



INTERPSIQUIS 2021

**Congreso Virtual Internacional
de Psiquiatría, Psicología
y Salud Mental**

26 de mayo de 2021

MESA 018:

**ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS
DE PREVENCIÓN DEL
SUICIDIO EN CASTILLA-LA
MANCHA**

**Abordaje del Duelo por
Suicidio desde Atención
Primaria**



PONENCIA 1: ABORDAJE DEL DUELO EN SUPERVIVIENTES DE SUICIDIO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Esther González Jiménez. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica, vía PIR. Facultativa Adjunta Especialista en Psicología Clínica en la Unidad de Salud Mental para Adultos, Torrijos, Complejo Hospitalario de Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Integrante del Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención del Suicidio, constituido por el Servicio de Salud de Castilla-la Mancha.

RESUMEN

El suicidio es un acto de violencia extrema. La persona que se suicida ejerce sobre sí misma una violencia que destruye su cuerpo; pero es que, inconscientemente o no, ejerce también violencia contra las personas de su entorno, infringiéndoles una herida profunda e imborrable.

No hay preparación posible; te encuentras esa realidad de golpe, como si te obligasen a tragarte una pastilla enorme sin agua, sin poder disolverla, ni partirla.

El nudo en la garganta es parecido. ¡Quedan pendientes tantas cosas que desearías haber dicho o hecho con esa persona! Y todo eso queda en un rincón de tu corazón, muy escondido, porque si lo abres, duele demasiado.

(Testimonio de un superviviente)

Esta ponencia tiene como objetivo hablar de la cara del suicidio más desconocida y desatendida de todas: **los duelos por suicidio**. En el ámbito de la conducta suicida, el concepto de prevención no debería ir asociado exclusivamente a prestar atención a las personas que expresan ideación suicida o llegan a realizar intentos, sino ser considerada un «continuum» que engloba diferentes niveles, incluyendo uno específicamente enfocado a la postvención; es decir, al apoyo que necesitan los familiares y/o allegados de quien ha fallecido por suicidio (también denominados supervivientes).

En este contexto de postvención, resulta ineludible dirigir nuestra mirada hacia quienes representan la puerta de entrada a nuestro Sistema Sanitario: los **Equipos de Atención Primaria**. Con la adecuada formación y medios, estos equipos pueden y deben desempeñar un papel fundamental en la identificación y manejo de estos procesos de duelo, siendo garantes de un seguimiento que permitirá detectar de forma precoz la necesidad de los supervivientes de tener acceso a apoyos específicos que faciliten la elaboración satisfactoria de sus procesos de duelo, y sirviendo de nexo de unión con otros profesionales o recursos para avalar la necesaria continuidad asistencial en el proceso de atención a estas personas.

Palabras clave: duelo por suicidio, postvención, supervivientes, estigma, atención al duelo, detección de riesgo, Atención Primaria, coordinación multinivel.

1. INTRODUCCIÓN

Durante toda la historia de la humanidad el ser humano ha ejercido sobre sí mismo el **derecho de la vida y de la muerte**, siendo el suicidio un acto exclusivamente humano que ha existido en todas las sociedades, épocas y culturas. A pesar de ello sigue siendo un tema al que le rodea un halo de desconocimiento, secretismo, estigma, prejuicios, tabús y falsas creencias.

No obstante, algo está cambiando y en los últimos años distintos Planes de Salud Mental, Estrategias, etcétera, vienen incluyendo líneas dirigidas a abordar esta problemática y a arrojar algo de luz sobre este asunto, así como a implementar medidas de abordaje de la conducta suicida en sus diferentes niveles.



De todos estos niveles, el menos desarrollado -al menos desde ámbitos institucionales- viene siendo el de la postvención.¹ Cuando se produce la muerte de una persona por suicidio, ¿qué pasa con quienes la sobreviven?, ¿con qué apoyos cuentan para superar su dolor? Por ello es nuestro propósito poner el foco justamente en este nivel, hablando de los **supervivientes** y de la **postvención**, y situando el epicentro de las acciones iniciales en la **Red de Atención Primaria**.

Según datos que se manejan desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente cada 40 segundos muere una persona por suicidio en el mundo, lo que supone que el suicidio afecta de 800.000 a 1 millón de personas al año, produciéndose más muertes por suicidios que por guerras y homicidios juntos. En España, el suicidio continúa siendo hoy en día la **primera causa externa de defunción**. Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2018 fallecieron por suicidio un total de 3.539 personas (casi 10 por día, lo que supera y hasta duplica otras causas externas de muerte como las producidas p.ej. por accidentes de tráfico).

Esto supone que, solo en ese año, 3539 familias y su entorno cercano iniciaron un doloroso proceso de duelo a causa de la muerte por suicidio de su ser querido. De ahí que resulte indispensable tomar conciencia de la importancia de que los supervivientes tengan mayor visibilización y se les preste una atención de la que a día de hoy adolecen en la mayoría de ocasiones, ya que apenas existen protocolos con intervenciones específicas para este colectivo.

¹ El mismo libro blanco “Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental”, de reciente publicación, señala en varios de sus capítulos la necesidad de mejorar la atención a las personas en duelo por suicidio y hacen mención al papel de la Red de Atención Primaria.



Y es que a pesar de que un duelo por suicidio no tiene por qué ser considerado «per se» un duelo patológico, diferentes estudios coinciden en señalar que por sus características distintivas (impacto de la pérdida, estigma y soledad asociados, intensidad de las reacciones, etc.), puede derivar en un duelo complicado en mayor medida que los duelos generados por otras causas, así como ser más probable que lleve asociado mayor presencia de patologías comórbidas e incluso un aumento del riesgo de suicidio entre los propios supervivientes ².

Además, debido al cambio en los modelos socioculturales (cambio en los rituales funerarios y los asociados al luto, negación o rechazo del sufrimiento a nivel social, etc.) cada vez son más las personas que, atravesando un proceso de duelo, acuden al profesional sanitario en busca de apoyo y ayuda; y, en este contexto, preguntarse cómo actuar ante este tipo de demandas es cada vez más frecuente dentro de este colectivo, que expresa sus dudas o temores acerca de contar con los conocimientos, habilidades y actitudes profesionales mínimas necesarias para la valoración y atención a personas en duelo por suicidio.

Sin embargo, quienes formamos parte del Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha, tenemos la firme creencia de que si dotamos a los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los conocimientos, habilidades y herramientas necesarias para la detección de situaciones de riesgo, realizar una intervención precoz y/o efectuar derivaciones y coordinarse con servicios especializados, estos podrán desempeñar un papel fundamental en la identificación y manejo de estos procesos de duelo.

2. POSTVENCIÓN: CONCEPTO Y NIVELES DE INTERVENCIÓN

“Una vez producido el evento autodestructivo, se puede pensar en la postvención como la intervención orientada a brindar insumos para afrontar una pérdida inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad”

(Martínez, 2007)

El término **postvención** fue acuñado a principios de los años 70 del pasado siglo por el psicólogo clínico estadounidense Edwin S. Shneidman, pionero en el campo de la prevención del suicidio, para referirse al apoyo que necesitan los familiares y/o allegados de quien se ha suicidado; es decir: acciones encaminadas a trabajar sobre lo sucedido, acompañar a los dolientes y abordar ciertos sentimientos y creencias que podrían dificultar una elaboración del duelo adaptativa y saludable. Desde entonces, se entiende por postvención el conjunto de intervenciones que, tras un suicidio, se desarrollan con los supervivientes y que persiguen una doble finalidad:

- 📌 **Preventiva:** procurando que el proceso de duelo siga el curso esperable y no se generen complicaciones o patologías comórbidas y/o se corra el riesgo de tentativas de suicidio por parte de las personas en duelo.
- 📌 **Terapéutica:** se pone en marcha en los casos en los que el curso del duelo se complica y su propósito será reconducir favorablemente para el doliente su proceso y que avance/mejore.

² Hay estudios que señalan que en torno a un 40% de los familiares en duelo por suicidio manifiestan ideación suicida en algún momento del proceso, y que entre un 12-15% realizan alguna tentativa. Este dato refuerza la idea de que estos procesos de duelo requieren de una mayor atención y seguimiento.

