



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

DUELO ANTE MUERTE POR SUICIDIO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumna: Laura Aranda López

Tutora: Paz Elipe Muñoz

Dpto: Psicología Evolutiva y de la Educación

Mayo, 2017

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
1. Introducción.....	4
1.1 Modelos teóricos de duelo.....	4
1.1.1 Modelos de etapas.....	4
1.1.2 Modelos de fases.....	5
1.1.3 Modelos de tareas.....	6
1.2 Variables mediadoras de duelo.....	7
1.3 El suicidio como problema social.....	9
2. Objetivo.....	10
3. Método.....	10
3.1 Procedimiento de búsqueda de la información.....	10
4. Duelo por suicidio: revisión de la literatura científica.....	14
4.1 Factores diferenciales en los efectos de la muerte de un ser querido por suicidio vs. otro tipo de muerte.....	14
4.2 Menores como supervivientes de suicidio.....	19
4.3 Padres y madres como supervivientes del suicidio de un hijo o hija.....	21
4.4 Intervenciones en supervivientes de duelo: características generales.....	21
4.4.1 Terapia individual.....	24
4.4.2 Intervenciones familiares.....	26
4.4.3 Grupos de apoyo.....	26
4.4.4 Intervenciones organizacionales: empleo y/o escuela.....	27
4.4.5 Consideraciones específicas en la intervención con menores..	27
5. Conclusiones.....	28
6. Referencias bibliográficas.....	31

Resumen

La muerte por suicidio de un ser querido puede dar lugar a un duelo complicado debido a las características distintivas de este tipo de muerte. El objetivo de este trabajo fue analizar esas características distintivas del duelo que se produce como consecuencia de una pérdida de este tipo, así como las intervenciones desarrolladas en este ámbito. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Se ha encontrado que en las personas que están en duelo por un suicidio difieren de los supervivientes de otro tipo de muerte sobre todo en los sentimientos que experimentan. Debido a estas peculiaridades es importante desarrollar intervenciones específicas para ayudar a estos supervivientes. Aunque existen recomendaciones específicas sobre aspectos concretos a trabajar en estos casos, no existe una única técnica que sirva para todas las personas, siendo necesaria la atención individualizada.

Palabras clave: “suicidio”, “duelo”, “intervención”, “superviviente”, “muerte”

Abstract

Death by suicide of a loved one could cause a complicated grief due to the characteristics of this kind of death. The objective of this study was to analyze these distinctive characteristics of the grief that it's produced as a consequence of this sort of death as well as the interventions developed in this area. For this, an exhaustive bibliographic search has been carried out. It has been found that people who are in grief for suicide are different from the survivors of other kind of death especially in the feelings they experience. Because of these peculiarities it is important to develop specific interventions to help these survivors. Although there are specific recommendations on concrete aspects to work in these cases there is no a single specific technique useful for all people, being needed an individualized intervention.

Keywords: “suicide”, “grief”, “intervention”, “survivor”, “death”

1. Introducción

Tras la pérdida de un ser querido se origina un proceso de duelo. El duelo es una reacción universal, instintiva y adaptativa que se produce como consecuencia de la pérdida de un ser querido (Tal Young et al., 2012). Según Worden (2013) como consecuencia de este proceso de duelo pueden aparecer en las personas una serie de conductas normales como pueden ser: sentimientos de tristeza que se suelen manifestar a través del llanto o ira hacia la persona que ha fallecido, sentimientos de culpa y remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga que puede ser expresada a través de indiferencia o apatía, desamparo, shock, añoranza, alivio, insensibilidad, pueden experimentar también una serie de sensaciones físicas así como hiperactividad y agitación, incredulidad, confusión, preocupación, pueden tener la sensación de que la persona fallecida está presente, alucinaciones, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, conducta distraída, retraimiento, soñar con la persona fallecida, evitar recordarla, buscarla o llamarla en voz alta.

En lo que al duelo se refiere, Freud distinguía entre el duelo propiamente dicho, en el que la pérdida es aceptada como parte de la vida, y la melancolía, entendida esta como un duelo que no se resuelve y que permanece en el tiempo (Alcaide, 2010). Por otro lado, el psiquiatra George Engel (1961, cit. en Worden, 2013), planteaba que el duelo representa una reducción de la salud y del bienestar y que por tanto hace falta tiempo para que una persona en duelo se recupere y restablezca su equilibrio psicológico.

El proceso de duelo ha sido entendido de varias maneras por diferentes autores, habiéndose desarrollado diversos modelos teóricos que difieren en cuanto a la explicación que proponen del proceso que supone el duelo. En el siguiente apartado se explican brevemente los más importantes.

1.1 Modelos teóricos de duelo

A lo largo del tiempo, el proceso de duelo ha sido explicado por diversos autores, algunos de ellos lo han entendido por etapas, otros por fases y otros por tareas.

1.1.1 Modelos de etapas

Una forma de entender el proceso de duelo es mediante etapas. Muchos autores han enumerado hasta nueve etapas en el proceso de duelo. Kübler-Ross (1969, cit. en Worden, 2013) divide el proceso en cinco etapas; la primera sería la etapa de negación,

la segunda ira, la tercera pacto, la cuarta depresión y la quinta aceptación. El contemplar este proceso mediante etapas tiene la dificultad de que no todas las personas pasan por todas las etapas una tras otra (Worden, 2013).

1.1.2 Modelos de fases

En cuanto a los autores que entienden el duelo desde un modelo de fases está Parkes (1970, cit. en Worden, 2013) que define cuatro fases en el proceso de duelo. La fase I es el período de insensibilidad que se da en los momentos próximos a la pérdida. Esto ocasiona que los supervivientes no centren su atención en la realidad durante un breve período de tiempo. La fase II es de añoranza, el superviviente niega que la pérdida sea de forma irreversible y desea que el fallecido vuelva. Aquí tiene un papel importante la ira. En la fase III, se produce una desorganización en la que a la persona en duelo le cuesta actuar en su entorno. Por último, la fase IV es la de conducta reorganizada en la que la persona en duelo comienza a rehacer su vida.

A su vez, Bowlby (1986, cit. en Payás, 2010) define una secuencia de estadios por los que tienen que pasar las personas en duelo. La primera es de entorpecimiento e incredulidad que puede durar desde pocas horas a semanas. La segunda es de añoranza y búsqueda de la persona fallecida que puede durar desde varias semanas a varios meses. La tercera es de desorganización y desesperación. La cuarta es de reorganización.

Por otro lado, Sanders (1977, cit. en Payás, 2010) también ha entendido el proceso de duelo en fases y propone cinco: shock, conciencia de la pérdida, retraimiento y conservación, sanación y renovación.

Sin embargo, los modelos de fases no son muy populares debido al planteamiento que siguen de que las personas en duelo siguen patrones de respuestas o estados afectivos que son predecibles. La idea de las fases plantea que hay unas tareas específicas que hay que seguir para la elaboración del duelo y esto para muchos autores se trata de un modelo que no permite diferencias individuales (Payás, 2010).

1.1.3 Modelos de tareas

El concepto de fases supone algo por lo que hay que pasar mientras que el de tareas da a la persona la sensación de que puede hacer algo para adaptarse a la pérdida, ya que el concepto de tareas implica que la persona debe ser activa en el proceso de duelo (Worden, 2013).

El modelo dinámico del proceso del duelo más importante fue planteado por William Worden, en éste se plantea que el duelo es un proceso de adaptación que una persona atraviesa cuando ha sufrido la pérdida de un ser querido (Worden, 2013). Cuando se produce la muerte de un ser querido, las personas cercanas a la persona fallecida suelen mostrar una serie de emociones intensas y angustiosas que son normales debido a las circunstancias. Sin embargo, cuando estas emociones se prolongan en el tiempo se pueden convertir en un problema (Tal Young et al., 2012). Por esto, Worden (2013) propone que las personas en duelo pasan por una serie de tareas que tienen que realizar para poder adaptarse a la pérdida del ser querido, y también sugiere que mediante un trabajo activo, la persona puede llegar a superar el duelo. La primera tarea que plantea consiste en aceptar la realidad de la pérdida, es decir, afrontar la realidad de que esa persona se ha marchado y que no va a volver. Llegar a aceptar que la pérdida es real lleva tiempo porque implica aceptarlo desde el punto de vista emocional además del intelectual. La segunda tarea es elaborar el dolor de la pérdida, para que las personas no arrastren ese dolor a lo largo de su vida. La negación de esta tarea es no sentir, la persona puede negar el dolor que siente tras la pérdida. La tercera tarea es adaptarse a un mundo en el que el fallecido no está, tanto adaptaciones al entorno, tener que adquirir un nuevo rol, como la visión del mundo ya que una pérdida puede poner en entredicho los valores y las creencias filosóficas de las personas. La detención de la tercera tarea es no adaptarse al nuevo medio ni a la pérdida. Y la cuarta y última tarea es hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva, conseguir establecer un vínculo con el fallecido que no altere su vida emocional. Si se mantiene el apego del pasado en lugar de intentar formar otros nuevos, se complica la resolución de esta tarea. Una vez que las cuatro tareas han sido completadas con éxito, se podría decir que el duelo ha terminado.

