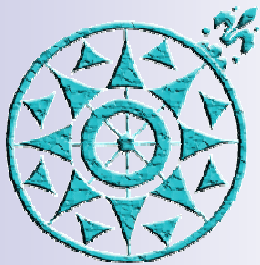




# REPERCUSIÓN DEL SUICIDIO EN LOS INTERVINIENTES

José Luis Escudero Cariñana  
Licenciado en Psicología



Asociación de Investigación, Prevención e  
Intervención del Suicidio (AIPIS)

Madrid, 19 de noviembre de 2011

[www.redaipis.org](http://www.redaipis.org)



## El suicidio para la OMS y la IASP

- Es un enorme problema de salud pública.
- Alrededor de 3.000 personas por día mueren por suicidio en todo el mundo y por cada una que logra su propósito existen aproximadamente 20 personas que tienen intentos fallidos.
- En los últimos 45 años las tasas de suicidio, se han incrementado en un 60% a nivel mundial (OMS 2005).
- Además, el suicidio es considerado como una de las principales causas de muerte prematura prevenible en la población de países desarrollados y en vías de desarrollo.



# El suicidio


- Es una de las principales causas de muerte no natural en casi todos los países del mundo, pero sigue envuelto en mitos y falsedades tanto para algunos profesionales de la salud como para la población en general.
- Conocer las verdades es imprescindible para poder actuar y esencial para salvar vidas.



# El suicidio

- *"Tan grande es el tabú del suicidio que algunos ni siquiera se atreverán a pronunciar la palabra".*

Karl Menninger



## MITO: Preguntar a una persona si se va a suicidar, puede inducirlo al suicidio.

### ■ Situación real.

- Es justo al contrario, el hablar les ayuda a hacer frente a alguno de sus problemas importantes y alivia la tensión (se disminuye el riesgo).
- La disposición de escuchar indica que la gente se preocupa y desea ayudar.

### ■ Consecuencia: No tratar el tema por temor y no poder intervenir adecuadamente.



# Tres ideas básicas

- LA AMBIVALENCIA, casi siempre presente con respecto a suicidarse, ENTRE QUERER-VIVIR Y QUERER-MORIR.
- LA IMPULSIVIDAD, necesaria para el acto, NO PERSISTE INDEFINIDAMENTE.
- SIEMPRE, HAY QUE TOMARSE EN SERIO CUALQUIER AMENAZA O INTENTO DE SUICIDIO.



# Intervinientes

- **Orientadores o colaboradores**  
(voluntarios del Tel. de la Esperanza, voluntarios otras ONG,s, etc.).
- **Profesionales de la Salud Mental**  
(Psiquiatras, Psicólogos, etc.).
- **Otros profesionales** (Trabajadores sociales, bomberos, policías, etc.).
- **Consejeros** (Según la OMS).



# Supervivientes

- **Personas significativas** que están envueltas en el proceso de duelo por la muerte del suicida.
- Los que sobreviven a la muerte por suicidio de una persona significativa.





# Estereotipos populares

- Los supervivientes pueden ser vistos como desvalidos o sin recursos.
- Los intervinientes son vistos como personas fuertes y con muchos recursos.



# El suicida

- La persona que intenta suicidarse por lo general huye de una situación que percibe como intolerable, en la que siente un gran sufrimiento emocional y mental.



# Suicidio de un paciente

- El suicidio es un fenómeno multidimensional.
- Es una posibilidad que la mayoría los profesionales de la salud tienen que afrontar en algún momento de su vida profesional.
- Puede ser una experiencia especialmente difícil.
- Es una realidad profesional que recibe escasa atención, además de un tema tabú y descuidado.



# IMPACTO DEL SUICIDIO

- El suicidio no solo afecta a los familiares y amigos del suicida, sino que afecta también a los intervinientes que le trataron.



# Impacto del suicidio

- Es tal que, a veces, puede condicionar la práctica profesional:
  - Rechazando a aceptar otros pacientes suicidas.
  - No reconociendo el riesgo suicida en nuevos pacientes.
- Algunos intervinientes pueden experimentar ambivalencia (ver en todos los pacientes un riesgo suicida o negar el riesgo suicida).

