

INTERVENCIÓN INMEDIATA, Y RECOMENDACIONES PARA SUPERVIVIENTES EN DUELO AGUDO POR SUICIDIO

Resumen y propósitos:

El presente trabajo, pretende aunar la experiencia en primera persona de una superviviente (Olga Ramos), y la práctica de un psicólogo de emergencias (Pedro Martín-Barrajón), con el propósito de elaborar unas pautas básicas de intervención en el acompañamiento durante el proceso de inicio del duelo, en el contexto de la emergencia y momentos posteriores.

Concedores de la ambición de nuestro objetivo, confiamos en que pueda servir de orientación tanto a familiares y allegados, como a profesionales para saber qué hacer, qué no hacer, qué decir y qué no decir, y cómo dirigirse en esos momentos tan difíciles para los supervivientes en duelo por suicidio, de la manera más respetuosa y menos perjudicial posible en este momento de especial vulnerabilidad.

Nos mueve la empatía y sensibilidad, así como el conocimiento adquirido como Coordinadores del Grupo de Ayuda Mutua de Psicólogos Princesa 81, con el firme propósito de amortiguar en la medida de lo posible el duro impacto, y no aumentar aún más el dolor de los supervivientes.

Pretendemos ayudar a profesionales en su desempeño, pero también ofrecer información útil a los supervivientes, y clarificar dudas a todos lo que están de una forma u otra implicados en este tipo de situaciones tan desconocidas aún por todos, donde tan fácil es incurrir en comentarios inapropiados o actitudes dañinas, y tan complicado resulta para los supervivientes tomar decisiones de cualquier tipo.

Para esta finalidad, se han intentado adaptar los avances correspondientes a la fase de aturdimiento-choque del modelo de Psicoterapia Integrativo-Relacional a la intervención en crisis, teniendo en cuenta el tratamiento del duelo posterior, y las tareas “abordables” y accesibles en este momento tan temprano de la intervención.

Como responsables de la Red Nacional de Psicólogos para la Prevención del Suicidio, y de los Grupos de Ayuda Mutua para supervivientes junto a Carlos Soto en Psicólogos Princesa 81 (Madrid), hemos desarrollado este material para los profesionales de nuestra red, para cualquier profesional de emergencias (sanitario o no), y esperamos que resulte útil también para los supervivientes que nos solicitan con frecuencia material de consulta, confiando en que resulte de la mayor utilidad posible.

Queremos agradecer sinceramente a Cecilia Borrás (DSAS), su apoyo y supervisión como tutora durante la elaboración de este TFC del Título de Experto en Duelo de IPIR, y muy especialmente a Alba Payás Puigarnau, por su apoyo, su generosidad, y su incansable labor profesional. Los contenidos expuestos son un intento de adaptación de un contexto clínico, al ámbito extrahospitalario del modelo de intervención en trauma y duelo de Alba Payás y el Instituto IPIR.

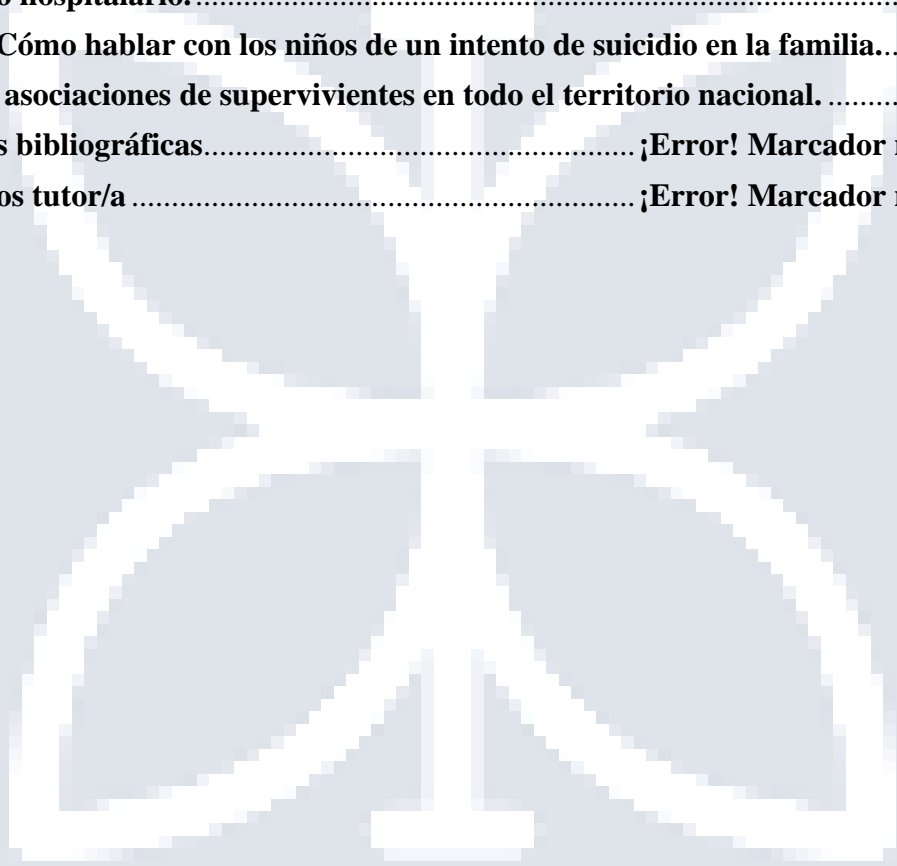
Gracias a ambas por su entrega, su labor pionera, y su supervisión.

Por último, agradecemos a todos los supervivientes cuyos testimonios hemos rescatado para este trabajo, su valor para compartir sus testimonios, y erigirse en el faro a seguir por los profesionales. Vosotros sois la clave.

Contenido

Breve resumen	¡Error! Marcador no definido.
Duelos traumáticos y desautorizados	5
Intrusión, Evitación y Negación	¡Error! Marcador no definido.
Duelo por Suicidio	9
Trauma acumulativo, definición y características.	11
Demandas de pronta recuperación y desautorizaciones: Qué decir y qué no decir en muertes por suicidio.	13
Reacciones de los supervivientes, estigma y vergüenza.	14
Valor adaptativo de las diferentes respuestas inmediatas de afrontamiento en el inicio del duelo.	17
Intervención inmediata con supervivientes en duelo por suicidio en el contexto de la emergencia. ¿Qué funciona, para quién, para qué y cuándo?	18
Herramientas fundamentales en el acompañamiento: normalizar y validar la fenomenología. La sintonía.....	23
Comunicación de malas noticias del fallecimiento por suicidio con población adulta y con menores, en el contexto de la emergencia.	25
¿Cómo se comunica?	25
¿Cuándo se comunica?.....	26
¿Dónde se comunica?	26
¿Quién lo comunica?.....	26
¿Qué se comunica?	26
Duelo por la muerte de un hijo por suicidio: particularidades, reacciones habituales, fracaso en el rol protector de la relación.....	29
La culpa, función psicológica adaptativa. Diferentes tipos de culpa: Circunstancias de la muerte, Aspectos Relacionales y Culpa del Superviviente. Orientación para la intervención o acompañamiento.	30
Reacciones del superviviente y orientación al tratamiento de: La impotencia: “No pude hacer nada”. (Fantasía de Omnipotencia). Validación de la impotencia.	32
Rumiaciones obsesivas: características, funciones psicológicas adaptativas.....	34
Incertidumbre. “Sufrió o no sufrió...”	35
La ira, enfado desplazado, deseo de venganza. Emociones “tapadera”.....	36
❖ Enfado asociado a las Circunstancias de la muerte.....	36
❖ Enfado asociado a las Tareas Relacionales	36
❖ Enfado asociado a la Afectación del Entorno	36
Indicadores de un avance adecuado en el proceso de duelo.....	39
Reacciones del superviviente y orientación al tratamiento ¡Error! Marcador no definido.	

La epidemia suicida en los supervivientes.....	39
¿Qué hacer después de un intento de suicidio?	39
a) Recomendaciones para el personal sanitario durante el traslado.....	39
b) Recomendaciones para los familiares tras un intento de suicidio durante el ingreso hospitalario.....	40
c) Cómo hablar con los niños de un intento de suicidio en la familia.....	42
Recursos y asociaciones de supervivientes en todo el territorio nacional.....	45
Referencias bibliográficas.....	¡Error! Marcador no definido.
Comentarios tutor/a	¡Error! Marcador no definido.



PRINCESA81

Duelos traumáticos y desautorizados

- **Duelo traumático:** Tiene lugar como consecuencia de muertes no anticipadas, violentas, etc. Este tipo de duelo se caracteriza por que hay demasiada conexión con la pérdida (flashbacks, pesadillas, intrusiones..., etc.), que provocan altos niveles de ansiedad, debido a la continua reexperimentación del trauma, asociados a unos intensos esfuerzos para evitar esos recuerdos involuntarios/ imágenes icónicas.

Una de las claves para un buen proceso de duelo es la oscilación (con función reguladora) entre los mecanismos de afrontamiento de orientación hacia la pérdida, y los mecanismos orientados a la restauración. (Stroebe y Schut, 1999).

- **Mecanismos de afrontamiento de orientación hacia la pérdida:** (expresar emociones, añorar, recordar, rumiar acerca del fallecido..., etc.). Si la persona está focalizada hacia la pérdida con poca oscilación hacia la restauración, experimentará una *“excesiva respuesta emocional”* que puede evolucionar en *duelo crónico*. Un duelo con síntomas intensos que perduran en el tiempo con ausencia de mejoría aparente. La persona en duelo crónico se siente vacía, incapaz de ilusionarse, desesperanzada, insegura...

- **Mecanismos de afrontamiento orientados hacia la restauración,** estrategias que sirven para manejar los estresores surgidos como consecuencia directa del duelo (hiperactividad laboral, aprender nuevos roles, cuidar de los demás...). Las respuestas de duelo se inhiben, suprimen, o posponen para el futuro. **Duelo inhibido, postpuesto o ausente:** la persona se siente *anestesiada* y no es capaz de responder de manera inmediata, incapaz de llorar. Tiende a focalizarse exclusivamente en tareas de restauración, evitando lo que conecte con la pérdida, la persona exhibe poca o nula respuesta emocional.

Los dolientes que no muestran oscilación se adaptan menos a la pérdida. Es preciso que exista una oscilación equilibrada entre la confrontación y la restauración, pero la resolución del duelo sólo podrá tener lugar mediante la transición gradual a mecanismos de restauración.

La noticia de la muerte de un ser querido amenaza la capacidad reactiva de la persona, poniendo en marcha reacciones como descreimiento, confusión, aturdimiento, etc., cuya función es mitigar y graduar el nivel de impacto de la información sobre la realidad de la pérdida.

La persona es incapaz de procesar toda la información sobre la muerte del ser querido, y se distancia de la realidad. Esta insensibilización, facilita que los dolientes puedan atender las demandas de los días posteriores.

OLGA: *“Encontré a mi hija tendida, no sé cómo llegué cerca de ella porque me pararon en seco, me tuvieron que sujetar entre varios policías, y después de minutos, que me parecieron horas, de angustia, dolor, miedo y desesperación por saber algo, el médico de emergencias me informó con mucho cuidado y delicadeza... pero no podía entender todo lo que me decía. Recuerdo que le pregunté ¿está seguro usted de lo que me está diciendo? No sé cómo subí a casa, me acompañaba el servicio de*

psicólogos de Emergencias, al llegar a casa nos hicieron muchas preguntas, demasiadas...,

mi cabeza no podía pensar en nada, todas esas preguntas ya las había respondido en mi cabeza que no dejaba de trabajar y buscar respuestas..., no soportaba que me apremiaran a que habláramos, que lloráramos, yo ya estaba llorando... Necesitaba que se callaran... Pensaba esto es un sueño y cuando me despierte, todo estará como antes, nada de esto ha ocurrido... pero al oírle a la psicóloga hablar de avisar a familiares, que si necesitábamos nos acompañaban a darles la noticia del fallecimiento de mi hija, los preparativos del funeral...mi cabeza sólo se centró en eso, pensando cómo iba a avisar a mis familiares, hice una lista de a quién había que llamar al día siguiente, qué personas se encargarían de llamar a otras personas... Muchas veces me he preguntado ¿Cómo fui capaz?, ¿Cómo es posible que en un momento así con toda la confusión, el dolor extremo y la desesperación que sentía, me pusiera a planificar el día siguiente?"

- **CARLOS:** *"Recuerdo perfectamente el estado de confusión al ver llegar a todos los servicios de urgencias, Samur, Summa, Policía, una cantidad enorme de personas haciendo su trabajo, sin vernos, pasando a mi lado como si no nos vieran. Hace mucho que lo comprendo, sé que vuelcan todo su esfuerzo en quien lo necesita más, pero no puedo dejar de sentir la sensación de soledad, unida al terror. Llenaron el portal de la casa, después nuestro piso, se movían, preguntaban, casi sin mirarnos, llegó la jueza, ni un saludo, sólo preguntas y silencio.*

En un momento nos dieron instrucciones de cómo organizar el resto de la noche y el día siguiente, nos apremiaban: "Llorar, llorar, tenéis que llorar...". De repente, acabados los trámites de cada uno de los que habían llegado, desaparecieron, afortunadamente con nosotros se quedaron unos amigos.

En medio de la sensación de irrealidad estaba la ineludible y dura necesidad de informar a los abuelos, acudir al Instituto Anatómico Forense, gestionar funeral, entierro... en esos momentos, todo era una montaña imposible de escalar ¿cómo hemos podido soportarlo?

En mi caso, sólo porque la preocupación por mi mujer, el miedo del efecto de su dolor ralentizo el mío. Sobre todo, esto, una inmensa soledad, sensación de perdida, falta de futuro, desesperanza, dolor, mucho dolor."

- **CECILIA:** *"Cuando yo estaba en esa habitación de la estación de tren, llorando, chillando, fuera de mí, y negando que mi hijo hubiera fallecido por suicidio, nadie se atrevía a decir nada, no me ofrecieron ni un vaso de agua, la familia dijo que me dieran un tranquilizante, y lo mejor que pudo hacer el psicólogo, fue evitar que me dieran una pastilla, tiene que vivir el dolor recomendó: dejadla chillar, dejadla llorar, no le déis una pastilla, aunque no tenga hambre, no le obliguéis a comer, pero si que beba agua..., nuestro duelo comienza ahí... A veces recuerdo ese día 10 años después, y te preguntas ¿Y no te quedaste ahí muerta?"*

- **Superviviente:** *“Corrí a casa tan rápido como pude, y al llegar, aún pude ver su cuerpo inerte en la calle, estaban esperando a la jueza. No pude dar ni un paso más, allí mismo caí fulminada al suelo, me desmayé”.*
- **Superviviente:** *“Cuando sonó el teléfono y me dijeron que había habido un accidente, y que mi hijo estaba allí, sentí como algo dentro de mí se paralizaba totalmente, creo que incluso dejé de respirar, a la vez que experimentaba un brutal desgarró en mi pecho. Fue tan impactante, tan doloroso, que no lo pude soportar y perdí el conocimiento”.*

Estos estados de activación pueden coexistir con respuestas de evitación, aturdimiento e incredulidad. Esta oscilación bimodal entre reacciones de evitación y de confrontación, ha sido descrito como *una respuesta normal a una experiencia anormal*. (Lindemann, 1944; Horowitz y otros, 1980; Van der Kolk, 1996).