Esta doble finalidad es un argumento de peso para **apostar por mejorar las medidas postventivas disponibles** para las personas en duelo por suicidio, adecuando las intervenciones a las necesidades de los dolientes y teniendo en consideración la capacitación requerida para implementar las distintas medidas de postvención existentes.

Las intervenciones a desarrollar con las y los supervivientes a pérdidas por suicidio son muy variadas y por esto mismo su implementación podrá recaer sobre diferentes figuras o instituciones en función de si se trata de medidas preventivas o terapéuticas. Grosso modo, las intervenciones se subdividen en:



En esta ponencia nos centraremos en describir las **Intervenciones preventivas**, por ser aquellas que podrían ser llevadas a cabo desde la Red de Atención Primaria por parte de aquellos profesionales hayan recibido la capacitación necesaria para el buen desarrollo de las mismas.

Se trata de intervenciones no clínicas o clínicas no especializadas, dirigidas a supervivientes que pertenecen a grupos vulnerables y su principal objetivo es la prevención del desarrollo de duelos complicados. Pueden ser llevadas a cabo de manera informal por el entorno social (familiares menos afectados, amigos, vecinos, etc.), o de un modo más formal y reglado por instituciones sociales (ONGs) o del ámbito sanitario o socio-sanitario. En este segundo caso, es altamente recomendable que los responsables de dichas intervenciones hayan recibido entrenamiento en el abordaje de este tipo de procesos.

Todas las intervenciones preventivas comparten unos **objetivos comunes**: (a) la contención emocional, (b) la elaboración de la pérdida y (c) la búsqueda de sistemas de apoyo.

La **Intervención en Crisis** puede entenderse como más propia de contextos de urgencias, aunque en función del entorno de trabajo (localidades pequeñas, p.ej.) en ocasiones también pueda tocar actuar en esos momentos a los equipos de Atención Primaria.

Este tipo de intervención debe procurar ofrecer a los dolientes un apoyo en esos primeros momentos del proceso, en los que -en la inmensa mayoría de casos- los profesionales se encontrarán con personas confusas, en estado de shock o agitadas, incapaces de creer lo que acaba de acontecerles. Por ello la intervención en crisis deberá ir enfocada a favorecer un clima de confianza a través de una actitud respetuosa y empática, respetando los tiempos en el proceso de asimilación de la noticia por parte de las personas atendidas, y facilitar (que no forzar) la verbalización del estado en que se encuentran mediante una escucha activa, dejándoles hablar y primando el aquí y el ahora: las necesidades de ese instante.



En cuanto al **Asesoramiento en duelo**, puede llevarse a cabo en dos formatos distintos:

1. **Las Escuelas de familias:** orientadas a facilitar formación, información y apoyo a los dolientes. Entre sus objetivos destacan: potenciar las habilidades de comunicación de las personas que asistan, disminuir el estrés y la sobrecarga familiar, favorecer la solución de problemas dentro del seno familiar, la recuperación de roles sociales, y romper con el aislamiento social y el estigma de las familias tras el suceso vivido.
2. **Los Grupos de apoyo:** estos grupos tratan de ofrecer un entorno emocionalmente seguro y sin prejuicios, donde los miembros puedan contar su historia, recibir apoyo e intercambiar ideas sobre cómo hacer frente a la situación que están atravesando. Pueden tener una estructura más formal, contando con un asesor profesional que dirige el espacio grupal, con un número de reuniones acordadas previamente y sin posibilidad de incorporar a nuevos miembros una vez iniciado el grupo, o ser más flexible y auto-dirigido por los propios supervivientes, sin necesidad de contar con una figura profesional que modere los encuentros.

Son múltiples los beneficios señalados por la OMS en relación a este tipo de grupos: ayudan a reducir el aislamiento social y permiten desafiar el estigma y la vergüenza asociados al suicidio, contar la propia historia puede ayudar a diluir el sufrimiento al sentirse comprendido y poder compartir con otras personas la misma angustia, el grupo puede señalar las preguntas sin respuestas que todo superviviente se hace en algún momento y lo saludable de seguir adelante aunque no se obtengan respuestas, y la propia historia del grupo puede ayudar al superviviente a comprobar cómo han ido sus miembros avanzando en sus procesos de duelo y cómo han solucionado, por ejemplo, el primer aniversario de la muerte o su cumpleaños, ofreciendo con ello el desarrollo de estrategias de afrontamiento y *-ante todo-* esperanza acerca de la posibilidad de una restauración de la propia vida.

PERO... aunque estos grupos pueden resultar muy beneficiosos para los supervivientes, los casos de duelo complicado pueden necesitar de un nivel de atención que los grupos no pueden proporcionarles. Por ello se hace necesaria una observación atenta a la evolución de cada proceso individual, con el fin de detectar aquellos casos que requieran de una atención especializada y poder facilitarles el acceso a esos otros recursos.

3. ¿POR QUÉ REALIZAR UN SEGUIMIENTO DE ESTOS DUELOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

A causa de la afectación física, psicológica y social que supone el duelo por suicidio para los supervivientes, el papel de los Equipos de Atención Primaria resulta fundamental, pues son los principales promotores de la salud y desempeñan un rol clave en la identificación de los riesgos asociados al duelo, en la psicoeducación, en el establecimiento de un plan de cuidados para el doliente, en proporcionar un seguimiento del caso que garantice la continuidad asistencial (contactos telefónicos, evaluaciones periódicas...), e incluso en la conducción de grupos de apoyo.



De todas las personas en duelo por suicidio, unas desarrollarán un duelo que evolucionará dentro de la normalidad, pero otras muchas podrían no disponer de herramientas propias para hacer frente a un duelo tan complejo.

Esto es así, entre otros motivos, porque en el duelo por suicidio la muerte es -en la mayoría de ocasiones- inesperada, además de «no natural» (la persona “decide” morir) y ello se presta a la aparición de **manifestaciones de duelo más intensas**, por lo que se hace recomendable el seguimiento desde Atención Primaria de todos los duelos por suicidio, independientemente del curso del mismo o el nivel de riesgo que presente la persona, adecuando el seguimiento a las características particulares de cada caso.

A modo de síntesis, y siguiendo a Jordan (2001) -citado por Bobes- podríamos señalar que las diferencias en el duelo por suicidio parecen ponerse de manifiesto en estas 3 áreas:

1. **Su contenido temático:** buscar el sentido del suicidio. Se le dan vueltas a los “por qué”, a los “tendría que haber...”, a los “y si...”. Es irremediable la pregunta ¿podría haberse evitado? y volver una y otra vez a pensar sobre cómo podría haberse logrado ese propósito. Esto sume a los supervivientes en un bucle de pensamientos con tintes obsesivos que repercute negativamente en su funcionamiento cotidiano.
2. **La intensidad de ciertas emociones:** p.ej. el estado de shock, el aislamiento social y el sentimiento de culpa son a menudo mayores, lo que afecta al curso del duelo.
3. **El impacto familiar y social de la muerte:** tabú, estigma y aislamiento. Los supervivientes son vistos negativamente tanto por sí mismos como por los demás, lo que puede limitar el apoyo disponible. El silencio de los demás puede reforzar los sentimientos de estigma, de vergüenza y de estar pasando por algo «diferente» a otras personas en duelo.

En este sentido, y si bien la persona superviviente tiene derecho a no ser considerada como un paciente o como un candidato al suicidio, es necesario recalcar (parafraseando a R. Neimeyer) que aun siendo importante no «patologizar» el duelo presentándolo como si fuera una enfermedad, también se debe reconocer que la reorganización satisfactoria de la propia vida después de una pérdida importante no es un resultado que esté garantizado; afirmación esta que cobra especial sentido en los casos de duelo por suicidio y justifica la importancia de realizar un seguimiento adecuado de estos procesos.

