qué es lo primero que se te viene a la cabeza?
- Cuando murió "tu familiar así" (nombramos sólo el parentesco concreto que los unía, para que sea el entrevistado quién le ponga nombre al fallecido y/o a la causa de muerte), ¿porqué crees que lo hizo?, ¿qué piensas que pretendía?
- ¿Cómo era él?, ¿había cambiado su forma de ser o de relacionarse en los últimos años o meses?
- ¿Qué pensabas tú de él, de cómo era, de lo que hacía, de las costumbres que tenía, de cómo se enfrentaba a la vida?

- Y tu familia y sus amigos, ¿que opinión crees que tenían de él y porqué?
- ¿Cómo era su salud, había estado o estaba en esa época en tratamiento de algún tipo, tenía alguna conducta de riesgo para su salud? ¿Había comentado en alguna ocasión la idea de quitarse la vida o lo había intentado antes?
- ¿Se han producido otros casos iguales o que lo hayan intentado en tu familia?, ¿y entre sus amigos o conocidos del pueblo en la misma época?

## **2. Características de la convivencia familiar y vinculación afectiva con el fallecido:**

- Antes del suicidio, ¿qué relación teníais entre vosotros y con el resto de la familia?
- ¿Definirías la relación con tu familiar fallecido como “especial”, tanto en un sentido positivo como negativo?
- ¿Os consultabais decisiones tan frecuentemente que ahora te cuesta hacerlo solo/a o tienes que recurrir a otras personas?

## **3. Proceso de duelo:**

- Ahora vamos a hablar de cosas más duras de recordar porque nos centraremos en cómo lo viviste. Si quieres que paremos y lo dejemos sólo tienes que decírmelo, tómate el tiempo que quieras para contestar ¿vale?
- ¿Cómo te enteraste de lo que hizo? ¿En algún momento pensaste que podría hacerlo?
- ¿Qué sentiste, que pensaste, tanto hacia él como con respecto a ti?
- ¿Qué hiciste los días inmediatos al suceso..., y semanas y meses más tarde?

- ¿Tuviste alguna enfermedad física tras el suceso?
- ¿Cambiaron tus costumbres habituales, tu forma de pensar, tus temores, tus deseos, tu perspectiva de ver el mundo o de verte a ti, de relacionarte ...? Si fue así, ¿persiste aún ese cambio?
- ¿Cómo se comporta la gente en estos casos con la familia?
- ¿Y la familia, como se comporta con esa gente?
- Si el fallecimiento hubiese sido por otra causa, ¿cambiaría en algo tu manera de sentir o la forma de apoyarte de los demás?
- ¿Ha afectado en algo a tu trabajo?
- ¿Qué recuerdo era el que te venía a la cabeza con más intensidad?
- ¿Cómo ha contribuido el tiempo respecto al recuerdo y a tus emociones?
- ¿Hablas de lo que pasó con alguien: con tu familia, con algún amigo/a?
- ¿Evitas hablar de algún tema o emplear algunas palabras” especiales”? y tu familia, ¿lo hace?
- Si habláis de “tu familiar”, ¿lo hacéis con respecto a cosas que tengan que ver con su vida o cuando se habla de él es para recordar su muerte?
- ¿Tienes algún temor con respecto a tu salud o la de alguien de tu familia?
- ¿A quién crees que te pareces de tu familia y como es éste?

#### **4. Características y rasgos de personalidad del familiar:**

- Cuando tienes problemas importantes, ¿qué haces?
- ¿Crees que hay algo en tu carácter o en tu vida que te haya ayudado a sobreponerte ante este suceso?
- ¿Te consideras una persona sociable?
- ¿El estrés repercute con frecuencia en tu salud física?

- ¿Sueles confiar en tu criterio o necesitas con frecuencia ayuda para resolver situaciones imprevistas?
- ¿El ser hombre/mujer influye en tu forma de afrontamiento ante la adversidad?
- ¿Podrías comentar algunos puntos fuertes y débiles de tu carácter?

#### **5. Apoyo intra y extrafamiliar:**

- ¿Alguien te ayudó a sobrellevar lo sucedido: quién, cómo y dónde?
- ¿Necesitaste algo o a alguien que no tuviste?
- ¿Qué te parece contactar con otros familiares que les haya ocurrido lo mismo?
- ¿Qué piensas que se podría hacer con la familias que tengan este tipo de casos, para ayudar más y mejor?
- ¿Utilizaste la ayuda de un profesional sanitario? Si es así, ¿cómo te fue?, ¿crees que era el indicado?
- ¿Sabes de otro tipo de profesionales o personas de tu entorno que podrían intervenir y cómo lo podrían haber hecho en tu caso, si es que no lo hicieron?

## Anexo 6

### Guía de preguntas para los grupos focales

#### 1. Significado de la muerte y diferencias entre el suicidio y la muerte natural:

- ¿Cómo creéis que se percibe la muerte en nuestra cultura occidental?
- ¿Existen para vosotros diferencias entre la muerte de un paciente por “causas normales o naturales” y aquella que se produce por suicidio?
- ¿Se viven de forma similar ambos tipos de muerte?
- ¿Tienen el mismo impacto personal y profesional? ¿Por qué?
- ¿Tiene igual respaldo legal la muerte por suicidio que otro tipo de muertes?

#### 2. Características y atributos de un terapeuta eficaz:

- ¿Qué criterios, características o atributos pensáis que debe de tener un terapeuta o trabajador de salud mental para ser considerado un buen profesional?
- ¿Un buen terapeuta es aquél que sabe prevenir el suicidio del paciente?
- ¿Vuestros criterios son compartidos por el resto de profesionales y especialistas colegas de otras áreas?

### **3. Características del trabajo en el área de salud mental:**

- ¿Qué características resaltaríais del trabajo que se desarrolla en vuestra área? ¿Son diferentes con respecto al trabajo que se realiza con otro tipo de pacientes?
- ¿Alguna vez habéis dudado sobre la eficacia de vuestra actuación? ¿A qué se ha debido?
- ¿Es frecuente, según vuestra opinión, que el resto de colegas lo hagan? ¿Por qué? ¿Cuáles suelen ser sus reacciones?
- ¿Habéis notado o sentido esa duda en vuestra propia empresa?