El término “Duelos desautorizados” se refiere a la dimensión interpersonal o aspecto social, y se aplica a aquellos duelos que no pueden ser socialmente reconocidos, ni públicamente expresados (Doka, 1989, 2002, 2008).

Este concepto señala cómo a ciertas personas no se les da el derecho a vivir su duelo y no reciben el apoyo de su entorno o las facilidades que habitualmente se dan en otras situaciones de duelo, por ejemplo, limitar o flexibilizar las responsabilidades, posibilidad de bajas laborales, ser reconocidos como dolientes y ser escuchados y apoyados.

Según Kenneth Doka, que definió el concepto en 1989, hay cuatro categorías de duelo desautorizado:

1. Cuando **la relación no es reconocida**: los lazos de vinculación no son valorados socialmente como significativos, por ejemplo, la pérdida de un amante, o la expareja, o en una relación homosexual clandestina, o la muerte de un paciente con el que teníamos una relación especial. (Los vínculos de amistad, con compañeros de trabajo, cuidadores, educadores o padres, o hermanos adoptivos pueden llegar a ser muy intensos y permanentes; sin embargo, socialmente no se acepta que este duelo pueda requerir atención especial).
2. Cuando **la pérdida no es reconocida**: Y lo que muere no es socialmente valorado, como la muerte de un animal de compañía, o las muertes sociales que se refieren a personas vivas, pero socialmente invisibles (físicamente presentes, pero psicológicamente ausentes), personas en coma, con demencia, o que están viviendo en instituciones sociosanitarias, o la muerte perinatal, es decir, la pérdida de un bebé antes, durante o poco después del parto.
3. Cuando **el doliente es excluido**: Si la persona no está definida socialmente o se la considera incapaz de hacer el duelo, por ejemplo, el doliente es una persona con discapacidad mental, una persona mayor o un niño (a quienes puede mantenerse al margen y no comunicar un fallecimiento por no considerarles capaces de elaborar de manera saludable el duelo, por ejemplo).

4. **Las circunstancias particulares de la muerte:** Pueden influir en cómo la sociedad limita el apoyo al doliente, es el caso de muertes estigmatizadas como son el suicidio y el homicidio. Asimismo, en esta categoría se incluiría la muerte por VIH, o por sobredosis en una persona adicta a sustancias, por homicidio, y por suicidio.

Los duelos desautorizados se han identificado como de riesgo de duelo complicado por los sentimientos de culpa, vergüenza, e inadecuación, y la falta de apoyo social y de rituales significativos (Rando, 1993, Stroebe y Schut, 2001).

Factores de riesgo asociados al duelo complicado:

1. La relación de parentesco
2. Circunstancias de la muerte (Natural, Accidente, Suicidio y Homicidio, por ese orden en cuanto a dificultad para superar la pérdida).

- **Relación de Parentesco:** La diferencia entre personas significativamente afectadas por un suicidio, y quienes no, se basa en su percepción de la calidad de su relación con el fallecido, no solo en el grado de parentesco (Cerel, Maple, Aldrich y Van de Venne, 2013). La muerte de un hijo es la pérdida más devastadora en comparación con la pérdida de la pareja, un hermano o un progenitor (Cleiren, 1993; Maccallum, Galatzer-Levy y Bonanno, 2015).

Ciertas características del duelo por suicidio cualitativamente diferentes de otras formas de duelo, pueden complicar el proceso de elaboración en los supervivientes (Jordan, 2008). Hay evidencia de que un familiar de primer grado, presenta un mayor riesgo de conducta suicida, como característica del duelo complicado. (Pitman, Osborn, King y Erlangsen, 2014).

Entre los factores de riesgo asociados al duelo complicado destacan la relación de parentesco con el fallecido y las circunstancias de la muerte. El duelo de los padres que han perdido a un hijo ha sido reconocido como el más intenso y duradero en el tiempo, con graves consecuencias en todos los ámbitos de su vida (Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011).

- **En cuanto a las circunstancias de la muerte:** las muertes violentas (suicidio, homicidio, accidente...), generan más problemas de salud mental como: depresión, TEPT, abuso de alcohol o drogas, e ideación suicida, que las muertes causadas por causas naturales (Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders y Kilpatrick, 2009). Entre las muertes violentas, se considera que el suicidio de un ser querido, provoca el duelo más devastador para sus allegados (Jordan, 2008).

Las personas en duelo por suicidio experimentan una prevalencia del 78% de duelo complicado. (Dyregrov, Nordanger y Dyregrov, 2003)

Duelo por Suicidio

Ciertas personas no reciben el apoyo de su entorno, o las facilidades que habitualmente se dan en otros duelos. Las personas que han perdido a un ser querido por suicidio perciben menor apoyo social en comparación con otro tipo de muertes repentinas o traumáticas.

El duelo por suicidio es una de las experiencias más difíciles de afrontar. Más del 40% familiares de personas que se quitan la vida, acaban enquistando su dolor y convirtiéndolo en una patología psicológica. (Bobes, J. 2018). Entre las muertes violentas, se considera que el suicidio de un ser querido provoca el duelo más devastador para sus allegados (Jordan, 2008). Los resultados de un estudio (Dyregrov, Nordanger y Dyregrov, 2003) muestran que las personas en duelo por suicidio experimentan una prevalencia del 78% de duelo complicado.

El proceso de duelo que se inicia tras este tipo de pérdida posee unas características muy específicas que lo diferencian de otros tipos de duelo y lo convierten en uno de los procesos más difíciles de afrontar para el ser humano. Las personas en duelo por el suicidio de un ser querido se preguntan con mayor frecuencia por qué ocurrió, experimentan un estado de shock más intenso y de mayor duración, sufren mayores niveles de culpa y vergüenza, padecen mayor aislamiento social..., etc. Asimismo, el suicidio provoca más impacto en la vida de las personas y en la familia.

Entre las muertes violentas, el suicidio de un ser querido genera en los allegados una sintomatología de duelo muy intensa y persistente, con características específicas respecto a otros duelos, como elevados niveles de culpa, rumiación acerca del porqué, menor apoyo social, estigma, vergüenza, entre otras (Jordan, 2001). Las personas en duelo por suicidio experimentan mayores niveles de culpa que cuando la pérdida se ha debido a otras causas.

En los casos de suicidio, la rumiación incrementa los niveles de culpa de forma significativa, pero solo respecto a la muerte natural esperada, no respecto a la muerte natural repentina e inesperada, ni a la muerte por accidente, lo que puede tener sentido teniendo en cuenta que la rumiación en el proceso de duelo suele centrarse en la causa de la muerte, y parece plausible asumir que las personas que han perdido a un ser querido por muerte natural esperada, experimentan menos rumiación que en los casos de muerte inesperada, como un ataque al corazón, por ejemplo, un suicidio, o un accidente.

Las personas que han sufrido la pérdida de un progenitor, la pareja o un hermano por suicidio experimentan menos dificultades en la regulación emocional, respecto a la culpa que aquellas que han sufrido la pérdida de un hijo en esas circunstancias.

Respecto al caso específico de la pérdida por suicidio, hay evidencia de que un familiar de primer grado presenta un mayor riesgo de conducta suicida, que, como se ha apuntado, es una de las características del duelo complicado (Pitman, Osborn, King y Erlangsen, 2014). Sin embargo, en una revisión reciente cuyo objetivo era determinar la evidencia respecto al riesgo de suicidio entre las personas expuestas al suicidio, los resultados mostraron que la relación de cercanía con el fallecido puede tener un mayor impacto que la relación de parentesco (Maple, Cerel, Sanford, Pearce y Jordan, 2017).

Otro factor de riesgo interpersonal en el desarrollo del duelo complicado es la falta de apoyo social percibido. Cerel, Jordan y Duberstein (2008) afirman que el apoyo social después de una pérdida, sea o no traumática, es un factor crucial para determinar el resultado del duelo, y la incapacidad del entorno social de brindar apoyo al doliente puede influir directamente en su trayectoria de duelo.

Se ha encontrado una gran variedad de problemas de salud mental, como depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas e ideación suicida en personas que han sufrido una pérdida violenta e inesperada (Brent et al., 2009; Dyregrov et al., 2003; Melhem et al., 2008; Murphy et al., 2003c; Zinzow et al., 2009

Tal et al. (2017) en un estudio que comparaba los pensamientos, sentimientos y conductas en personas en duelo por suicidio, accidente / homicidio y causas naturales, encontró que las personas con duelo complicado después del suicidio de un ser querido, presentaban las tasas más altas de depresión crónica, ideación suicida pasiva, sentimientos de culpa y deterioro en el trabajo y en la vida social.

Entre las características específicas del duelo por suicidio, figuran la necesidad de dar un sentido a la muerte y comprender por qué la persona se suicidó, los intensos sentimientos de culpa y responsabilidad por la muerte, el sentimiento de abandono y rechazo, y la ira (Young et al., 2012).

En el caso del suicidio de una persona muy cercana, incluso la anticipación del suicidio parece no tener efectos significativos en la reducción de la reacción ante la pérdida (Miyabayashi y Yasuda, 2007).

Las personas que pierden a un ser querido por suicidio tienden a sentirse culpables por no haber sabido identificar ninguna señal que hiciera prever el suicidio, o bien, en el caso de la pérdida de un hijo por suicidio, al cuestionarse su identidad como “buena madre” o “buen padre”, es decir, por sentir que han fracasado en su rol protector. La culpa en el duelo en general, y en el duelo por suicidio en particular, se asocia a la idea de no haber hecho algo para prevenir o evitar la muerte, o haber hecho algo que ha contribuido a ese resultado.

En la práctica clínica se ha observado que, en algunos casos, tras la pérdida de un ser querido por suicidio, la culpa se dirige hacia uno mismo como una forma de preservar el honor y la integridad del fallecido, y evitar culparle a él por lo sucedido. Esta observación concuerda con los resultados de un estudio sobre el duelo por suicidio con madres que habían perdido a sus hijos en estas circunstancias (Shields, Russo y Kavanagh, 2017).

Perder a un hijo es una de las situaciones más difíciles de afrontar, porque contradice las creencias personales sobre el orden natural de la vida, según las cuales los hijos deben sobrevivir a sus padres (Janoff-Bulman, 1992; Hendrickson, 2009; Parkes, 1975). La muerte de un hijo se percibe con frecuencia como un fracaso en el rol protector que los padres desempeñan, especialmente cuando la muerte ha sido por suicidio. En la pérdida de un hijo por suicidio, los sentimientos de culpa pueden llegar a ser tan abrumadores que sobrepasen la capacidad de los padres para regular sus emociones y aprender a manejarlas.

La culpa es considerada el sentimiento más persistente en las personas en duelo por suicidio y genera mayores dificultades de afrontamiento, con el consiguiente sufrimiento.

Este hallazgo contribuye a ampliar el conocimiento sobre los sentimientos y emociones que experimentan las personas que pierden a un ser querido por suicidio, y tiene implicaciones prácticas tanto para los profesionales de la salud mental, como para las instituciones sanitarias en general, para el diseño de estrategias de intervención con los supervivientes de una muerte por suicidio.

Trauma acumulativo, definición y características.

El trauma acumulativo: como concepto en el duelo, puede definirse como el resultado fracaso en el papel del entorno social y familiar como escudo protector en el curso del desarrollo del duelo.

El doliente expresa sufrimiento, aislamiento y sentimientos de alienación, causados por la incapacidad del entorno de identificar y responder a su dolor tanto en el momento de la muerte, como en el tiempo posterior. Se trata de una nueva pérdida provocada por los fallos continuos de empatía con que la familia, los amigos y los conocidos responden a las expresiones de dolor, demandas, y necesidades emocionales de la persona en duelo.

Se producen en forma de expresiones de invalidación, desautorización, minimizantes, descalificaciones, rechazo, impaciencia o desinterés.

Se emplea el término “trauma acumulativo” para describir cómo, en situaciones traumáticas vividas por adultos o por niños, el fracaso en proveer una relación de apoyo que sostenga la experiencia es en sí mismo otro trauma (Balint, 1968). Si en la edad adulta, la necesidad y la esperanza de tener a alguien que nos comprenda y apoye ante una situación traumática se frustran, y no hay disponibilidad afectiva del entorno, los efectos del acontecimiento doloroso deben vivirse en soledad.

Como dice Richard Erskine <<*No es el trauma lo que destruye la psique humana, sino la ausencia de una relación durante el tiempo en que ocurre un acontecimiento traumático, o inmediatamente después*>>.

La experiencia de pérdida de un ser querido es en sí devastadora, pero la desautorización y la falta de comprensión y apoyo vivida durante el tiempo de la muerte y, posteriormente durante el tiempo de duelo, pueden producir a veces un daño igual o mayor que el propio evento trágico. Este daño psicológico es lo que llamamos trauma acumulativo en el duelo.

El fallecimiento de un ser querido es casi siempre un acontecimiento dramático: tanto si la persona llevaba enferma un tiempo, como si se tratara de nuestra anciana abuela, la desaparición de un ser que ha sido significativo en nuestras vidas nos llena de vacío y de dolor. De forma espontánea buscamos el acompañamiento de personas de nuestro entorno que entiendan nuestra tristeza, que sepan escucharnos, con las que podamos compartir esta experiencia, expresar nuestras emociones y hablar de la relación perdida. Personas que, desde el respeto a nuestra experiencia subjetiva, nos ayuden a encontrar alivio y a comprender lo sucedido.

Esta necesidad de contacto es una necesidad psicológica (y casi fisiológica), en el ser humano enfrentado a la muerte.

Si el doliente recibe esta ayuda, la recuperación es mejor, pero si no se recibe apoyo, si el entorno no es capaz de reconocer y validar su sufrimiento, de ayudarlo a expresar sus necesidades, si no recibe el contacto cálido y comprensivo de sus allegados, sus sentimientos de inadecuación pueden acrecentarse. Puede llegar a sentirse culpable por no estar haciéndolo bien; puede sentir vergüenza de sus propios sentimientos y del hecho de necesitar ayuda. Todos estos sentimientos unidos a los de la pérdida, constituyen un trauma acumulativo.

No es lo mismo vivir una situación de peligro o amenaza estando acompañado de alguien que nos sostiene, que habla con nosotros, que responde a nuestras reacciones emocionales; que vivir esa misma situación en soledad, sin nadie con quien compartir lo que nos está sucediendo, sin nadie que nos sostenga o a quien podamos expresar nuestros sentimientos de desvalimiento.

Ante una situación de trauma o pérdida, el ser humano necesita el contacto interpersonal, y esa conexión es vital para la supervivencia emocional.

En los trabajos de Bessel Van der Kolk (1996) acerca del trauma y su impacto en la memoria, se concluye que la disponibilidad o no de contacto es el factor decisivo para que una experiencia pueda llegar a ser un trauma, más decisivo aún quizá que la propia agudeza del evento. Es decir, que la valoración del evento sea una muerte o un trauma, está muy mediatizada por la presencia o ausencia de una relación de apoyo con otro ser humano.

La teoría del ajuste traumático describe cómo estas situaciones despiertan reacciones complejas del tipo <<estados afectivos intensos>> que deben regularse. La disponibilidad de conexión con otro ser humano es un factor mediador en este proceso regulador emocional: Si la persona vive la experiencia traumática en soledad, aumenta la probabilidad de que la experiencia pase a la memoria fragmentada, disociada.