Otra de las autoras que plantea un modelo de tareas/necesidades es Alba Payás, este modelo identifica las necesidades psicológicas que surgen en el proceso de elaboración del duelo. En el modelo se mantiene la idea de cuatro fases que plantean otros autores como Worden, Parkes y Sanders.

Payás (2010) plantea que la primera etapa es la de aturdimiento y choque; la noticia de la muerte del ser querido ocasiona en la persona reacciones de confusión, aturdimiento y disociación que hacen que se distorsione la realidad y mitigue el impacto de la información. La tarea principal de duelo en esta etapa es manejar los aspectos traumáticos de la pérdida. Cuando esta sintomatología se prolonga y se manifiesta de forma fija, se puede producir un duelo complicado semejante al trastorno de estrés postraumático.

La segunda etapa es la de evitación y negación. Cuando pasan unos días de la muerte, en la mayoría de las personas se producen una serie de respuestas de evitación y la persona niega que se haya producido la muerte con el objeto de reducir el impacto que ésta provoca en los supervivientes. La tarea principal en esta etapa es ir disolviendo de forma progresiva las estrategias protectoras de distorsión-evitación y aumentar progresivamente la tolerancia al dolor. Cuando hay una prolongación en el tiempo de estas estrategias de distorsión se puede producir un duelo complicado de tipo evitativo o duelo ausente.

La tercera etapa es la de conexión e integración, en esta etapa se realizan respuestas de afrontamiento para conectar con la realidad de la muerte del ser querido. La tarea adaptativa de conexión e integración consiste en realizar el trabajo de duelo asociado a los aspectos relacionales de la pérdida. Si esta tarea no se realiza puede llevar a un duelo complicado de tipo crónico.

La cuarta y última etapa es la de crecimiento y transformación en la que se produce una reorganización del mundo interno con relación al ser querido fallecido, a uno mismo y a la vida en general. En un duelo elaborado, las personas han tenido que convertir esta experiencia en un crecimiento personal. La tarea principal de esta etapa es sustituir las creencias por nuevos esquemas mentales que incorporen la significación emocional de la pérdida.

1.2 Variables mediadoras de duelo

Worden (2013) plantea que existen una serie de mediadores que influyen en el proceso de duelo de las personas. Teniendo en cuenta los distintos mediadores que existen, se puede entender que las personas experimenten reacciones diferentes ante la pérdida de un ser querido. Los mediadores planteados son los siguientes:

- a) Cómo era la persona fallecida: dependiendo de si era una persona mayor el duelo va a ser diferente a si es una persona más joven, también el duelo por un familiar lejano es diferente a si es por ejemplo un hermano o hermana.
- b) La naturaleza del apego, esto quiere decir que si la persona fallecida y la persona superviviente tenían una alta intensidad de la relación afectiva, el duelo puede ser más complicado, también si la persona fallecida era muy necesaria en la vida de la persona superviviente para sentirse bien consigo misma.
- c) El modo de fallecer de la persona, esto influye en la forma en que la persona superviviente afronta las tareas del duelo, no es igual si es por muerte natural a si es una muerte por un accidente o por un suicidio.
- d) Los antecedentes históricos, se tiene que saber si la persona ha sufrido otras pérdidas y cómo las ha afrontado porque eso va a predecir cómo va a reaccionar ante otra muerte.
- e) Variables como el sexo y la edad, tanto de la persona superviviente como de la persona fallecida, ya que no es lo mismo si la persona fallecida es una persona mayor o es un niño o niña, igualmente también actúa como mediador si la persona superviviente es un adulto o una persona que está en la etapa de adolescencia, el estilo de afrontamiento, el estilo de apego y el estilo cognitivo también son variables que influyen en el proceso de duelo.
- f) Las variables sociales, es decir el grado de apoyo emocional y social recibido de las personas del entorno de la persona superviviente, cuanto más apoyo social perciban las personas supervivientes, mejor pronóstico habrá en la superación del duelo.
- g) Las tensiones recurrentes que son otros factores que inevitablemente influyen en el duelo ya que después de una muerte pueden producirse cambios que hacen que el duelo sea más difícil de elaborar, ya que cuando una persona fallece se producen cambios en el entorno y en las vidas de las personas supervivientes que se ven obligadas a adaptarse a un nuevo medio. Por tanto, cuantos menos cambios se produzcan mejor se podrá elaborar el duelo.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el tipo de muerte es un mediador del duelo, es decir, la forma en la que la persona ha fallecido influye en la elaboración y el

proceso de duelo. Este trabajo se va a centrar en uno de los mediadores establecidos, el tipo de muerte. En concreto, se abordará el duelo en la muerte por suicidio.

1.3 El suicidio como problema social

El suicidio en España es la principal causa de muerte no natural con unas 4000 muertes por suicidio, esto lo convierte en un problema de salud pública (Puerta, 2016). Según los últimos datos recogidos en el Instituto Nacional de Estadística (2015), 3.602 personas se suicidaron de los cuales, 2.600 fueron hombres y 922 mujeres. El medio más usado por los hombres para cometer el suicidio fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, mientras que el más usado por las mujeres fue saltar desde un lugar elevado. La franja de edad donde más muertes por suicidio se producen fue hombres de entre 30 y 39 años y mujeres de entre 45 y 49 años. No obstante, este problema está infravalorado ya que sigue siendo un tema tabú tanto para los familiares como para el entorno. Cuando una persona comete un suicidio, esto tiene una gran repercusión social ya que produce un fuerte impacto en los seres queridos especialmente si éstos han presenciado el acto. Por otro lado, este tipo de muerte está muy estigmatizada, familiares de personas fallecidas por suicidio informan que a menudo encuentran difícil hablar del tema con otras personas porque a los demás les resulta incómodo, por tanto, este problema se ve agravado puesto que las personas perciben que tienen que ocultar la causa de la muerte. Por otro lado, el suicidio muestra unas grandes tasas de heredabilidad y los supervivientes corren riesgo de cometer un suicidio (Tal Young et al., 2012).

Según Worden (2013) cada año cerca de 750.000 personas sufren una pérdida de algún familiar o ser querido debido al suicidio generando un fuerte impacto social dado que este tipo de muerte ha sido asociada con dificultades en la elaboración del duelo. La muerte por suicidio puede ser un factor de riesgo para desarrollar un duelo crónico debido a que el entorno tiene una incapacidad para actuar de forma adecuada y por las características especiales que presenta una muerte de este tipo. Además, para la familia el duelo ante una muerte por suicidio es el más difícil de afrontar y de resolver adecuadamente, por este motivo se necesita una adecuada intervención para los supervivientes.

Así pues, en la literatura revisada se pone de manifiesto que el duelo en el caso de muerte por suicidio requiere una atención específica, aspecto éste que será revisado en el presente trabajo.

2. Objetivo

El objetivo del presente trabajo es analizar, mediante una revisión de la literatura científica, las características específicas del duelo ante la pérdida por suicidio de un ser querido. Así mismo, se revisan las intervenciones desarrolladas en este ámbito.

3. Método

3.1 Procedimiento de búsqueda de la información

Para esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de la literatura científica.

En primer lugar y para tener una visión general sobre el duelo se hizo una búsqueda en el catálogo de la biblioteca de la Universidad de Jaén, de ese catálogo se seleccionaron dos manuales que se han utilizado como bibliografía básica para este trabajo. Para obtener datos sobre el suicidio se recurrió al Instituto Nacional de Estadística y de ahí se recogieron los datos. Una vez que se tenía una visión general del tema, se procedió a hacer una búsqueda más exhaustiva en las principales bases de datos y revistas electrónicas del ámbito de psicología. En cuanto a las bases de datos, se utilizaron principalmente: *Proquest*, *Scopus* y *Dialnet*. Se han aceptado artículos y documentos relevantes al objeto de este trabajo publicados en los últimos años con el fin de tener información desde el año 2000 hasta la actualidad.