### **4. Repercusiones personales, profesionales y sociales:**

- ¿Qué consecuencias personales, sociales o profesionales habéis tenido cuando alguno de vuestros pacientes ha acabado suicidándose?
- ¿Qué emociones o sentimientos os han provocado las reacciones de los compañeros y de la institución? ¿Y las de los familiares?

### **5. Variables que inciden en el grado de afectación.**

- ¿De qué depende, a vuestro juicio, el mayor o menor grado de afectación o malestar sentido?
- Desde vuestra opinión, ¿existe algún colectivo de profesionales especialmente vulnerable al impacto? ¿Por qué? ¿Esa particular

vulnerabilidad la perciben también los otros colectivos de profesionales o la gente de la calle?

**6. Formas de superar el impacto:**

- ¿Qué hacéis para superar el impacto producido por la muerte de vuestro paciente?

**7. Mecanismos de ayuda:**

- ¿Existe algún tipo de ayuda por parte de los colegas? ¿Y por parte de la institución? ¿Y de los propios familiares del suicidado?
- ¿Os encontráis protegidos a nivel legal en la misma medida que cuando ocurre una muerte por enfermedad orgánica?
- A vuestro juicio, ¿qué tipo de ayuda creéis que se necesita en estos casos?

## Anexo 7

### Fases del protocolo de intervención para profesionales

#### 1ª Fase de la intervención

1.- Recogida de la demanda por parte del terapeuta y coordinador de la intervención.

.Fecha de la demanda.....

.Quién la hace y con qué objetivo.....

.Datos sobre los profesionales afectados:

	Nombre	Edad	Sexo	Profesión	Años de experiencia laboral	Tiempo de relación con el fallecido	Lugar de trabajo
Profesional nº							

.Datos sobre el suicida:

Fecha del suicidio		
Sexo	Varón	Mujer
Edad		
En tratamiento psíquico (si o no)		
Dispositivo de tratamiento (abierto o cerrado)		
Forma y lugar del suicidio		
Breve resumen del suceso		
Antecedentes familiares de suicidio		

## 2.-Interacción directa con los afectados

El terapeuta se desplazará a donde trabajen los profesionales, no más tarde de una semana de recibir la demanda y/o de transcurrido el suicidio.

## **2.1. Preparar la primera sesión grupal**

2.1.1.-Buscar el encuadre propicio para hablar adecuadamente de lo sucedido con los afectados:

.Solicitar una sala habitual y cómoda para los profesionales, como, por ejemplo, la usada en sus sesiones clínicas o en sus reuniones para conversar distendidamente, ya se trate de dispositivos o unidades de tratamiento abiertas o cerradas.

.Disponer de: asientos individuales con espacio suficiente para hacer un círculo o poder mover las sillas según los diferentes momentos de la dinámica grupal, proyector de diapositivas para power point y pizarra.

.Informar a los miembros del grupo sobre el compromiso de confidencialidad y de asistencia que se adquiere una vez aceptada voluntariamente la incorporación al mismo.

.Informar sobre la necesidad del consentimiento informado para el uso de los datos con finalidad investigadora.

### 2.1.2.- Convocar la primera sesión grupal presencial

Se realizará a través del informante y emisor de la demanda. A esta primera reunión podrá invitarse a algún cargo institucional superior para que transmita el respaldo corporativo hacia los profesionales del grupo y sitúe la intervención como una medida de

apoyo real a los mismos. Consideramos que la presencia de esta persona es importante para controlar los temores a la judicialización y a las represalias institucionales que, como hemos constatado en el análisis cualitativo, son frecuentes en estos profesionales.

### **3.- Primera jornada de trabajo formativo-terapéutica**

#### **Objetivos.-**

.Estudiar cuantitativamente el impacto.

.Informar con datos estadísticos sobre el tema del suicidio y sus consecuencias.

.Facilitar un clima que permita la catarsis en grupo.

.Estimular la ayuda mutua y el acompañamiento empático.

.Objetivar la existencia de emociones comunes en torno al suceso.

.Objetivar la existencia de creencias y pensamientos erróneos y sus consecuentes sensaciones físicas y psíquicas.

.Nombrar un referente y responsable del grupo, a través del cual se hará el seguimiento sobre la evolución de los profesionales e informará sobre cualquier eventualidad. Para la realización de su labor será clave, no obstante, el apoyo y disponibilidad del terapeuta.

### **Contenidos.-**

Antes de explicitar los contenidos, recordamos que en todas las sesiones se hará especial hincapié en estimular al grupo en la ayuda mutua y en el acompañamiento empático y compasivo, intentando evitar, asimismo, las valoraciones de juicio y actitudes excesivamente paternalistas.

1) Explicar los objetivos del grupo y la temporalización de las sesiones, así como solicitar la firma del consentimiento informado para el estudio y análisis científico de los datos.

2) Aplicar la escala de impacto IES-R por primera vez y aclarar que se pasará en otras sesiones. Exponer que este instrumento, al proporcionar una medida cuantitativa de las emociones experimentadas en las diversas sesiones, es una buena manera de obtener “feedback” sobre los cambios que paulatinamente van a ir experimentando.

3) Breve información, con apoyo técnico del programa power point, sobre las últimas estadísticas del suicidio y tipología de los sobrevivientes, incluyendo los datos relativos a los profesionales de salud mental.

4) Situar a los profesionales en el estatus de dolientes del suicidio, empatizando con ellos.

5) Estimular el diálogo, el relato de las vivencias más subjetivas de responsabilidad y culpa sobre el suicidio del paciente.