La ausencia de contacto en el momento del trauma o en el tiempo posterior, provoca una incapacitación emocional y mental en la persona que sufre la experiencia, que no puede hacer un relato acerca de lo sucedido, y, por tanto, no puede atribuirle significación.

La falta de apoyo es un factor de riesgo para la evolución del duelo, y así ha sido descrito en numerosas investigaciones (Klass, 1988; Parkes, 1972). Una misma experiencia de duelo puede vivirse desde la soledad y el aislamiento como algo traumático, o desde la relación con los que te rodean, te comprenden, y te sostienen, como una experiencia difícil, pero, aun así, aceptable. Esta necesidad de vinculación como protección ante el trauma hace que hoy sea universalmente aceptado que el aspecto nuclear de la intervención aguda en crisis, sea la provisión y restauración del apoyo social (Raphael, 1983).

Demandas de pronta recuperación y desautorizaciones: Qué decir y qué no decir en muertes por suicidio.

El apoyo social después de una pérdida (sea o no traumática), es un factor crucial para determinar el resultado del duelo, y la incapacidad del entorno social de brindar apoyo, puede influir directamente en la trayectoria del duelo (Cerel, Jordan y Duberstein, 2008).

Las desautorizaciones y la falta de comprensión y apoyo pueden producir un daño igual o mayor que el propio suceso. Cuando el entorno, los otros, impiden al afectado hablar sobre lo sucedido por sobreprotección, falta de habilidad o desconocimiento, o cuestionamientos propios incluso, pueden provocar que el afectado piense que no quieren ayudarlo, o que les culpan de lo sucedido. Explicar repetidamente (poner en palabras), contribuye a la destigmatización. Contarlo muchas veces, es la manera natural del cerebro de reparar ese dolor. No obstante, los supervivientes se encuentran con frecuencia respuestas de su entorno como la mirada esquiva, el cambio de tema cuando se habla del fallecido, evitar conscientemente pronunciar el nombre del fallecido... etc., como si no tuvieran derecho a hablar del ser querido fallecido, la gente literalmente “rehúye” el tema, la mirada...

Algunos ejemplos de “desautorizaciones y demandas” frecuentes por parte del entorno al dirigirse a un superviviente por suicidio y que NO deberíamos decir nunca son:

- *“Piensa en otra cosa”*
- *“Llorar no te hace ningún bien...”*
- *“Tienes que ser fuerte por tus hijos”*
- *“Ahora eres tú el hombre de la casa”*
- *“Eres fuerte lo vas a superar...”*
- *“Una persona tiene derecho a elegir si quiere vivir o quiere morir”*
- *“Se cómo te sientes”*
- *“El tiempo lo cura todo, tienes que salir adelante”*
- *“Ahora podrás ayudar a otros padres que han pasado por lo mismo”*
- *“¿Tomaba drogas?”*
- *“Ahora está en un lugar mejor”*
- *“Lo ha querido así”*
- *“¿Cómo se ha suicidado?”*
- *“¿No pudisteis hacer nada?”*
- *“¿Tenía depresión?”*
- *“¿No se medicaba?”*

¿Qué decir?

- *“Qué duro es perder a un hijo de esta manera...”*
- *“Lamento que atraveses por esta situación, me llega mucho tu dolor...”*
- *“Seguramente estaba sufriendo mucho..., cuánto lo siento...”*

- *“Estas situaciones nos hacen sentir culpables o enfadados, incluso con el fallecido: por no habernos dejado ayudarle, por las precauciones que tomó para que nadie se lo impidiera, por el sufrimiento que nos provoca...”*
- *“Nunca le dije abiertamente sus pensamientos de suicidio, ninguna persona es adivina...”*
- *“Es muy difícil darse cuenta, para alguien que no es un experto, que una persona pueda suicidarse, en ocasiones ni los expertos se dan cuenta”*
- *“Una persona no puede estar siempre pendiente de otra”*

Qué decir, en caso de suicidio con intentos previos.

- *“Que duro que estés pasando por algo tan difícil, que te sientas tan impotente y triste cuando piensas que no pudiste hacer nada..., no me extraña que sientas ese peso sobre los hombros, siento mucho por lo que estás pasando...”*
- *“¿Qué paso hoy diferente de otras veces que te debería haber hecho sospechar lo que iba a hacer?”*
- *“¿Cómo lo hubieras podido hacer para no dejarle/a solo/a nunca?”*
- *¿Qué crees que podrías haber hecho distinto?”*
- *“Dices que te sientes culpable/impotente por no haberlo podido evitar, quizá había dicho tantas veces antes que no podía más y aun así tiró adelante, que esta vez no le diste más importancia y pensaste que también iba a salir adelante...”*
- *“¿Te estás juzgando por lo que sabes ahora que ha sucedido, o por lo que sabíais en ese momento?”*

Reacciones de los supervivientes, estigma y vergüenza.

El estigma social del suicidio, y el sentimiento de vergüenza llevan al superviviente a ocultar las circunstancias de la muerte, e incluso a inventar las causas: *“ha muerto a causa de un accidente, debido a una enfermedad repentina, etc.”*, lo que supone una carga emocional añadida. Existe una tendencia muy generalizada a la ocultación del modo de fallecimiento: (accidente/enfermedad repentina) que, al descubrirse con posterioridad, origina problemas familiares. Mantener en secreto la causa de la muerte aumenta los sentimientos de culpa y vergüenza.

En muchos casos, esa ocultación puede venir motivado por:

- No encontrar un entorno familiar y social de apoyo y cercano a su dolor.
- Por miedo a la respuesta de los demás.
- Evitar esas preguntas incómodas sobre el hecho del fallecimiento de su ser querido, no saber cómo responder a esas personas que preguntan qué y cómo ha pasado...el qué dirán.

Y los demás, ¿Por qué lo hacen? ¿Por insensibilidad, por curiosidad, por su propio miedo?

No hay una respuesta universal, en ocasiones puede ser que necesiten que los supervivientes les respondan de manera que les permita mantener el sesgo de “invulnerabilidad”, o la creencia de seguridad (Janoff-Bulman, 1992), y les reafirme en la idea de que a ellos no les va a pasar, que esto les pasa a otras personas: “el/la fallecido/a’ tenía depresión, o algún diagnóstico en salud mental, y a mí no me va a pasar porque mi hijo/a no tiene depresión...”

En los GAM (Grupos de Ayuda Mutua), una solicitud frecuente de los supervivientes es la de aprender respuestas asertivas, o cómo zafarse de las preguntas incómodas.

Proponemos algunas propuestas ante preguntas invasivas como: ¿Y cómo se suicidó?, ¿Y no pudisteis hacer nada?, ¿Tenía depresión?, ¿No se medicaba?, ¿Tomaba drogas?..., etc.

- *Agradezco mucho tu interés, pero no me apetece hablar de eso.*
- *Gracias por tu preocupación, pero ahora mismo lo que me importa es lo que me falta, no la manera en que nos dejó.*
- *¿De qué forma puede ayudarte conocer los detalles?*
- *Intento recordarle por el resto de su vida y todo lo que nos ha dejado, y no por sus últimos momentos.*
- *Disculpa no me estás ayudando con esas preguntas...*
- *¿Por qué es tan importante para ti saber esos detalles?*
- *Ahora no puedo responder a esas preguntas.*
- *Es una situación difícil y dolorosa para mí, por favor no puedo responderte.*

Estos sentimientos preocupan y atormentan a muchos supervivientes y, en ocasiones, pueden entorpecer y posponer el proceso de recuperación, no sabiendo cuál es la forma correcta, qué deben hacer. Si decir la verdad o no decirlo, a quién/es se lo dicen y a quién/es no... estos pensamientos y rumiaciones se instalan de forma muy profunda e intensa, pudiendo cronificar su dolor.

En el otro extremo, tenemos el testimonio diferente, donde el poder hablar y con un entorno familiar y social adecuado, transforma la vivencia del superviviente desde el inicio del duelo:

Superviviente: *“Si tuviera que decir qué me ayudo tras el suicidio de nuestra hija, sería sobre todo hablar, poner en palabras el hecho, nombrar la palabra suicidio. Siento, y más con el tiempo, que marcó un antes y un después, me atrevo a decir que marcó el comienzo de mi duelo. De igual manera, entender la expresión de todo el sufrimiento que pudo tener e identificarla con la depresión, le dio otro sentido a la culpa, diferente a como la veía antes.*

Pude empezar a perdonarme los errores cometidos, trabajarlos, entender que venían del miedo inconsciente a ver peligro en lo que más quería.

Hablar, hablar, dar salida a todo lo que iba apareciendo en mi cabeza, creo que, lentamente, fue descargando el peso de la tristeza.

Es verdad que para ello conté con un entorno que me escuchó, que permitió que pudiera expresarme...”

Un sentimiento muy frecuente en las personas en duelo por suicidio es la vergüenza, que tiene que ver con la <<mirada del otro>>: el superviviente puede sentirse juzgado por los demás, señalado como la persona que no pudo prevenir, o evitar el suicidio de su ser querido, e incluso sentirse juzgado en su “rol familiar”: *¿Qué van a pensar los demás que pasaba en casa?, “No haber sabido protegerle como padre/madre”.*

- *“Nunca he sabido lo que realmente sucedió. Mi madre falleció sin contármelo. Mi padre nunca habla de ella, y mi hermana mayor cuando le pregunto, se pone muy nerviosa y me dice que le deje tranquila. Yo sólo tenía ocho años entonces, y la versión oficial es que mi madre se ahogó en el río, pero yo creo que se suicidó.”*
- *“Estoy segura de que si mi padre hubiera muerto de un ataque al corazón o de un derrame cerebral sería muy distinto..., Que su muerte haya sido de esta manera, lo hace todo mucho más difícil.”*
- Hay muchas preguntas: *“¿Por qué lo hizo?, ¿Qué hicimos mal?, ¿Qué podíamos haber hecho para evitarlo?, ¿No le importábamos nada?, ¿No se dio cuenta de que su muerte nos iba a destrozar?”.*

Las reacciones inmediatas de los supervivientes más comunes son: la negación e incredulidad, culpa y tristeza.

- **Incredulidad/ Negación:** sentimientos de irrealidad, como si formara parte de un sueño, como si se viera desde fuera.

Una reacción muy frecuente en las personas que pierden a un ser querido de forma repentina e inesperada es <<No puedo creerlo>>. Cuando la pérdida se ha producido por suicidio, este sentimiento de incredulidad se intensifica, puesto que es muy difícil entender y asumir un hecho tan traumático. A muchos supervivientes les resulta imposible creer que una persona que conocían tan íntimamente y a quien amaban, podría haber estado pensando en poner fin a su vida sin que ellos fueran conscientes de ello.

El suicidio destruye el sistema de creencias que los dolientes tenían acerca de su ser querido, de ellos mismos y del mundo en general, lo que provoca ese sentimiento de incredulidad. En ocasiones esta incredulidad puede llevar al superviviente a negar que su ser querido se ha suicidado. Generalmente, este estado de negación se mantiene durante un corto periodo de tiempo, pero en algunos casos puede durar toda la vida.

- *“No me lo puedo creer, no me entra en la cabeza, está tan lleno de energía y vitalidad, ¿Está Ud. seguro?”.*
- *“No es posible, Ud. se debe estar confundiendo”.*
- *Me lo comunicaron por teléfono, yo estaba en la playa y no podía creérmelo..., sólo gritaba una y otra vez: ¡no, mi hijo no!, ¡no puede ser!!-, me encerré, y apagué todas las luces, sólo quería estar sola.*

- **Sorpresa: aturdimiento, shock, bloqueo** (incapacidad para expresar nada).

En un principio, tras la noticia del suicidio de un ser querido, el dolor es tan abrumador que la persona puede experimentar una especie de entumecimiento o anestesia emocional, cuya función es protegerla de la realidad de la pérdida y de las emociones más dolorosas. Este estado de shock es más intenso en el caso de la pérdida por suicidio.

La sensación que experimenta la persona es como si estuviera viendo una película de su vida, pero en la que ella no participa, como afirma una mujer que perdió a su marido por suicidio: << *Me parecía todo tan irreal, yo estaba allí, consolando a sus amigos... Cuando lo pienso ahora no sé cómo pude ser capaz de estar así, de sobrevivir a aquello*>>.

A nivel racional, es consciente de lo que ha ocurrido, pero a nivel emocional no puede asimilarlo. La anestesia emocional va disminuyendo a medida que la persona desarrolla mecanismos que le ayudan a afrontar la dolorosa realidad.

Este estado de shock, en el caso de la muerte por suicidio, puede prolongarse durante meses e incluso el primer año tras la pérdida. Cuando este mecanismo de anestesia emocional va cediendo, la persona suele tener la sensación de que se encuentra cada vez peor, de que quizás esté cayendo en una depresión. Es muy importante señalar que este es el proceso natural del duelo: al disminuir el entumecimiento, la persona comienza a experimentar los sentimientos que han estado anestesiados en toda su crudeza, de ahí esa sensación.

- *No puede ser, no puede ser mi hijo..., no me lo creo..., no, no puede ser...*
- *“¿Por qué me ocurre a mí esto?”. Como llevaba varios días desaparecido, me imaginé que le habían secuestrado para traficar con sus órganos, o que estaba retenido contra su voluntad.*
- *No podía imaginármelo. Estaba en su mejor momento*

- **Culpa, tristeza, desesperanza.**

- *No supe apreciar ciertas “señales” ... ¡cómo me iba a imaginar que ya lo tenía decidido, si su estado de ánimo era muy bueno, hacía años que no lo veía así...!!*
- *¿Cómo no me di cuenta?*
- *Todo ha sido culpa mía, si no me hubiese ido de viaje, esto no habría pasado...”.*
- *Se ha llevado mi alma con él.*
- *Si no le hubiéramos dejado solo...*
- *¿Pero qué espanto de madre soy yo que no me he dado cuenta?*
- *¿Qué hecho yo mal para que sea una persona que sufra tanto?*
- *Lo había dicho tantas veces antes, que pensé que era otra llamada de atención*

Valor adaptativo de las diferentes respuestas inmediatas de afrontamiento en el inicio del duelo.

Todos los mecanismos de defensa tienen como función mantener a toda costa el bienestar del individuo, y protegerse del sufrimiento psicológico (Erskine, 1999).

No importa que esas estrategias parezcan “improductivas o insanas”, lo que importa es que se han generado en un intento de sobrevivir, y responder a alguna necesidad psicológica de la persona.

Las estrategias de afrontamiento son un intento de procesar la información traumática y la sintomatología asociada, y en sí mismas, como esfuerzos, no son adaptativas ni desadaptativas.

Su efectividad funcional va a depender del resultado final, de su eficacia para la asimilación de la situación de pérdida. Reconocer y acoger estas reacciones, y validar su función, es uno de los objetivos de la intervención.

Es un error tener como objetivo eliminar estos afrontamientos supuestamente desadaptativos en esos momentos iniciales tras la pérdida (por ejemplo: no deshacerse de las cenizas, oler o vestir la ropa del fallecido, visitar todos los días el cementerio, sentirse culpable, rumiar obsesivamente..., etc.), sin tener en cuenta la información que encierran.