# DATOS



## ■ Según la OMS:

- En la **profesión de orientación**, el suicidio de un paciente se considera "*riesgo ocupacional*" (*laboral*).
- A un **25%** de los consejeros se les ha suicidado un paciente.
- El suicidio puede tener un efecto potencialmente negativo tanto en consejeros en ejercicio como en consejeros en prácticas.
- Los que pasan por tal situación indican:
  - Pérdida de autoestima y desarrollo de pensamientos molestos.
  - Sueños intensos (pesadillas).
  - Sentimientos que van desde la ira y el rencor hasta la culpa, la tristeza y el estrés postraumático como respuesta a la muerte del paciente.



# ¿Qué hacer?

- Conversar con colegas y supervisores.
- Aceptar que el suicidio es un posible resultado.
- Asistir al funeral (con previa autorización de los familiares).
- Hacer un informe (*"autopsia psicológica"*) que contenga:
  - Una reconstrucción de los hechos que condujeron al suicidio.
  - Especificar los factores que llevaron a la muerte.



# ¿Qué hacer?

- Hablar con la familia:
  - Entrevista con los supervivientes familiares o del entorno próximo.
  - No reaccionar defensivamente cuando se desplace la culpa hacia el profesional por parte de los familiares.
- Asumir el propio duelo y no negarlo.
- Asumir las propias reacciones frente al suicidio.





# ¿Qué saber?

- **Conocer y comprender** las propias actitudes sobre este aspecto de la conducta humana.
- **No tener prejuicios** sobre el suicidio, tener información para la evaluación del riesgo suicida, para poder explorar las conductas suicidas sin negarlas.
- **Elaborar** los posibles sentimientos de culpa, de responsabilidad y de incapacidad profesional.



# ¿Qué Saber?

- Que algunas de las personas que se atienden tienen un potencial de alto riesgo de llevar a cabo un suicidio.
- Que la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otros trastornos severos, elevan sustancialmente el riesgo.



# Consecuencias

- El suicidio de un paciente puede representar además de una crisis "*personal*", con reacciones individuales de dolor y de defensa similares a todos los supervivientes, una crisis profesional, por el rol que desempeñan en la sociedad.



# ERRORES

- Creer o pensar que estamos preparados por la formación recibida para hacer frente a este tipo de muertes.
- Creencia generalizada de que los profesionales de salud mental son personas preparadas por su profesión para hacer frente a esta clase de desenlaces violentos por suicidio.
- Creer que si un paciente se suicida, probablemente el profesional hizo algo mal.



# Reacciones de los intervinientes supervivientes

- Son complejas y ambivalentes.
- Pueden padecer síntomas posttraumáticos similares a los experimentados por otros grupos de supervivientes (padres, parejas, amigos).



# SENTIMIENTOS FRECUENTES

- **CULPA** (*"Si yo hubiera ..."*).
- **PENA**.
- **IRA** (Hacia el difunto o hacia uno mismo)
- **VERGÜENZA** (Debido al estigma asociado al suicidio existente todavía en nuestra sociedad. Puede perdurar durante años).



# Síntomas físicos

- Pueden aparecer:

- PESADILLAS RECURRENTES.
- ANSIEDAD EXTREMA.
- OTROS SÍNTOMAS DE ESTRÉS.



# Otros sentimientos

- Sentirse culpables.
- Que otros nos consideren culpables.
- Mostrar falta de confianza en uno mismo.
- **Consecuencia:** No querer tratar más personas con ideas suicidas.





## De que dependen estos sentimientos y reacciones

- De nuestros rasgos de personalidad (no todo el mundo vale para tratar con este tipo de pacientes).
- De lo sorprendente que sea.
- De la proximidad que tuviéramos con el paciente (grado de relación y duración del contacto terapéutico).
- De la edad del paciente.



## De que dependen estos sentimientos y reacciones

- De la forma de hacerlo.
- De la nota de despedida.
- De si alguien nos culpa (o nos culpamos nosotros mismos).
- De los años de experiencia profesional.
- De nuestra actitud frente a la muerte por suicidio.



## QUE NECESITAN LOS INTERVINIENTES

- APOYO DE UN PROFESIONAL PARA APRENDER A ASIMILAR Y SUPERAR LO OCURRIDO.



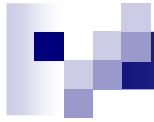
# CUANDO NOS SENTIMOS MÁS CULPABLES

- Cuando otros nos consideran culpables (sobre todo otros profesionales y los familiares).



# IMPORTANTE

- Compartirlo con otros profesionales.
- Atmósfera de escucha para expresar emociones y sentimientos íntimos (*ventilar sentimientos*).



# ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CON SUPERVIVIENTES (FAMILIARES Y ALLEGADOS)



# El desgaste en el interviniente con supervivientes

- Los síntomas pueden ser semejantes a los síntomas fisiológicos, emocionales y cognitivos que aparecen entre las personas a quienes ayudan.
- Entre un 3 y un 7% de casos, los profesionales pueden llegar a desarrollar el trastorno de estrés posttraumático.
- Puede aparecer de repente, sin signos previos.



# El desgaste en el interviniente con supervivientes

- Aparece confusión y síntomas psicósomáticos.
- La recuperación de los síntomas físicos y emocionales generalmente es muy rápida.





# Vulnerabilidad de los intervinientes con supervivientes

- Puede ser debida a:
  - La **empatía**, que es necesaria para realizar el apoyo psicológico al superviviente, puede crear problemas si no se toma la distancia emocional necesaria.



## LO QUE LAS PERSONAS EN DUELO NO SE ATREVEN A DECIR

- Tienes que saber que yo no espero que trates de hacerme sentir mejor o hagas desaparecer mi pena. En este momento nadie puede.
- Yo necesito que me calmes, que aceptes mi dolor tolerando la impotencia de no poder ayudarme ...
- Trata de tolerar mi enojo. No eres tú, ni los demás, los que me enojan ...



## LO QUE LAS PERSONAS EN DUELO NO SE ATREVEN A DECIR

- No trates de evitar mis lágrimas ...
- No trates de consolarme comparando mi pérdida con otras peores. Mi pena es mía es intransferible.
- No me digas "*sé como te sientes*". Nadie lo sabe. Por favor, sólo pregúntame como me siento hoy.
- No me digas que "*deje esto atrás, que olvide y siga adelante con mi vida*" ...



## Preguntas que se suele hacer el superviviente

- ¿Qué podría haber hecho yo para prevenirlo?
- ¿Por qué hizo esto mi amigo/a o ser querido?
- ¿Es hereditario el suicidio?
- ¿Cómo contesto las preguntas de la gente?
- ¿Cómo es posible que esto haya ocurrido?



## ¿Cómo expresar el apoyo humano?

### ■ Con frases como:

- "Llora si quieres, tienes la necesidad de liberarte de la inmensa tristeza que llevas dentro".
- "¿Quieres decirme lo que estás experimentando en este momento?"
- "Tienes todo el derecho a protestar, la vida a veces es injusta".
- "No existe una manera justa o equivocada de vivir el duelo".



# Intervención en el duelo

- Emociones que los intervinientes tienen que aprender a manejar:
  - **Miedo** (por la posibilidad de equivocarnos, de hacer daño, de no saber qué hacer, etc.).
  - **Tristeza** (compasión por lo que le sucede al otro).
  - **Ansiedad física** (como dolor en el estómago).
  - **Problemas conductuales** (no parar de hablar frente a la persona en duelo).



# Actitudes y/o habilidades

- **EMPATÍA** (capacidad de ponerse en el lugar del otro).
- **FLEXIBILIDAD** (capacidad para no juzgar).
- **ESTABILIDAD PERSONAL** (superación de los propios duelos).
- **CONSULTA CON OTROS** (supervisión).



# Conclusiones

- Siempre hay que tomar en serio cualquier amenaza o intento de suicidio.
- Es muy importante facilitar al paciente la expresión de sus sentimientos.
- Un alto porcentaje de suicidas se debaten entre querer vivir y querer morir (ambivalencia).
- El suicidio, en muchos casos, puede prevenirse.





**Cada 40  
segundos  
alguien muere  
por suicidio  
en el mundo.**




**Cada 41  
segundos alguien  
se queda tratando  
de encontrarle  
algún sentido  
a esta muerte.**

**Día Nacional de los Sobrevivientes**

**19 Noviembre 2011**

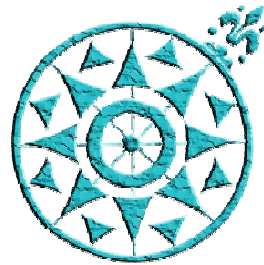
**Fundación Americana  
para la Prevención de Suicidio**

[www.afsp.org](http://www.afsp.org)

- 
- *"El hombre, todo hombre tiene posibilidad de cambio, cuando encuentra, aunque solo sea a través del hilo telefónico, una persona capaz de ofrecerle solidaridad y amistad"* (Serafín Madrid).



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN



AIPIIS

[www.redaipis.org](http://www.redaipis.org)

[info@redaipis.org](mailto:info@redaipis.org)