6) Contextualizar el suicidio en el devenir de la enfermedad mental, como ocurre en otras especialidades. Percepción interna y externa sobre el mismo. Reducir la idea de fracaso de rol (error profesional) y orientar hacia la visión del suicidio como una posible consecuencia de la enfermedad mental no siempre evitable. Diferencias con las muertes derivadas de otras enfermedades. ¿Cómo hacer un pronóstico sin herramientas objetivas? Prevenir sin protocolos. ¿Riesgo de una profesión o incertidumbre del comportamiento humano?

7) Identificar las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento que han emergido en la sesión y conectarlas con las emociones consecuentes. Explicar de forma sintetizada la técnica de reestructuración cognitiva. “¿A cuántos se ha salvado sin poder cuantificarlos?”. Retomar la culpa o el riesgo profesional. “¿Todos los componentes de mi dolor vienen por la pérdida de esa persona?”. “Que hay de mí mismo en ese dolor”. Todo los componentes del suicidio son parte de la enfermedad? Cuándo se “curan” los pacientes que se encuentran en la sociedad. Estigma de la enfermedad mental para pacientes y sobrevivientes, ese gran culpable.

8) Orientaciones sobre el manejo con la familia del suicida y con otros pacientes. “Acompañar a quienes sienten como nosotros, quién da a quién”. Dar la noticia a otros pacientes con riesgo suicida. Miedo a las imitaciones de la conducta suicida. Considerar la posibilidad de derivación de los pacientes a otros compañeros o especialistas.

9) Resumir el discurso que ha emergido en el grupo y proponer un seguimiento de la evolución al mes de la primera sesión. “La paz de sentirse entendido”. “Yo no te culpo,

yo no me culpo”. “Buscar espacios adecuados en el trabajo que me permitan verme a través de la mirada del otro”.

10) Ofrecer una entrevista individual al profesional que tenga cuestiones más privadas, o a quien se encuentre más afectado, así como transmitir la disponibilidad del terapeuta cuando así lo requieran.

11) Instar a continuar trabajando en todos los contenidos de la jornada a través de las reuniones de equipo establecidas para ello, intentando llevar a la práctica las tareas que se derivan de los mismos.

#### **4.-Segunda jornada de trabajo formativo-terapéutica**

##### **Objetivos.-**

.Analizar las estrategias trabajadas en la 1ª sesión.

.Hablar de la repercusión que ha tenido la ayuda del grupo y la interacción con los compañeros en el trabajo diario.

.Analizar las fortalezas y las debilidades con las que cuenta el grupo para sostenerse.

.Aprender y aplicar técnicas de detección de pensamiento y rol playing.

.Describir la percepción que tienen sobre lo que piensa la gente acerca de lo ocurrido y sobre el impacto social que creen que genera.

.Valorar la utilidad de este protocolo como apoyo en su proceso de duelo.

.Valorar cuantitativamente la evolución de la fase de impacto y, por tanto, el riesgo de consolidar alteraciones psicopatológicas.

### **Contenidos.-**

1. Recordar los objetivos de la sesión de grupo anterior y de la actual.
2. Impresiones generales sobre el tiempo transcurrido desde la última reunión grupal.
3. Valoración de las fortalezas y las debilidades para afrontar el duelo (DAFO).  
“Que me impide y que me facilita el afrontamiento dentro y fuera de mí”.
4. Progreso de la culpa. Distorsiones cognitivas reestructuradas. “Necesidad de volver a pensar para volver a sentir”. La muerte por suicidio como algo explicable desde la enfermedad. La muerte voluntaria puede ser imitada y ser un factor de riesgo tanto en pacientes como en sobrevivientes.
5. El grupo como fuente de apoyo. “Mantener al otro me mantiene también a mí”.  
Entrenamiento en casos específicos a través de la técnica de rol playing.
6. Relatar los encuentros con familiares del suicida, si es que los ha habido, y favorecerlos si se establecen dudas. Cercanía a la familia, “como les ayudo y

eso me ayuda”. “Oportunidad para mostrar mi dolor. ¿Es tan diferente del de los familiares?”. Escenificar situaciones a través de rol playing.

7. Comentar qué creen que opinan los demás (familia, amigos, sociedad en general) sobre cómo ellos están viviendo el suceso.
8. ”A los compañeros también se les suicidan pacientes”. Cambiando la perspectiva sobre el suicidio en la enfermedad mental. “¿Acepto el riesgo de este trabajo? ¿Qué piensan los compañeros de mí?”. ¿Qué opina la gente de quien está a cargo de los pacientes que se suicidan? El mito del autocontrol del profesional de salud mental.”Yo también sufro el estigma”.
9. En esta profesión se trabaja con la incertidumbre. “Yo pongo mucho de mi, ¿merece la pena?”. Satisfacciones e inconvenientes de este trabajo. Entrenando la eliminación de pensamientos perseverantes a través de la técnica de detección del pensamiento.
10. Para que ha servido la intervención: ¿ha contribuido a la cohesión grupal?, ¿ha facilitado la contención mutua?, ¿se han sentido comprendidos entre ellos y apoyados por la institución?, ¿vivir y elaborar conjuntamente una experiencia tan impactante ha mejorado el trabajo en equipo? “¿Necesitaba hablar de todo esto?, ¿podía hacerlo libremente?, ¿lo hago ahora?, ¿me siento comprendido?”.
11. ¿Qué les ha ayudado más?, ¿qué más necesitan?

12. ¿Recomendarían a compañeros de otros dispositivos solicitar este protocolo de intervención si tuvieran un caso de suicidio?

13. Evaluación de progresos, tanto a través de la apreciación subjetiva verbalizada como mediante la objetivación estadística: aplicar por segunda vez la escala de impacto ante sucesos (IES-R).

## **2ª Fase de la intervención:**

### **1. -Tercera jornada de trabajo formativo-terapéutica**

#### **Objetivos.-**

. Evaluar la progresión en el comportamiento y en las emociones de los profesionales experimentada durante este año. Analizar resultados pre y post intervención, mediante el análisis del contenido de las sesiones y de los resultados de las escalas.

. Informar sobre las etapas de duelo que elabora Macias e identificarse con la trayectoria del proceso, si se admite haber pasado por las mismas.