Intervención inmediata con supervivientes en duelo por suicidio en el contexto de la emergencia. ¿Qué funciona, para quién, para qué y cuándo?

Cuando una persona ha sufrido una pérdida (accidente, suicidio..., etc.), no precisa nada más de nosotros que un apoyo, un humano con el que compartir.

No necesita frases célebres ni respuestas, puesto que nosotros mismos no estamos en disposición de dárselas. La escucha activa y la comunicación no verbal, adquieren mayor relevancia que las palabras. (*Nomen Martín, Leila*).

“Hay dos impulsos que debemos saber manejar: el impulso de animar a la persona en duelo, y el de hacer que se despida de su ser querido fallecido. Ambos impulsos tienen poco que ver con la experiencia de duelo del cliente, y mucho con la dificultad del profesional para manejar la propia” (Alba Payás).

En el acompañamiento en el proceso de inicio del duelo, si “ayudar” es abordar tareas de manera prematura (dar sentido a la pérdida, “quitarle” la culpa, encontrar significados, despedirse..., etc.), entonces la intervención inmediata es inadecuada. Pero si “ayudar” es: contribuir a manejar la sintomatología somática traumática, y la disociación. Entonces esta ayuda demasiado temprana podría ser muy beneficiosa.

No obstante, en el acompañamiento inicial en su proceso de duelo, hay que evitar la tentación de eximir de culpa al superviviente con frases hechas: “*si hubieras podido evitarlo, lo habrías hecho*”, no tienen ningún impacto, y por paradójico que suene, pueden estar resultando de alguna utilidad en este momento inicial (seguir preocupándose y cuidando del fallecido).

Estos intentos y consejos bienintencionados, a pesar de ser ciertos, no modifican el estado emocional de culpa, no son útiles, es difícil manejar emociones tan intensas desde la cognición, o pretender que el córtex (la razón y la lógica), “domestiquen” a la amígdala (respuestas emocionales).

La persona que acompañe en este proceso de inicio del duelo debe sostener a la persona en la emoción, permitiendo la sintomatología, antes de que la persona pueda buscar por sí misma respuestas a la culpa, es imperativo no “robarles el insight” con intervenciones explicativas como “expertos”.

En los supervivientes al suicidio de un hijo o allegado, detrás de la culpa no solo está la pérdida de su hijo o familiar, está la pérdida del rol de buenos padres, hermanos, primos..., etc., la capacidad de proteger a su familiar, y sentirse culpable es una forma también de mantener la continuidad de ese rol (*seguir cuidándole*).

Apoyar a la persona en ese sentirse culpable, valida la función de este estado, a pesar del sufrimiento que genera. Con ello se abre la posibilidad de hacer el duelo por el fracaso del rol protector, que es la tarea subyacente al estado de culpa.

Ante la Impotencia “*no pude evitar que se suicidara*” (que se describirá más adelante), una vez reestablecida la sintomatología aguda o disminuido el nivel de alerta fisiológica, puede resultar mucho más eficaz confrontar de manera suave y benigna con sus limitaciones:

- *Si Ud. hubiera sido tan audaz, como para saber que su hijo estaba tan mal, habría tenido la clarividencia de que esta vez iba en serio, y entonces habría podido protegerle, y se habría sentido una buena madre para poder evitarlo..., qué duro no contar con esos superpoderes de la clarividencia...*
- *Dices que te sientes impotente por no haberlo podido evitar..., claro, ella había dicho tantas veces anteriormente que no podía más, y aun así tiró adelante, que esta vez no le diste más importancia y pensaste que también iba a salir adelante...*
- *Qué duro que estés pasando por algo tan difícil, que te sientas impotente y triste cuando piensas que no pudiste hacer nada, no me extraña que sientas ese duro peso sobre tus hombros, siento mucho por lo que estáis pasando, no puedo ni imaginar cómo debe ser perder a una hija de una manera tan terrible...*

Ante la incertidumbre, muy frecuente en muertes por suicidio, donde la persona falleció sola, o incluso desapareció durante días previos, cuando el superviviente no sabe lo que pasó, y su pensamiento va de un polo a otro, de la mejor fantasía posible (*le encontrarán con vida, o falleció, pero fue rápido e indoloro*), al polo opuesto: (*le encontrarán muerto, fue lento y doloroso, se arrepintió en el último momento..., etc.*).

En estas ocasiones dar información sobre los hechos a veces es suficiente, pero podemos caer en el error al acompañar en el proceso de inicio del duelo, de querer “rescatar” de su sufrimiento de manera prematura al superviviente. Es importante no mentir al superviviente y admitir honestamente: “*No puedo responder a si sufrió o no en sus últimos momentos*”. En caso de estar seguros podemos trasladar a la persona que “*se hizo todo lo humana y técnicamente posible por su familiar, pero los esfuerzos no fueron suficientes por el alcance de las lesiones*”.

Durante la desaparición previa, si fuese el caso, nunca debemos entrar en el proceso de búsqueda de qué sucedió, la labor es preparar a los familiares para cuando tengan la información.

Como profesionales hay que ser capaces de tolerar la ambigüedad, y que posiblemente nunca tendremos respuesta, y tolerar el sufrimiento asociado a la posibilidad de que lo peor hubiera sucedido. Hemos de ser testigos y modelo para tolerar esa incertidumbre. Hacer de testigo de ese dolor al escuchar esta preocupación sin minimizar, sin llevar a lo positivo, ni obviando o negando sin escuchar la peor fantasía posible, respondemos a esta parte de necesitar ser confirmado por los demás en su lógica preocupación.

Tenemos que tolerar esa ambigüedad, posiblemente nunca tendremos respuesta, y también tolerar el sufrimiento asociado a la posibilidad de que lo peor imaginable hubiera sucedido.

La premisa es que cuando la persona niega algo, esto se hace más grande, y para resolver un estado, hay que atravesarlo. Si tengo miedo, no hablar del miedo lo acrecienta. La idea es contemplar la posibilidad de que si hubo sufrimiento durante unos minutos.

La manera es separar las partes y ambas posibilidades: *“Hay una parte de ti que piensa que sufrió en los últimos momentos; y otra parte de ti que dice lo contrario: que no sufrió o que fue muy rápido y no se dio cuenta de nada...”*.

En la labor de acompañamiento, no debemos responder negando o minimizando la preocupación del superviviente (como lo haría un allegado de manera bienintencionada, pero ineficaz): *“Seguro que fue rápido, que no sufrió”*, contradiciendo o buscando información que contraste la peor de fantasía, no siempre es de ayuda sin explorar previamente qué es lo peor que se imagina y cuál es su preocupación, y supone un fallo de sintonía en la comunicación con el superviviente.

Para acompañar al superviviente, hay que hacerlo desde la honestidad y el interés genuino. No tenemos respuestas a muchas de las preguntas, si sufrió o no, si fue rápido o lento, si se acordó de su familia..., por qué lo hizo, etc., luego, debemos escuchar el dilema, conocer y explorar las dos alternativas, como acompañantes: ni confirmamos, ni desmentimos ninguna de las alternativas.

Ante el Enfado, la Ira. En los momentos iniciales tras un suicidio los dolientes pueden sentir ira con mucha frecuencia que puede ir dirigida contra: otros familiares, profesionales de la salud, Dios, o contra el mundo en general...

También puede ir dirigida contra el fallecido por diferentes motivos; haberles abandonado y haberles provocado ese intenso sufrimiento, por no haber buscado ayuda, por las precauciones (engaños) para evitar que se lo impidieran..., pero es más difícil que este enfado con el ser querido se manifieste abiertamente en los momentos iniciales. Se trata de una respuesta irracional sí, pero muy frecuente, natural y también muy humana.

El enfado cubre varias necesidades también, es una manera de seguir siendo “fiel a la relación”, una forma de expresar la dificultad para aceptar las circunstancias y también la realidad de la muerte, que puede perdurar en el tiempo.

También tiene una función de “tapadera de emociones” más difíciles como el dolor y la tristeza, y para muchas personas, es más fácil estar enfadado, que conectar con la tristeza: *“Ojalá le pase lo mismo a su doctora, tendría que denunciarlos...”*, *“la ambulancia tardó una eternidad en llegar, le han dejado morir en la calle como un perro...”*.

Hay dos impulsos por parte del acompañante en el inicio del duelo que debe saber manejar: el impulso de simplemente animar o distraer al superviviente, y el de hacer que se despidan de su ser querido fallecido. Ambos impulsos tienen poco que ver con la experiencia de duelo del superviviente, y mucho con la propia dificultad del acompañante en duelo.

Objetivos del profesional en esta fase son:

- Ayudar a manejar sintomatología aguda (sintomatología física)
- Proveer de estabilidad, apoyo y seguridad ante los estados emocionales intensos.

Necesidades fundamentales

- Ser escuchadas.
- Ser creídas en todo lo que cuentan.
- Ser respetadas en su forma de vivirlo.
- Poder mostrar su vulnerabilidad y expresar sus emociones.

En esta situación inmediata al fallecimiento, tan normal es para el superviviente:

- *Derrumbarse* emocionalmente, como no hacerlo.
- Salir corriendo, como quedarse inmóvil.
- Olvidar, como recordar cada detalle.
- Querer desahogarse, como no querer hablar de ello...

En definitiva: No existe un modo universal de reaccionar. Debemos respetar su forma de reaccionar no debemos patologizar ninguna respuesta del superviviente. En el contexto de la emergencia hablamos de *“reacciones normales, de personas normales, ante situaciones anormales”*.

Recomendaciones para personas en Duelo Agudo. (Estado de Shock).

1. No tomar decisiones importantes (divorcio, mudanza, emprender negocio...), si no estaban preparándose esas cosas anteriormente del fallecimiento.
2. Volver a casa: No posponerlo demasiado. A veces tras una muerte de este tipo, los supervivientes se van a casa de los padres, por ejemplo, para no conectar con el vacío que dejó la persona, o no se atreve a ir a la casa del fallecido.
3. Los objetos de recuerdo: no precipitarse a desprenderse de ellos, luego pueden arrepentirse. En personas muy evitativas, o con familias que presionan mucho para deshacerse de objetos, les recomendamos que esperen a que mitigue su dolor, y decidan de qué quieren desprenderse, y qué quieren conservar.
4. Los rituales funerarios (por ejemplo, durante el COVID): más adelante podrán rehacerlos, y tendrán el mismo poder reparativo, serán igual de útiles y saludables para toda la familia. Una parte del ritual es no verbal, y de forma implícita se pueden transmitir cosas a las que con la palabra no se llega. Para niños y personas con discapacidad, los rituales son muy poderosos.
5. No preguntarse demasiado sobre mañana, o futuro a medio largo plazo. *Cuando pienso en las próximas navidades, lo paso fatal...* Promover el mantener la mirada en el presente: *Olvídate de mañana, qué pasa hoy... ¿puedo sobrevivir?*
6. Tomar responsabilidad del cuerpo físico: comida, paseos, cuidarlo
7. Hacer cosas que “anclen”: cocinar, cuidar de un animal
8. Planificar el día, su estructura, lo que puedo hacer y con quién puedo hacerlo.
9. Planificar actividades con personas de confianza: lista de amistades de emergencia
10. Los consejos de los demás: escúchalos, pero decide por ti mismo lo que crees que es bueno para ti. Darte consejos es la forma de los demás de demostrarte que se preocupan por ti... *“lo que deberías hacer es...”*, pero al final eres tú quien tienes que decidir.

Recomendaciones para acompañantes de personas en duelo por suicidio. Lo que sí ayuda.

Muchos supervivientes comentan que las personas de su entorno a veces no saben cómo actuar o qué decir, y a menudo, con la mejor intención, les hacen más daño. Algunas sugerencias sobre cómo ayudar a alguien que ha perdido un ser querido por suicidio:

- Escuchar con el corazón, sin juzgar. Esto es probablemente lo que más puede ayudar al superviviente.
- Estar dispuesto a sentarse en silencio junto a la persona cuando no se sienta con fuerzas, o con ganas para hablar.
- Aceptar la intensidad de su dolor y todos los sentimientos que experimenta sin tratar de cambiarlos.
- Tolerar y aceptar la interminable búsqueda de <<porqués>>.
- Tomar conciencia de que la persona necesita buscar una explicación y evitar comentarios como: <<deja ya de atormentarte>>, <<no conduce a nada que sigas preguntándote por qué>>, o <<nunca vas a encontrar la respuesta>>, no suelen ayudar mucho, y pueden aumentar los sentimientos de inadecuación.

- Nombrar a su ser querido. A la mayoría de las personas en duelo les conforta que los demás lo nombren, porque si nadie habla de su ser querido, parece como si todo el mundo quisiera olvidar que esa persona existió. Muchas personas del entorno no suelen nombrar al fallecido, porque piensan que hacerlo va a provocar más dolor. Si el superviviente no quiere hablar de su ser querido en ese momento lo expresará.
- Evitar preguntar detalles sobre las circunstancias de la muerte. *¿Cómo lo hizo?*
- No juzgar ni dar opiniones sobre la posible causa del suicidio.
- Ayuda más decir <<no lo sé>>, que evitar hablar de lo que ha ocurrido.
- Evitar que la propia impotencia impida acercarse a la persona en duelo.
- Tomar la iniciativa, llamarle, no esperar a que la persona en duelo pida ayuda.
- También ayuda ofrecerse a echar una mano en las tareas cotidianas.
- Es importante que la ayuda se prolongue en el tiempo, a veces esa ayuda es más necesaria cuando ha transcurrido un tiempo, que es cuando se siente más la soledad y tristeza, y la mayoría de las personas del entorno han ido desapareciendo.

Herramientas fundamentales en el acompañamiento: **normalizar y validar la fenomenología. La sintonía.**

- **Normalizar:** El propósito es generar el cambio desde una percepción psicopatológica de las reacciones propias de: *“algo va mal en mí”, “me estoy volviendo loco/a”, “estoy mal de la cabeza”,* a una visión más realista, constructiva y esperanzadora: *“cualquiera estaría igual en mi lugar”*.

Gran parte de las reacciones ante el sufrimiento humano, son normales cuando se tienen que afrontar situaciones anormales, reacciones que mucha gente tendría si se encontrara en circunstancias similares: tristeza, insomnio, flashbacks, pesadillas, desesperanza, culpa, incredulidad, soledad, impotencia... Es imperativo comunicar que la experiencia de la persona es una reacción defensiva normal. (*Erskine, 2007*).

Normalizar es asegurarle al doliente que lo que siente, piensa, hace... (o, todo lo contrario, lo que no puede sentir, o no puede hacer...), es totalmente normal, y lo natural en su situación. Esto valida sus reacciones, las legitima y confirma, y también desculpabiliza acerca de lo que le ocurre, no es un ser extraño, ni débil, ni se está volviendo loco, y, además, puede seguir sintiéndolo... *“Esto que te ocurre, le sucede a la mayoría de la gente cuando pasa por lo que tú estás pasando...”* (*García-García, et al., 2001*).

- **Validar** es la otra herramienta clave. Consiste en darle importancia, reconocimiento y valor al sufrimiento por el que atraviesa en ese momento, su preocupación, tristeza... La validación establece un vínculo entre las causas (desesperanza, soledad, tristeza, sufrimiento emocional..., etc.), y el efecto.