En esta labor, la Red de Atención Primaria resulta un eslabón fundamental en un Sistema de Salud como el español, pues son la referencia para la población general y también para todas las especialidades médicas; y por tanto y como no puede ser de otra manera, estará implicada en gran medida en la atención de estos procesos de duelo. Así, algunos de los motivos que llevan a destacar el papel de los Equipos de Atención Primaria con los supervivientes son:

- La Red de Atención Primaria es fácilmente accesible para toda la ciudadanía, supone el primer contacto con el sistema sanitario ante cualquier problema de salud y constituye el principal nexo de continuidad asistencial, a través de un seguimiento del proceso que permita detectar a tiempo la necesidad de apoyos más específicos.



- Los profesionales de Atención Primaria habitualmente mantienen una relación de confianza con sus pacientes, algo de extraordinaria importancia a la hora de que estos les confíen su malestar y su vivencia y con ello detectar situaciones de riesgo en sus procesos de duelo.
- Antes de un suicidio es frecuente el contacto previo con los servicios de atención primaria. Según ciertos estudios, el 75% de las personas contactaron con su médico/a en el año anterior a un intento de suicidio, el 45% en el mes anterior y el 18% el mismo día; mientras que sólo 1 de cada 3 lo habían hecho con su Servicio de Salud Mental en el año anterior y solo 1 de cada 5 (20%) en el mes anterior.

En base a esto es fácil intuir que, tras el fallecimiento, los dolientes acudirán en busca de respuestas a los profesionales que atendían a su familiar y/o en busca de orientación y ayuda para ellos mismos a sus Centros de Salud de referencia.

Por tanto, las y los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, por su contacto cercano y frecuente tanto con los pacientes como con su entorno familiar e incluso social (si pensamos en pequeños núcleos de población donde los vecinos se conocen y preocupan unos por otros), se convertirán ineludiblemente en los referentes para acudir en busca de asesoramiento y/o apoyo y, por ende, serán quienes tengan al menos inicialmente la responsabilidad principal en el seguimiento de los procesos de duelo relacionados con este tipo de muertes.

Esto es especialmente así, debido a una de las características diferenciales de estos procesos, entendiéndolo que la intensidad de ciertas reacciones y sus repercusiones a nivel físico, generarán que sea relativamente frecuente que los dolientes acudan a sus Centros de Salud para consultar por ciertas manifestaciones como ansiedad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, descompensación de patologías previas, etc. que permitan establecer ese primer contacto y poder trabajar con los pacientes la idoneidad de realizar un seguimiento regular de su duelo y valorar conjuntamente su evolución para poder tomar decisiones en pro de su bienestar.

4. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

El sufrimiento emocional es inherente a la vida y cualquier suceso es susceptible de producir estrés, pero ciertas situaciones como un duelo son más dadas a provocar un grado de estrés que acabe produciendo finalmente síntomas que requieran algún tipo de atención; aunque no necesariamente un tratamiento especializado.

Es por ello que la Red de Atención Primaria tiene un papel fundamental en los procesos del duelo. En este sentido, Shneidman (1982) (citado en Rocamora, 2013), en sus orientaciones globales sobre el trabajo de postvención ya recomendaba ciertas actuaciones que pueden ser llevadas a cabo en este nivel asistencial, como son 1) hacer una valoración médica adecuada de los familiares, y 2) iniciar la postvención lo más temprano posible tras la muerte, aprovechando la escasa resistencia de la familia durante este período.

Así, el papel fundamental de los Equipos de Atención Primaria sería **realizar un seguimiento** de las personas en duelo y explorar acerca del desarrollo de su proceso, con el fin de poder **identificar con prontitud** si este se desvía de lo esperable y **tomar las medidas** oportunas.



En aras de fomentar la idea ya señalada respecto a la importancia de no «patologizar» los procesos de duelo, es importante que los profesionales en contacto con supervivientes tengan en mente, como si de un «mantra» se tratase, la siguiente afirmación: por lo general **los duelos no se tratan, sino que se acompañan**. En muchos casos, el hecho de poder contar con personas que proporcionen una escucha activa y provean de apoyo a quien está sufriendo, es suficiente para que dicha persona genere sus propias estrategias de afrontamiento.

Las personas que viven un proceso de duelo normal pocas veces solicitan asistencia psicológica o psiquiátrica de «motu proprio», y por ende tampoco es aconsejable que los profesionales de atención primaria recomienden de forma rutinaria la consulta con especialistas en salud mental por este motivo; sin embargo, sí deben estar preparados para apoyar a quienes soliciten su ayuda y, sobre todo, para reconocer cuándo la evolución de un duelo no es la esperable y requiere de una intervención más reglada.

Teniendo presente que las intervenciones subsidiarias de ser llevadas a cabo desde la Red de Atención Primaria son las que tienen un carácter preventivo, a continuación se señalarán las actuaciones más aconsejables en función del tipo de medida postventiva a implementar, y que siempre deberán intentar cubrir los objetivos que dichas intervenciones persiguen: ofrecer contención emocional a los supervivientes, acompañarles en la elaboración de la pérdida y orientarles en la búsqueda de sistemas de apoyo, bien sean naturales (red sociofamiliar) o externas (grupos de apoyo, teléfonos de escucha, etc.), y en último término determinar la necesidad de derivar a recursos de nivel especializado (Salud Mental).

Intervención en Crisis (o “in situ”)

En caso de que los EAP se vean abocados a intervenir en tentativas de suicidio cuyo resultado final sea la muerte de la persona, deben tener presente que su labor no finaliza tras intentar salvar la vida del suicida o tras la certificación de su muerte. Ante estos sucesos, la visión del equipo debe ser más amplia y pensar en las personas presentes como las subsidiarias de sus servicios (ya sean estas familiares, allegados, o cualquier otro testigo) y ofrecerles apoyos básicos en esos primeros momentos que faciliten la regulación de su estado emocional (confusión, estupor, negación, ira, agitación, etc.) ante lo que acaba de acontecer.

Algunas recomendaciones básicas para el abordaje de estos primeros momentos son las siguientes:

-  Asegurarse de informar a los presentes del resultado (fallecimiento).³
-  Cuidar el lenguaje y las conversaciones que se mantienen entre profesionales en presencia de (o con) la familia/allegados (ej: al avisar al 112, Guardia Civil, Policía Judicial, etc.).

³ Si bien puede parecer una obviedad, está constatado que en muchas ocasiones, fruto del estrés, las prisas y del caos que se puede generar en el escenario del suceso, los profesionales implicados se olvidan de parar un instante, identificar a los familiares entre los presentes en la escena y comunicarles el hecho de la muerte de su ser querido en un espacio protegido del caos imperante y de las miradas ajenas, con delicadeza y de forma respetuosa. El hecho de que se enteren del suceso de forma abrupta, sorpresiva, por alguien que no es la persona adecuada ni cuenta con la información que permita dar respuesta a las preguntas que puedan surgirles, genera un impacto añadido que repercutirá negativamente en su proceso de recuperación.



- Preguntar a los familiares presentes si quieren ver al fallecido/a, consultar con quien corresponda qué pueden o no hacer (para contaminar la escena lo menos posible), valorar la idoneidad de que lo vean tal y como está y tratar de prepararles (describir su estado, lo que puede impactarles más, preguntar si desean ser acompañados por alguien en ese instante...).
- Procurar que se cree un sistema de apoyo natural, conectando a los presentes con su red de apoyo (p.ej. preguntando si quieren que se avise a alguien para que acuda, pidiendo a los presentes que parecen menos impactados que estén pendientes de los demás, etc.).
- Ofrecerles la posibilidad de activar ayudas externas profesionales [ERIEs de Cruz Roja, Grupo de Intervención Psicológica (GIPEC) del Colegio de Psicólogos, etc.].
- Identificar y resolver problemas urgentes (ej: menor en colegio o persona dependiente en recurso que haya que ir a recoger o esté a punto de llegar, contactar con familiares, etc.)
- Detectar y minimizar posibles riesgos en el entorno (ventanas, cuchillos, fármacos...) por posibles actos impulsivos en los supervivientes que pudieran poner en riesgo su integridad.
- Informarles del proceso que se seguirá en relación al fallecimiento del familiar: quién vendrá (policía, forenses, etc.), para qué, los pasos a dar..., con el fin de reducir su incertidumbre y proporcionarles cierta sensación de control.
- Antes de cerrar la intervención, es muy importante hacer una buena despedida y mostrar disposición a ayudar en el futuro si lo precisan, pedir un teléfono de contacto para hacer seguimiento, etc. Esto generará una visión positiva del equipo asistencial y facilitará que consideren pedir ayuda posterior en sus centros de salud de referencia.