. Situarse en la etapa de resolución y, por tanto, en la vivencia de normalización de una experiencia dramática que unirá al grupo en algunos aspectos para siempre.

. Destacar la fuerza del grupo como contenedor de emociones individuales y permitir su uso sin desvalorizarse como personas ni como profesionales.

. Identificar las variables que modulan el proceso de duelo tanto a nivel personal como general.

. Comparar el duelo del profesional con el sufrido por el familiar del suicida.

. Despedida de la intervención formativo-terapéutica. Instar a seguir trabajando en las reuniones clínicas con los contenidos de las diversas jornadas que se han realizado. Valorar el aporte formativo laboral y personalmente.

### **Contenidos.-**

1. Aplicación del Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) en su versión adaptada al castellano (García García, Landa y Gaminde, 2005) y auto corrección con la finalidad de observar la propia evolución.

2. Analizar los resultados pre y post intervención a través del repaso del contenido de las sesiones y de las diversas escalas aplicadas:

2.1. Describir las etapas del duelo de Macías (2002) y reconocerse como dolientes del suicidio.

2.2. Apoyarse en los resultados personales de las escalas IES-R e Inventario Texas Revisado de Duelo.

2.3 Reconfortarse por estar en la fase de resolución y admitir los diferentes ritmos de los integrantes del grupo, según su propia personalidad, contexto social y relación con el fallecido.

3. Ofrecer, mediante presentación en power point, la evolución estadística de su estado, tanto a nivel personal como de equipo, medida con las escalas utilizadas. Comparar con los resultados (anónimos) de la aplicación del protocolo en otros dispositivos si se disponen de esos datos.

4. Señalar el cambio de actitud respecto a sentimientos extremos y defensivos como la negación del dolor psíquico, la omnipotencia o la inseguridad profesional como actitudes polarizadas.

5. Mirar en perspectiva la experiencia existencial de la muerte como algo posible y la vinculación especial con los pacientes y con los compañeros que trabajan con la enfermedad psíquica. “Estas muertes se producen”.

9. Destacar como en la buena evolución ha sido clave la actitud de ayuda entre los propios miembros del grupo y cómo ésta ha contribuido en la mejora de su estado emocional y rendimiento profesional.

10. Indagar posibles cambios en la relación con los pacientes a partir de la experiencia vivida y recoger ésta como elemento de unión del grupo para toda la vida y como ocasión para mejorar el conocimiento sobre el suicidio y el duelo.

11. Relatar cómo ha actuado el grupo en el caso de que hayan ocurrido otros suicidios.

12. Identificar y debatir sobre los factores moduladores que han personalizado el proceso de duelo y sobre las semejanzas que pueden existir con el experimentado por los familiares del suicida.

13.- Comprometerse a trasladar la experiencia grupal a la vida cotidiana: “Hay que seguir trabajando en las reuniones clínicas de equipo con el material de las sesiones de trabajo”. Aprovechar la formación recibida tanto en el terreno laboral como personal.

## Anexo 8

### ESCALA DE IMPACTO ANTE SUCESOS (IES-R)

Nombre: .....

Apellidos: .....

Fecha: .....

Unidad /centro de trabajo: .....

Responder de 0 a 4 en intensidad y frecuencia a las preguntas que a continuación se hacen, referidas a **lo que sintió en esta última semana pasada.**

0: No me ha pasado.

1: Me ha pasado poco.

2: Me ha pasado moderadamente.

3: Me ha pasado bastante.

4: Me ha pasado mucho.

Puntuación

1.- Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí recién ocurrido el suceso.	
2.- He tenido problemas para mantener el sueño.	
3.- Cuando hacía otras cosas me venía a la cabeza el suceso, sin pretenderlo.	
4.- Me he sentido irritable y enfadado.	
5.- No me he permitido ponerme nervioso cuando pensaba en lo sucedido.	
6.- Pensaba en ello aún cuando no quería.	
7.- Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.	
8.- He tratado de mantenerme alejado de las cosas que me lo podían recordar.	
9.- Me venían imágenes del suceso a mi mente sin poderlo controlar.	
10.- Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.	
11.- Intentaba no pensar en eso.	
12.- Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver pero no me enfrentaba a ellos.	
13.- Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.	
14.- Me he encontrado a mi mismo actuando o sintiendo como si volviese a ese momento.	
15.- He tenido problemas para conciliar el sueño.	
16.- Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre el suceso.	
17.- He intentado eliminarlo de mi memoria.	
18.- He tenido problemas para concentrarme.	
19.- Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones físicas tales	

como sudoración, problemas para respirar, náuseas o pinchazos en el corazón.	
20.- He soñado sobre el suceso.	
21.- Me he sentido vigilante y en guardia.	
22.- Intentaba no hablar sobre ello.	

## Anexo 9

### Inventario Texas revisado de duelo

Nombre y Fecha.....

Unidad/Centro.....

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Completamente verdadera: 5
- Verdadera en su mayor parte: 4
- Ni verdadera ni falsa: 3
- Falsa en su mayor parte: 2
- Completamente falsa: 1

#### PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO

<p><b>Instrucciones:</b> Por favor, sitúese mentalmente en la época en que el fallecido murió y responda a las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y su forma de actuar durante ese tiempo en la escala de puntuaciones del 1 a 5 conforme se menciona arriba.</p>	
<p>1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas</p>	

---

2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo	
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa	
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer	
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal	
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales	
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado	
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir	

## PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

Referidos a los sentimientos que usted tiene en la actualidad y coincidentes con esta evaluación	.
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella	
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella	
3. No puedo aceptar su muerte	
4. A veces la/le echo mucho de menos	
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo	
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella	
7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella	
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida	

9. No puedo dejar de pensar en él/ella	
10. Creo que no es justo que haya muerto	
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le	
12. Soy incapaz de aceptar su muerte	
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo	

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Completamente verdadera: 5
- Verdadera en su mayor parte: 4
- Ni verdadera ni falsa: 3
- Falsa en su mayor parte: 2
- Completamente falsa: 1

Puntuación (*parte I*): *comportamiento en el pasado*.....