La primera base de datos utilizada ha sido *Proquest*, más concretamente, dentro de ella se han seleccionado *PsycArticles*, *Psychology Database* y *PsycInfo*. Como criterio se utilizaron las palabras clave “suicide” and “grief” y que estas palabras apareciesen escritas en el título del documento. Se seleccionaron aquellos documentos relevantes porque examinaban el duelo complicado debido a una muerte por suicidio, así como las características distintivas de este tipo de duelo. Por otro lado, tras la revisión se excluyeron los artículos con fecha anterior al año 2000, también aquellos en los que se examinaban los factores de riesgo de cometer un suicidio y aquellos en los que se hablaba sobre la experiencia de psicólogos a los que se les ha muerto un paciente por suicidio. A continuación, siguiendo en esa misma base de datos, se introdujeron los términos clave “suicide” y “grief” y que éstos apareciesen en el título del documento e “intervention” y que éste apareciese en el resumen. Se incluyeron aquellos artículos en los que se desarrollaban las distintas técnicas de intervención en supervivientes de suicidio que existen actualmente tanto en la adultez como en la infancia y se excluyeron aquellos en

los que sobre todo se hablaba de intervenciones a personas para prevenir el suicidio. Por último, se introdujeron los siguientes términos en castellano: “suicidio” y “duelo” y como criterio que apareciesen en el título del documento.

La segunda base de datos utilizada fue *Scopus*, en ella se introdujeron las palabras clave “grief” and “suicide” y que apareciesen en el título del artículo. Se han incluido aquellos documentos que analizan los predictores de un duelo complicado y la asociación entre ese duelo complicado y la ideación suicida. No se seleccionaron aquellos documentos que ya habían sido seleccionados por medio de otra base de datos, aquellos en los que se examinaba el duelo complicado que surge como consecuencia de presenciar un suicidio asistido ni aquellos que tras haber buscado todo lo posible no se ha podido acceder al texto completo.

La tercera y última base de datos utilizada fue *Dialnet*, en ella se introdujeron las palabras clave “grief” and “suicide”, ninguno de los documentos fue finalmente seleccionado, además se introdujeron los mismos términos en castellano “duelo” y “suicidio”. Se escogieron los artículos que hablaban sobre la evidencia científica que hay del impacto que se produce en los supervivientes del suicidio y del suicidio entendido como una desagregación del mundo. Por otro lado, se excluyeron aquellos que estaban escritos en un idioma diferente al castellano o inglés.

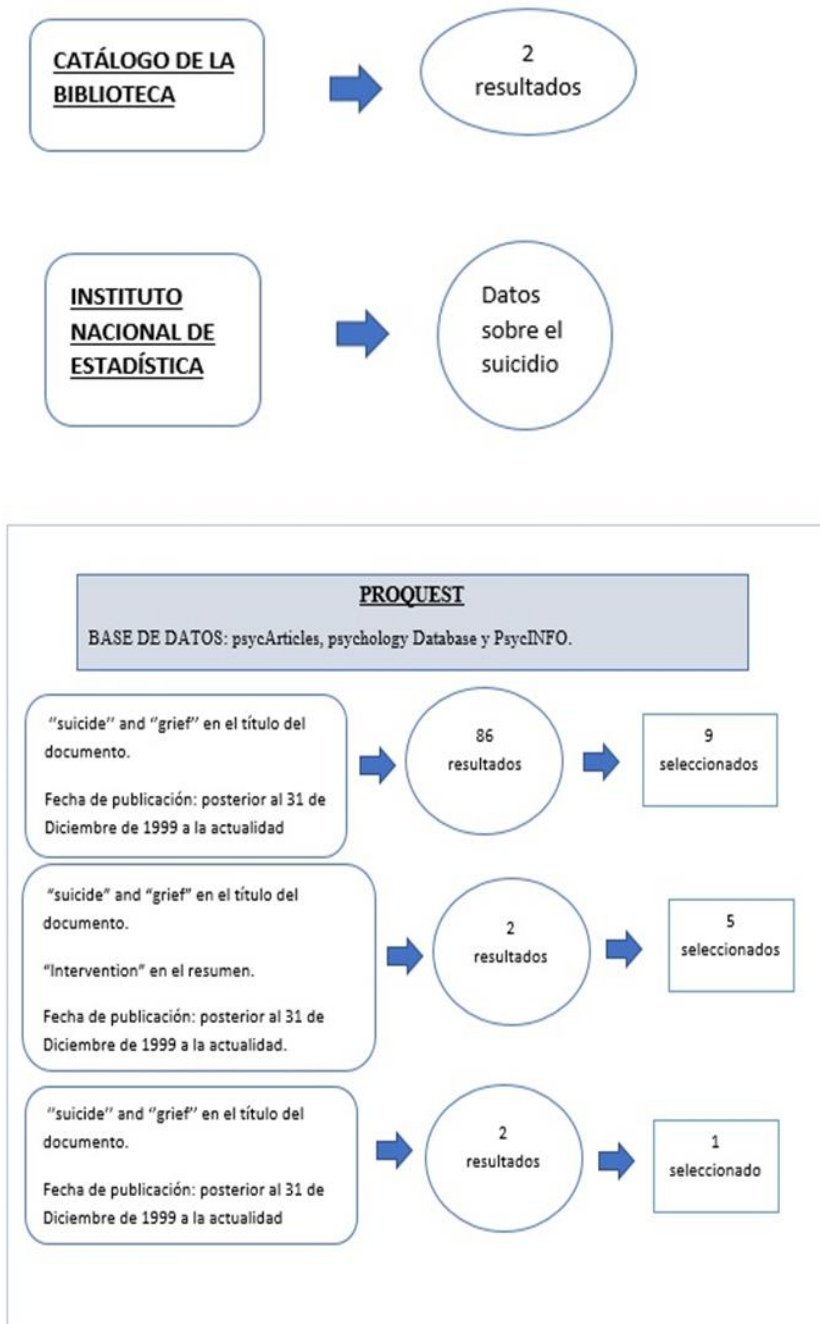
Se hizo una búsqueda en las distintas revistas electrónicas, como criterio de búsqueda se utilizaron las palabras clave “suicide” and “grief” y se encontró la revista *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Se han incorporado los documentos en los que se habla de las consecuencias en la salud mental dependiendo de la causa de muerte, siendo una de éstas el suicidio y las diferentes intervenciones actuales que existen para abordar el duelo complicado que se origina a partir de una muerte por un suicidio, así como los efectos de algunas de ellas y también aquellos en los que se analizan las diferencias tanto en comportamiento como en sentimientos entre los supervivientes de un suicidio y los supervivientes de otro tipo de muerte y se han excluido aquellos en los que se analizan los factores de riesgo de cometer un suicidio y aquellos en los que examina la reducción y la prevención del suicidio.

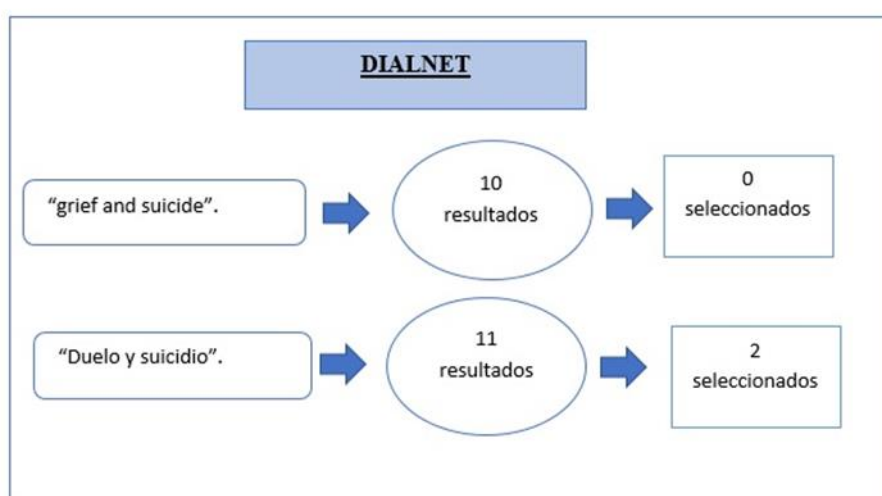
Por último, se obtuvieron tres artículos que fueron encontrados externamente a las bases de datos, recopilados de la bibliografía de otros artículos y de Google Académico, en este último poniendo como palabras para la búsqueda, “suicidio” y “duelo”. Se

seleccionaron ya que hablaban del duelo ante situaciones especiales como es el suicidio y el impacto que provoca este tipo de muerte en los seres queridos. Dicha búsqueda se ha desarrollado entre los meses de febrero y marzo de 2017.

A continuación, en la figura 1, se detalla el proceso de búsqueda seguido:

Figura 1: Procedimiento de búsqueda bibliográfica





4. Duelo por suicidio: revisión de la literatura científica

4.1 Factores diferenciales en los efectos de la muerte de un ser querido por suicidio vs. otro tipo de muerte

Normalmente se piensa que existen diferencias en el duelo que elaboran los supervivientes de una muerte por suicidio y los supervivientes de otro tipo de muerte. Se cree que la pérdida que resulta de un suicidio es más dolorosa que una pérdida por otro tipo de muerte ya que es la víctima quien acaba con su propia vida.

