

INTERVENCIONES PARA LOS SUPERVIVIENTES DEL SUICIDIO

ELENA MARCO RAMO

Enfermera especialista de salud mental. Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar. Zaragoza.

RESUMEN

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

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

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

Palabras clave: suicidio, supervivientes, duelo, familia, recursos.

INTRODUCCIÓN

El suicidio, según la Real Academia Española (RAE), se conoce como el acto voluntario con el que una persona pone fin a su vida. El suicidio puede considerarse una muerte traumática, producida de forma violenta, prematura e inesperada^{1,2}.

El suicidio es multicausal; se da cuando los recursos para afrontar el problema son menores que el sufri-

miento que genera³. Es una muerte que se considera una tragedia humana; para la víctima, es la única salida que encuentra y, para la familia, tiene repercusiones a nivel individual y familiar⁴⁻⁸.

Cada persona que se suicida deja atrás a una familia y amistades, se estima que, en cada suicidio, quedan seis personas afectadas a nivel físico y psicológico; atraviesan etapas dolorosas y se evidencia una mayor incidencia de comorbilidad^{1,9}. La suicidología contemporánea ha establecido un término para los que sufren una pérdida por suicidio: *supervivientes*. Se refiere a quienes han tenido una pérdida por

Correspondencia: Elena Marco Ramo
Correo electrónico: elena.mr.1997@gmail.com

suicidio. Antiguamente, solo hacía referencia a los familiares, pero ahora ya contempla a todos los allegados de la víctima^{6,10}.

La diferencia en la tasa de suicidios entre ambos sexos es clara: se suicidan cuatro veces más los hombres que las mujeres^{9,11,12}. Las edades comprendidas entre los 40 y los 60 años son las de mayor riesgo². Los datos se ven influidos por el estigma; en algunos países, la causa de la muerte no se registra como suicidio. Además, solo se registran los suicidios consumados, no los intentos autolíticos, que se estima que son 20 veces más fre-

cuentes^{2,13}. España es uno de los países de la Unión Europea con menores tasas de suicidio; pese a ello, los casos de suicidio están aumentando en los últimos años. En el año 2020, según las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE), se ha alcanzado la cifra máxima, con un total de 3941 personas fallecidas, es decir, 10 personas al día, 1 persona cada 2 horas y media^{2,11,14}.

Son varios los factores que se asocian al riesgo de suicidio (tabla 1); es importante destacarlos, ya que conocerlos ayuda a detectar el riesgo autolítico y, por lo tanto, prevenir el suicidio^{1-3,9,15-17}.

Tabla 1. Factores que se relacionan con el riesgo de suicidio

Edad	• En niños, es poco frecuente; aumenta en la adolescencia, siendo la 2.ª causa de fallecimiento, tras los tumores^{3,9}. • La población adulta entre 40 y 59 años es la que más suicidios consumados ha llevado a cabo en nuestro país en el año 2020^{2,3}. • En los mayores de 65 años, la tasa aumenta con la edad. Son el grupo de más riesgo por la letalidad, determinación y dificultad de prevención. El 90 % de los que lo intentan por primera vez llegan a suicidarse³.
Sexo	Los hombres se suicidan cuatro veces más que las mujeres, pero ellas lo intentan tres veces más. Los hombres usan métodos que tienen más posibilidades de llegar a la muerte, suelen tener reacciones más impulsivas y es más difícil detectar el pensamiento, ya que hablan menos sobre ideas suicidas ^{3,9,15} .
Factores psicológicos y cognitivos	Impulsividad, agresividad, perfeccionismo, apego inseguro, dificultades para solucionar problemas, baja autoestima, sentimientos de fracaso, autolesiones... ^{3,9,16} . Tener alguna enfermedad psiquiátrica se considera el principal factor de riesgo. La depresión es el trastorno mental con el índice de suicidio e intento de suicidio más elevado (10-15 %) ^{1,9} . Cuando el paciente empieza a mejorar de un episodio depresivo, aumenta el riesgo de suicidio, ya que es cuando empieza a recuperar la energía para poder planificarlo y llevarlo a cabo ^{3,9,17} .
Historia de intentos previos de suicidio	Durante los tres meses posteriores y antecedentes familiares de suicidios o enfermedades mentales ^{3,9,17} .
Problemas de salud física	Tener algún problema de salud física que sea limitante, crónico, o que genere dolor y dependencia ^{3,9} .
Factores sociales	Precaria situación económica; personas solteras, separadas o divorciadas; falta de red y apoyo social y familiar; orientación sexual, hombres y mujeres homosexuales y bisexuales; eventos vitales estresantes (jubilación, emigración...); maltrato físico o psicológico; internamiento en centros sanitarios... ^{3,9} .
Factores laborales	Desempleados y trabajadores no cualificados, militares y profesionales sanitarios ^{3,9} .