Puntuación (*parte II*): *sentimientos actuales*.....

Puntuación total:.....



## REFERENCIAS

- Acosta, F. (2004). *Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos*. Universidad de la Laguna, D.L.: Servicio de Publicaciones.
- Achille-Delmas. (1932). *Psicopatología del suicidio*. Francia: Biblioteca de filosofía contemporánea.
- Alaszemski, A. y Manthorpe, F. (1995). Durkheim, social integration and suicide rates. *Nursing Times*, 91 (Supl 25)
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología*, 226 - 227. Madrid: Siglo XXI.
- Amado, E. (1965). *El diálogo psicoanalítico*. México: FCE.
- Andrés, R. (2003). *Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Península.
- Andrés Pizarro. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Aten. Primaria*, 25, 94-7
- Antón, JM, Pérez Costillas, L y cols. (2011). *Estudio como evento Disparador mediante Cluster Espaciotemporales en la Comarca de Antequera*. I Encuentro entre Investigadores del SAS. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Anzieu, D. (1986). *El grupo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Araña, SM. (2009). *Diagnósticos y prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. Gobierno de España.

Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y. y Nishizono-Maher, A. (2002). *Reability in the Impact Event Scale Revised (IES-R): tour studies of different traumatic events*. J NeNo Ment. Dis.,190

Attig, T. (1996). *How we grieve. Relearning the world*. Oxford University Press. New York.p.17

Avery, C. y Weisman, N. (2000). *La negación como acto social*. Kahana: Sleving R.

Baum, F. (1995). *Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate*. Social Science and Medicine; 40, 459-68.

Baechlerr, J. (1979). *Suicide*. New York: Basic Books.

Balint, M. (1986). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.

Barrionuevo, Rodrigo y Wolfenson. (2011). El Suicidio: reflexiones ético-históricas. *Revista GPU, 7 (Supl 1)*, 1-115

Binienda, J., Schwartz, K. y Gaspar, D. (2001). Training in end-of-life care through interaction with dying patients. *Academical Med, 76 (Supl 517)*

Bion, W. (1974). *Experiencias con grupos*. Buenos Aires: Paidós.

Bleger, J. (1983) *Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Blumenthal, S.J. (1988). *Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas*. *Clin Med Norteam*, 4, 99-1026.

Blumenthal, S.J. (1990). *Youth suicide: risk factors, assesment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients*. Maryland: Psychiatric Clinic North America.

Bonner, R. y Rich, A. (1987). *Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students*. Spring.

Bourgeois, M.L. (1996). *Le Denil Clinique Pathology*. Paris: Press Universitaire de France.

Bowlby, J. (1979). *Efecto de la ruptura de un vínculo afectivo sobre el comportamiento*. *Vínculos afectivos*. Madrid: Morata.

Bowlby, J. (1980). *J. El Apego y la Pérdida: La pérdida*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1997). *La pérdida (el apego y la pérdida III)*. Barcelona: Paidós.

- Britten, N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *British Medical Journal*, 311, 251-3
- Brown, H. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, H. y Harris, L. (1987). Patient suicide during residency training (1): Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11
- Brown H. (1987). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28 (Supl 2)
- Brunner, A. (2000). *Parent grief: Narratives of loss and relationship*. Filadelfia: Psychology Press.
- Bugen, L. (1977). Dolor humano: Un modelo de predicción e intervención. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47
- Canales, M. (2006). *El Grupo de Discusión y el Grupo Focal*. En Canales, M. (Ed.). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. 265-287. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Caramés, J. (1981). Algunas notas sobre el ritual, el símbolo y el mito en la poesía africana. *Separata facticia de la revista Archivum*. 9 (Supl 10), 31-32. Oviedo.

- Cain, A.C. (1972). *Survivors of suicide*. Springfield: Thomas.
- Chemtob, C., Hamada, R., Bauer, G. y Torigoe, K. (1988). Pacientes suicidas: la frecuencia y el impacto sobre los psiquiatras y psicólogos. *American Journal of Psychiatry*, 145
- CIE10. (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del comportamiento de la OMS*. Madrid: Monitor.
- Cleiren, M., Diekstra, R., Kierkof, A., y Van Der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: focusing on “who” rather than “how”. *Crisis*, 15
- Conde, F. (1994). *La perspectiva metodológica cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias*. En: Delgado JM, Gutiérrez J (Ed). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Conde, F. (1990). Un ensayo de la articulación desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa. *REIS*, 51, 91-117
- Corbitt, E.M., Malone, K.M., Hass, G.L., Mann, J.J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord*, 39, 61-72.
- Courtet, P., Jollant, F., Casyelnau, D., Buresi, C. & Malafosse, A. (2004). Implications of genes of serotonergic system on vulnerability to suicidal behavior *J. Psychiatry Neuroscience*, 29

Cruz Roche, R. (1991). *Psicoanálisis. Reflexiones epistemológicas*. Madrid: Espasa Calpe.

D'angelico, F. (1992). *Cómo sobrevivir a la pérdida del amor*. Barcelona: Aley.

Davidson, A. (1979). *Disaster. Coping with stress. A program that worked*. New York: Basic Books.

Delgado, J. y Gutiérrez, J.(1994). *Métodos y Técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales*. p. 225. Madrid: Síntesis.

Deshaies. (1947). Citado en Camilo Barrionuevo Rodrigo Brito, Álvaro Wolfenson. (2011). 7 (*Supl 1*), 111-120

Díaz, J., Sáiz, P., Boworio, M. y Bobes, J. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Madrid: Síntesis S.A.

Díaz, J. (2010). *Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico*. Madrid: Síntesis S.A.

Díaz, J. (2011). Psicoterapia en el duelo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 31 (*Supl 109*), 93-107

Domínguez , D. (2009). *El impacto del Suicidio en los Sobrevivientes*.

DSM-IV-R. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masón.