Entre las diferencias en la salud que se encuentran entre los supervivientes de una muerte por suicidio y supervivientes de otro tipo de muerte, se encuentra la cronificación del duelo, al ser el duelo por suicidio un duelo complicado este puede llegar a alargarse en el tiempo y volverse crónico (Payás, 2010). Además, el duelo es un factor de riesgo para la salud física y mental, las alteraciones que se producen debido al proceso de duelo incluyen, problemas cardíacos, cáncer, síntomas de trastornos depresivos y ansiedad. Aunque la mayor o menor alteración que se produzca va a depender de las características individuales de cada persona (Botha, Guilfoyle & Botha, 2009). Acinas (2012), plantea que los supervivientes de una muerte por suicidio asumen más conductas de riesgo como el consumo de alcohol o el abuso de psicofármacos, como consecuencia del estado de shock e incredulidad que se ocasiona y estas conductas de riesgo son peligrosas para la salud.

En un estudio realizado por Groot, Keijser y Neeleman (2006) con esposos y esposas y familiares de primer grado supervivientes de muerte por suicidio y de muerte natural, se pone de manifiesto que tres meses después del fallecimiento, los familiares y cónyuges de las personas fallecidas por suicidio se encuentran en peores condiciones de salud que los familiares y cónyuges de personas fallecidas por causas naturales.

Por otro lado, Tal et al. (2016) realizaron un estudio con familiares en duelo complicado de personas que habían fallecido por suicidio, homicidio o accidente de coche. Se esperaba encontrar que aquellos participantes con duelo complicado por suicidio presentaran síntomas más severos, índices mayores de trastornos comórbidos o que hubiera diferencias en los rasgos asociados al duelo con respecto a otros tipos de muerte. Sin embargo, encontraron que no había diferencias entre los que presentaban duelo complicado por suicidio y duelo complicado por otro tipo de muerte. También

encontraron que las personas que presentaban duelo complicado, independientemente de la forma de la muerte, mostraban intensos y prolongados síntomas de duelo. Por tanto, según este estudio, parece que el problema es que el suicidio se asocia con mayor riesgo de duelo complicado, pero una vez que existe este duelo complicado, no parece que el suicidio tenga consecuencias distintas a otros tipos de muerte. Además, en otro estudio realizado por Sveen y Walby (2007) encontraron que no había diferencias significativas entre los supervivientes de suicidio y otros grupos de dolientes con respecto a la salud mental general, la depresión, los síntomas del TEPT, la ansiedad y el comportamiento suicida. Sin embargo, con respecto a si existe relación entre el duelo complicado y la ideación suicida, Mitchell, Kim, Prigerson y Mortimer (2005) realizaron un estudio para examinar la relación entre esto con adultos supervivientes de una muerte por suicidio y encontraron que el duelo complicado sí incrementa la probabilidad de ideación suicida en supervivientes de una muerte por suicidio.

Por otro lado, las relaciones y la comunicación entre los familiares, pueden ser interrumpidas tras el suicidio (Bell, Stanley, Mallon & Manthorpe, 2012). Debido a la muerte de un ser querido, se produce una ruptura en la familia y se origina una alteración tanto en la estructura como en la organización familiar así como en los nexos y las relaciones del fallecido con el resto de los familiares (Garciandía, 2013). Tras esta ruptura, el sistema familiar tiene que volver a reestructurarse y establecer nuevas conexiones ya que algunas de las anteriores se han perdido como consecuencia de la pérdida. La familia tiene que recuperar el equilibrio. Todo esto se hace normalmente sin ninguna complicación a través del proceso normal de duelo. Sin embargo, hay ocasiones en las que el duelo no ocurre sin inconvenientes sino que éste se complica, esto ocurre cuando la familia quiere seguir con la misma estructura y conexiones que había antes del fallecimiento, es decir, cuando no asumen que inevitablemente se ha producido un cambio debido a que el lugar que ocupaba la persona fallecida y el rol que desempeñaba ya no está. Al no asumir este cambio, es cuando se puede producir un duelo complicado. El duelo familiar estará superado cuando todos y cada uno de los integrantes hayan resuelto de forma individual el duelo (Garciandía, 2013).

Existen también una serie de diferencias en cuanto al impacto que produce una muerte de este tipo en el entorno. Se encuentra que los supervivientes de un suicidio son juzgados por los demás de manera más negativa que los supervivientes de otro tipo de muerte (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008), esto genera dentro de la familia un fuerte

impacto que les resulta difícil de asumir y de manejar (Garcíandía, 2013). El suicidio origina una serie de efectos negativos en las relaciones sociales de los supervivientes (Cerel et al., 2008) y esto hace que aparezcan con más frecuencia sentimientos de culpa y la necesidad de mantener el suicidio en secreto (Bell et al., 2012).

También se encuentran diferencias en estigma dependiendo del tipo de muerte. La muerte por suicidio, provoca un estigma que recae en los supervivientes.

Existen dos mitos comunes socialmente contruidos y asociados al suicidio: en primer lugar, que las personas "buenas" no se suicidan y, en segundo lugar, que el suicidio no sucede en familias "buenas" (Wroblewski, 1985, cit. en Botha et al., 2009).

Vessier-Batchen (2007) sugiere que a diferencia del estigma que se produce en las muertes por homicidios que este está asociado con acciones específicas, hay un estigma social en torno al suicidio que está basado únicamente en la forma de la muerte.

El suicidio se vive como la expresión de la voluntad que tiene una persona de acabar con su propia vida, esto es juzgado por las demás personas que comparten una serie de valores y creencias. Al ser juzgados tanto la persona que realiza la acción como la familia se vuelve estigmatizante, y esta situación provoca que el duelo sea aún más difícil para los supervivientes. Debido a que el entorno juzga a los seres queridos, éstos suelen recibir menos apoyo social en estos casos que en otros tipos de muerte (García-Viniegras y Pérez-Cernuda, 2012). McMenemy, Jordan y Mitchell (2008) realizaron un estudio para examinar las necesidades que presentan los supervivientes de un suicidio. Encontraron que mayormente los supervivientes en duelo encuentran que la ayuda psicológica resulta beneficiosa aunque éstos también informaban que el apoyo social era muy importante. Es decir, tienen menos apoyo social que es lo que más necesitan.

Houck (2007) en un estudio comparó las diferentes reacciones de personas que sufrieron tres tipos de muertes diferentes, cáncer, sida y suicidio. Los resultados indicaron que los tres grupos tuvieron reacciones diferentes en estigmatización. La estigmatización era mayor en el grupo de la muerte por sida. Sin embargo, se encontró que los supervivientes de un suicidio intentan ocultar más que los supervivientes de una muerte por cáncer o sida, las causas de la muerte para evitar que la sociedad los juzgue.

Algunos estudios sugieren que el estigma social sobre el suicidio desaparece a los dos años, mientras que otros autores plantean efectos más duraderos (Andersson, 2012).

Para García-Viniegras y Pérez-Cernuda (2012) este estigma acompaña a los seres queridos durante toda la vida, e incluso, cuando esto se convierte en un secreto que queda dentro de la familia, el duelo puede ser pasado de generación en generación. Además en el ámbito social, este estigma dificulta que se puedan expresar todas las reacciones que suceden tras el suicidio del ser querido, si los supervivientes perciben que lo que ha sucedido no está bien visto por el entorno y que no pueden expresar lo que sienten del modo que quieren, no hablan de la experiencia por tanto, esto lo convierte en un posible duelo complicado. Vessier-Batchen (2007) plantea que la estigmatización de los supervivientes de un suicidio sigue existiendo en la sociedad de hoy día. Por otro lado, Cerel et al. (2008) afirman que en los últimos años, el suicidio parece ser menos estigmatizado en muchas sociedades que antes, es decir, que poco a poco se está consiguiendo que no esté tan mal visto, sobre todo a los seres queridos que no tienen culpa.

Jordan y McIntosh (2011) afirman que aunque el estigma en el suicidio y en el duelo por suicidio ha disminuido y la intervención tras una muerte de este tipo se ha incluido en los programas de prevención en varios países, aún quedan metas que alcanzar.