- **Sintonizar.** La sintonía va más allá de la empatía, y es un proceso que consta de dos partes:

-Se inicia con empatía, si, es decir: siendo sensitivo con el sufrimiento del otro, e identificándose con las sensaciones, necesidades, o sentimientos de la otra persona.

-Y continúa con la comunicación de esta sensibilidad a la otra persona. Es decir, la capacidad de la persona que acompaña de mostrarse (no sólo sentirse) impactado al escuchar al otro, e incluso conmovido por el sufrimiento del superviviente.

Será necesario ser sintónico con aquello que está compartiendo con nosotros que le hace sufrir, y le ha puesto en una situación tan difícil. Ante manifestaciones como: *“Nadie me entiende”*, una intervención asintónica sería responder: *“Yo sí que te entiendo”*, o *“yo soy tu amigo...”*.

Otros ejemplos de fallos de sintonía con el superviviente serían, por ejemplo: cuando la persona muestra su enfado con la atención sanitaria o el tratamiento médico: *“Esa psiquiatra era inexperta y demasiado joven, seguro que si le hubiera atendido alguien más curtido nada de esto hubiera pasado”*; responderle: *los médicos hacen lo que pueden...*

O cuando manifiestan su enfado con el propio fallecido:

- *¿Tan poco le importaba yo que no pensó en mí cuando tomo la decisión de suicidarse...?*

- *La única explicación que encuentro es que fue un farsante y un gran mentiroso.*

- *Me engañó toda su vida y ahora me deja sola con todo esto, ¡le odio!*

Sería asintónico también responder cosas como: *“No digas esas cosas, bastante estaba pasando el para acabar suicidándose”*, *“Ya podría habérselo pensado antes, menudo panorama que te deja...”*, *“Tienes que salir adelante por tus hijos...”*, *“Esto te hará más fuerte...”*.

Otra intervención claramente *“asintónica”* sería apelar a cuestiones religiosas: *“Ahora está en un sitio mejor”*, *“Dios se lleva siempre a los más buenos...”* con una persona sin firmes creencias religiosas, o atea/ agnóstica... El impacto de esa estrategia será nulo, e incluso iatrogénico.

Para estar en sintonía con las emociones del superviviente, debemos estar dispuestos a sentirnos impactados, y mostrar nuestra atención e interés, por el sufrimiento que nos traslada. Ser capaces de identificar claramente la emoción por la que está atravesando, y adaptar nuestra intervención según sea: enfado, miedo, o tristeza, empleando un tono y gesticulación congruentes con la emoción y diferentes reacciones que detectemos.

Por ejemplo: en lugar de tratar de reducir el enfado, o distraerle para calmarse (que sería la intervención asintónica), sería más adecuado una respuesta tipo: *“No me extraña que estés tan enfadado después de...”*, *“Tiene tanto sentido que estés enfadada con él por no haberte permitido ayudarle/ por cómo se las ingenió para que nadie le interrumpiera...”*, en lugar de buscar un chivo expiatorio, minimizar su reacción y tratarla como desmedida, o simplemente cambiar de tema: *“tienes que pasar página...”*, *“ahora está en un lugar mejor...”*. Más adelante desarrollaremos cómo identificar las emociones y adaptar la intervención a cada una.

También debemos sintonizar con la forma de afrontar de la persona, es otro aspecto fundamental, sin juzgar, sin tratar de desautorizar la cantidad, calidad, o la legitimidad de su sufrimiento..., ni tampoco sus estrategias de afrontamiento: “*¿Qué hay para ti en visitar todos los días el cementerio?, Tiene mucho sentido que no quieras tocar sus cosas ¿Qué te da poder tocar y oler su ropa?, ¿cómo es ese momento?*”

Comunicación de malas noticias del fallecimiento por suicidio con población adulta y con menores, en el contexto de la emergencia.

Quizá sea esta una de las tareas más difíciles para el personal de emergencias, por la falta de práctica, la escasa formación y “por ir en contra” de su práctica habitual que consiste en aliviar el dolor y sufrimiento. A la hora de comunicar malas noticias por el fallecimiento por suicidio a un familiar, sabemos con certeza que vamos a provocar un intenso sufrimiento en la persona, y que su vida ya nunca volverá a ser igual después de escucharnos. El proceso de comunicación de malas noticias (si se hizo de manera presencial o telefónicamente, de manera apresurada, con o sin eufemismos, en compañía o no de familiares o allegados..., etc.), es un factor determinante en cómo se inicie el proceso de duelo, y puede ser clave en el desarrollo de un posterior duelo complicado. “*Una mala noticia bien dada, y nada cambia. Una mala noticia mal dada, y todo cambia...*”.

Hay varios factores que conviene tener en cuenta previamente, y evitar en la medida de lo posible la improvisación, delegando esta tarea en la persona que esté presente más preparada y con más experiencia para hacerlo, no necesariamente siempre es un sanitario.

A diferencia de otros tipos de fallecimiento donde ser consciente de la posibilidad de la pérdida amortigua el impacto, y las respuestas de alerta fisiológica suelen ser menos intensas, la muerte por suicidio siempre es una sorpresa para los familiares o allegados (aunque lo haya manifestado antes). De otro modo, habrían hecho todo lo que hubiera estado en su mano para evitarlo. La persona fallecida, suele tomar precauciones para evitar ser encontrada o interrumpida, y la sorpresa causa un gran impacto en personas cercanas.

La comunicación del fallecimiento supone una situación que genera gran estrés en el/la profesional que lo realiza, para facilitar esta actuación, puede resultar útil utilizar esta secuencia: “introducción-nudo- desenlace”.

¿Cómo se comunica?

Presencialmente. Es especialmente peligroso hacerlo por teléfono (no sabemos si en ese momento la persona se encuentra conduciendo, o en una situación que comprometa su propia vida), además de potencialmente traumático para el/la superviviente recibir así la noticia. Se recomienda citar a los familiares en el lugar del suceso (“*Ha habido un accidente relacionado con su ser querido, necesitamos que acuda acompañado, o en un taxi a...*”), o los profesionales pueden desplazarse al domicilio de éstos para comunicar

el fallecimiento. Sería muy recomendable facilitar la reagrupación o el contacto con sus familiares, son su red natural de apoyo.

- **Comunicación no verbal:** movimientos lentos, tono de voz bajo y sereno, uso del contacto físico (solo si es correspondido), utilizando el nombre familiar de la persona, situándonos a la misma altura, y manteniendo el contacto visual.

¿Cuándo se comunica?

Lo antes posible, no demorar la comunicación innecesariamente por sobreprotección, o dificultad para hacerlo, porque levantaría falsas expectativas y esperanzas, nada más ansiógeno que la incertidumbre. No se debe decir “está muy grave”, cuando hace horas que murió...

¿Dónde se comunica?

En un lugar tranquilo, privado, y seguro, que favorezca la intimidad, apartado de la presencia de curiosos/as y testigos (el interior de la ambulancia, por ejemplo), lejos de ruidos o interrupciones, donde puedan estar cómodo/as y desahogarse a su manera, sin sentir vergüenza por hacerlo. Comunicarlo con las personas sentadas, especialmente por las reacciones físicas que pueda tener. (*“Fue tan impactante, tan doloroso, que no lo soporté y perdí el conocimiento”, “No pude dar ni un paso más, allí mismo caí fulminada al suelo, me desmayé”*).

¿Quién lo comunica?

El profesional médico responsable de la atención sanitaria al fallecido/a será el interlocutor principal, no obstante, será el profesional disponible en el lugar que se encuentre más capacitado o preparado para la comunicación de la mala noticia. (Podría requerirse los servicios disponibles según la Comunidad Autónoma: Samur, Summa112, SEM, Euskal DYA, Colegio Oficial de Psicólogos, Cruz Roja, que cuentan con psicólogos especializados en intervención en crisis.

¿Qué se comunica?

Emplear la técnica narrativa, haciendo una descripción sencilla y breve de los hechos del suceso. Lo más aséptico posible, sin tratar de “edulcorar la realidad”, asegurando que se ha hecho todo lo humano y técnicamente posible por su familiar, y finalizando con el desenlace.

Introducción:

“Hola Ainara, soy enfermera/ médico/ psicólogo/ policía... y estoy aquí para ayudarte. Lamento muchísimo tener que darte esta noticia:

Nudo:

Ha habido un accidente, ha sido un accidente grave. Tras comprobarlo con la policía, al parecer, tu hijo Aitor, por motivos que desconocemos, se ha precipitado desde gran altura.

Desenlace:

Aunque rápidamente le atendieron los servicios de emergencia, y se ha hecho por Aitor todo lo humano y técnicamente posible, lamento comunicarte que tu hijo Aitor, ha fallecido...”

Qué decir en casos SIN INTENTOS PREVIOS

- *“Qué duro es perder a un hijo de esta manera...”*
- *“Lamento que atraveses por esta situación, me llega mucho tu dolor...”*
- *“Seguramente estaba sufriendo mucho..., cuánto lo siento...”*
- *“Estas situaciones nos hacen sentir culpables o enfadados, incluso con el fallecido: por no habernos dejado ayudarlo, por las precauciones que tomó para que nadie se lo impidiera, por el sufrimiento que nos provoca...”*
- *“Nunca le dijo abiertamente sus pensamientos de suicidio, ninguna persona es adivina...”*
- *“Es muy difícil darse cuenta, para alguien que no es un experto, que una persona pueda suicidarse, en ocasiones ni los expertos se dan cuenta”*
- *“Una persona no puede estar siempre pendiente de otra”*

Qué decir en casos donde SI HABÍA INTENTOS PREVIOS:

- *“Que duro que estés pasando por algo tan difícil, que te sientas tan impotente y triste cuando piensas que no pudiste hacer nada..., no me extraña que sientas ese peso sobre los hombros, siento mucho por lo que estás pasando...”*
- *“¿Qué paso hoy diferente de otras veces que te debería haber hecho sospechar lo que iba a hacer?”*
- *“¿Cómo lo hubieras podido hacer para no dejarle/a solo/a nunca? ¿Qué crees que podrías haber hecho distinto?”*
- *“Dices que te sientes culpable/impotente por no haberlo podido evitar, quizá había dicho tantas veces antes que no podía más y aun así tiró adelante, que esta vez no le diste más importancia y pensaste que también iba a salir adelante...”*
- *“¿Te estás juzgando por lo que sabes ahora que ha sucedido o por lo que sabíais en ese momento?”*

Qué no decir:

- Palabras de alto contenido emocional o eufemismos: *“destrozado/a, ha pasado a mejor vida...”*
- Dar falsas esperanzas: *“los médicos están con él, no se preocupe...”*, (cuando ya se sabe que falleció).
- Juzgar o culpabilizar sobre el suicidio: *“si le hubiesen llevado al psiquiatra...”*
- Exponer hipótesis gratuitas y sin fundamento: *“claro, tenía una depresión”*, *“creo que la culpa es de su pareja, si le hubiera...”*, *“estaría mal de la cabeza...”*.
- Frases tipo: *“le acompañó en el sentimiento”*, *“Tranquilícese, Cállese”*, *“Tiene que ser fuerte...”*, *“El tiempo lo cura todo...”*, *“Una persona tiene derecho a elegir si quiere vivir o quiere morir...”*, *“¿Tomaba drogas?”*, *Lo ha querido así...*, *“¿No pudisteis hacer nada?”*, *“Ahora está en un lugar mejor...”*, *“Esto os hará más fuertes...”*

Una vez dada la noticia, es importante responder a todas las dudas y preguntas que surjan, siempre que conozcamos la respuesta y estemos seguros. En caso de no conocerlas, lo admitiremos abiertamente: *“no se responderle a esa pregunta”*. Hacer testigo de ese dolor, sin intentar minimizar o llevar a lo positivo a la persona. Es fundamental no mentir, no podemos responder a si sufrió o no, o si se acordó de su familia en los últimos momentos, por ejemplo. Compartir con el/la familiar ese estado de incertidumbre es mucho más reparador que la mentira, y aumenta la confianza en el/ la profesional.

Comunicación de malas noticias por fallecimiento con menores.

Sobre la intervención de un desconocido, prevalece que la comunicación la realice algún familiar o alguien de confianza para el menor (previo asesoramiento profesional sobre cómo hacerlo), evitando comunicarlo de manera simultánea al adulto y al niño. En ausencia de familiares, deberá realizar la comunicación de malas noticias el profesional mejor capacitado.

A continuación, se propone un ejemplo de cómo comunicar a un menor el fallecimiento de un/a familiar.

Hijo/a, tengo algo que contarte. Hemos recibido una noticia triste. Tu (familiar) tenía un problema muy gordo y muy difícil de solucionar. Estuvo buscando ayuda, mucha ayuda, pero era un problema muy, muy, muy difícil de entender para otras personas, y le hizo sentirse muy mal. Encontró otra solución, decidió poner fin a su vida porque pensó que no podía seguir viviendo.

¿Entiendes lo que te estoy explicando?

(Escuche lo que dice antes de seguir, y de tiempo para continuar el diálogo).

Él/ ella pensaba que era muy infeliz, y no quiso hablar con nadie sobre cómo se sentía.

Algunas personas no encuentran la forma de hablar de sus problemas, y eso es muy importante. Hay que recordar que siempre, ¡¡SIEMPRE!!!, hay alguien a quien contarle las dificultades que uno tiene.

Nos hubiera gustado que alguien le hubiera ayudado, pero el suicidio fue algo que nos impidió hacer eso. Es importante que sepas que él te quería mucho, y que no quería que supieras que él se sentía tan mal, y eso no es lo mejor.

Duelo por la muerte de un hijo por suicidio: particularidades, reacciones habituales, fracaso en el rol protector de la relación

Todas las pérdidas de hijos, son muy dolorosas, pero cuanto más joven sea el hijo, más dolorosa se siente la pérdida. Tras el suicidio de un hijo, los padres sufren el silencio del entorno, lo que inhibe el proceso de duelo. La culpa es más intensa que en otros tipos de duelo (Acción u Omisión).

Frecuentes autorreproches:

- *“Tenía que haberme dado cuenta de que sufría tanto”*
- *¿Pudimos hacer algo por evitarlo?*
- *¿Cómo no nos dimos cuenta?”*

En los supervivientes al suicidio de un hijo, detrás de la culpa no solo está la pérdida de su hijo, está la pérdida del rol de buenos padres, la capacidad de proteger a tus hijos, y sentirse culpable, es una forma también de mantener la continuidad de ese rol (*seguir cuidándole*). Apoyar a la persona en ese sentirse culpable, valida la función de este estado, a pesar del sufrimiento que genera. Con ello se abre la posibilidad de hacer el duelo por el fracaso del rol protector, que es la tarea subyacente al estado de culpa.

Fracaso en el rol protector de la relación: Los padres sienten que han fallado como padres, que no han ayudado al hijo a crecer y superar la vida, que no han protegido a su hijo, o que no han sabido educarle o quererle, y esto genera una intensa angustia, y sentimientos extremos de culpabilidad, por no haber detectado el sufrimiento, y de haberlo detectado: *por no haber hecho “lo suficiente”.*

- *¿Pero qué espanto de madre soy yo que no me he dado cuenta?*
- *¿Qué hecho yo mal para que sea una persona que sufra tanto?*
- *Te vuelves loca con el sentimiento de culpa...*
- *¿Cómo puedes soportar ni siquiera estar viva?*

Los autorreproches se constituyen en el foco central de la culpa. Se tiende a pensar que, de haber hecho las cosas de otra manera, podríamos haber prevenido o evitado la muerte, pero el suicidio es un fenómeno multicausal.