DSM-IV . 1994. “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*”. Barcelona: Mason.

Dube, S.R et al. (2001). *Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study*. JAMA, 286 (Supl 24), 3089-3096.

Durkheim E. (1897 , v.e. 2004). *El suicidio*. p.5. Buenos Aires: Editorial Losada.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Engels, G. (1964). *Is grief a disease? A challenge for medical research*. *Psychosomatic Medicine*, 23.

Espector, E. (2005). *Semiología de la conducta suicida. VI Jornadas de la Fundación PROSAM*. Buenos Aires.

Fairclough N. (1992). *Discourse and social change. Theories of ideology and methods of discourse analysis*. Cambridge: Polito Press.

Fairclough, N y Wodak, R. (2000). *Análisis crítico del discurso* En :Van dijk, teun A. *El discurso como interacción social*. 46. Barcelona: Gedisa.

Faschingbauer, T.R. (1981). *Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston: Honeycomb Publishing.

Fernández, A. et al. (2005). Terapia interpersonal de la depresión. Tratado de Psiquiatría, 127 (Supl 2), p. 2012. Ars Médica STM.

Fins, J. et al. (2003). Reflective practice and palliative care education: a clerkship responds to the informal and hidden curricula. *Acad Med*, 78 (Supl 307)

Foucault, M. (1980). *El orden del discurso*. España: Cuadernos Marginales.

Fonnegra, I. (1999). *De Cara a la Muerte*. Intermedio Editores.

Freud, S. (1918). *Historia de una Neurosis Infantil*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Dinámica de la Transferencia* En L. Ballesteros. (1948). Colombia: Panamericana Bogotá-Colombia.

Freud, S. (1930). *El malestar de la cultura*. Viena.

Freud, S. (1989). *Obras completas*, 7, p.250. Buenos Aires: Amorrortu.

Gamo, E. et al. (1999). *Teoría y clínica del duelo*. Ciudad Real: Angama.

Gamo, E., del Álamo, C., Hernan, A., García, A. (2009). *Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental*. Disponible en World Wide Web: <<http://www.herrerros.com.ar/melanco/medina.htm>>.

- García Calvente, M. y Mateo, I. (2000). *El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica*, 25. Atención Primaria.
- García-García, J.A. ; Landa, V.; Grandes, G.; Matriz, A. y Audollo, I. (2001). *Cuidados Primarios de Duelo.El nivel primario de atención al doliente*. Vizcaya: Grupo de Estudio de Duelo de Vizcaya.
- García-García, JA.; Landa, V.; Trigueros, M.C.; Gaminde,I. (2005). *Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez*, 35(Supl 7). 353-358. Atención Primaria.
- Giner, L. (2011). *Estudio psicológico a través de la Autopsia psicológica*. Trabajo presentado en el 1º Encuentro de Investigadores en Salud Mental en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Febrero, Granada.
- Giner, L.( 2011). XV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo.
- Golberg, D.P. y Hiller, V.F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- González, J. y Ramos, Y. (1997). *Aproximación teórica al fenómeno suicida*. En: Gracia, R. (1994) . Las conductas suicidas y parasuicidas. En: Seva A. (1994). INO. 319-333.Zaragoza: Psicología Médica.

González-Saiz, F.M., Carulla, S., Martínez J.M., López, A., Ruiz, J. y Guerra, D. (1997).

*Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos.* Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Goldstein, L.; Buongiorno, (1984). Psicoterapeutas como sobrevivientes de suicidio.

*American Journal of Psychotherapy*, 38

Goode, Erica. (2001). *In Weird Math of Choices, 6 Choices Can Beat 600.* The New York

*Times*, May 16th 2001, p. 23

Gutiérrez-García, A. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Revista Salud Mental*, 29(5)

Gutiérrez, J. (2008). *Dinámica del grupo de discusión.* p.65. Madrid: CIS.

Gutiérrez, J. (2011). *Grupo de Discusión: ¿Prolongación, variación o ruptura con el focus group?* Cinta moebio no.41 Santiago set., ISSN 0717-554X

Hamaoka,A., Fullerton,C., Benedek, D., Gifford, R. Nam, T. y Ursano, R.J. (2007).

Medical Students' Responses to an Inpatient Suicide: Opportunities for Education and Support. *Academic Psychiatry*, 31

Harmatz, M. (1991) . Clinical psychology graduate education in the study of suicide:

Availability, resources, and importance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 231-244

- Hendin, H., Lipschitz,A.,Maltsberger,J.,Haas,A. y Wynecoo,J. (2000). Las reacciones de los terapeutas a los pacientes de suicidio. *American Journal of Psychiatry* 157, 2022
- Hendin, H., Pollinger,A., Maltsberger,J. Szanto,K. y Rabinowicz,H. (2004). Factores que apoyan la necesidad de ayuda a los terapeutas después del suicidio de un paciente. *American Journal of Psychiatry*, 161 (Supl 8)
- Hernández, J. (1997). *El proceso suicida* En: Ros Montalbán S.(1997). La Conducta Suicida. 29. Madrid: Libro del Año.
- Holden, L. (1978). *Respuesta profesional y personal del Terapeuta ante el suicidio del paciente.*
- Horowitz, M. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of avent scala (IES). *Psychosomatic Medicine*, 41 (Supl 3). 209-218
- Hughes, M. (1995). *Bereavement and Support: Healing in a group environment*. Taylor & Francis.
- Hurley, E.R.(1999). La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. *Health Services Research*, 34 (Supl 2)

- Íñiguez, L y Antaki, Ch. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de psicología*, 44, 63
- Jacobs, S. (1999). *“Traumatic grief: Diagnosis, treatment and prevention”* Filadelfia: Brunner/Hazle.
- Jacobs, C. (2000). *Pathologic grief. Maladaptation to loss*. Washington D.C. : American Psychiatric Press.
- Jiménez Pietropaolo, J. (2011). Ponencias del 2011. Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio.
- Johansson, L. , Lindqvist, y Eriksoon, A. ( 2006). *El suicidio de adolescentes y la formación de agrupaciones de contagio: implicaciones para la atención primaria*. BMC Family Practice.
- Joiner T. (1999). The Clustering and contagion of suicide. *Psychological Science*, 8
- Joiner, T.(2006). *Why People Die By Suicide*. Harvard: Harvard University Press.
- Jordán, J. (2001). *¿Provoca el suicidio un duelo diferente? Una reevaluación de la literatura. El suicidio y la conducta amenazadora de la vida*. Harvard: Harvard University Press.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2001). Duelo, luto y el sentimiento de pérdida, *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Waverly Hispánica.