En cuanto a las emociones más frecuentes que son experimentadas por los supervivientes de suicidio también se encuentran diferencias. McKay y Tighe (2013) plantean que uno de los aspectos más singulares del suicidio es la búsqueda de sentido, la necesidad de saber "por qué" alguien se quitó la vida, así como la pena y la vergüenza, el silencio se ha percibido como la mejor opción. Además, Jordan (2001) plantea que una característica específica de la muerte por suicidio es la búsqueda de significado de la vida después de la muerte. Otros autores como Ellenbogen y Gratton (2001) piensan que los supervivientes de este tipo de muerte sufren más y que además experimentan otros sentimientos como pueden ser abandono por parte de la persona fallecida, ira por sentirse abandonada por esa persona, culpa porque sienten que podrían haber hecho algo por evitar la muerte y no lo han hecho y rechazo por parte del entorno. Según Ellenbogen y Gratton (2001), aunque hay pocos estudios que hayan llegado a la conclusión de que el duelo como resultado de un suicidio no se puede comparar con el duelo causado por otras formas de muerte, han encontrado que muchos autores sí han sugerido que en los casos de suicidio hay un potencial adicional de daño al bienestar de los supervivientes. Además de que los supervivientes de la muerte por suicidio son una población de riesgo de ideación suicida (Hung & Rabin, 2009). En un estudio realizado por Bailley, Kral y

Dunham (1999) con estudiantes universitarios para investigar si el modo de la muerte afecta al duelo, los resultados arrojaron que sí existen diferencias entre el duelo por una muerte producida por un suicidio y una muerte por otras causas. Los supervivientes del suicidio mostraban más frecuentemente sentimientos de rechazo y abandono que los supervivientes de otro tipo de muerte.

Según Worden (2013) los supervivientes de una muerte por suicidio experimentan una serie de sentimientos peculiares. Uno de los predominantes es la vergüenza, debido al estigma que sigue asociado a este tipo de muerte, los supervivientes son los que sufren la vergüenza de que un ser querido se quite la vida y esto también es debido a las reacciones que tiene el entorno. Otro sentimiento habitual es la culpa, los supervivientes se hacen responsables de lo que la persona fallecida ha hecho y piensan que debían haber hecho algo por evitar la muerte. El entorno ve a los supervivientes de una muerte por suicidio como merecedores de la culpa, especialmente a los padres de hijos que se han suicidado (Reynolds y Cimboric, 1988, cit. en Cerel et al., 2008). La intensidad de la culpa puede ocasionar que el superviviente crea que debe ser castigado y que es la sociedad quien tiene que castigarlo (Worden, 2013). Por otro lado, los supervivientes pueden sentir ira muy intensa y un correlato de esta es la poca autoestima que experimentan ya que el superviviente puede pensar que si la persona que ha cometido el acto hubiera pensado en él no lo hubiera hecho. Otra reacción que puede aparecer es el miedo, tienen miedo a que aparezcan propios pensamientos autodestructivos (Worden, 2013). Según Worden (2013), el pensamiento distorsionado es también típico de los supervivientes a una muerte por suicidio. Los familiares necesitan ver la muerte como un accidente y no como un suicidio, esto ocasiona que en la familia se cree un pensamiento distorsionado de una realidad que no es y se acaba creando un mito acerca de la muerte de la persona fallecida.

Por otra parte, cuando se analizan las percepciones sobre el duelo por suicidio frente a otro tipo de muerte, en general se tiende a pensar que los supervivientes del suicidio estarán peor. En concreto, en un estudio realizado con una muestra de personas que no están en duelo se les explica una representación imaginaria de personas que están en duelo por el suicidio de un familiar o por otro tipo de muerte. Se encuentra que los sujetos tienen percepciones menos favorables de los supervivientes de suicidio, piensan que ellos se sienten con más remordimientos, tienen mayor responsabilidad sobre la

muerte y sufren períodos más largos de depresión y tristeza (Ellenbogen & Gratton, 2001).

Cuando el suicidio ha sido cometido por personas mayores, los familiares y amigos presentan mayor estigmatización, vergüenza y sentimientos de rechazo que las personas en duelo por la muerte natural de una persona mayor (Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2002).

Por último, en un estudio realizado por Wojtkowiak, Wild y Egger (2012) en el que 142 adultos en duelo por suicidio completaron una encuesta sobre su experiencia de duelo tras un suicidio esperado o inesperado. Los hallazgos de este estudio pusieron de manifiesto que existe una relación entre esperar el suicidio y la experiencia posterior de duelo, de modo que cuanto más esperado es el suicidio menor búsqueda de explicación y preocupación por la muerte es encontrada en el proceso de duelo. Para la práctica clínica, esto implica que antes del suicidio real, los familiares y amigos cercanos deben ser informados sobre la posibilidad de suicidio.

Por otro lado, merece una atención especial el caso de los menores supervivientes del suicidio y el caso de los padres y madres que han perdido a un hijo o hija por suicidio.

4.2 Menores como supervivientes de suicidio

El suicidio de un miembro de la familia está asociado a comportamientos de riesgo en adolescentes. Se puede esperar que la pérdida de un padre pueda ocasionar efectos más graves que la pérdida de otro miembro de la familia (Cerel et al., 2008).

Cuando la muerte ha sido de alguno de los padres, estos niños se muestran irritables y con cambios de ánimo bruscos, presentan dificultades para conciliar el sueño, pierden el apetito, niegan que se haya producido la muerte e incluso pueden tener intenciones suicidas (García-Viniegras y Pérez-Cernuda, 2012). Según Cerel et al. (2008), la conducta suicida parece tener fuertes componentes genéticos, por tanto, los niños supervivientes de un suicidio pueden estar en riesgo no sólo de sufrir una enfermedad mental sino también de tener una conducta suicida. De esta forma, el riesgo se vuelve mayor para niños supervivientes que están genéticamente relacionados con la persona fallecida que los que no están relacionados genéticamente. Por otro lado, pueden sentir

cierta hostilidad hacia el progenitor suicida por haber cometido el suicidio. Lo más adecuado es que la familia le diga al niño la verdad de lo que ha ocurrido y prestarle apoyo emocional. En definitiva, el suicidio de alguno de los progenitores, conlleva consecuencias graves en la salud psicológica del niño (García-Viniegras y Pérez-Cernuda, 2012). Las primeras investigaciones sobre los resultados de los niños en duelo por suicidio utilizaron un enfoque de caso y revelaron una serie de reacciones adversas a la muerte, observaron menores actividades de ocio en estos niños y niñas que otros niños y niñas que no habían sufrido una muerte, corren mayor riesgo de presentar trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático y comportamientos de riesgo. Al mismo tiempo, los resultados indicaron que factores como un entorno familiar estable, podrían desempeñar un papel protector (Hung & Rabin, 2009).

Según Melhem et al. (2004) en un estudio realizado a amigos y amigas de víctimas de suicidio, encontraron que en la adolescencia se muestra una reacción de duelo traumática tras la muerte de un igual similar a la que es experimentan en la adultez.

En otro estudio realizado por Powell y Matthys (2013) con 45 personas cuyo hermano o hermana se había suicidado, encontraron que los hermanos se encontraban en diferentes etapas del duelo en función del nivel de incertidumbre. Los hermanos que tenían menor incertidumbre estaban en una etapa de aceptación y eran capaces de manejar la incertidumbre, mientras que los que tenían niveles mayores de incertidumbre se encontraban en etapas anteriores de duelo y sentían una gran necesidad de reducir esa incertidumbre.

En otro estudio realizado por Melhem et al. (2004) examinaron los predictores de duelo complicado, depresión y trastorno de estrés postraumático entre adolescentes expuestos al suicidio de un compañero, encontraron que el duelo complicado estaba más asociado al sexo, la sensación de los adolescentes de que podrían haber hecho algo por evitar el suicidio, conflictos interpersonales, historia previa de depresión e antecedentes familiares de ansiedad. El duelo complicado comparte algunos factores de riesgo con la depresión y el TEPT, sin embargo, cada uno de ellos tiene sus propios factores de riesgo.

4.3 Padres y madres como supervivientes del suicidio de un hijo o hija

En el lado contrario, cuando lo que se produce es el suicidio de un hijo o hija, ocurre en los padres y madres una sensación de desconcierto y confusión seguido de un dolor muy profundo ya que aunque la muerte forma parte de la vida, los seres humanos no estamos preparados para la muerte de un hijo o hija ya que ese no es el orden natural de la muerte. De hecho, se ha descubierto que la edad del suicida fallecido es uno de los factores más importantes que predice la intensidad de la pena, de modo que si es una persona joven la pena será mayor que si es una persona en la edad adulta (Tal Young et al., 2012). Capitano (2012) realizó un estudio para analizar los efectos de la muerte por suicidio de un hijo o hija en padres y madres que se enteraron o bien de forma directa (presenciaron el suicidio o encontraron el cuerpo) o bien padres y madres que se enteraron de forma indirecta (se lo contó alguien). Los resultados arrojaron que no había diferencias en las puntuaciones de ansiedad entre los padres y madres que se enteraron de forma directa y los que se enteraron de forma indirecta.

Los padres y madres cuyos hijos o hijas han fallecido de forma trágica como es el suicidio pueden tener especialmente sentimientos de culpa, de responsabilidad y de vergüenza (Tal Young et al., 2012).