Todo lo señalado deberá ser llevado a cabo siempre favoreciendo la confianza, manteniendo en todo momento una actitud de escucha, respetuosa y empática, adaptándose en lo posible a sus tiempos y primando las necesidades de ese instante.

Asesoramiento en duelo

Si bien se han señalado las Escuelas de Familia y los Grupos de Apoyo como las intervenciones más habituales en este nivel, el asesoramiento en duelo también puede ser articulado de forma más genérica y adaptable a las posibilidades reales de atención por parte de los EAP. Es por ello que en este apartado se ofrecerán nociones que recojan actuaciones básicas a desarrollar por parte del personal de los centros de atención primaria en la atención a los supervivientes.

Existe acuerdo unánime en que **la postvención se debe realizar desde las fases tempranas del duelo**. Otra cosa es discernir en qué consistan específicamente esas labores.

La **primera premisa** que se debe tener en cuenta es que no están aconsejadas las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal, sino que lo recomendado es proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, así como ofrecer un apoyo emocional básico. Por tanto, las escuelas de familias y los grupos de apoyo no son adecuados en todos los casos.

La **segunda premisa** a considerar es que el duelo tiende a remitir espontáneamente, por eso los profesionales deben planificar cómo aprovechar ese tiempo mientras tanto.



En general, cada persona en duelo reaccionará de acuerdo a la influencia que ejercen tanto factores internos (personalidad, salud,...), como externos. De estos últimos, en los estudios que analizan los factores de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado se hace especial alusión al papel que juega el tipo de vinculación/parentesco entre el doliente y la persona fallecida (concretamente: pérdida del hijo/a, del cónyuge, del padre o madre en edad temprana y/o de un hermano en la adolescencia), configurando lo que podríamos denominar poblaciones de riesgo.

En base a esto, si se considera que el paciente tiene un **perfil de riesgo** por la presencia de alguna posible comorbilidad, antecedente personal de mala respuesta a situaciones estresantes o presencia de otros factores de riesgo como el tipo de parentesco, se recomienda realizar un seguimiento regular en el que se pueden intercalar citas en consulta con llamadas de seguimiento, con el fin de ir observando la evolución del proceso de duelo.

En este sentido, que los profesionales tengan conocimiento acerca de los **factores de riesgo y protección** que más conexión guardan con este tipo de duelos puede ayudarles a la hora de realizar el seguimiento, explorar determinadas áreas de la vida del paciente y tomar decisiones:

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<p>*Factores personales del superviviente: impulsividad, antecedentes propios de intentos de suicidio, duelos previos no resueltos, enfermedad mental, baja tolerancia a la frustración, ser niños o ancianos.</p> <p>*Factores familiares y sociales: aislamiento, disfunción familiar y dificultades económicas.</p> <p>*Factores relacionales (con el fallecido): vinculación hostil, ambivalente o dependiente.</p> <p>*Personalidad y percepción de las motivaciones del fallecido: imprevisibilidad del acto, gran elaboración, sin nota de despedida, signos de alteración psíquica sin tratar.</p> <p>*Factores contextuales: ser de los primeros en acudir a la escena, estigma social, falta de apoyo social y percepción de deficiencias en la atención sanitaria del duelo.</p>	<p>*Factores personales del superviviente: resiliencia, creencias religiosas, conciencia del riesgo y carácter extrovertido.</p> <p>*Factores familiares y sociales: relaciones familiares de apoyo, búsqueda de apoyo social, implicación en grupos de autoayuda.</p> <p>*Factores relacionales (con el fallecido): escasa vinculación y/o la vivencia del suicidio como una agresión o castigo.</p> <p>*Personalidad y percepción de las motivaciones del fallecido: baja sociabilidad, previsibilidad del acto, entender el acto como resultado de su carácter.</p> <p>*Factores contextuales: el apoyo familiar, de agentes sociales y religiosos, y la percepción de una adecuada atención sanitaria del duelo.</p>

En ese **seguimiento regular**, se pueden llevar a cabo tareas y recomendaciones generales, aplicables a cualquier proceso de duelo independientemente de la causa de la muerte, como las que se enumeran a continuación:

- 👤 Sugerir a familiares y amigos de un acompañamiento estrecho en el período inicial tras la pérdida.
- 👤 Respetar su intimidad en las primeras semanas y no intervenir desde el ámbito sanitario salvo que se solicite expresamente.
- 👤 Informar de la evolución habitual de los procesos de duelo e incidir en que suele haber períodos de remisión y mejora. Es decir, realizar labores de psicoeducación (si es posible tanto con el/la paciente como con familiares o allegados que puedan servir de apoyo en el curso del duelo).



- ✚ Facilitar que se hable de la persona fallecida y las circunstancias de la muerte, normalizando emociones, favoreciendo la expresión emocional y respetando sus creencias religiosas.
- ✚ Recomendar el retorno a ciertas actividades habituales en un plazo de tres a seis semanas, sugiriendo pautas sencillas en forma de metas progresivas referidas a tareas básicas de su vida cotidiana, para que recupere la sensación de control sobre la situación y vaya viviéndose con capacidad para afrontar pequeños retos.
- ✚ Proponerles un reinicio progresivo de las actividades sociales, lúdicas y/o profesionales que más le agradaban previamente al suceso y consideren que puedan ayudarles a desconectar por momentos del duelo y centrarse en la reconstrucción de su nueva vida sin la persona fallecida.
- ✚ Desanimar la toma de decisiones importantes en momentos de confusión o gran malestar.
- ✚ Sugerir la importancia de procurar limitar actividades que refuercen actitudes obsesivas y de cronificación del duelo (visitas excesivas al cementerio o lugar donde se hayan depositado las cenizas, contactos repetidos con familiares del difunto/a con los que no se mantenía mucha relación con anterioridad, dedicar excesivo tiempo al visionado de fotos y grabaciones de la persona fallecida, etc.).
- ✚ Infundirle esperanza, transmitiendo optimismo, pero huyendo de las típicas frases de consuelo o lanzando mensajes con “falsas esperanzas” que no lleguen verdaderamente a la persona y le hagan sentirse poco comprendida. Pare ello es clave incorporar también mensajes de validación: es adecuado darse tiempo, permitirse llorar...; en definitiva, mensajes en los que se trasmite la idea de que es bueno dejarse sentir el duelo.

En el caso particular del **duelo por suicidio**, se deben tener en cuenta además otra serie de recomendaciones específicas:

- ✚ Citar a la persona/s dentro de los dos primeros meses desde el fallecimiento,
- ✚ La identificación de necesidades particulares de cada doliente,
- ✚ Procurar identificar y movilizar recursos propios y aspectos positivos de cada miembro de la familia,
- ✚ Estimular la participación en Grupos de Apoyo en el caso de personas que no cuenten con un apoyo familiar o social adecuado a sus necesidades o sientan que necesitan compartir sus vivencias con otras personas que están pasando por la misma situación, y
- ✚ Derivar a Salud Mental (solo si apareciera psicopatología que lo requiera).

Es estos casos, en las intervenciones de seguimiento con las y los supervivientes y en función de lo que ellos mismos vayan verbalizando, suele resultar útil introducir mensajes del tipo:

- La decisión/culpa de que “X” se suicidara no fue suya. Nadie es la única influencia en la vida de otra persona.
- Es inevitable hacerse preguntas sobre lo sucedido y pensar en lo que habría sucedido de haberse dado otras circunstancias o haber actuado de otro modo, pero muchas de esas cuestiones nunca tendrán respuesta y es saludable permitirse aceptarlo así y no obsesionarse con esos pensamientos, pues no cambiarán la realidad de lo sucedido.