La culpa promueve que la persona <<compense o repare>>, de alguna manera el daño infligido. Pero en el duelo, no hay posibilidad de compensar ese daño porque es irreparable: la persona a la que creemos que hemos provocado un daño, ha muerto. Los padres pueden llegar a achacarse la culpa mutuamente, por cosas que fueron marcando el carácter de los hijos, y *repasan* toda la vida desde el nacimiento de ese hijo buscando en qué pudieron fallar, qué hicieron mal.

La culpa, función psicológica adaptativa.

Diferentes tipos de culpa:

- Circunstancias de la muerte.
- Aspectos Relacionales.
- Culpa del Superviviente.

Orientación para la intervención o acompañamiento.

En el caso de que el tipo de relación con la persona fallecida fuese positiva-cuidadora, y en algunos casos de relaciones ambivalentes también, la culpa quizá sea una respuesta universal en supervivientes. Es una emoción bastante impopular y durante mucho tiempo la intervención ha estado centrada equivocadamente en erradicarla con la mayor celeridad posible.

La culpa suele ser más intensa y duradera en este tipo de duelo, bien por lo que se hizo, o por lo que no se hizo para poder evitarlo (no darse cuenta de las señales, pensar que no se educó a los hijos correctamente, minimizar las peticiones de ayuda como llamadas de atención, no darle demasiada importancia a un asunto que resultó ser el precipitante de la conducta suicida del familiar..., etc.).

Antes de cualquier otra cosa, convendría distinguir tres tipos diferentes de culpa, y dificultad para elaborar la misma:

1. Culpa sobre las circunstancias de la muerte: *“No debería haber muerto de esa manera”, “No fui capaz de detectar las señales”, “Justo esa misma tarde habíamos tenido una discusión”, “No pensé que la situación era tan grave, lo había dicho tantas veces...”*
2. Culpa sobre aspectos relacionales (probablemente la que requiere una intervención más exhaustiva y difícil): *“Le hice algo que le hizo sufrir, no he sido un buen padre/ madre, no he sabido quererle como él necesitaba, no he podido despedirme ni pedirle perdón por aquello que le hice...”*
3. Culpa del Superviviente, por la transformación y cambios. *“¿Cómo puedo estar riéndome con lo que le ha pasado a él?”, “me siento culpable por no recordar muy bien su cara/ por olvidarme de él durante algunos ratos del día”*.

Lejos de ciertos abordajes de la culpa ya anacrónicos, la culpa es una emoción que debemos utilizar para elaborar el duelo de una manera saludable, tiene una utilidad y una función de supervivencia en el ser humano, como todas las emociones, por ejemplo: reparar de manera simbólica el fracaso en el rol protector de la relación con el ser querido. ¿Podríamos, querríamos, y más allá: sería útil intentar quitarles a unos padres, la posibilidad de seguir cuidando de un hijo fallecido por suicidio a través de su culpa?

Superviviente: “A mí, que me digan que yo no he tenido la culpa del suicidio de mi hija, me provoca el efecto contrario, hace que aún me sienta más culpable. Yo prefiero que no me digan nada, solo que me escuchen cuando hablo de mis sentimientos de culpa”.

Superviviente: “Cuando el psicólogo me dijo que yo no tenía la culpa, pensé: << Tú qué sabes. No me conoces, no sabes lo que he hecho o lo que no he hecho por mi hijo>> ... Me dio mucha rabia, porque yo me sentía muy culpable y él no lo entendía. Solo quería contarle cómo me sentía, no que me dijera que yo no había sido la culpable del suicidio de mi hijo”.

La culpa se da como respuesta natural a la percepción de que hemos fallado, estamos fallando, o fallaremos a nuestro ser querido, por acción, o por omisión en nuestras obligaciones (p.ej.: ser unos buenos padres), hechos, palabras o pensamientos, provocando así un daño o una muestra de desamor (Alba Payás, 2010).

La culpa, es el motor de la empatía, nos ayuda a mantener y fortalecer vínculos satisfactorios con otras personas. Como emoción natural adaptativa, la culpa surge como una respuesta natural a algo donde la persona se siente responsable de lo sucedido, como es la muerte por suicidio de un allegado.

Tiene varias funciones muy importantes como: inhibir conductas desadaptativas o destructivas (dejar de hacer algo que hace daño a alguien), y propiciar actos reparativos o compensatorios de ese daño.

La culpa, además, es una emoción poderosa que nos impele a aprender de nuestros errores, mejorar como personas, y crecer en la responsabilidad hacia los otros.

Sin culpa, no hay empatía. La culpa nos recuerda a nosotros mismos qué no debemos volver a hacer, nos ayuda a ser mejores personas, a aprender de los errores, a ser más responsables con los demás..., y en definitiva a pedir perdón y rectificar. La culpa fortalece si se elabora, repara y transforma, y la relación mejora y se fortalece una vez se superan esos baches. La culpa expresada lleva a una emoción natural, sin embargo, la culpa silenciosa puede destruir a la persona.

Orientación para el abordaje de asuntos pendientes/ culpa. Donde es el doliente quien ha infringido el daño al ser querido, real o supuesto (Alba Payás):

1. Expresar el daño realizado (real o supuesto), e imaginar el dolor producido en el otro.
2. Empatizar con este dolor.
3. Sentirlo y expresarlo como forma de expiación o compensación.
4. Expresar lo faltante, lo que hubiera debido suceder
5. Señalar la creencia, fracaso de rol, marco de referencia desde dónde se genera la culpa.
6. En el diálogo reparativo, el doliente hace la petición de perdón ante el ser querido, expresándolo desde la emoción de culpa/dolor activado.
7. En los casos donde sea posible: la intervención finalizará con el perdón a uno mismo, y la liberación de la culpa. En otros casos el doliente no podrá aún perdonarse a sí mismo, y el mantenerse en el dolor de la culpa será algo aún necesario, como proceso de expiación o muestra de empatía

“Me gustaría escuchar todo lo que te pasa por la cabeza y te duele cuando piensas en esos momentos”

- *¿Por qué no pude hacer nada para salvar a mi hija?*
- *Di lo mismo en forma de aseveración*
- *No pude hacer nada para salvar a mi hija*
- *Déjate sentir estas palabras en tu cuerpo “no pude hacer nada”.*
- *Estás expresando algo importante a través de tu culpa. Quieres ser una madre 10. ¿Cómo sería no sentirte culpable?*
- *Pero eres una madre real, una madre que no puede controlarlo todo, ¿Qué estás expresando con tu sentimiento de culpa?, ¿Qué le estás diciendo a ella?*

Orientación para el abordaje de la impotencia en los supervivientes: “No pude hacer nada”. (Fantasía de Omnipotencia).

La impotencia es un constructo que tiene asociadas otras emociones como el enfado, la culpa y la tristeza. Surge la voz crítica hacia uno mismo: *“tendría que haberlo evitado”*, hacia la vida: *“cómo es posible que no se pudiera hacer nada...”*, etc. Esta crítica puede convertirse en rumiación obsesiva: *“si no hubiese salido esa tarde, si le hubiese preguntado más..., si hubiese hecho algo para evitarlo, aún seguiría vivo, si hubiese respondido a esa llamada...”*. La impotencia denota la incapacidad de hacer algo para el bienestar de otro, o para mejorar una situación, es la sensación de no ser capaz de hacer algo que pensamos que era necesario (que es diferente de la incertidumbre).

En la impotencia siempre hay una experiencia faltante (lo que debería haber sucedido, lo que no fui capaz de hacer) como: haberse dado cuenta de que sufría tanto, advertir las señales, ser un buen padre/ madre y protegerle. Detrás de la emoción de la impotencia, subyace una tarea: resolver la situación, evitarlo, cuidarle, protegerle, ayudar a la persona, contribuir a que no falleciese, evitar que hiciese una tontería...

Esa tarea pendiente siempre es respecto a la protección, el alivio, salvar a la persona..., el sufrimiento lo provoca la impotencia, junto con la culpa y el enfado.

La impotencia se genera en relación con el otro, con uno mismo..., en el duelo suele ser el fallecido: *“me siento impotente porque debería haber hecho algo y no pude, no supe verlo, tomé precauciones para evitar que me diera cuenta, y me frustra...”*.

Surgen dos polos en la impotencia:

- **Cuando la razón está muy desajustada a la realidad y es muy improbable**, situaciones poco probables de poder resolver, o evitar: *“mi sobrino falleció cuando yo estaba de viaje ese fin de semana, hacía meses que no hablaba con él”, “me siento impotente por no haber salvado a mi hermano de su enfermedad mental, a veces pienso que soy yo quien debería haber encontrado la cura...”*.
- **Situaciones menos desajustadas:** *“Si no le hubiese dejado el dinero no habría podido comprar eso con lo que se suicidó”, “si me hubiese quedado en casa con él esa noche, no habría podido hacerlo”*.

Otro elemento constitutivo es la razón: *¿Por qué no pude salvarle?* Por qué el otro es una persona autónoma y toma sus propias decisiones. No se pudo salvarle porque no dijo nada, nadie es clarividente, y nadie sabía que iba a suicidarse, y además tomó las precauciones para evitar que le interrumpiesen, o se lo impidiesen.

Orientación al manejo de la impotencia:

1. Permitir contar la historia, explorar la experiencia real. Elaborar la necesidad de ser escuchado como superviviente, ser creído, y causar impacto en el otro.
 - *No me extraña que te sientas impotente, cuando él decide quitarse la vida, sin que tu puedas hacer nada por evitarlo*
2. Explorar el sentimiento de impotencia y su fenomenología.
 - *Háblame de esa impotencia ¿qué te pasa por la cabeza cuando lo piensas?*
 - *¿qué pasa dentro de ti?*
3. Explorar la experiencia faltante.
 - *Háblame de ese “no he podido protegerle”*
 - *¿Qué crees que podrías haber hecho diferente?,*
 - *¿Qué es eso que hubieras deseado poder hacer?,*
 - *¿Cómo hubieras querido protegerle?*
4. Poner nombre a la función de la impotencia. Deseo de protección.
 - *Entonces, si hubieras podido hacer eso... ¿Qué le habrías demostrado a él?,*
 - *¿De quién es la mirada que te hace sentir culpable: del fallecido, de otros, ¿la tuya misma...?*
5. Poner nombre a la fantasía de omnipotencia. Señalar la fantasía de poder proteger al otro de forma ilimitada.
 - *Lo que estás diciendo es que fallaste como padre... ¿Cómo lo dirías con tus propias palabras?,*
 - *¿Qué es eso tan importante en lo que fallaste como padre?,*
 - *¿Qué entiendes que te pasaba a ti que no pudiste darle eso?,*
 - *¿Cómo interpretas tus actos en ese momento ahora que lo recuerdas y te duele?*
 - *Sería fantástico ser alguien que predice el futuro y anticipa las catástrofes, ser un padre que no pierde de vista a sus hijos ni un momento las 24 horas del día, ser un padre con superpoderes, si pudiéramos proteger a nuestros seres queridos de forma ilimitada...*
6. Diálogo reparativo. Reescenificación.
 - *Expresarle en un diálogo imaginado con el fallecido, lo que no pudo hacer, lo que le hubiera gustado, expresar el dolor por los límites en la propia capacidad de protección y rescate, la fantasía de omnipotencia y la petición de reparación, que incluye la aceptación de los propios límites.*
 - *Lo que más me hubiera gustado es...*
 - *Para poder demostrarte que...*
 - *Pero no ha sido posible, yo no sabía que estabas tan mal, no me di cuenta, no pude...*

- *Lo siento, quiero pedirte que me perdones...*

7. Explorar el posible retorno.

- La sensación de culpa por no haber podido hacer nada tiene más que ver con uno mismo, con los propios estándares morales, el dedo acusador es el de uno mismo, más que del ser querido. Al obtener el perdón desde el fallecido, la esperanza es reparar, y hacer las paces con uno mismo aceptando las propias limitaciones para evitarlo.

- *Imagina que tu hija te ha estado escuchando, y ahora imagina su cara mientras le pedías perdón, quédate ahí un momento observando su cara ¿Qué te dice su mirada cuando te escucha: me siento culpable por no haber podido evitarlo...?,*
- *¿Qué te diría al escucharte?,*
- *¿Qué pasa dentro de ti cuando escuchas a tu hijo decir esto?,*
- *¿Cuál es el impacto que tienen en ti esas palabras?*

Rumiaciones obsesivas: características, funciones psicológicas adaptativas.

Hallar la explicación de los motivos del suicidio, se convierte en la principal preocupación de los supervivientes. Es inevitable darle vueltas una y otra vez a lo que ocurrió horas, días o semanas antes del suicidio, al sufrimiento emocional previo, y también físico según la violencia del método, el estado en que quedó el cuerpo, si sufrió mucho, o si fue “rápido”.

Hay muchas preguntas: “*¿Por qué lo hizo?, ¿Qué hicimos mal?, ¿Qué podíamos haber hecho para evitarlo?, ¿No le importábamos nada?, ¿No se dio cuenta de que su muerte nos iba a destrozar?, Y si..., si no hubiera..., si pudiera volver atrás, la culpa es mía..., si no le hubiera dejado solo..., ¿Por qué no nos dimos cuenta?*”

Las rumiaciones obsesivas son una respuesta natural, involuntaria, y automática, que permite manejar el malestar psicológico. En muertes especialmente traumáticas, mucho más frecuente en el duelo por suicidio que en otros tipos de duelo.

Son un monólogo interior en el que la persona habla consigo misma, con otro, o con algo, a quien pregunta, acusa, responsabiliza o culpabiliza...

Se “repan” repetitivamente detalles de alguna situación concreta buscando, respuestas, causas, explicaciones o significados: “*¿Por qué lo hizo?*”, “*¿Por qué nos hizo esto?*”.

Estos pensamientos repetitivos, denotan situaciones, elementos o aspectos inaceptables, acerca de:

- Las circunstancias de la muerte (*si sufrió o no, no pude despedirme de él...*)
- De la relación perdida (*era pura bondad, se ha llevado mi alma con él...*)
- De las consecuencias de la muerte (*no puedo vivir sin él*).

A pesar del malestar que provocan estas rumiaciones obsesivas, pueden ser un afrontamiento con funciones psicológicas adaptativas como:

- Controlar emociones incómodas subyacentes (tristeza, culpa...).
- Mantener la vinculación con el ser querido (disconformidad, “*rechazar la pérdida*”).
- Reparar el fracaso en la función protectora de la relación.
- Dar sentido al trauma. (Repasando el suceso y analizando sus implicaciones)

Orientaciones para el abordaje de la Incertidumbre. “Sufrió o no sufrió...”

La incertidumbre suele estar presente en muertes donde el fallecido estuvo solo, es decir en la mayoría de muertes por suicidio, salvo en contextos de maltrato o “suicidio agresivo o moralista”. El no saber qué ocurrió genera ansiedad en el superviviente, y buscará explicaciones en forma de rumiaciones.