4.4 Intervenciones en supervivientes de duelo: características generales

Según Worden (2013) hay que intervenir con las personas supervivientes de muerte por suicidio de forma diferente a como se hace en supervivientes de otro tipo de muerte ya que esta muerte es de esas que no se hablan. Debido a que el duelo por suicidio tiene rasgos distintivos a un duelo por cualquier otra causa de muerte, las intervenciones para aliviar el duelo por un suicidio también deben ser diferentes a las intervenciones en duelos por otras causas de muerte (Bell et al., 2012). García-Viniegras y Pérez-Cernuda (2012) añaden que la familia del suicida no habla de esta muerte con los demás debido al estigma que acompaña al suicidio en la sociedad. Worden (2016) plantea que algunos aspectos a incluir en la intervención serían, comprobar la realidad de la culpa tanto propia como ajena, corregir la negación y las distorsiones, comprobar las fantasías sobre cómo les afectará el suicidio en el futuro, trabajar con la ira, comprobar la realidad de la sensación de abandono y ayudarles a encontrar un significado a la muerte.

Payás (2010), plantea que el efecto de cualquier tipo de intervención en las familias que han perdido un ser querido por suicidio sea desde el modelo terapéutico que

sea, si se realiza en ocho horas será prácticamente inapreciable, no es que sólo sea con el cognitivo-conductual con el que no se obtienen grandes beneficios, es decir que con una terapia realizada en tan poco tiempo a supervivientes de suicidio no se obtendrán muchos beneficios puesto que con estas personas se necesita más tiempo debido a las características del duelo que se produce, por tanto, sugiere que la intervención media para que sea efectiva una terapia es de nueve meses, por lo menos una vez a la semana ya sea de manera individual o grupal. En esta misma línea, Jordan (2001) señala que debido a ciertas características del duelo suicida que son cualitativamente diferentes de otras formas de duelo pueden llevar a que se retrase la recuperación de los supervivientes.

Según Bell et al. (2012), las intervenciones deben estar orientadas a ayudar a las personas a comunicar sus temores, culpa y secretos para re-asimilar, racionalizar y poner en perspectiva el papel que desempeñaron en la muerte, que es probable que se haya sobrestimado ampliamente. La intervención debe decir a otros que el dolor es normal y ayudarles a lidiar con el mito de que si hubieran hecho algo diferente, él / ella podría haber sido salvado.

Knieper (1999) explica que debido a que cada persona es única y vive el duelo de forma diferente a los demás, no hay una única terapia que lo solucione sino que va a depender de las características de la persona, para unas personas serán más efectivas un tipo de terapias y para otras otro tipo. Payás (2010) plantea que si tuvieran en cuenta el momento del duelo de la persona, las tareas específicas y los estilos de afrontamiento utilizados y se aplicara un programa específico y adaptado a esto, probablemente los resultados fueran beneficiosos. Para Knieper (1999), el terapeuta puede elegir la mejor terapia en función de las fortalezas y necesidades del cliente.

En un estudio realizado por Groot et al. (2007) en el cuál examinan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual como método de prevención del duelo complicado en familiares de primer grado y cónyuges de una persona fallecida por suicidio encontraron que la terapia cognitivo-conductual no tuvo un efecto beneficioso en reacciones de duelo complicado. Sin embargo, sí se vio que a los que se les había aplicado el tratamiento tenían una percepción menor de culpabilidad sobre el suicidio y presentaban también menores reacciones de duelo desadaptativas que los del grupo control.

En un estudio realizado por Groot, Neeleman, Van Der Meer y Burger (2010) examinaron la presencia de ideación suicida tras un suicidio para determinar si indica una

condición de alto riesgo. Utilizando datos de un ensayo sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual, se examinó el efecto de la ideación suicida sobre la efectividad de la terapia de duelo a los 13 meses de la pérdida y los resultados muestran que las personas que tienen ideaciones suicidas tienen a menudo un historial de trastornos mentales y conductas suicidas que los que no tienen ideaciones suicidas. La terapia de duelo probablemente reduce el riesgo de reacciones desadaptativas de duelo entre las personas con ideaciones suicidas. Por lo tanto, estas personas pueden beneficiarse de la terapia de duelo tras una pérdida por suicidio (Groot et al. 2010).

Mitchell, Kim, Prigerson y Mortimer-Stephens (2004) realizaron un estudio con parientes cercanos a la persona fallecida por suicidio y parientes lejanos, entre los parientes cercanos se encontraban cónyuges, padres, niños y niñas y hermanos. La muestra de parientes lejanos la formaban tíos y tías, sobrinos y sobrinas así como amigos y amigas y compañeros y compañeras de trabajo. Los resultados obtenidos ponen de relieve que los clínicos deben tener en cuenta al llevar a cabo las intervenciones con estos supervivientes, la relación de estos con la persona fallecida por suicidio. Jordan (2001) destacó las implicaciones clínicas para los supervivientes de suicidio que incluyan los grupos homogéneos de apoyo, servicios psicoeducativos e intervenciones familiares y sociales. Debido a los efectos devastadores que provoca una muerte de este tipo, cree que se deberían desarrollar, implementar y probar intervenciones teóricamente sólidas que estén específicamente diseñadas para estos dos grupos de supervivientes, los parientes lejanos y los parientes cercanos.

En un estudio realizado por Constantino, Sekula y Rubinstein (2001) se evaluó el efecto de dos intervenciones grupales en personas cuyo cónyuge había fallecido por suicidio. Había dos grupos, el grupo BGP en el que el terapeuta asumió un papel activo para que los miembros alcanzasen unas metas realistas y también se encargó de crear un ambiente propicio para la discusión y el intercambio de información. Por otro lado, en el grupo SPG, el terapeuta alentaba a los participantes a participar en la planificación de actividades semanales como salir a cenar, ver una película, ir de picnic. Querían determinar si estos dos tipos de intervenciones grupales disminuían significativamente los niveles de depresión, estrés y duelo así como incrementar el nivel de ajuste social entre los supervivientes. Los análisis revelaron que no había diferencias significativas entre los dos grupos de intervención. Sin embargo, cuando esos dos grupos se combinaron, sí se encontró que los niveles de depresión, de estrés y duelo disminuyeron

significativamente. Por tanto, estos resultados sugieren que la combinación de ambas intervenciones disminuyen los niveles de depresión, estrés y duelo e incrementan el ajuste social.

Kovac y Range (2000) realizaron un estudio con estudiantes universitarios que habían perdido a un ser querido en los últimos dos años debido al suicidio, que estaban cerca de esa persona y que tras su fallecimiento se quedaron dolidos. En el estudio había dos grupos que tenían que escribir sobre lo que se les pedía durante quince minutos, cuatro veces en un periodo de dos semanas. Uno de los grupos tenía que escribir sobre los sentimientos y pensamientos que no habían comentado con nadie anteriormente y el otro grupo tenía que escribir sobre cosas nimias como por ejemplo describir como era su dormitorio. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que el grupo que escribió sobre sus experiencias de duelo durante las dos semanas experimentaban menor duelo suicida que el grupo que escribió sobre situaciones inocuas. Se ha demostrado, por tanto, que expresar lo que están experimentando en el proceso de duelo es beneficioso.

De la investigación llevada a cabo (principalmente en grupos o intervenciones familiares), los resultados sobre la eficacia de las intervenciones han sido contradictorios, aunque la mayoría de los estudios han encontrado pequeños efectos positivos para los tratamientos estudiados (Jordan, 2015). En general, la literatura sugiere que el efecto de las intervenciones para el duelo es bajo (Jordan & Mcmenamy, 2004).

4.4.1 Terapia individual

Jordan (2015) ha identificado una serie de "tareas" que son pertinentes para la mayoría de los supervivientes de suicidio y pueden convertirse en la agenda para la terapia de duelo individual con los supervivientes. Estas tareas incluyen lo siguiente:

1. Contención del trauma ya que el suicidio produce una serie de síntomas que son intrusivos (activación psicológica, irritabilidad, entumecimiento emocional) y estos tienen que ser abordados al inicio del tratamiento. Algunas de las técnicas eficaces para reducir el trauma son la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y otras formas de exposición.
2. Aprender habilidades con las que las personas en duelo de este tipo sean capaces de regular el dolor, por ejemplo, aprender habilidades auto-tranquilizantes (meditación) y habilidades de distracción y evitación. Estas habilidades pueden alternarse con

habilidades de exposición que son necesarias para enfrentar la pérdida (visitar la tumba, mirar fotografías).

3. Creación de una narrativa compleja, realista y compasiva del suicidio a través de una autopsia psicológica personal. Con el tiempo, los supervivientes necesitan llevar a cabo una especie de autopsia psicológica para comprender el estado de ánimo del fallecido y para recopilar una narración de por qué ocurrió el suicidio y qué papel desempeñaron varias personas (incluyendo a sí mismos) en el suicidio. Con esto pueden ser capaces de clasificar de manera realista lo que estaba o no bajo su control.