- No está sólo/a ante esta experiencia; existen personas y recursos que pueden ayudarle a recorrer el proceso del duelo desde el acompañamiento y la comprensión de su dolor.
- Aunque no volverá a ser el mismo/a, sí puede sobreponerse y aprender a vivir con la pérdida.
- Debe procurar vivir el momento presente (día a día). No anticipando en exceso el futuro.

Desmedicalizar los duelos

Otro aspecto importante a considerar por parte del personal de Atención Primaria en el abordaje de estos duelos es el uso de la **farmacoterapia**. Para situar esta cuestión en el contexto adecuado, es útil recordar uno de los mitos sobre el duelo en relación a este tema y que está extendido tanto entre la población general como entre una parte no desdeñable del sector de los profesionales de la salud:

MITO	REALIDAD
<p>LA MEDICACIÓN ES NECESARIA PARA ALIVIAR EL DOLOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El duelo no es una enfermedad que deba ser curada. ▪ Los síntomas normales del duelo requieren de paciencia y comprensión. ▪ Solamente en algunos casos (ansiedad elevada, insomnio, hiporexia...) la medicación pudiera estar indicada.

Las **intervenciones farmacológicas** se insertan dentro de las medidas de postvención cuya finalidad es terapéutica (no preventiva) y que, por definición, están dirigidas a la población de supervivientes que no han sido capaces de elaborar el duelo de forma natural y requieren de ayuda especializada. Esto invita a la reflexión acerca de cómo y con qué propósito se recurre a los fármacos para dar cobertura a las demandas con las que los supervivientes o sus familiares/allegados acuden a los Centros de Salud.



Las prescripciones de fármacos en los duelos: ¿responden siempre a una necesidad real del consultante?, ¿o influye también la necesidad del profesional de “sentirse útil” y calmar su propio malestar emocional ante el sufrimiento ajeno «entregando» al consultante algo (un fármaco) que este pueda percibir como una herramienta de ayuda?

En relación a esta pregunta, quisiera destacar un aspecto que guarda relación con el uso de los fármacos en este ámbito: algunos factores como el insuficiente tiempo de consulta, las dificultades para diferenciar entre el sufrimiento emocional y un trastorno mental, el desconocimiento de los recursos y funcionamiento de la Red de Salud Mental, y la tendencia que aún hoy perdura de un modelo biomédico centrado en la farmacología, producen que la atención que se ofrece a estas personas sea en ocasiones insuficiente y/o inadecuada.

En este sentido, se debe tomar conciencia de que **medicalizar el duelo significa darle categoría de enfermedad**, con todo lo que esto conlleva. Ante un proceso de duelo normal lo aconsejable es evitar tanto la «anestesia emocional», como la dependencia (recurrir de forma sistemática a ayudas externas, sin intentar poner en marcha los propios recursos de afrontamiento). «Cauterizar el corazón» con fármacos y tratar la pena como un síntoma, puede dejarla reprimida y originar daños emocionales irreparables. Por ello el uso de medicación en los duelos es una cuestión polémica, que debe regirse por una premisa muy clara: el tratamiento farmacológico debe emplearse solo cuando que sea preciso y su empleo necesario.



El personal de Atención Primaria se encuentra frecuentemente frente a la demanda de psicofármacos para el alivio de reacciones completamente naturales en los procesos de duelo. Sin embargo su prescripción resulta, frecuentemente, inadecuada. Las variables asociadas a la administración de psicofármacos en estas situaciones son comunes a otras que caracterizan la psiquiatrización de la vida cotidiana, por lo que resulta importante resaltar que desmedicalizar el duelo también significa «des-psicologizarlo» y, en este sentido, los profesionales tienen en sus manos el poder y la responsabilidad de realizar una doble labor: 1) fomentar un diálogo entre profesionales que favorezca una visión del uso de fármacos más ajustada a la realidad de estas experiencias, y 2) realizar psicoeducación entre quienes demandan atención, que facilite desmontar la falsa creencia de que las expresiones de duelo deben ser abordadas desde la farmacoterapia.

De ahí que la mayoría de esfuerzos en materia de postvención se hayan centrado en las medidas preventivas, donde el foco se pone en el apoyo y acompañamiento, la escucha, la ventilación emocional, la normalización de las reacciones de duelo,... y no en patologizar un proceso completamente natural con abordajes terapéuticos que no siempre son los más indicados.

Algunos **consejos que ayudarán a determinar la idoneidad del uso de psicofármacos** son:

- Si no hay trastornos psiquiátricos asociados, los fármacos no deben utilizarse como tratamiento inicial.
- Su empleo deberá ir dirigido al tratamiento de problemas asociados, como la ansiedad o el insomnio, procurando no interferir el desarrollo del duelo normal a causa de una sedación excesiva.
- Los síntomas aislados de depresión o ansiedad no deberían ser tratados farmacológicamente, dado que impedirían la resolución del duelo al bloquear en cierto modo las manifestaciones necesarias para la progresiva elaboración del mismo, dificultando el procesamiento del evento y una adaptación saludable a esta nueva realidad.
- Debe pautarse tratamiento en función de la incapacidad que producen ciertas reacciones de duelo: si el funcionamiento social o laboral está imposibilitado más allá de unos 20-30 días, sí se recomienda su instauración. En estos casos, el fármaco de elección dependerá de los síntomas predominantes:
 - En el duelo normal, el síntoma más presente suele ser el **insomnio**. Si este es pertinaz y/o interfiere en exceso en el funcionamiento cotidiano, podría ser conveniente prescribir algún **hipnótico** (durante un período corto de tiempo), que facilite restaurar el normal funcionamiento del organismo.⁴
 - Si la **angustia** (como síntoma aislado) es muy intensa, conviene usar **ansiolíticos** a demanda y a poder ser por períodos cortos y a dosis mínimas.
 - Si existe algún **trastorno de ansiedad** se recomiendan **benzodiazepinas** de vida media-larga a dosis bajas.

⁴ La falta de descanso tanto físico como mental puede empeorar ciertas manifestaciones del duelo: mayor labilidad emocional, irritabilidad, aturdimiento a nivel cognitivo, etc. lo que dejaría a los dolientes con una menor capacidad para afrontar los pequeños retos de la vida diaria, la toma de decisiones, etcétera.



- En cuanto a los antidepresivos, la recomendación es demorar su prescripción al menos durante un período de tres meses desde el inicio del duelo, siendo además exigible que el cuadro clínico cumpla criterios de episodio depresivo mayor para considerar que su prescripción está aconsejada. En el caso de que se trate de un duelo de características normales, estarían contraindicados.

No obstante, al resultar difícil diferenciar la depresión mayor de la tristeza propia del duelo, cuando existan dudas fundadas y el malestar subjetivo del paciente sea elevado, se puede probar su eficacia y en base a ello mantener o suspender el tratamiento: sólo hay apoyo empírico para la utilización de los antidepresivos en casos de comorbilidad (síntomas depresivos asociados al duelo) y se sabe que mejoran la depresión, pero no la pena propia del duelo.

¿Cuándo derivar a los Servicios especializados (Salud Mental)?

Como ya se ha señalado, en la mayoría de los casos de duelo complicado resultará necesario interconsultar o derivar a Salud Mental.

Concretamente conviene derivar cuando:

- Se sospeche riesgo de suicidio.
- Exista un trastorno de personalidad grave o antecedentes de trastornos mentales previos.
- Se detecten síntomas psicóticos o trastornos conductuales graves.
- El paciente no responda favorablemente a las intervenciones realizadas desde Atención Primaria.
- Los profesionales que le atienden no se consideren capacitados para abordar adecuadamente las demandas que plantea, bien por factores competenciales o por elementos actitudinales (*un ejemplo podrían ser las propias creencias personales en relación al suicidio y que pudieran interferir en la adecuada atención a las personas que viven un duelo por este tipo de muertes, o -como veremos más adelante- por elementos relacionados con la gestión de las propias emociones ante situaciones difíciles o el manejo de estados emocionales de las personas atendidas, que pudieran afectar a la buena praxis profesional*).
- Demanden derivación él o su familia.⁵

⁵ En este último caso (la familia como demandante de la ayuda), es necesario tener siempre en cuenta la Bioética y el respeto a la autonomía del paciente, y valorar la capacidad de autogobierno de este y su capacidad para tomar sus propias decisiones.