El pensamiento va de un polo:

- *¿Sufrió?*
- *¿Fue lento y doloroso?*
- *¿Pensó en nosotros antes de hacerlo?,*
- *¿Se arrepintió?*

Al otro polo:

- *Espero que no sufriera.*
- *Quizá fue muy rápido y no se dio cuenta.*
- *Murió instantáneamente.*

La expresión de la preocupación en forma de rumiación tiene varias funciones: Entender y aceptar la realidad y expresar el deseo de seguir cuidando y protegiendo fundamentalmente.

Más adelante, superada la fase de aturdimiento y choque, se explorarán ambas posibilidades: la mejor y la peor fantasía posible sobre lo sucedido, sin confirmar ni desmentir ninguna de las mismas.

Se suscitarán ambas imágenes, incluso la más temida, porque normalmente ya es un recuerdo fantaseado por el superviviente, no estaremos inventando nada nuevo, sino traeremos esa imagen que el superviviente ya se ha formado para poder cambiarla.

En la mejor fantasía posible de no sufrimiento, o suceso rápido..., etc., exploraremos y nos detendremos en el impacto somático, emocional, comportamental y cognitivo con sumo detenimiento.

En el caso de la peor fantasía, nos referiremos en términos de “posibilidad de sufrimiento o momento de posible sufrimiento”, sin la exhaustividad que al explorar la mejor fantasía.

- “Se que es difícil, pero... ¿te parece si vamos a imaginar por un momento, esa parte de ti que piensa que si sufrió antes de morir?”
- “Háblame de esa posibilidad ¿Cómo la has estado imaginando todo este tiempo?”

Orientaciones para el abordaje de la ira, enfado desplazado, deseo de venganza.
Emociones “tapadera”.

Antes de apresurarnos al abordaje del enfado con estrategias de control de la ira, convendría tener en cuenta el valor adaptativo de este tipo de respuestas. El enfado es la expresión natural de una falta de respuesta a una necesidad emocional, o de un daño recibido, a una pérdida o amenaza, su expresión natural permite movilizar recursos.

El enfado tiene una función de supervivencia y es un reflejo de la insatisfacción a una demanda explícita o implícita de una necesidad de la persona (algo en su vida está fallando, cuando una persona está enfadada, es que algo falla). “El odio, es amor hambriento”, el odio es la otra cara de no recibir amor.

El enfado se manifiesta de manera muy activa, genera mucha activación energética (al contrario que la tristeza, que inhibe). Tono elevado, la sobreactivación, ponernos rojos, la sangre fluye, la necesidad de expresar...

El enfado desde el punto de vista terapéutico proporciona la energía que necesitamos para autoafirmarnos, cambiar algo, promover el cambio, utilizar bien el enfado es un motor de cambio, sirve para poner límites y ayuda en la toma de decisiones (cuando es productivo), de acción, de límites, de cambios...

Al igual que se describió con la culpa, convendría distinguir tres tipos de enfado asociado a distintas tareas pendientes:

- ❖ Enfado asociado a las Circunstancias de la muerte
 - No aceptar la muerte.
 - No aceptar la manera de morir (culpabilizar a alguien). P.ej. se suicidó por la infidelidad de su mujer.
 - No aceptar algún aspecto o tarea asociado a las circunstancias.

- ❖ Enfado asociado a las Tareas Relacionales

La mayoría de las relaciones tienen partes positivas y negativas.

- El enfado por los aspectos difíciles de la relación: aspectos de carácter, etapa de la vida, transacciones concretas, hechos concretas.
 - Enfado por no haber recibido lo que necesitaba.
- ❖ Enfado asociado a la Afectación del Entorno
 - Enfado por sentirse desautorizado en el duelo.
 - Enfado por no recibir el apoyo que uno esperaba: falta de empatía percibida.
 - Enfado por estar presionado por las necesidades de los demás. Presionan para que siga cuidando del resto (mamá hazlo por nosotros).

Orientación al tratamiento del enfado:

1. Escuchar: Facilitar un primer desahogo. Validar relacionalmente. Exploración de elementos constitutivos

- *¿Qué te ha pasado?,*
- *¿Cómo lo vives?,*
- *¿Contra quién es este enfado?...*

2. Enmarcar: Identificar los primeros signos somático-corporales / no verbales de enfado. Enmarcar una escena

3. Acceder: Mantener activo el enfado / Explorar las vertientes restantes

4. Elaborar:

- Facilitar la expresión de las necesidades no satisfechas,
- Promover la expresión del daño recibido, del fallo relacional.
- *Estoy (parte) enfadado contigo (parte) porque no me diste....*
- *Y lo que me hiciste que me hizo daño es...*
- *y lo que me hubiera gustado decirte en ese momento / ahora es...*
- *Y por eso estoy tan enfadado contigo y tan...*
- *Y me cuesta perdonarte porque*
- *Y lo que pienso de esta parte tuya es...*
- *Y el nombre que le doy a lo que me hiciste es...*
- *Y lo que no entiendo de tu conducta es...*
- Expresión del impacto en la vida del doliente de este fallo:
 - *Y el que no me dieras esto me hizo sentir...*
 - *Y por culpa de todo esto mi vida ha sido*
 - *Y me hizo sentir.....*
 - *Y en ese momento lo que yo sentí es...*
 - *Y el daño que me hiciste con tus palabras fué*
 - *Y por dentro yo pensé*
 - *Y dentro de mí me sentí*
 - *Y el efecto en mi vida de todo esto fue...*
- Nombrar la experiencia faltante, y la emoción asociada (tristeza o enfado natural)
 - *Y lo que hubiera necesitado de ti es que fueras....*
 - *Y que me dieras...*
 - *Y que nunca hicieras.....*
 - *Porque lo que yo más necesitaba de ti era...*
 - *Y lo que más hubiera necesitado escuchar de ti es...*
 - *Y lo que toda buena (madre/hermana, etc..) debe hacer es...*
 - *Y lo que más deseaba recibir de ti era....*

- *Y las palabras que hubiera necesitado escuchar de ti son...*
- *Y mi esperanza contigo era que...*
- Explorar la emoción asociada a la faltante, el impacto si la faltante hubiera sucedido
 - *Y si me lo hubieras dado entonces me hubiera sentido...*
 - *Si me lo hubieras dado me habrías hecho sentir que yo era...*
 - *Y si me lo hubieras dado, entonces lo que hubiera cambiado en mí mismo, en mi vida hubiera sido...*
 - *En vez de lo que me sucedió que era...*
 - *Y cuando pienso en todo ello me siento...*
- Facilitar el contacto con la tristeza-duelo

5. Reparar:

Expresión del perdón y la aceptación de las imperfecciones del otro y de la vida. Puede facilitar esta tarea el facilitar la comprensión de lo que ocurrió en la vida del otro, lo que justifica su manera de actuar. Sin embargo, esto no resultará posible si antes no se elabora y manifiestamente el enfado con la persona fallecida. No es posible llegar al perdón, sin haber elaborado previamente el enfado. Ayudar a ponerse en su lugar, puede hacer más fácil el camino de perdonar.

- *Y lo que entiendo que te ha pasado a ti es...*
- *Y lo que pienso sobre ti, esta parte de ti.*
- *Y lo que creo que debe haber sucedido en tu vida que explica esta parte es*
- *Me doy cuenta de que no eres un “xxx” perfecto entonces...*
- *Y lo que necesito perdonarte es...*
- *Y para perdonarte necesito decirte...*
- *el daño que me hiciste con tus palabras, actos, omisiones...*
- *Te perdono.*

6. Transformar:

Buscar el crecimiento en la crisis. Explicitarla y sellarlo

Las personas podemos “crecer” a partir de déficits, aprender de lo no recibido. Hay que dirigir las preguntas a las 3 áreas de crecimiento:

- *Y esta experiencia tan dolorosa. ¿En qué ha contribuido a lo que eres tú hoy? (Darles otra cosa a mis hijos ..., estar más pendiente de..., no cometer los mismos errores ..., etc.)*
- *Cuando te das cuenta de todo esto---¿qué sientes que en tu vida ha cambiado?*
- *¿Qué hay de bueno para ti en esta experiencia difícil?*
- *¿Qué crees tú que ha aportado en tu vida, forma de ser, sentido de las relaciones lo que te ha sucedido?*
- *Y ahora que has podido perdonar... ¿qué será distinto en tu vida?*

Indicadores de un avance adecuado en el proceso de duelo.

- Los supervivientes ya no necesitan buscar culpables, ni están enfadados por lo sucedido.
- Ya no hay tanta rumiación o ha bajado su intensidad y frecuencia.
- Hay una aceptación de la muerte (actitud de “rendición” al dolor).
- Las circunstancias de la muerte, ya. No interesa aclarar por todos los medios cómo se produjeron los hechos.
- Los detalles ya no le obsesionan como antes, ya no es tan importante el cómo murió, sino lo que el superviviente ya no tendrá.
- Aunque sigue provocando mucho dolor, tiene ganas de hablar de los recuerdos del tiempo compartido, le gusta que personas significativas le pregunten, y compartan lo que significó para ellos la persona fallecida, ya no le molesta que otros le pregunten por su ser querido.
- Es capaz de tocar sus pertenencias a pesar del dolor.
- Cada vez está más a gusto cuando le preguntan por su ser querido.

La epidemia suicida en los supervivientes.

El dolor y el estrés producido por el suicidio, agravan el duelo y el riesgo de depresión e ideación suicida en supervivientes. Hay evidencia de que un familiar de primer grado, presenta un mayor riesgo de conducta suicida, como característica del duelo complicado. (Pitman, Osborn, King y Erlangsen, 2014).

*“Pienso una y otra vez en morir, le pido al Señor que también me lleve a mí, quiero ir donde esté él, tengo que cuidarlo. Allí donde esté, está solo, no nos tiene a ninguno a su lado...”.
“No puedo vivir sin él, quiero estar con él, lo mejor es que yo esté a su lado, no quiero seguir viviendo sin él... Todo ha sido culpa mía, si no me hubiese ido de viaje, esto no habría pasado...”*

¿Qué hacer después de un intento de suicidio?

a) Recomendaciones para el personal sanitario durante el traslado.

- Reforzar a la persona por haber declinado su intención (si procede)
- Aceptar lo ocurrido, no culpar por haber cometido el acto suicida, y tratarlo de forma directa y empática.
- No represaliar, dramatizar, ni banalizar la situación generada. Mantenerse tranquilos y sensatos.
- No “sermonear” o emitir comentarios educativos o moralizantes.
- Asegurar que no permanecerá ingresado si es posible el tratamiento ambulatorio.
- No decirle a la persona cómo debería sentirse, o “sermonearle” sobre lo que debería hacer.
- No hablarle de las propias experiencias adversas o sentimientos.
- No juzgar a la persona por sus acciones o sentimientos, ni cuestionar la veracidad de lo que narre.
- No invalidar su experiencia o emociones. Evitar la comparación con los demás, o con las propias experiencias, puesto que minimizas sus emociones.
- No interrumpir la narración o los silencios, ni intentar completar sus frases.

- No atender a la persona mientras se hacen otras tareas (rellenar el informe, mirar el móvil...).
- No presionar a la persona a contar su historia.
- No hacer falsas promesas que no se van a poder cumplir, o que proporcionen información no fiable.

b) Recomendaciones para los familiares tras un intento de suicidio durante el ingreso hospitalario.

- Proporcionar toda la información posible sin ocultar datos por posibles prejuicios.
- Informarse sobre las condiciones y limitaciones de los ingresos involuntarios si fuese el caso.
- Buscar soluciones prácticas para la prevención de una posible repetición, restringir el acceso a los métodos.
- Invitar a la persona a compartir toda la información sin ocultar datos por posibles prejuicios hacia el suicidio: intentos previos, antecedentes familiares, enfermedad mental, circunstancias del intento, precipitantes...
- Invitarle a aprovechar el ingreso para analizar y abordar en familia posibles causas, soluciones y roles entre los diferentes miembros, y minimizar posibles repeticiones futuras.

❖ **Antes del Alta Hospitalaria:**

- Preguntarle al familiar: es importante ser honesto y directo con sus preguntas y preocupaciones.
 - *¿Te sientes seguro de dejar el hospital?*
 - *¿Te sientes cómodo con tu plan de alta?*
 - *¿Cómo es la relación con tu médico y cuándo es la próxima cita?*
 - *¿Qué ha cambiado desde que comenzaron tus sentimientos o intentos suicidas hasta ahora?*
 - *¿Qué más puedo o podemos hacer, para ayudarte después de que salgas del hospital?*
 - *¿Estarías de acuerdo en hablar conmigo, si tus pensamientos suicidas regresan?*
 - *Si no es así, ¿Hablarías con otra persona?, ¿Con quién?*
- Preguntarle al equipo de tratamiento (médico, enfermero, psicólogo..., etc.).
 - *Desde el punto de vista profesional: ¿Cree que mi familiar está listo para salir del hospital?*
 - *¿Por qué tomo la decisión que tomé sobre la atención o el tratamiento de mi familiar?*
 - *¿Ya se fijó una cita de seguimiento?*
 - *¿Se puede cambiar a una fecha anterior?*
 - *¿Cuál es mi papel como familiar para evitar una recaída?*
 - *¿De qué tipo de síntomas deberíamos estar alerta?*
 - *¿Cuándo debemos buscar más ayuda, como por ejemplo llamar al 112, o volver al hospital o conectar con otros recursos?*
 - *Es importante que se obtenga la mayor cantidad de información posible antes de abandonar el hospital.*
 - *Informarse sobre los recursos disponibles tras el alta.*

❖ **Después del Alta Hospitalaria.**

- Conoce el proceso que se ha seguido hasta el alta, y las condiciones en las que el paciente abandona el hospital.
- Consensuar con los profesionales sanitarios las pautas de actuación con su familiar a partir del alta, así como las conductas a evitar.
- Saber el plan de tratamiento, y la forma de colaborar en él.
- Minimizar el acceso a los medios que suponen un riesgo de autolisis.
- No culpabilizar ni represaliar, humillar o menospreciar a la persona.
- Seguir las indicaciones recomendadas tras el alta hospitalaria.
- Ponerse a disposición del familiar para la ayuda que pueda necesitar en su proceso de recuperación, y en su plan de seguridad.
- Ir poco a poco, no esperar soluciones mágicas y mantener las acciones preventivas en el tiempo

c) **Cómo hablar con los menores de un intento de suicidio en la familia.**

❖ **NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR**

Intente:	
Comenzar por la comprensión del niño de la situación.	<i>“Quiero hablar contigo sobre lo que le sucedió a papá. ¿Qué recuerdas de ese momento?”.</i>
Describir lo que sucedió considerando la comprensión del niño de la situación. Asegúrese de usar un lenguaje simple, dando solo los detalles necesarios para responder las preguntas del niño.	<i>“Papá está en el hospital porque no se siente bien”.</i>
Responder con más información si su hijo/a muestra un mayor nivel de comprensión o hace más preguntas.	<i>“Papá estaba muy triste y se hizo daño a sí mismo”.</i>
Dar información a su hijo/a sobre las dificultades emocionales.	<i>“El abuelo se ha estado sintiendo muy triste últimamente”.</i>
Abordar la culpa, la pena y la responsabilidad.	<i>“Quiero que sepas que esto no es culpa de nadie”.</i>
Asegurar a su hijo/a que el familiar está recibiendo tratamiento o ayuda.	<i>“Papá está en el hospital recibiendo ayuda”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que su rutina diaria seguirá igual.	<i>“A pesar de que es diferente sin papá en casa, aún irás a la guardería o preescolar mañana”.</i>
Motivar a su hijo/a para que exprese sus sentimientos y para que entienda que estos son normales y de ningún modo inusuales.	<i>“¿Cómo te sientes? Esto puede ser difícil de hablar, ¿te gustaría hacer un dibujo de tus sentimientos?”.</i>
Preguntar a su hijo/a si tiene alguna pregunta.	<i>“¿Tienes alguna pregunta acerca de lo que le sucedió a papá?”.</i>
Ayudar a su hijo/a a conectarse con el familiar. Decirle cuando verá al familiar de nuevo.	<i>“Papá estará en el hospital por algunos días hasta que se sienta mejor. ¿Te gustaría hacer un dibujo para él mientras esté allí?”.</i>
Permitir a su hijo/a no hablar del tema si así lo desea y elegir con quién desea hablarlo.	<i>“Si no quieres hablar de esto ahora, está bien. Podemos hablar de esto luego o también puedes hablar con el abuelo/a”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que usted también recibe ayuda.	<i>“Tenemos muchos amigos y familiares que nos están ayudando”.</i>