Fuente: elaboración propia.

El duelo se podría definir, según Worden, como un proceso emocional normal que tiene lugar después de una pérdida significativa y que se manifiesta a través de una serie de patrones cognitivos, emocionales, afectivos y del comportamiento¹⁸. Cada duelo es único e irrepetible; se considera que se ha superado el duelo cuando la persona es capaz de rehacer su vida y de recordar al fallecido sin sentir dolor^{4,19}.

El duelo puede convertirse en patológico o duelo no adaptativo si no se resuelve correctamente¹⁸. Según la 5.ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5; del inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*), es un trastorno de duelo complejo persistente. Se da cuando, un año después de la muerte, la persona sigue presentando síntomas como anhelo, preocupación por la muerte del ser querido, dificultades para aceptar la pérdida, tristeza, ira, culpabilidad, evitación de estímulos que recuerden al fallecido, deseo de muerte, sentimientos de soledad, y dificultades para pensar o para plantearse un plan de futuro^{18,20}.

El duelo por pérdida de un familiar por suicidio tiene un impacto emocional más intenso que en otro tipo de pérdidas, que puede complicar o alargar el proceso^{1,5}. Se han encontrado cuatro etapas fundamentales en el duelo por suicidio^{1,5,10,21}. En un primer momento, destaca el *shock* tras recibir la noticia, seguido de la negación, ira, tristeza, rabia... Más adelante, aparecen los problemas psicológicos y físicos, con la consiguiente necesidad de apoyo. El entorno de la familia, en ocasiones, no sabe cómo ofrecerles el apoyo que necesitan, tendiendo a las relaciones evasivas, por lo que mayormente los familiares se quedan solos ante el dolor. Después de los primeros momentos, aparece la búsqueda constante de una explicación y los sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Posteriormente, será un duelo más elaborado, dependiendo del afronta-

miento que se haya hecho y de la ayuda recibida. Se van rectificando algunos pensamientos erróneos; también aparecen los miedos a que ocurra de nuevo algo similar y sentimientos de que, por empezar a rehacer la vida, te has olvidado de él. Finalmente, se acepta lo ocurrido, se respeta la decisión tomada, el familiar perdona al propio fallecido y se perdona a él mismo. Se empieza a hablar del fallecido de una forma natural y se empiezan a recuperar recuerdos positivos.

OBJETIVOS

- Conocer los factores que influyen en la evolución del duelo por suicidio.
- Conocer las intervenciones necesarias para favorecer la evolución del duelo por suicidio.

JUSTIFICACIÓN

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

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el suicidio y el proceso de duelo de los supervivientes del suicidio, siguiendo la metodología PRISMA (del inglés, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses):

1. En primer lugar, se establecieron las siguientes palabras clave, que fueron combinadas con los operadores booleanos «AND» y «NOT»:
 - Suicidio.
 - Supervivientes.
 - Duelo.
 - Familia.
 - Recursos.
2. En segundo lugar, se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: CUIDEN, MedLine, Dialnet y SciELO.
3. Los criterios planteados se recogen en la tabla 2.
4. A continuación, se localizaron los trabajos en la opción de búsqueda avanzada (resumen y texto completo). Inicialmente, se leyó el resumen de los artículos: si aportaban información relacionada con los objetivos propuestos en el estudio y cumplían criterios de inclusión, se recuperaba el texto completo para su posterior análisis.
5. Se seleccionaron un total de 20 artículos, 11 en español y 9 en inglés (fig. 1).

RESULTADOS

Factores determinantes en la evolución del duelo tras el suicidio

El duelo por el fallecimiento de un familiar por suicidio tiene un impacto emocional mayor que la muerte por otra causa^{1,4,21,22}. Además, la evolución se puede ver influida por factores como la comunicación, el modelo de afrontamiento, el modo y lugar de la muerte, las notas de despedida o la relación con el fallecido.