5. REQUISITOS Y HANDICAPS PARA LA ATENCIÓN A LOS SUPERVIVIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A pesar de haber recalcado el papel tan fundamental que deberían cubrir los Equipos de Atención Primaria dentro de nuestro Sistema de Salud en estos procesos de duelo, es de justicia reflexionar sobre la realidad que se vive en este nivel asistencial y plantearnos qué se requiere para que puedan llevar a cabo adecuadamente esta tarea y cuáles son las limitaciones con las que se topan a la hora de abordar esta importante función.

Solo teniendo presente este análisis, podremos mejorar la asistencia a estas personas, a la vez que cuidamos de los equipos asistenciales poniendo a su disposición los recursos necesarios para que puedan llevar a cabo su labor con garantías y seguridad en lo que hacen.

¿Qué necesitan los equipos de primaria para atender estos procesos?

Trabajar con personas que están pasando por una situación de pérdida de un ser querido en circunstancias tan duras como es la muerte por suicidio, es estar en contacto con fuertes emociones y con un sufrimiento extremo, por ello es necesario que el/la profesional que les atienda, oriente, o intervenga, tenga en cuenta los siguientes **principios generales** para garantizar que se ofrezca a estas personas la ayuda que precisan:

- 🌈 Motivación: querer trabajar con personas en estas circunstancias.
- 🌈 Formación: tener formación especializada en este tema.
- 🌈 Habilidades y destrezas: saber realizar este trabajo con unos mínimos criterios de calidad.
- 🌈 Establecer una relación de ayuda apropiada, sabiendo comunicarse adecuadamente mediante herramientas como la escucha activa y la empatía.
- 🌈 Conectar con el doliente (empatizar), pero también saber desconectar (no implicarse más allá de lo recomendable, ni llevarse su historia y dolor fuera del espacio de consulta).
- 🌈 Respetar los tiempos y la privacidad de cada persona, así como interesarse por las costumbres y ritos sociales de la comunidad a la que pertenece el doliente, con el fin de tenerlas en cuenta en la atención que se le ofrezca.
- 🌈 Facilitarle información (psicoeducación) y aclarar todas las dudas que vaya expresando sobre estos procesos de duelo y su propia evolución.

Entrando a destacar algunos de los aspectos aquí señalados, en primer lugar, es indiscutible que las y los profesionales de Atención Primaria requieren **contar con una formación específica**, que por un lado fomente entre el colectivo una mayor sensibilización hacia estos duelos (lo que generará que sean más conscientes de la necesidad de realizar un seguimiento sistemático con estas personas), y por otro les aporte conocimientos generales sobre los procesos de duelo y las particularidades de los duelos por suicidio, así como que les dote de las habilidades y herramientas necesarias para poder proporcionar cuidados y apoyo básico a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, conocer los factores que pueden influir en que el proceso de duelo se complique y saber detectar a las personas con duelo complicado o con comorbilidades y derivarlas a un servicio especializado.



En segundo lugar, existen ciertos «requisitos» en el terreno de lo actitudinal que cualquier profesional debería tener en consideración. Conocerlos, entrenarlos y ponerlos en marcha durante las intervenciones, será clave para el buen curso de las mismas.

Entre ellos, el más importante de destacar es: ser conscientes de las propias dificultades con el tema de la muerte (y del suicidio en particular), para limitar su influencia en la intervención. Entrar en contacto con la idea de una muerte auto-infligida remueve creencias y aspectos emocionales en los profesionales, pudiendo generar reacciones variadas como prejuicios, rechazo, enjuiciamientos a los supervivientes, etc. Estas vivencias, de no ser conscientes de ellas, pueden condicionar la práctica profesional de forma defensiva o negativa, por ejemplo, evitando abordar ciertas cuestiones, o minimizando la importancia de las manifestaciones de duelo expresadas por los consultantes.

De igual modo, es un hecho contrastado que algunos profesionales sanitarios manifiestan tener dificultades en la gestión de sus emociones al interactuar con pacientes en duelo por suicidio, sintiendo incomodidad al tener que salirse de su rol más “sanitario” y centrado en demandas concretas, y tener que abrirse a escuchar reacciones, síntomas y en general un malestar contra el que poco creen poder hacer, sin comprender que están en un tremendo error y que en realidad ellos mismos son el «tratamiento» (con sus habilidades comunicativas, su actitud de escucha, su empatía, el apoyo emocional, etc.).

Mantener una visión del binomio salud-enfermedad cimentada sobre una perspectiva fundamentalmente biologicista, da lugar en ciertos profesionales a una especie de resistencia a involucrarse en los aspectos psicosociales de la medicina y un temor a «abrir la caja de pandora» al preguntar por el estado psíquico del superviviente, sus emociones y su dolor, en la errónea creencia de que esto puede aumentar el malestar del paciente, o, en otros casos, amenazar la propia estabilidad emocional del/la profesional.

La pregunta aquí sería, ¿cómo se puede cumplir con los objetivos de proporcionar cuidados y apoyo básico a los dolientes, o comprender y explorar sus necesidades, sin implicarse en el proceso, empatizar y conectar con las emociones que despiertan en nosotros mismos sus vivencias?

Esta percepción errónea del binomio salud-enfermedad tiene como consecuencia más destacable que estos profesionales tienden a mostrar reacciones emocionales desajustadas ⁶ que van desde la minimización del sufrimiento (sin atender ni entender los aspectos diferenciales con otro tipo de duelos) a la sobreimplicación (sobrepotejiendo y/o prescribiendo ayudas/tratamientos no necesarios).

⁶ *El profesional sanitario no deja de ser una persona que siente y cuyo comportamiento puede verse influido por sus emociones (preocupaciones externas, inseguridades profesionales, ansiedad...). Es pues innegable que en su quehacer cotidiano, donde hace frente a experiencias de sufrimiento como las generadas en un duelo por suicidio, cobran gran importancia sus vivencias subjetivas, su actitud hacia la muerte y/o el sufrimiento humano, su estado anímico, cómo se perciba de competente manejando determinadas situaciones, etcétera. A la luz de todo esto, resulta imprescindible trabajar hacia una conciencia de las propias emociones, ya que dejar de lado las emociones propias (y del paciente), repercutirá irremediabilmente en la práctica profesional y en la calidad del proceso de atención.*



Sin embargo, de todo lo enumerado, **las habilidades de comunicación** son el elemento central en torno al cual girará todo el proceso asistencial y la posibilidad de establecer una relación paciente-profesional que sirva al propósito de acompañarle y asesorarle adecuadamente. Según algunos estudios, los profesionales sanitarios dedican a la comunicación más del 80% de su tiempo en el desarrollo de sus labores cotidianas; por tanto se trata de una herramienta básica para el correcto desempeño de su trabajo en general, convirtiéndose en esencial cuando se hallan ante personas en duelo, ya que en estos casos el profesional y sus habilidades comunicativas serán el principal tratamiento que requiera el paciente. Por todo ello, tomar conciencia de las dificultades y carencias en este ámbito y desarrollar las competencias adecuadas es de vital importancia, ya que comunicarse con los pacientes de forma efectiva y afectiva, es fundamental para el abordaje de situaciones tan delicadas como estar inmerso en un duelo por el suicidio de un ser querido.

Pero no sería razonable ni justo finalizar esta disertación sin hacer alusión a **un hándicap aún mayor** y en el que coinciden la inmensa mayoría de los profesionales de atención primaria con los que se dialoga sobre su quehacer cotidiano y sus condiciones de trabajo: **el factor tiempo**; o más exactamente la falta de este. Es una realidad que el aumento de la presión asistencial en las consultas de medicina de familia está generando una enorme preocupación por los riesgos que comporta para la calidad asistencial, y que en la mayoría de los dispositivos existen unos cupos profesional/paciente que dificultan enormemente ser flexibles en el tiempo de atención que se asigna a cada paciente en función su situación de salud y el motivo de consulta. Este tema se hace aún más evidente cuando pensamos en poder ofrecer a los supervivientes un espacio en el que puedan expresar su malestar y sentirse escuchados, sin la vivencia de la presión por “resolver” la consulta con premura.