❖ NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Intente:	Ejemplos:
Comenzar por la comprensión del niño de la situación.	<i>“Quiero hablar contigo sobre lo que le sucedió a mamá. ¿Qué recuerdas de ese momento?”.</i>
Describir lo que sucedió considerando la comprensión del niño de la situación, usando un lenguaje adecuado a su edad.	<i>“Mamá está en el hospital porque ha tenido problemas en los últimos meses, y se sentía tan mal que se hizo daño a sí misma”.</i>
Dar información a su hijo sobre las dificultades emocionales.	<i>“Mamá se ha estado sintiendo deprimida últimamente, y a veces eso hace que le sea difícil pensar en soluciones o tomar decisiones sanas”.</i>
Abordar la culpa, la pena y la responsabilidad.	<i>“En ocasiones, los niños pueden sentir que hicieron algo mal o que tienen la culpa. Quiero que sepas que lo que sucede no es culpa de nadie”.</i>
Asegurar a su hijo/a que el familiar está recibiendo tratamiento o ayuda.	<i>“Los doctores están ayudando a mamá, hablan con ella, y la hacen sentir mejor”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que su rutina diaria seguirá igual.	<i>“A pesar de que es diferente que mamá no está en casa, aún irás al colegio mañana”.</i>
Motivar a su hijo/a para que exprese sus sentimientos, y ayudarlo a entender que sus reacciones son normales y de ningún modo inusuales. Aliéntelo a hacer preguntas.	<i>“¿Qué piensas de lo que le sucede a mamá? Es normal en esta situación, tener muchos sentimientos diferentes ¿Hay algo que quisieras preguntar?”</i>
Ayudar a su hijo/a a conectarse con el familiar. Decirle cuando verá al familiar de nuevo.	<i>“¿Te gustaría escribirle una carta o un correo electrónico a mamá mientras está en el hospital por unos días? También podría gustarle que le envíes alguna foto en la que salgáis los dos”.</i>
Permitir a su hijo/a no hablar del tema si así lo desea, y elegir con quién desea hablarlo. Hablar con su hijo/a sobre cómo puede compartir información con su familia y amigos.	<i>“Entiendo que no quieras hablar por el momento, pero quizás te sientas listo para hacerlo en unos días. También podrías hablar con los abuelos/ tíos cuando vayas a su casa mañana, después del colegio”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que usted también recibe ayuda.	<i>“A mí me ayuda hablar con los tíos, y con la gente del trabajo. Cuando vuelva del trabajo voy a visitar a los tíos, ¿te gustaría venir?”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que está bien recibir ayuda en la escuela.	<i>“También puedes hablar de esto con tu tutor, o con la orientadora del colegio. ¿Te gustaría hablar con alguno de ellos?”.</i>
Ayudar a su hijo/a a prepararse para el regreso a casa de su familiar si este fue hospitalizado por el intento de suicidio.	<i>“Mamá viene mañana, ¿te gustaría ayudarme a limpiar la casa? ¿Tienes alguna pregunta antes de que vayamos a buscarla al hospital?”.</i>

❖ ADOLESCENTES

Intente:	Ejemplos:
Comenzar por el nivel de comprensión del adolescente de la situación.	<i>“Quiero hablar contigo sobre lo que le sucedió a papá. ¿Qué recuerdas de ese momento?”.</i>
Utilizar el nivel de comprensión del adolescente, y las preguntas que hace sobre el tema como guías para describir lo que sucede.	<i>“Como lo has notado, papá se ha estado sintiendo deprimido últimamente y bebiendo alcohol para lidiar con eso. El otro día, se sentía tan mal que tuvo pensamientos, y sentimientos suicidas”.</i>
Dar información a su hijo/a sobre las dificultades emocionales, las soluciones para los problemas de salud, y las estrategias para hacer frente a los problemas.	<i>“Papá se ha estado sintiendo deprimido últimamente y, a veces, cuando las personas se sienten así, también se pueden sentir desesperanzados, por el futuro y no pueden pensar en formas sanas de lidiar con los problemas. ¿Has experimentado estos sentimientos alguna vez? ¿Cómo lo manejas tú?”.</i>
Abordar la culpa, la pena y la responsabilidad.	<i>“Quiero que sepas que lo que sucede no es tu culpa ni culpa de nadie”.</i>
Asegurar a su hijo/a que el familiar está recibiendo tratamiento o ayuda.	<i>“Papá está recibiendo tratamiento en el hospital para ayudarlo a manejar la depresión, y para conectarlo con otras personas que entiendan su situación, y le den apoyo a medida que se recupera”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que su rutina diaria seguirá igual.	<i>“A pesar de que es diferente sin papá en casa, aún irás al colegio mañana”.</i>
Motivar a su hijo/a para que exprese sus sentimientos, y ayudarlo a entender que sus reacciones son normales, y de ningún modo inusuales. Animarlo a hacer preguntas, y a compartir qué piensa sobre la situación.	<i>“¿Cómo te sientes con todo lo que sucede? A veces podemos sentir que había algo que pudimos o debimos hacer, cuando algo así sucede. ¿Te has sentido así? ¿Qué haces cuando eso sucede?”.</i>
Ayudar a su hijo/a a conectarse con el familiar. Decirle cuando verá al familiar de nuevo.	<i>“¿Te gustaría venir conmigo a visitar a papá? Va a estar en el hospital por unos días, ¿te gustaría enviarle un correo electrónico o un WhatsApp?”.</i>
Permitir a su hijo/a no hablar del tema si así lo desea, y elegir con quién desea hablarlo. Hablar con su hijo/a sobre cómo puede compartir información con su familia o amigos.	<i>“Entiendo que no quieras hablar por el momento, quizás te sientas listo para hacerlo en unos días. ¿Hay algún amigo que te haya ayudado antes, cuando lo has pasado mal? ¿crees que te ayudaría hablar con el/ ella?”.</i>
Hacer saber a su hijo/a que usted también recibe ayuda y alentarlos a encontrar formas de construir su propio sistema de apoyo y a confiar en este.	<i>“He estado hablando con tus tíos sobre esto, y he decidido hablar también con un psicólogo. Puedes venir conmigo si quieres. Hay grupos de personas que pasaron por lo mismo, o también podrías hablar sobre esto con tu tutor, o el orientador escolar.”.</i>
Ayudar a su hijo/a a prepararse para el regreso a casa de un familiar si este fue hospitalizado por el intento de suicidio.	<i>“Papá estará listo para dejar el hospital esta semana, ¿hay algo de lo que quisieras hablar o preguntarme antes de que vuelva a casa?”.</i>

Recursos y asociaciones de supervivientes en todo el territorio nacional.

- **112 Si existe riesgo vital.**
- **#024 Si ideación suicida.**
- PREVENSUIC: Aplicación para Smartphone dirigida a familiares, profesionales y personas en riesgo.
- ANGELES DE AZUL Y VERDE. Prevención del suicidio policial.
- APSAV. Asociación para la prevención del Suicidio. Abrazos Verdes. Asturias.
- AFASIB (Familiars i Amics Supervivents per suïcidi de Les Illes Balears (Islas Baleares)
- AIDATU: Asociación Vasca de Suicidología
- ALAIA, Fundación (Madrid)
- ALHELÍ, Asociación (Málaga)
- APSAS: Asociación para la Prevención del Suicidio y Ayuda al Superviviente. (Gerona)
- ASAFES (Vitoria)
- ASAM: (Burgos).
- BESARKADA-Abrazo: Navarra.
- BIZIRAUN: País Vasco
- BIDEGIN: País Vasco
- DSAS: (Barcelona)
- Fundación Metta-Hospice (Valencia)
- Goizargi: Navarra.
- Grupo Supervivientes de León.
- Hay Salida, Suicidio y Duelo: (Cantabria)
- Papageno. (Andalucía)
- **Red Nacional Psicólogos para la Prevención del Suicidio y Grupos de Ayuda Mutua Supervivientes Psicólogos Princesa 81 (Madrid): 679.278.988**
//prevencionsuicidio@psicologosprincesa81.com
- Teléfono de la Esperanza: 717 00 37 17
- Teléfono de la Esperanza Gipuzkoa y Chat menores Badabidebat: 943.429.742
- Teléfono Prevención del suicidio (Barcelona 24/365): 900.92.55.55.
- Ubuntu: Sevilla

BIBLIOGRAFÍA:

- Alfaro Ferreres, E., Martín-Barrajón Morán, P. (2021). *Decálogo para sanitarios y personal de emergencias ante una crisis suicida*. Diario El Mundo. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/09/10/61390bb1fc6c8315048b45fb.html>
- Anseán Ramos, A. “*Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*”. Ed. Fundación Salud Mental España.(2014).
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C, Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P. “*Primeros Auxilios Psicológicos, Guía de operaciones prácticas*”. National Child Traumatic Stress Network.
Disponible:http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/PFA_Spanish_Guide_Web042909.pdf
- Bobes, J.; Giner, J.; y Saiz, J.: “*Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida*”. (2011).Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela.
- Camacho Regalado, Dulce. “*La pérdida inesperada. El duelo por suicidio de un ser querido*”. Fundación Salud Mental España. 2016.
- Camacho Regalado, Dulce. Tesis Doctoral: “Predictores de la Culpa en Duelo Complicado”2018. Universidad Camilo José Cela.
- Chiles, J, Strosahl, K, Weiss, L. Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. (2th ed.) Virginia. American Psychiatric Association; 2019
- Echeburúa, E. (2004). “*Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos.*” Madrid. Pirámide.
- Erskine R, Moursund J P, Trautmann R L, (1999) “Más allá de la empatía”
- Erskine, R. **La relación terapéutica: Una psicoterapia integradora en acción**. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Bizkaia. Octubre 2007
- Fernández Millán, J.M. (2005). “*Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*”. Madrid. Pirámide.
- Fundación Haritz Berri. COA. (2014). “*Programa de Prevención de Suicidios*”. Gobierno de Navarra. GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA. I. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO. “*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*”. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- García-Haro J, García-Pascual H, González González M, Barrio-Martínez S, García-Pascual R., Pap. Psicol. vol.41 no.1 Madrid ene./abr. 2020 Epub 10-Mayo-2021. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000100035
- *Guía para familias con hijos en edad preescolar. “Cómo hablar con su hijo sobre un intento de suicidio en la familia*. Disponible en: <http://www.mirecc.va.gov/visn19/talk2kids/docs/VA-Talk-to-a-Child-about-Suicide-Booklet-Spanish.pdf> (11/07/2016).
- Hayes S C., Strosahl K, Wilson K G. Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente. 2ª Ed. Desclée de Brouwer. (2014). 36.

- Hernández Conde, M. J.; Ochoa Cepero, M. J. “*Psicología y Emergencia: El papel del profesional de la psicología en las situaciones de emergencia*”. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España. ISSN 1989-3906.
- López-Castromana, Jorge; Baca-García, Enrique; Oquendo, Maria A. “*Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas?*”. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*
- Lorente Gironella, F. (2008) “*Asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias*”. Arán Ediciones.
- Martín-Barrajón Morán P., Gómez Granizo M., Rodríguez García A., Alfaro Ferreres E. (2021). Suicidio en Emergencias: herramientas prácticas para profesionales de la atención telefónica”. *Zona TES. Revista de formación para Técnicos en Emergencias Sanitarias*, 3/ 2021. Vol.10. pp 115-120. ISSN: 2014-7872
- Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta SuicidaI. Evaluación y Tratamiento Guías De Práctica Clínica en el SNS.Madrid;2011
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y ABUSO DE SUSTANCIAS. “*Prevención del Suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*”. 2009, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y ABUSO DE SUSTANCIAS. “*Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*”. 2000, Ginebra.
- OMS. Dpto de SALUD MENTAL y TOXICOMANÍAS. “*Prevención del Suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?*”. 2001, Ginebra.
- Pacheco Tabuenca, Teresa. “*Atención Psicosocial en Emergencias. Evaluación e intervención en situaciones críticas*”. Ed. Síntesis.
- Pacheco Tabuenca, T. (2009) “*El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario*”. *Revista Prehospital Emergency Care* (ed. esp.), Vol.2, Num.1.
- Parada Torres, E. (2008). “*Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*”. Editorial Desclée de Brouwer.
- Payás Puigarnau, A. (2010). “*Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*”. Editorial Paidós.
- Payás Puigarnau, Alba. “*El mensaje de las lágrimas*”. Ed. Paidós.
- Payás Puigarnau, A. “*Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en duelo*”. *Revista. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2008. Vol. XXVIII, n.º 102, pp. 307-323.
- Pérez Barrero, S.A., “*Prevención del suicidio por el médico general. Principios para su capacitación*”.
- Pérez- Sales, Pau. “*Trastornos adaptativos y reacciones de estrés*”.
- Pérez-Sales, Pau. (2006) “*Trauma, Culpa y Duelo: hacia una psicoterapia integradora*”. Ed. Desclée De Brouwer.
- Ramos Díaz, N.S. (2000). “*Variables cognitivas implicadas en el ajuste al trauma y asociadas a la comunicación emocional*”. Tesis Doctoral. Málaga. Disponible: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2664/16272699.pdf?sequence=1>
- Robles, J.I., Acinas, MP, Pérez Íñigo, JI. (2013) “*Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*”. Ed.Síntesis. Madrid;

- Rocamora Bonilla, A. (2013). *“Intervención en crisis en las conductas suicidas”*. Ed. Desclée De Brower.
- Rojas Valero, Milton; Giraldo Waagner, Patricia; Montes Bravo, Carmen. *“Consejería Telefónica, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis”*. (2002) Centro Ediciones Cedro. Perú. pp 96-100.
- Slaikeu, K. A. (2000). *“Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación”*. 2ª Edición. Editorial El Manual Moderno.
- Tejedor C. SOM Salud mental 360. <https://www.som360.org/es/monografico/prevencion-suicidio/articulo/siempre-puedes-dejarlo-manana>
- Torrico Linares E, Rus Guerrero M D. El suicidio en la población adulta. 2018, 2ª Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Formación Continuada a Distancia. ISSN 1989-3906
- Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C. El Suicidio. *Salud Global- Salud Mental. Salud Global. 2002; 2 (4): 1-15.*



P81