Comunicación

Tras la muerte por suicidio de un miembro de la familia, se activan los mecanismos de defensa. Se incrementa la comunicación entre el núcleo familiar y los círculos cercanos, se distancia la comunicación con el exterior y se intensifican los conflictos familiares previos^{4,23,24}.

Aparte, de aquí surgen las distorsiones comunicativas que dificultan el proceso del duelo, como la culpa o el autoaislamiento. También los secretos sobre cómo y a quién contar lo realmente sucedido. Se suele imponer a los niños o ancianos como «mecanismo protector»; con la intención de protegerles, no se les deja participar en el proceso de duelo y puede crear trastornos emocionales y conductuales⁴.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos científicos	Editoriales, cartas al director
Publicados desde 2018 hasta la actualidad	Publicados antes de 2018
Idioma español e inglés	Idioma distinto del español o inglés
Relacionados con los objetivos propuestos	No relacionados con los objetivos propuestos

Fuente: elaboración propia.

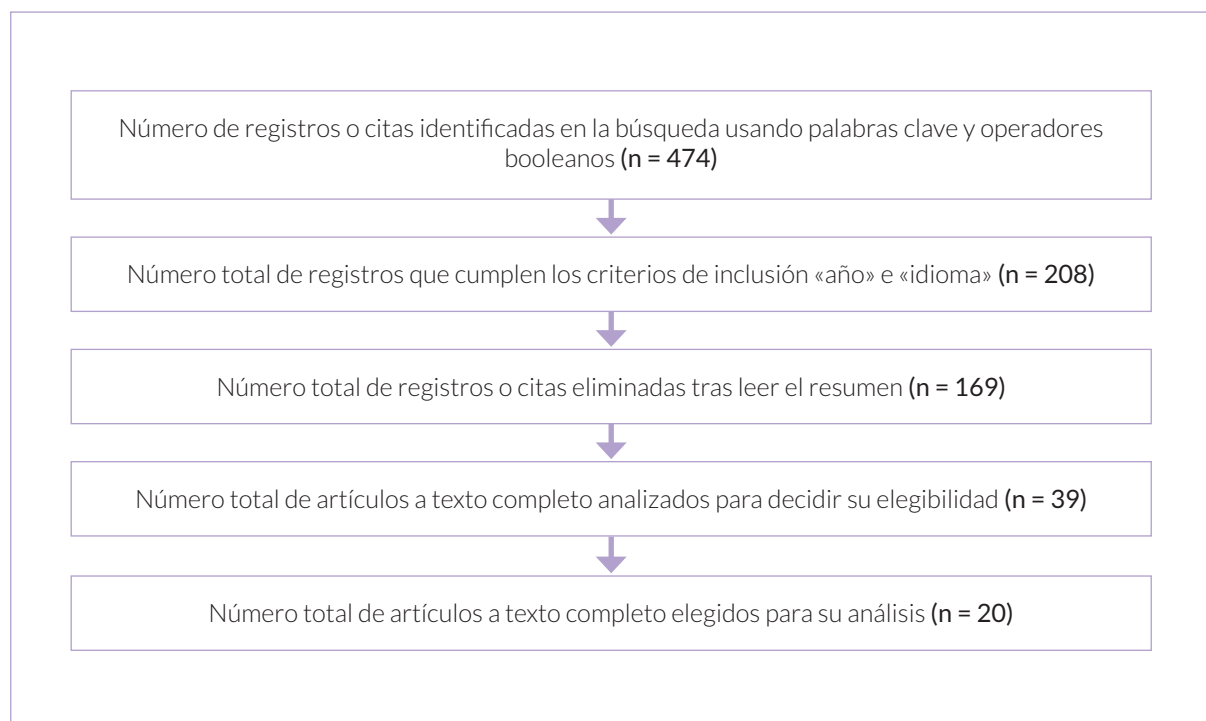


Figura 1. Diagrama de flujo de la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para la recuperación de artículos.

n: tamaño de la muestra.

Fuente: elaboración propia.

Modelo de afrontamiento

Varios autores diferencian, por una parte, los factores de estrés orientados a la pérdida y, por otra parte, los orientados a la recuperación. Los factores de estrés orientados a la pérdida serían la rememoración, el recuerdo, la expresión emocional, las rumiaciones sobre el hecho, la evitación o la negación de los cambios... Y los factores de estrés orientados a la restauración serían la capacidad de rehacer una nueva planificación de vida sin la persona perdida, hacer cosas nuevas, buscar actividades distractoras, evitar la pena... La evolución del duelo se ve marcada por períodos en los que predomina un factor, y otros períodos en los que predomina el otro. Según los expertos, lo ideal sería llegar a un

equilibrio entre ambos, tanto a nivel individual como a nivel familiar. En las familias, es difícil llegar a este balance; suelen posicionarse de forma rígida en posición de pérdida o de recuperación, lo que supone un proceso disfuncional durante la evolución del duelo, tendiendo a la incomunicación y soledad para aquel miembro de la familia que no se posiciona de la misma forma^{4,25,26}.