- Kleespies, P., Smith, M., y Becker, B. (1990). *Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. Professional Psychology: Research and Practice*, 21
- Kleespies, P., Penk, W. y Forsyth, J. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 293
- Kolodny, S., Binder, R. , Bronstein, A. y Friend,R. (1979). The working through of patient's suicides by four therapists suicide and Life-threatening Behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9, 35
- Krueger, R.(1991). *El grupo de discusión. Guía práctica par la investigación aplicada*.19, 18. Madrid: Pirámide.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la Muerte y el Morir*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Kübler-Ross E. 1998 .“*Preguntas y respuestas sobre la muerte de un ser querido*” Barcelona. Martínez-Roca.
- Landa, V. y García, J.A. (2000). *El proceso de duelo*. En De la Revilla L, Montero R. *Atención familiar en el enfermo crónico, inmovilizado y terminal*. Granada.
- Lazare, A. (1979). *Varesolved grief* en A.Lazare. *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*. Baltimore: Williams and Williams.

Lee, C. (1995). *La muerte de los seres queridos: como afrontarla y superarla*.  
Barcelona: Plaza y Janés.

Liberman, D. (2007) . *Es hora de hablar del duelo. Del dolor de la muerte al amor a la vida*. p.210. Buenos Aires: Atlántida.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101

Lindemann, E. y Greer, I. (1953). A study of grief: Emotional responses to suicide. *Pastoral Psychology*, 4

Litman, R. (1965). Cuando los pacientes se suicidan. *American Journal of Psychotherapy*, 19, 571

López, J.M. (2001). Suicidio. *Rev. Programa de Psiquiatría*, 35. Facultad de Medicina de Granada.

Macías, J. y Parrado, C. (1999). *Reacción de duelo. Curso Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. 4ª entrega, 3-9. Recuperado de la World Wide Web en la dirección: <[http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/curso/pdf\\_download/ENTREGA4.PDF](http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/curso/pdf_download/ENTREGA4.PDF)>

- Macias, J. A. (2002). Perfil clínico del paciente con reacción de Duelo. *Informaciones psiquiátricas*, 146
- Mack, J. E. 1986. *Adolescent suicide: an architectural model*. En Klerman, G. L. *Suicide and depression among adolescent and young adults*. Washington: American Psychiatric Press.
- Maddison, D. y Walker, W. (1967). Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1057-1067.
- Maltsberger, J., Pompili, M., Tatarelli, R. y Morselli, S. (2006). Schizophrenic solitude, suicide, and psychotherapy. *Suicide Life Threat Behaviour*. 36 (Supl 5), 591
- March, J., Prieto, M., Hernán, M. y Solas, O. (1999). *Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas*. 13, 312-319 . Gac Sanitaria.
- Marín, F. (2003). *Derecho a morir con dignidad: ¿tabú o no?*. Archipiélago.
- Maris, R. (1992). How are suicidices different en Maris R.W. , Bermin A.L. , Maltsberger J.T. y Yufit R.I. (1992). *Assesment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford.
- Martí, G. (1984). Epidemiología del suicidio consumado en Barcelona durante el año 1983. 8. Rey Psicol. Mcd. Europa y Am. Lat.

- Martin, T. (1991). *Grief management*. New York: Press Date.
- Martínez-González, J., Munera-Ramos, P., & Becoña-Iglesias, E. (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: su relación con la calidad de vida, la psicopatología en Eje I, el ajuste psicológico y dinámica familiar. *Anales De Psicología*, 29(1), 48-53. doi:10.6018/analesps.29.1.161871
- McIntosh, J. (1993). *Control group studies of suicide survivors: a review and critique*. *Suicide and Life-threatening behaviour*, 23
- Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona. Península.
- Miguel, L. , Lucena J. (2009). Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. *Cuadernos de Medicina Forense*, 39. Sevilla.
- Montoya, J. (1992). *El enfermo con cáncer avanzado: el suicidio o el deseo de morir*. Madrid: Anales de Psiquiatría.
- Montoya, J. (2003). *Guía para el Duelo*. Medellín: Editorial Piloto.
- Morgan, D. (1997). *The focus group as qualitative research*. ThousandsOaks.
- Moron, P. (1980). *El suicidio*. Buenos Aires: Ábaco.

- Mosciki E. (2007). *Epidemiology of suicidal behavior. Suicide, life through behavior.*  
Londres: London Med.
- Moscovici, S. (1984). *The phenomenon of social representations.* En Farr, R. y Moscovici, S. *Social Representations*, p. 23. Cambridge: CUP.
- Neimeyer, R.A. (2001). *Significado de reconstrucción y la experiencia de la pérdida.*  
Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.* Barcelona:  
Paidós.
- Organización Mundial de Psiquiatría. (2008). *Nuevo modelo polivalente de centros de salud mental*, actas de sesiones nº 2005, párrafo 28. Génova.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *World health statistics annual.* Génova.
- Oviedo, S. ,Parra, M. ,Falcón,M. y Marquina, M.(2009). *Enfermería global*, 15
- Payás, A. (2007). Intervención grupal en el duelo. *Duelo en oncología.* Sociedad española de oncología médica.
- Parada Muñoz, L. M. (2007). Duelo por muerte súbita desde el enfoque apreciativo: una opción de vida desde la pérdida. *Diversitas*, 3 (Supl 1).

Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in Adult Live*. Londres: Tavistock Publications.