Esta es una cuestión de máxima importancia, que no corresponde resolver en un espacio como este congreso. No obstante, sí podemos reflexionar sobre opciones que faciliten ofrecer una mejor atención a esta población con los medios humanos reales disponibles. En este sentido, tener en mente una modelo de trabajo que pivote sobre la interdisciplinaridad y el trabajo en equipo, en el que el seguimiento de los procesos de duelo no recaiga necesariamente en exclusividad sobre el facultativo/a en medicina, sino que permita incorporar a otros miembros del equipo con habilidades complementarias y todos comprometidos con un propósito común (la atención de calidad a las y los supervivientes) es una estrategia que podría dar buenos resultados.

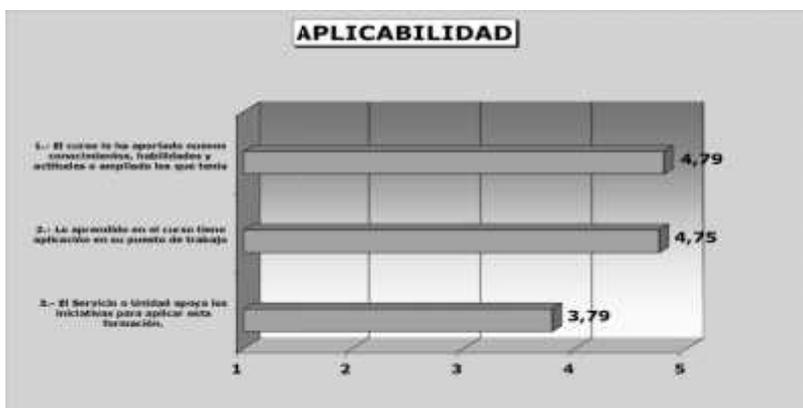
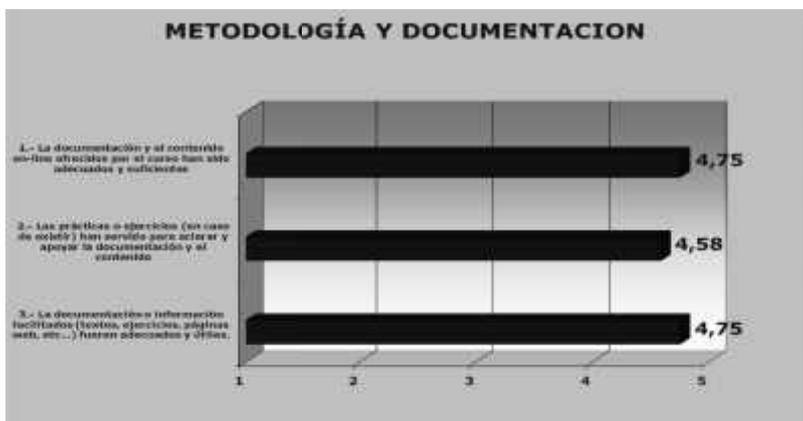
¿Qué se está haciendo desde el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha para mejorar la atención a los supervivientes?

Dentro del **Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025**, se ha desarrollado un documento denominado “Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas de Castilla-La Mancha (2018)”, en el que se plantean diferentes líneas estratégicas que fomentan el trabajo en red y diferentes acciones enfocadas al abordaje de este terrible fenómeno. Entre ellas, se está dedicando un gran esfuerzo la generación y gestión de conocimientos, así como a labores de coordinación entre distintos niveles asistenciales.

En este sentido, se han desarrollado entre otras acciones las que se detallan a continuación:



■ Diseño de un Plan Formativo amplio y diverso en contenidos y destinatarios, dentro del cual se inserta un **Curso denominado “Abordaje del duelo en supervivientes de suicidio”**, destinado específicamente a profesionales de Atención Primaria, y del que ya se ha desarrollado una primera edición⁷ en el año 2020, que tuvo una gran demanda (174 solicitudes para 30 plazas disponibles) y del que se obtuvieron excelentes valoraciones⁸ por parte del alumnado asistente:



⁷ Está prevista la realización de una segunda edición en este 2021.

⁸ Todos los ítems analizados se puntuaban de 0 a 5.



Medidas encaminadas a mejorar la **Coordinación** entre Atención Primaria y Salud Mental y que engloba a acciones como:

- 1) Promover la comunicación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental en el seguimiento de casos, incluyendo el análisis de casos de suicidio consumados en pacientes atendidos en AP que no hayan tenido contacto con atención Especializada (SM).
- 2) Establecer sistemas de coordinación entre los EAP (Medicina de familia y pediatría), a través de reuniones periódicas.
- 3) Implementar un Protocolo de intervención con los/as supervivientes.⁹
- 4) También se está abogando por fomentar que los casos de suicidio consumado se analicen en las Comisiones de Área de trastorno mental grave, con el fin de ampliar conocimientos y poder continuar mejorando la atención a estos pacientes y con ello reducir las cifras tanto de tentativas como de suicidios consumados; lo que lógicamente repercutiría positivamente en el descenso de casos de duelo por suicidio.

6. REFLEXIONES FINALES

En base a todo lo expuesto en esta ponencia, se puede llegar fácilmente a la conclusión de que **queda mucho trabajo por desarrollar** para seguir mejorando la atención que recibe este colectivo que constituyen los supervivientes. Lograrlo pivota sobre diferentes pilares que parece necesario integrar en futuras medidas que se implementen. Así, de los resultados de encuestas realizadas a personal sanitario sobre las dificultades que percibían a la hora de enfrentarse a tareas relacionadas con la conducta suicida y/o el acompañamiento y seguimiento de procesos de duelo debidos a muertes por suicidio, se desprenden las siguientes necesidades y/o tareas a desarrollar:

- Aumentar la conciencia y sensibilización de los equipos de profesionales sobre la conducta suicida y sus repercusiones en el entorno socio-familiar del suicida.
- Poseer al menos cierta formación en duelo y conocer las especificidades de los duelos por suicidio y las necesidades del colectivo de supervivientes.
- Promover el desarrollo de competencias adecuadas en técnicas de escucha y habilidades comunicativas.
- Facilitarles pautas básicas de actuación con los familiares en duelo, así como conocimientos y herramientas para detectar situaciones de riesgo, comorbilidades, etc. y saber cómo actuar ante estas.
- Mejorar las capacidades de los profesionales en el manejo de las emociones de los consultantes, así como en su propia gestión emocional. En función de la gestión de las propias emociones, estas poder convertirse en un obstáculo para la intervención o, por el contrario, ser una potente herramienta al servicio de la relación terapéutica.¹⁰

⁹ Por el momento, este protocolo se encuentra aún pendiente de desarrollo.

¹⁰ Entre las variables destacadas por los propios profesionales en relación a aspectos emocionales, se encuentran elementos como: dificultad para tomar distancia cognitiva del caso, angustia ante el sufrimiento expresado por los pacientes, preocupación por cómo conservar su propio bienestar y no desarrollar la denominada “fatiga por compasión”, e incluso miedo a que el/la paciente en duelo pudiera cometer suicidio.



Por último, y en conexión con la cuestión de las emociones, me parece necesario no finalizar la ponencia sin detenerme un instante en señalar un aspecto que no ha sido recogido aún: la importancia de tomar conciencia de que en ocasiones **los propios profesionales pueden ser también supervivientes**. Para justificar esto, basta con tener en cuenta los siguientes datos:

- 1º. Antes de un intento de suicidio es frecuente el contacto con atención primaria: 75% en el año anterior, 45% en el mes anterior y 18% el mismo día; mientras que sólo 1 de cada 3 lo habían hecho con su Servicio de Salud Mental en el año anterior y solo 1 de cada 5 (20%) en el mes previo.
- 2º. Padecer un problema de salud mental es un indicador de riesgo de suicidio y más del 50% de estos pacientes son tratados exclusivamente en la Red de Atención Primaria.