Modo y lugar de la muerte

La valoración que haga la familia del acto viene marcada por lo agresivo que haya sido, cómo ha sido el encuentro del cadáver y dónde se ha llevado a cabo el hecho, factores que influirán en la evolución del duelo. El impacto del encuentro del cadáver y el lugar donde se ha producido la muerte también es signi-

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

Notas de despedida

Los miembros de la familia buscan continuamente una justificación del hecho; con frecuencia, tienden a autoculparse por lo sucedido. Los mensajes de despedida ayudan a la familia a perdonarse y también a perdonar a la persona fallecida^{10,27}. Las notas de despedida pueden ser explicando el motivo del suicidio o pidiendo perdón a la familia. Pueden dar un sentido a la muerte y disminuir la incertidumbre de la familia de por qué lo ha hecho^{1,21,28}.

Relación con el fallecido

El impacto familiar de la muerte viene influido por el miembro de la familia que se ha suicidado y la relación con él, es decir, por el desarrollo evolutivo de la familia. Según la teoría de apego de Bowlby⁹, el nivel de intensidad de las relaciones varía con cada individuo; además, añade que un apego saludable ayuda a que el duelo sea más sano²⁸. Cuando la pérdida es de la pareja, el impacto dependerá del momento de la relación⁹. Las muertes de un hijo son las que más repercuten a nivel emocional de forma generalizada en todos los miembros de la familia; el proceso de duelo será más complicado. Incluso hay autores que definen este duelo como un duelo sin fin^{9,29}. La pérdida de uno de los padres provoca una conmoción familiar menor que la pérdida de un hijo, debido al momento vital en el que se encuentran; considerar el envejecimiento, la pérdida de capacidades o el no querer ser una carga son elementos comprensibles, que facilitan el duelo⁴.

HAY ESTUDIOS QUE INDICAN QUE UN FALLECIMIENTO POR SUICIDIO AFECTA HASTA A 135 PERSONAS, POR LO QUE LA POSVENCIÓN ES UNA PRIORIDAD DE SALUD PARA LA SOCIEDAD.

Intervenciones para los supervivientes del suicidio

Varios psicólogos del siglo pasado llevaron a cabo una evaluación e intervención después de un evento suicida para apoyar al entorno afectado y prevenir complicaciones como el suicidio. A esta intervención, Shneidman la llamó *posvención*¹⁰. **Hay estudios que indican que un fallecimiento por suicidio afecta hasta a 135 personas, por lo que la posvención es una prioridad de salud para la sociedad**^{1,10}. Son intervenciones muy importantes que proporcionan apoyo en la situación del duelo y previenen el suicidio de otro miembro de la familia. Se recomienda que se haga desde la fase temprana del duelo¹. Se centran en mejorar la calidad de vida del sufriente, disminuir el aislamiento social, aumentar la autoestima, disminuir el estrés y prevenir enfermedades mentales¹⁸.

Hay que tener en cuenta que el impacto de un fallecimiento en la familia crea mecanismos protectores que, en el caso de muerte por suicidio, son mecanismos disfuncionales en el proceso del duelo. Es decir, el aislamiento social, la reagrupación familiar, la disminución de la comunicación tanto dentro de la familia como con el entorno y la soledad. La detección temprana de factores de riesgo para un afrontamiento del duelo desadaptativo (tabla 3) disminuirá la posibilidad de desarrollar complicaciones físicas y psicológicas futuras; además, reducirá los

Tabla 3. Afrontamiento adaptativo y desadaptativo²²

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

Fuente: elaboración propia.

costes sanitarios que la atención conlleva. Lo que se pretende es acortar los tiempos entre el acto y la intervención familiar^{4,20,30-32}.

Tan pronto como sea posible, se debe atender a los miembros de la familia afectada de forma flexible y según sus demandas. Los profesionales tienen que ofrecer toda la información sobre recursos de ayuda y la posibilidad de un seguimiento a largo plazo¹.