4. Aprender habilidades para manejar las conexiones sociales. El suicidio frecuentemente interrumpe los lazos sociales entre las personas, tanto dentro de la familia como con el entorno. La gestión de estas conexiones sociales alteradas se convierte en un nuevo conjunto de habilidades que los supervivientes se ven obligados a aprender en medio de su necesidad de llorar su pérdida, lo que aumenta la dificultad de navegar en un paisaje postsuicidio interpersonal.

5. Reparación y transformación del vínculo con el difunto. El suicidio casi siempre lleva a una ruptura entre el superviviente y el fallecido, esta ruptura ocasiona en el superviviente unas emociones no deseadas contra el difunto. El terapeuta con la técnica adecuada puede ser muy útil para el superviviente ya que puede conseguir que se restablezca ese vínculo perdido con el fallecido.

6. Conmemoración del difunto, este proceso es más difícil de llevar a cabo cuando el fallecido se ha suicidado debido a la estigmatización de la muerte. Una tarea importante para los supervivientes es encontrar maneras de recordar y honrar toda la vida del difunto.

7. Restauración del funcionamiento y la reinversión en la vida, esto implica transformar el apego al fallecido y aprender a encontrar significado, placer y propósito de un modo de vida cambiado pero aún satisfactorio sin el fallecido.

Un terapeuta experto puede ser de gran ayuda para ayudar a los supervivientes a completar estas tareas. En una técnica descrita por Jordan (2015), el difunto es imaginado como un oyente empático y sintonizado, dispuesto a escuchar lo que el superviviente necesita decirles. La persona en duelo por suicidio procede a hablar con el ser querido acerca de cualquier aspecto de la ruptura de la relación que sigue siendo problemático, así como el impacto del suicidio en el duelo. Aunque esta técnica puede ser más útil para

reparar el vínculo con el fallecido, también puede ser útil para trabajar los aspectos traumáticos de la muerte, la elaboración de un relato para la muerte y la conmemoración del fallecido.

Según Houck (2007) algunas de las estrategias de intervención a tener en cuenta deben ser; identificar el tipo de apoyo recibido por los supervivientes, trabajar con el luto para identificar las pérdidas secundarias, por ejemplo, pérdida de ingresos, rol, etc. Evaluar la falta de apoyo para determinar si se debe a una falta de asertividad u otras cuestiones psicológicas. Educar a los participantes en expectativas de riesgo real o información incorrecta sobre las necesidades del luto.

Knieper (1999), considera que para los supervivientes de duelo por suicidio, la terapia individual es beneficiosa ya que obtienen un tipo de atención individual y al sentirse escuchados y al darse cuenta de las cosas importantes que tenían antes de la pérdida, hace que vuelvan a experimentar un crecimiento personal

4.4.2 Intervenciones familiares

Jordan (2015) sugiere que en general, las recomendaciones para intervenciones familiares requieren la creación de un ambiente psicológicamente seguro para que los miembros de la familia compartan su dolor y se apoyen mutuamente, facilitar psicoeducación a los miembros de la familia sobre suicidio, pena y trastorno de estrés postraumático (TEPT) y evaluar la morbilidad psiquiátrica entre los miembros (depresión, abuso de sustancias e ideación suicida).

4.4.3 Grupos de apoyo

Jordan (2015) plantea que estos grupos de apoyo son una fuente de soporte importante para los supervivientes. Suelen estar dirigidos o por un superviviente, o por un profesional o en ocasiones con ambos. Del mismo modo que los grupos formales de terapia, los grupos de apoyo normalmente no tratan de cambiar los comportamientos o las actitudes disfuncionales de los participantes. Más bien, ofrecen un entorno emocionalmente seguro y sin prejuicios en el que los miembros pueden contar su historia, recibir apoyo e intercambiar ideas sobre cómo hacer frente. También proporcionan un lugar en el que los supervivientes "veteranos" ayudan a los que son nuevos a expresar su dolor. Por último, los grupos de apoyo pueden reducir el aislamiento que muchos

supervivientes sienten de su entorno, al tiempo que ofrecen la esperanza de una restauración de la propia vida.

Los grupos de apoyo al suicidio deben permitir a los supervivientes desafiar el estigma y la vergüenza asociados con el suicidio. La intervención también debe ayudar a los supervivientes a reflexionar sobre las estrategias de afrontamiento que protegen contra sentimientos o pensamientos que son demasiado dolorosos para tratar. Finalmente, las intervenciones también deben reconocer que algunas personas necesitan un nivel de sensibilidad y atención que los grupos pueden no ser capaces de proporcionar, y que en casos de enfermedad psiquiátrica severa, la terapia individual por sí sola no será suficiente (Bell et al., 2012).

4.4.4 Intervenciones organizacionales: empleo y/o escuela

Para Jordan (2015), el suicidio puede tener un efecto de shock en las organizaciones y grupos, normalmente se ha tendido a ignorar el impacto que este tiene en el grupo. Afortunadamente, esto está cambiando ya que las organizaciones son conscientes cada vez más de que el suicidio requiere una respuesta de la comunidad. Generalmente, la intervención incluye una respuesta que comienza con apoyo y educación para el líder de la organización para que este a su vez pueda responder de forma apropiada a las reacciones de los estudiantes o empleados. La intervención también incluye ayuda a los miembros para encontrar maneras apropiadas y seguras de expresar y compartir su dolor. Mientras que también ayudan a la organización a desarrollar planes para hacer frente a las consecuencias que surgen a largo plazo debido al suicidio y para poder prevenirlo.

4.4.5 Consideraciones específicas en la intervención con menores

En cuanto a la **intervención individual** en menores, Webb (2003 cit. en Hung & Rabin, 2009) sugirió que la terapia individual es el tratamiento más eficaz en casos de duelo suicida, especialmente para aquellos que sufren un duelo complicado. Algunos investigadores han sugerido un enfoque en dos etapas para el tratamiento individual Brown et al. (2007 cit. en Hung & Rabin, 2009). La primera etapa es un breve componente educativo sobre las reacciones comunes de duelo después del suicidio, que también proporciona una oportunidad para que los clínicos evalúen cualquier necesidad especial entre los niños. En la segunda etapa, los clínicos diseñan un programa de tratamiento para adaptarse a las necesidades y metas individuales del niño.

Por otra parte, en el caso de la **intervención con grupos de apoyo** para supervivientes con menores, aunque la mayoría de estos están destinados a adultos, las técnicas y los principios utilizados por estos grupos pueden aplicarse también a los supervivientes infantiles. Un aspecto de las intervenciones de estos grupos es su naturaleza social, que puede contrarrestar las consecuencias negativas del duelo en los niños. A través de la experiencia compartida se logra la percepción de la empatía y esto es muy importante que lo perciban los supervivientes.

Las intervenciones diseñadas específicamente para niños incluyen un componente psicoeducativo sobre el suicidio y una discusión de éste y cómo revelar el suicidio a otras personas. No obstante, las intervenciones actuales del grupo de apoyo para niños suicidas son limitadas y carecen de un fuerte apoyo empírico, en general, ya que estas intervenciones fueron diseñadas para ayudar a niños cuyos progenitores habían fallecido por causas diversas y no está claro si los beneficios se podrían extrapolar a niños en duelo por suicidio de sus padres (Hung & Rabin, 2009).

En cuanto a la **terapia familiar**, ésta puede ser especialmente útil para las familias cuyas interacciones se han tensado como resultado de la muerte. Algunos autores han enfatizado la necesidad de adoptar un enfoque de sistemas más amplio con el objetivo de reestructurar la unidad familiar, teniendo en cuenta todas las fuerzas que afectan el proceso de duelo de un niño, incluyendo cualquier cambio en el sistema de apoyo más amplio (pérdida de amigos, la escuela o la ubicación y el estatus económico) y las interacciones familiares, incluyendo los diferentes puntos de vista de los miembros de la familia sobre el suicidio y las reacciones de afrontamiento Ratnarajah y Schofield (2007 cit. en Hung & Rabin, 2009).

5. Conclusiones

En este trabajo se pone de manifiesto los factores diferenciales que existen entre el duelo que se produce como consecuencia de una muerte por suicidio y el duelo producido por otro tipo de muerte así como los principales métodos de intervención que se pueden llevar a cabo con los supervivientes de una muerte por suicidio.

En cuanto a las diferencias que se encuentran en la salud, existen datos contradictorios. Hay estudios que sugieren que sí hay diferencias, que los supervivientes de una muerte por suicidio presentan más problemas de salud, que el duelo puede llegar a hacerse crónico y que éstos asumen más conductas de riesgo. Sin embargo, otros

estudios indican que no hay diferencias entre los supervivientes de una muerte por suicidio y los supervivientes de otro tipo de muerte. Los estudios demuestran, sobre todo, diferencias en cuanto a que el duelo por suicidio se suele convertir en duelo complicado.