Esto lleva a inferir fácilmente que muchas de las personas que comenten suicidio se encuentran desligadas del circuito de Salud Mental y por tanto, serán los EAP quienes se vean más expuestos a que alguno de sus pacientes muera por suicidio. En paralelo, parece igualmente fácil intuir que este hecho puede dar lugar a la extraña paradoja de compaginar tres roles: (1) profesional de la persona fallecida, (2) profesional de uno o varios de los familiares o allegados afectados por la pérdida y, además (3) superviviente en duelo por el suicidio de su paciente.

Esta circunstancia de que un mismo profesional personifique roles diferentes e incluso antagónicos, podría generar situaciones con las que resulte difícil lidiar. A eso se le suma algo endémico de la profesión sanitaria y que parte del terrible error de confundir el autocontrol emocional y la consciencia de cómo uno se siente en estas circunstancias, con ejercer un férreo control sobre las emociones propias: nuestra cultura desvaloriza las emociones, sabemos que existen pero intentamos controlarlas por considerar que «perjudican la razón». Esta percepción ha calado tan hondo en la profesión, que la constricción de las emociones surgidas ante situaciones de alto impacto como la muerte por suicidio se considera implícita a la labor profesional e incluso es «ponderada» como característica que distingue a un buen/a profesional de otro que no lo es.

Es por esto que quisiera cerrar la ponencia **legitimando** el derecho a sentirse afectados por la muerte y el dolor ajenos y homenajear la humanidad de las y los profesionales recogiendo algunos de los comentarios aportados por ellos mismos al abordar este tema:

“Somos muy vulnerables, por más o menos conocimientos que uno tenga, tecnicismos que use, guías, algoritmos, protocolos que le imponga y gaitas que temple. Siempre va a haber situaciones que nos partan el alma, vistiendo de blanco o de amarillo. La gestión emocional es algo que se enseña muy mal (al menos cuando yo estudiaba) y eso crea conflicto.”

“En las ocasiones en las que algún paciente de mi cupo se ha suicidado, siempre he tenido un sentimiento de culpa, siempre me he preguntado ¿cómo no lo vi venir?, ¿qué se podría haber hecho o qué podría haber hecho yo para haberlo evitado? Y siempre pienso en el gran sufrimiento que tiene que soportar una persona que decide suicidarse. Me cuesta aceptar que es una decisión de la persona.”

“Es importante que a los profesionales sanitarios también nos consideren supervivientes, en muchas ocasiones, tras el suicidio de alguno de nuestros pacientes, tenemos sentimientos de culpa, vergüenza, dudas, fracaso..., nos sentimos responsables de lo ocurrido y nos hacemos las mismas preguntas: “¿Cómo no me di cuenta antes? ¿Podría haberlo evitado?”. Se da la paradoja, además, de que se compaginan diferentes roles (profesional y afectado), por lo que la situación es bastante complicada.”



BIBLIOGRAFÍA

1. Acinas, P. (2011). El duelo en situaciones especiales: suicidios, desaparecidos, muerte traumática. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(1): 1 -17.
2. American Foundation for Suicide Prevention (s.f.). Sobrevivir a una pérdida por suicidio: guía de recursos y recuperación. New York: Fundación americana para la prevención del suicidio.
3. Aranda, L. (2017). *Duelo ante la muerte por suicidio: una revisión bibliográfica* (tesis de pregrado). Universidad de Jaén, España.
4. Barreto, P., de la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección del duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), pp. 355-368.
5. Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores del duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), pp. 383-400.
6. Benítez, L. (2017). Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 36, pp. 57-68.
7. Bimbela, J.L. (2006). Habilidades de comunicación. En *Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación (7ª edición)* (pp. 89-116). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
8. Bobes, J., Giner, J., y Sáiz, P. (Eds.) (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Triacastela.
9. Bonnett, P. (2013). *Lo que no tiene nombre*. Barcelona: Alfaguara.
10. Brugos, A., Guillén, F., Mallor, F. y Fernández, C. (2003). Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Elsevier, Atención Primaria*, 32(1): 23-9.
11. Camacho, D. (2018). *Predictores de la culpa en el duelo complicado* (tesis doctoral). Universidad Camilo José Cela, España.
12. Camacho, D. (2019). *La pérdida inesperada. El duelo por suicidio de un ser querido*. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio.
13. Caycedo, M.L. (2007) La muerte en la cultura occidental. Antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, pp. 332-339.
14. Clèries, X. (2010). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson
15. Díaz, P., Losantos, S. y Pastor, P. *Guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo (FMLC).
16. Dollenz E. (2003). Duelo normal y patológico. Consideraciones para el trabajo en Atención primaria de salud. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria y Salud mental para la APS*, 1, pp. 1-16.



17. Echeburúa, E. y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), pp. 31-50.
18. García-Campayo, J. (2012). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(2), pp. 1-18.
19. García-Viniegras, C.R.V. y Pérez-Cernuda, C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 12(2), pp. 265-274.
20. González, E. (18 de diciembre de 2018). *El Duelo tras una Muerte por Suicidio: los Supervivientes*. [Entrada de blog]. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/wp/duelo-tras-muerte-por-suicidio-los-supervivientes/>
21. González, E. (Octubre de 2019). Postvención tras una muerte por suicidio: el duelo. En Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental. D.G.A.S. SESCAM (Coordinadores), *Detección y abordaje de la conducta suicida*. Curso online promovido por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avaliat).
23. Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. Granada: Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública.
24. Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha. SESCAM. (2018). *Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas de Castilla-La Mancha*.
25. Jackson, J. (2013). *Sobrevivientes de un Suicida. Manual para Enfrentar el Suicidio de un Ser Querido*. EE.UU: Asociación Americana de Suicidología.
26. Jaso, X. (2019). *Girasoles ante la muerte decidida. La gestión del duelo por suicidio desde las prácticas asociativas no institucionales* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.
27. Jordán, J. (2001). *¿Provoca el suicidio un duelo diferente? Una reevaluación de la literatura. El suicidio y la conducta amenazadora de la vida*. Harvard: Harvard University Press.
28. Martín, L. y Muñoz, M. (2009). La habilidad para escuchar: la escucha activa. En: *Primeros auxilios psicológicos*. Madrid: Síntesis.
29. Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
30. Montés, M., Jiménez, A. y Jiménez, J. (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes*. Madrid: Consejería de Sanidad.
31. Munera, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental* (tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/29526>



32. Navío, M. y Pérez, V. (Coords). (2020). *Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. Madrid: Wecare-u. Healthcare Communication Group. Disponible en: <https://sepb.es/libro-blanco-de-depresion-y-suicidio>
33. Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
34. Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS.
35. Pangrazzi A. (2016). *El dolor no es para siempre. Los grupos de ayuda mutua en el duelo*. Camargo (Cantabria): Sal Terrae.
36. Payàs, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas. Una guía para superar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Paidós Ibérica.
37. Pereira, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17(10), pp. 656-663.
38. Pérez, J.C. (2011). La mirada del suicida. El enigma y el estigma. Madrid: Plaza y Valdés.
39. Piña, N.Y. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia* (tesis pregrado). Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C., México.
40. Rocamora, A. (2013). Posvención: atención a los supervivientes de un suicidio y autopsia psicológica. *En Intervención en crisis en las conductas suicidas* (pp. 148-173). Bilbao: Desclée de Brouwer.
41. Rodríguez Vega, B., & Fernández Liria, A. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud. *Medifam*, 12(4), pp. 60-72.
42. Tizón, J.L. (2006). De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. *Jano, Medicina y Humanidades* 1618, pp.58-60.
43. Torres, M.M. (2020). *(Des)aparecidos: Visibilización del suicidio y sus supervivientes* (tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
44. van-der Hofstadt, C.J., Quiles, Y. & Quiles M.J. (2006). Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad.
45. Vedia, V. (2016). El duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 6(2), pp. 12-34.
46. Wolf, J. (2016). Superando el duelo después de un Suicidio: las experiencias de los que se quedan. Mexico: Pax Mexico.
47. Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.