Se prioriza trabajar con tareas, sin tener en cuenta las etapas del duelo, ya que no necesariamente todo el mundo pasa por todas etapas. Se señalan una serie

de tareas que se han observado que son útiles en el abordaje de estas familias y que facilitan el proceso de duelo. Destacamos las siguientes (tabla 4)⁴.

Las intervenciones en la familia se pueden realizar desde equipos multidisciplinarios¹. Tras las intervenciones, se ha visto una mejoría en la sintomatología depresiva, el manejo de la ansiedad, los factores psicológicos, la reducción del dolor, la evolución del duelo y la satisfacción con la terapia¹.

La intervención escolar cuando uno de los compañeros se ha suicidado se centra en el apoyo psicoló-

Tabla 4. Tareas para trabajar con los supervivientes del suicidio⁴

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

Fuente: elaboración propia.

EL IMPACTO DE UN FALLECIMIENTO EN LA FAMILIA CREA MECANISMOS PROTECTORES QUE, EN EL CASO DE MUERTE POR SUICIDIO, SON MECANISMOS DISFUNCIONALES EN EL PROCESO DEL DUELO.

gico o *counselling* al entorno más cercano, orientada a explicar qué es la muerte, el suicidio y el duelo, y a favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos. También se trabaja sobre la formación a los profesionales del colegio^{1,31,33}. La intervención para niños en el proceso de duelo se recomienda mediante actividades grupales y de campamentos. Se trabaja la comprensión de la muerte, las características del suicidio y del duelo, las estrategias de afrontamiento, y la expresión y el reconocimiento de emociones¹⁰.

Recursos para los supervivientes

El primer apoyo que recibe la familia es del resto de familiares, de sus amigos y de la comunidad. Los grupos de apoyo son otro recurso que ayuda en el duelo; en ellos, pueden expresar su experiencia y, a su vez, escuchar la de los demás, podrán empatizar con ellos, sentirse apoyados y darse cuenta de que no son los únicos que están pasando por un proceso así^{10,30}. Hay familiares que optan por acudir a comunidades religiosas; supone un factor protector para el riesgo de suicidio de otros miembros de la familia y facilita el proceso de afrontamiento del duelo^{9,10,34}.

Un tratamiento psicológico y multidisciplinario proporciona una atención integral orientada a la recuperación y ofrece una continuidad durante el duelo¹⁰. Las terapias tanto individuales como familiares y

grupales, así como la combinación entre ellas, permiten afrontar de manera positiva el duelo^{9,20}. Los abordajes más empleados son el *counselling*, la terapia cognitivo-conductual y las terapias de tercera generación como el *mindfulness*^{20,35}. Dependiendo de la evolución del duelo y de las consecuencias psicológicas que se desarrollen, se precisa de tratamiento farmacológico, principalmente, antidepresivos y ansiolíticos^{10,20,36}.

DISCUSIÓN

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

El duelo es diferente en cada persona, dependerá del motivo de la pérdida, de la relación con el fallecido, de la madurez mental y la capacidad de afrontamiento, de la posibilidad de recibir apoyo y la espiritualidad^{1,4,20}. Čepulienė y Skruibis³⁴ coinciden con otros autores^{9,10} en que las comunidades religiosas son un lugar en el que las familias encuentran ayuda, esperanza y fuerza para superar el duelo. Otros de los recursos que ayudan a los familiares, además de la ayuda de los profesionales de la salud mental, son los grupos de ayuda mutua³⁰ y las terapias de tercera generación como el *mindfulness* según dicen Alonso-llácer *et al.*²⁰.

En una pérdida por suicidio, coinciden los autores que influirá el lugar en el que se ha quitado la vida y el método usado. Silva *et al.*³ diferencian entre si el suicidio ha sido dentro o fuera de casa y la violencia del método usado para terminar con la vida. Dutra *et al.*³⁷ indican en su investigación que el cambio de domicilio del resto de la familia ayuda a superar el duelo, ya que, si el suicidio ha sido en el

LA ATENCIÓN PROFESIONAL —CONCRETAMENTE, EL SOPORTE EMOCIONAL— SE REQUIERE, SOBRE TODO, EN EL PRIMER AÑO DE DUELO.

propio hogar, se relaciona con una dificultad de adaptación.