Por otro lado, en cuanto a las relaciones y la comunicación entre los familiares, sí se encuentran diferencias ya que en el núcleo familiar se produce una ruptura con el suicidio del ser querido que es muy difícil para los seres queridos volver a reestructurarse y reestablecer las conexiones. Además, una muerte de este tipo produce un impacto mayor en el entorno que el que produce otro tipo de muerte. El estigma, es otra de las cosas que va unida a una muerte por suicidio. Los seres queridos se ven juzgados por el entorno y encuentran menor apoyo social por parte del mismo.

Las emociones más frecuentes que experimentan las personas en duelo por suicidio tienen mucho que ver con el impacto y el estigma que origina este tipo de muerte. Los supervivientes muestran ira, se sienten culpables de lo que ha pasado, se sienten abandonados por la persona que ha cometido el suicidio y sienten también vergüenza. Es muy frecuente que presenten pensamiento distorsionado, es decir, que piensen que esa persona no se ha quitado la vida sino que su muerte ha sido por otro motivo. Además, estas personas son una población en riesgo de ideación suicida. Cuando se analizan las percepciones de los demás, se encuentra que éstos tienen pensamientos menos favorables hacia estos supervivientes y piensan que sufren más.

A su vez, el caso de los menores como supervivientes de suicidio y padres y madres que han perdido un hijo o hija por suicidio merece una especial atención.

En el caso de los menores como supervivientes de suicidio se puede esperar que éstos niños se muestren irritables y con estados de ánimo cambiantes. Además, la conducta suicida tiene altos componentes genéticos, por tanto, los menores tienen riesgo de cometer un acto suicida.

En el caso de los padres cuando pierden un hijo o hija, los sentimientos de culpa y de responsabilidad son mayores. Además de que el dolor es más grande debido a que no es lo natural que un padre o una madre pierda a un hijo o hija y menos de una forma tan trágica.

En cuanto a las intervenciones con este tipo de supervivientes, tienen que ser diferentes a las usadas en supervivientes de otro tipo de muerte debido a las características

distintivas de un duelo de este tipo. Estas intervenciones tienen que estar adaptadas a las características individuales de cada persona.

En primer lugar, en la terapia individual se plantea que hay que seguir una serie de tareas; contrarrestar los síntomas intrusivos que se producen a consecuencia del trauma, adquirir habilidades para regular el dolor y para manejar las conexiones sociales, reparar el vínculo con el difunto y por último, reinstaurar el funcionamiento de la vida tras el fallecimiento. En segundo lugar, en las intervenciones familiares se plantea, sobre todo, psicoeducación a los miembros de la familia y crear un ambiente en el que los miembros de la familia puedan compartir su dolor. En tercer lugar, las intervenciones con grupos de apoyo, pueden ser útiles ya que ofrecen un entorno que reduce el aislamiento que los supervivientes sufren por parte de su entorno. Por último, ya que el suicidio puede tener un impacto en las organizaciones, es decir, en el lugar de trabajo o escuela, se hace una intervención para que la organización sepa reaccionar de manera adecuada a las reacciones de los supervivientes, ya sean empleados en el caso del trabajo o estudiantes en el caso de la escuela.

Con respecto a las intervenciones en menores, la terapia individual parece ser el tratamiento más eficaz en estos casos. Primero, se lleva a cabo una psicoeducación y posteriormente, se adecúa el tratamiento a las necesidades del menor. En las intervenciones con grupos de apoyo, se aplican las técnicas y los principios utilizados con personas adultas. Aunque hay intervenciones diseñadas específicamente a menores que incluyen un componente psicoeducativo sobre el suicidio y una discusión sobre éste. En cuanto a la terapia familiar, ésta puede ser útil cuando las conexiones entre los miembros se han tensado debido al fallecimiento.

En definitiva, en este ámbito todavía queda mucho por investigar en cuanto a intervenciones se refiere ya que no hay una que sea la más adecuada sino que a cada persona le puede beneficiar más una que otra, dependerá de las características de cada una. Por último, Neimeyer y Cerel (2015) recomiendan investigar con el fin de identificar los impactos específicos y comunes del duelo por suicidio así como variables que actúan como factores de riesgo o de protección ante esos efectos. También sugieren que se investiguen procesos sociales que podrían actuar de moderadores en el impacto tras la pérdida por suicidio y estudiar la eficacia del apoyo mutuo y de las intervenciones que se llevan a cabo.

6. Referencias bibliográficas

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1-17.
- Alcaide, I. (2010). Duelo y melancolía, complemento del narcisismo. *Revista de Psicología GEPU*, 1(1), 25-31.
- Andersson, T. E. (2012). *Nobody talks about suicide, except if they're kidding: disenfranchised grief, coping strategies, and suicide survivor identity in peer suicide grievors* (tesis doctoral). Department of Sociology, Case Western Reserve University.
- Bailey, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(3), 256-271.
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., & Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Illness, crisis, loss*, 20(1), 49-68. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/IL.20.1.e>
- Botha, K. J., Guilfoyle, A., & Botha, D. (2009). Beyond normal grief: A critical reflection on immediate post-death experiences of survivors of suicide. *Australian eJournal for the Advancement of Mental Health* 8(1), 37-47. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.8.1.37>
- Capitano, C. (2012). *The effects of continuing bond on posttraumatic stress disorder and complicated grief among parents bereaved by the suicide of their child* (tesis doctoral). The University of New Mexico, New Mexico.
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Research Trends*, 29(1), 38-44. doi: 10.1027/0227-5910.29.1.38
- Constantino, R. E., Sekula, L. K., & Rubinstein, E. N. (2001). Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 428-441.
- Ellenbogen, E., & Gratton, F. (2001). Do they suffer more? reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 83-90.

- Garciandía Imaz, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 71-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.009>
- García-Viniegras, C. R. V., y Pérez-Cernuda, C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Groot, M. H., Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418-431.
- Groot, M., Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7601), 994-996 doi:10.1136/bmj.39161.457431.55
- Groot, M., Neeleman, J., Van Der Meer, K., & Burger, H. (2010). The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: the mediating role of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 425-437.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders* 72, 185-194
- Houck, J. A. (2007). A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6(3), 97-112, doi: 10.1300/J187v06n03_07
- Hung, N. C. & Rabin, L. A. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: a critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Studies* 33, 781-814. doi: 10.1080/07481180903142357
- Instituto Nacional de Estadística. 2017. INEbase, sociedad, salud 2015. [Consulta: 3 abril 2017] Disponible en:<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3651&capsel=3657>
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? a reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102

- Jordan, J. R. (2015). Grief after suicide: the evolution of suicide postvention. In J. M. Stillion & T. Attig (Eds.), *Death, Dying, and Bereavement: Contemporary Perspectives, Institutions, and Practices* (pp. 349-362). New York, NY: Springer
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors. *Advances in Mental Health* 10(1), 98-99
- Jordan, J. R., & Mcmenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 337-349.
- Kovac, S. H., & Range, L. M. (2000). Writing projects: lessening undergraduates' unique suicidal bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 50-60.
- Knieper, A. J. (1999). The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 353-364.
- Mckay, K., & Tighe, J. (2013). Talking through the dead: the impact and interplay of lived grief after suicide. *Omega* 68(2), 111-121.
- Mcmenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. N. (2008). What do suicide survivors tell us they need? results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375-389.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 498-506.
- Mitchell, A. N., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Research Trends*, 25(1), 12-18. doi: 10.1027/0227-5910.25.1.12
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma* 9(1), 21-34 doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1532502490255287>
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *The American Journal of Psychiatry* 161(8), 1411-1416

- Neimeyer, R. A., & Cerel, J. (2015). Surviving suicide loss: recommendations for research. *Acta universitaria*, 25(NE-9), 5-9. doi: 10.15174/ au.2015.885
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona, España: Paidós.
- Puerta, E. (2016). El gran error de no hablar del suicidio, la mayor causa de muerte no natural. Descargado de http://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2016-01-17/el-gran-error-de-no-hablar-del-suicidio-la-mayor-causa-de-muerte-no-natural_798230/.
- Powell, K. A., & Matthys, A. (2013). Effects of suicide on siblings: uncertainty and the grief process. *Journal of Family Communication* 13(4), 321-339 doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15267431.2013.823431>
- Sveen, C. A., Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29.
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., et al. (2016). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies* 0, 1-9 doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Tal-Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(4), 177-186.
- Vessier-Batchen, M. (2007). *Life after death: a comparison of coping and symptoms of complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents* (tesis doctoral). Louisiana State University Health Sciences Center, New Orleans.
- Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Barcelona, España: Espasa Libros.
- Wojtkowiak, J., Wild, V., & Egger, J. (2012). Grief experiences and expectance of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42(1), 56-66. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00070.x