Parkes, C.M. (2001). *Duelo: los estudios de dolor en la vida adulta*. Filadelfia: Taylor & Francis.

Parkes, C. y Weiss, R. (1983). *Recovery from beneavement*, Nueva York: Basic Books.

Pelicier, Y. (1985). En torno a la historia del suicidio. *Psicopatología*, 5 (Supl 2)

Pellejero, A. J. y Rego, A. (1992). *Del suicidio*. Informaciones psiquiátricas.

Pérez Barrero, S.A. (2006). Cómo evitar el suicidio en adolescentes . *Revista Futuros* , 14 (Supl 4)

Pérez, S. , y Hernán, L. (2000). Terapia en duelo complicado: un enfoque desde los valores de cambio positivo. *Rev. Psiquiátrica Pública*, 12 (Supl 3), 273-284

Pérez, V. y Lorenzo, Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Piquet, M. (1984). *La mort voluntaria au Japon*. París: Gallimard.

Pelicier, Y. (1985). En torno a la historia del suicidio. *Psicopatología*. Barcelona: Paidós.

- Pope, C. (1995). *Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research*, 311, 42-45. British Medical Journal.
- Prieto, M., y López, J.M., (1995). *Las penalidades del joven Goethe (Werter)*. Seminario nº794 (26-1-1994) en López Sanchez JM(ed). Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia (1993-1994). Granada : Hospital Virgen de las Nieves, Junta de Andalucía,1995
- Prigerson, H. (2001). *Caring for broken patients. All the doctors just suddenly go*. JAMA.
- Rank, O. (1924). *El trauma del nacimiento*. Barcelona: Paidós.
- Ragin, C. (1999). La distinción de la Investigación Cualitativa. *Health Services Research*, 34.
- Ratanawongsa, N. y Teherani, A. (2005). Third-Year Medical Students' Experiences with Dying Patients During the Internal Medicine Clerkship: A Qualitative Study of the Informal Curriculum. *Academic Medicine*, 80 (Supl 7)
- Reyes, W. (2000). *El suicidio: un tema complejo e íntimo*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Rhodes-Kroff, J., Carmody, S., Seltzer,D., Redinbaugh, E., Gadmer, N. y Block, S. (2005). This is just too awful; I just can't believe I experienced that... Medical student's reactions to their "most memorable patient death". *Academic Medicine*, 80

- Ricoeur, P. (1984). *Hermenéutica y psicoanálisis*. Buenos Aires: La Aurora.
- Rojas, S y Montes, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Rotov, M. (1970). Death by suicide in the hospital: Analysis of 20 therapeutic failures. *American Journal of Psychotherapy*, 25
- Roy, A. (1995). *Psychiatric emergencies*. En: Kaplan H.I. , Sadock, B.J. (eds). *Sinopsis of Psychiatry 8th edition*, 864-872. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santamarina, C. (1998). *Métodos y Técnicas de Investigación*, 272. Curso impartido en la Universidad de La Habana, Cuba.
- Santos, MA. (1999). La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Atención Primaria*, 24, 103-108
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sarró, B. (1984). Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*.
- Schneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*, p. 10. New York: Wiley

- Silvermann, M. y Felner, R. (1995). *Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness*. En Silvermann M.M. , Maris, R.W. *Suicide prevention toward the year 2000*. New York: Guilford Press.
- Sofaer, S. (1999). Métodos cualitativos: ¿qué son y por qué usarlos?. *Health Services Research, 34 (Supl 2)*
- Spratt, M. y Denney, D. (1991). Immune variables, depression and plasma cortisol overtime in suddenly bereaved parents. *Journal of Neuropsychiatry, 3*
- Stelmachers, Z. (1989). *Review of inpatient suicides*. Paper presented at the conference of the American Association of Suicidology, San Diego.
- Stroebe, M., Vanson, M. , Stroebe, W. Keber, R. et al. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review, 20*
- Sveen, C. y Walby, F. (2008). *Los sobrevivientes del suicidio: Salud mental y reacciones de duelo. Una revisión sistemática de Estudios controlados*. SLTB 2008
- Taylor S. y Rachman, S. (1991). Fear of sadness. *Journal of Anxiety Disorders, 5*
- Tizón, J.L. (1998). *El duelo y las experiencias de pérdida*. Madrid: Vázquez Borguero.

Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.

Ulich, D., Hausser, K. y Mayring, (1985). *Psychologie der Krisenbewältigung. Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern*. Weinheim: Beltz.

Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Van der Wal, J. (1992). Las consecuencias del suicidio: Una revisión de la evidencia empírica. *Omega*, 20

Van Dijk, T. (2011). *Sociedad y discurso*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Van Heernagen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality, 48 (*Supl 5*). *Canadian Psychiatric Association*

Velasco, M. y Pujal, M. (2005). *Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizado una construcción discursiva reduccionista*. Madrid: Atenea Digital.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Wear, D. (2000). Face-to-face with It: medical students' narratives about their end-of-life education. *Acad Med*, 77, 271–277

Weiss, J. (1954). *Suicide: an epidemiologic analysis*. *Psychiatry Quartely*, 28

- Weiss, D. y Marmar, C. (1997). *The Impact of Event Scale- Revised*. En Wilson J.P. y Keane T.M. (eds.), *Assesing psychological trauma and PTSD: A handbook for practioners*. New York: Guilford Press.
- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Willms, D. y Johnson, N. (1993) *Essentials In Qualitative Research A Note-Book For The Field*. Documento Interno no publicado. Mc. Master University. Canada.
- Winnicott, D. (1953). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Horné.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. Londres: Tavistock.
- Worden, J.W., Silvermann, P.R. (1993). Grief and depresión in newly widowed parents with school-age children. *Omega*, 27, 251
- Worden, J.W. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. New York: Guilford.
- Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Zisook, S., Shuchter, S., Irwin, M., Darko, M., Sledge, P. y Resovsky, K. (1994). Beneauvement, depression and immune function. *Psychiatry Research*, 52
- Yalom, I.D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: FCE.