Los familiares que han perdido a un miembro por suicidio necesitan ayuda profesional para superar el duelo y poder hacer frente a la situación de una manera adaptativa. Hay poca bibliografía sobre familiares después de un suicidio. Los autores que han investigado en ello destacan la importancia de acoger a la familia, escucharla y comprenderla. El objetivo es que puedan aceptar la pérdida y continuar con sus vidas^{1,4}. Según Antón San Martín⁴, hay varias tareas que se ha demostrado que ayudan a cubrir las necesidades de los familiares que han perdido a un miembro por suicidio.

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

CONCLUSIONES

- El suicidio se considera actualmente un grave problema de salud pública. Por ello, es imprescindible desarrollar políticas nacionales y locales de prevención del suicidio, sensibilizar a la población y detectar de forma temprana la ideación autolítica para prevenir casos de suicidio.

- Los profesionales sanitarios tienen que tener conocimientos de las diferencias del duelo por suicidio respecto a otras causas y conocer las consecuencias que conlleva afrontar la pérdida de un ser querido por suicidio, para poder ofrecer unas intervenciones de calidad durante el duelo.
- Los esfuerzos de la sanidad pública por formar a los médicos, enfermeros, trabajadores sociales y a la población en general en el manejo de la depresión y la prevención del suicidio también pueden contribuir a una identificación más eficaz de los individuos con riesgo, así como a una intervención más oportuna y eficaz.
- Es necesario continuar con investigaciones centradas en la evolución del duelo de las familias tras la muerte por suicidio, ya que, actualmente, apenas existe bibliografía sobre ello. Investigar en este campo favorecerá la atención que se ofrezca a las familias y la evolución de su duelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Santiago de Compostela (A Coruña): Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad; 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
2. Grupo de Sanidad y Biopolítica. Profesionales del Bien Común. Informe del suicidio en España (Actualización 2023). Disponible en: <https://biopolitica.net/2022/09/09/informe-del-suicidio-en-espana-actualizacion-2022/>
3. Silva L, Quirino Afonso B, Rodrigues Dos Santos M, Freire Baliza M, Mariano Rossato L, Szyllit R. Care for families after suicide loss: nursing academic experience. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 5):2206-12.
4. Antón San Martín JM. Suicidios y familias. Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención. *Redes*. 2019;(39):83-96. Disponible en: <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/74>
5. Montés Germán M, Jiménez González A, Jiménez Pietro-paolo J; Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por

- Suicidio (AIPIS-FAeDS). Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes. Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2019. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
6. Bellini S, Erbutto D, Andriessen K, Milelli M, Innamorati M, Lester D, et al. Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Front Psychol*. 2018;9:198.
 7. Kölvcs K, Zhao Q, Ross V, Hawgood J, Spence SH, De Leo D. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: an analysis of grief reactions six-months after death. *J Affect Disord*. 2019;243:96-102.
 8. Sánchez Ortuño M, Fornés Vives J. Plan de cuidados para la persona con problemas emocionales: ansiedad, depresión y riesgo de suicidio. En: Fornés Vives (dir.). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y cuidados*. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021. p. 95-109.
 9. Perdomo Jurado YE, Caro Delgado AG, Ortiz Amerita N, Ramírez Jaramillo CL. Duelo por suicidio. Salud y afrontamiento. Una revisión de literatura. *Poliantea*. 2021;16(28):56-61.
 10. Baños-Chaparro J. Duelo por suicidio: ¿qué sucede después en la familia? *Rev Investig Psicol*. 2022;25(1):159-70.
 11. Ruiz Gómez F, Moscoso Osorio LA, Godoy Casadiego MA, Hurtado Neira AE. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la prevención de la conducta suicida en el entorno institucional de protección. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/documento-orientaciones-prevencion-conducta-suicida.pdf>
 12. Plataforma Nacional para el Suicidio y la Prevención del Suicidio. El suicidio en España. Datos visuales del suicidio en España. Disponible en: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/mapa>
 13. Organización Mundial de la Salud. Cada 40 segundos se suicida una persona. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
 14. Ministerio de Sanidad. 024. Línea de atención a la conducta suicida. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
 15. Gómez Barrios P. La Dirección de Salud Pública pide una barrera anti-suicidios en el nuevo puente Champlain. *Radio Canadá Internacional*. 2013. Disponible en: <https://www.rcinet.ca/es/2013/09/10/la-direccion-de-salud-publica-pide-una-barrera-anti-suicidios-en-el-nuevo-puente-champlain/>
 16. Ingreso psiquiátrico en la Unidad de Agudos del Centro de Salud Mental Pérez-Espinosa (Asturias). Llanera: Clínica Pérez-Espinosa Salud Mental. Disponible en: <https://clinicaperezespinosas.com/unidad-agudos/>
 17. Pulido Guerrero EC, Lora Carrillo LJ, Coronel Arias LV. Evaluación de un modelo explicativo del riesgo suicida con base en factores familiares. *Interdisciplinaria*. 2022;39(2):297-312. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/180/18070801019/>
 18. García Hernández A, Rodríguez Álvaro M, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Martínez Alberto CE, Marrero González CM. Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Ene*. 2021;15(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100001&lang=es
 19. Díaz B. El duelo. Julia Pascual. Disponible en: <https://www.juliapascual.com/duelo/>
 20. Alonso-Llácer L, Lacomba-Trejo L, Pérez-Marín M. Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Medicas UIS*. 2021;34(3):85-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v34n3/1794-5240-muis-34-03-85.pdf>
 21. Ross V, Kölvcs K, Kunde L, De Leo D. Parents' experiences of suicide-bereavement: a qualitative study at 6 and 12 months after loss. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):618.
 22. Montejano Martín S. Psicología de las emociones: la culpa. *Psicoglobal*. 2016. Disponible en: <https://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa>
 23. López Albendea G. Alcoholismo: estas son las enfermedades que desencadena. *CuidatePlus*. 2020. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/11/08/alcoholismo-son-enfermedades-desencadena-175505.html>
 24. Hernández Ruiz L. De la vergüenza y la culpa al miedo. Cadena de emociones tras un suicidio. *EntreDiversidades*. 2022;9(1):272-97. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-76102022000100272
 25. Fernández Costa R. Por qué no digo los que pienso: la teoría de "la espiral del silencio" que debes conocer. *El Español*. 2022. Disponible en: https://www.elespanol.com/mujer/salud-bienestar/20220816/no-pienso-teoria-espiral-silencio-debes-conocer/690681234_0.html
 26. Molina Torres, J. Autolesiones en la adolescencia. *Tejedor de historias*. 2019. Disponible en: <https://tejedordehistorias.wordpress.com/2019/08/08/autolesiones-en-la-adolescencia/>
 27. La despedida de Virginia Woolf: una carta de suicidio, piedras y un adiós. *El Confidencial*. 2018. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/cultura/2018-01-25/virginia-woolf-carta-suicidio-por-que_1511239/
 28. Testoni I, Francescon E, De Leo D, Santini A, Zamperini A. Forgiveness and blame among suicide survivors: a qualitative analysis on reports of 4-year self-help-group meetings. *Community Ment Health J*. 2019;55(2):360-8.
 29. Bueno M. El viaje más doloroso. La muerte de un hijo. *CSC (Criar con sentido común)*. Disponible en: <https://www.criarconsentidocomun.com/duelo-por-la-muerte-de-hijo/>
 30. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health

- effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019472.
31. Berardelli I, Erbuto D, Rogante E, Sarubbi S, Lester D, Pompili M. Making sense of the unique pain of survivors: a psychoeducational approach for suicide bereavement. *Front Psychol*. 2020;11:1244.
32. De Jorge J. El aislamiento social, tan duro para el cerebro como el hambre. *ABC*. 2020. Disponible en: https://www.abc.es/ciencia/abci-aislamiento-social-duro-para-cerebro-como-hambre-202011232113_noticia.html
33. Sabater V. Trece estrategias para educar a los niños en inteligencia emocional. *La mente es maravillosa*. 2023. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/diez-reglas-para-educar-a-los-ninos-en-inteligencia-emocional/>
34. Čepulienė AA, Skruibis P. The role of spirituality during suicide bereavement: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8740.
35. Mindfulness, la creciente industria de trabajar la atención plena. *ReasonWhy*. 2021. Disponible en: <https://www.reasonwhy.es/actualidad/mindfulness-negocio-industria-creciente-atencion-plena>
36. Caballero Á. Escuchar, acompañar y no ignorar las señales de alerta: ¿cómo provenir el suicidio? *rtve*. 2021. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20211218/como-prevenir-suicidio-consejos-psicologos/2240080.shtml>
37. Dutra K, Corrêa Preis L, Caetano J, Guedes Dos Santos JL, Lessa G. Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 5):2146-53. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JhkJkrN5nqtcgy4YdGZFYVq/?lang=en>