

Apoyo Psicológico a Familias con un Miembro Suicida



Alejandro Aguila
Psicoterapeuta y Suicidólogo

Cada segundo, alguien trata de suicidarse en algún país del mundo. Y cada 40 segundos un suicida cumple su propósito.

Casi un millón de personas se quitan la vida al año y se estima que esta cifra aumente en las próximas dos décadas. Más personas mueren cada año debido al suicidio que a la suma de homicidios y guerras. ¹

El Suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 24 años.

El INEGI en su edición 2005 reporto un total de 3324 suicidios consumados, los hombres constituyeron la mayor parte de la población suicida ya que representaron el 82.8% del total de casos registrados y las mujeres el 17.2% del mismo total. Cabe mencionar que estas cifras han aumentado año tras año en forma alarmante.

El presente trabajo pretende mostrar datos estadísticos del suicidio para sensibilizar respecto al aumento de este fenómeno y dar herramientas de trabajo terapéutico a terapeutas que atienden a familias con un miembro suicida, para su abordaje desde un enfoque tanatológico.

1. <http://busquedas.gruporeforma.com>



Apoyo Psicológico a Familias con ...

El lugar de mayor ocurrencia es la casa habitación y el motivo disgustos familiares y el método, la estrangulación.

Para el 2020 si no se toman medidas preventivas las cifras aumentaran en este sector. ²

Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos de suicidio que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. ³

Es frecuente que me consulten padres y hermanos de personas que han hablado de quitarse la vida y esto provoca gran tensión y angustia en las personas que lo escuchan por ello solicitan ayuda ya que temen que cualquier acción u omisión precipite el acto con lo cual se quedarían con una gran carga de culpa y la ausencia de su familiar.

Pero también existe la otra cara de la moneda en donde algún miembro de la familia exterioriza su deseo de morir y no es escuchado y en muchas ocasiones ignorado hasta ridiculizado, pensando que se puede tratar de un chantaje, manipulación o algo pasajero.

Los suicidas suelen primero *pensar* en el suicidio lo que consiste en imaginarse como morir, los métodos posibles la facilidad para obtener esos métodos así como la letalidad. Segundo se *ponen en riesgo* con actitudes temerarias, conductas adictivas, conductas delictivas y no generando nuevas relaciones, amistades y proyectos de vida, todo

esto en un nivel predominantemente inconsciente, como un camino que lleva a la muerte.

Y tercero *la acción* misma de quitarse la vida en donde puede o no llegar a lograrse sin embargo puede que el problema que vive el suicida persista y con ello la idea de volver a quitarse la vida repitiéndose los pasos anteriores.

Cuando la acción suicida se repite y el final no es la muerte las familias y amigos tienden a “acostumbrarse” a los intentos fallidos inclusive saben cuando es necesario la intervención médica o el internamiento hospitalario.- Lo cual tampoco lleva resolver el origen del conflicto.

En mi experiencia he tenido pacientes hasta con 18 intentos fallidos y al preguntarles porque no se habían atendido con un psicoterapeuta mencionan que después de cada intento sentían un cambio en las familias y amigos pero que este era temporal y solo como paliativo de un momento crítico sin cambios permanentes o radicales como ellos esperaban. Posteriormente las cosas seguían igual o peor.

Es importante mostrar esto para que aquellas familias que tiene un familiar suicida sepan que ellos esperan que el entorno cambie con su acción que es un acto de desesperanza.

En principio cuando recibimos en el consultorio a una familia que ha vivido el suicidio de un familiar hay que explorar la situación emocional que prevalece en ese momento, a lo que llamaremos “actitud frente al suicidio” esta puede clasificarse desde Indiferencia, minimización del hecho, generalización, magnificación hasta una actitud realista.

Esto puede deberse a la dinámica

Continúa en la página 3

1. Cuaderno n°8 edición 2004 INEGI.

2. Organización Mundial de la Salud — 2005

Apoyo Psicológico a Familias con ...

Viene de la página 2

familiar, sus roles, funcionamiento, situación emocional ante el evento.

En la mayoría de las entrevistas que he realizado con familiares de un suicida mencionan que en los casos en donde había intentos previos nunca pensaron en que lo repitiera y tampoco en que se consumara el acto. Algunas familias inclusive habían modificado conductas y buscado ayuda.

Otras pensaron en que el conflicto existía solamente en su familiar y él o ella tendrían que resolverlo. Y por ello depositaban en el familiar la solución.

De esta respuesta dependerá si se requiere seguir explorando más respecto al evento o habrá que hacer una intervención en crisis para poder continuar con el siguiente paso en el proceso de duelo.

Existe una reacción de Shock en algunas familias que las lleva a una negación psicótica lo cual consiste en no admitir a pesar de las evidencias la muerte de su ser querido y que al prolongarse esta reacción de shock se puede caer en un estado de psicosis permanente, requiriendo un tratamiento multidisciplinario en donde intervendrán psicoterapeutas y psiquiatras y se valorará la necesidad de internamiento del familiar o familiares más afectados emocionalmente.

El siguiente paso hay que conocer quien era el paciente⁴. suicida y para

fines didácticos llamaremos a este proceso “La pertenencia a grupos determinados” y pueden clasificarse en tres grandes grupos.

Personas

1. no responsables de su vida.
2. Parcialmente responsables de su vida.
3. Plenamente responsables de su vida.⁵

Las primeras se refieren a personas que en vida tenían alguna enfermedad crónica como esquizofrenia, lesión cerebral, incapacidad o enfermedad crónica degenerativa irreversible.

Es decir que de alguna manera la enfermedad del familiar hizo que se diera un duelo anticipado y el vínculo no era muy fuerte ni consistente debido a la discapacidad y deterioro del paciente.

Lo que observamos en estos casos es una mejor aceptación del acto suicida y una explicación racional del hecho como un acto para dejar de sufrir.- Las frases más comunes que he escuchado son: “fue mejor así” “al fin dejo de sufrir” “no era buena calidad de vida lo que tenía” etc.

El proceso de duelo en esta primer situación es más rápido y menos tormentoso logrando inclusive hasta creer que se conocen las causas del acto suicida.

En las familias se presenta un dolor menos duradero e intenso y el duelo llega a su término más rápido.

Para el segundo grupo “Personas parcialmente responsables de su vida” existe un proceso marcado por la ambivalencia ya que generalmente estas personas eran sujetos que

Continúa en la página 4

4. Apartir de este momento llamaremos “Paciente” al familiar fallecido ya que simbólicamente estará presente en las sesiones y el trabajo terapéutico será en torno a él.

5. Pérez—Sergio.-“La psicoterapia del comportamiento suicida, fundamentos”. 2004. Ed. Apoyo y difusión Tanatológica.

Apoyo Psicológico a Familias con ...

Viene de la página 3

podían para que se pueda dar un proceso de duelo normal, en donde cada etapa lleve su tiempo, forma y modo que permitan a los familiares continuar con sus actividades y vida a pesar de la ausencia de su ser querido. tener alcoholismo, depresión crónica, trastornos de personalidad que no fueran totalmente incapacitantes- con lo cual en momentos el familiar fallecido tenía en momentos una buena relación y funcionamiento con sus familiares y en otros se alejaba y generaba problemas o no ayudaba ni se integraba a la familia.

Esta situación que en vida era cambiante e inestable deja a los miembros de la familia con sentimientos encontrados sin poder identificar lo que pesa más si el dolor de la pérdida o el sufrimiento en vida que pido causar su familiar.

Aquí el proceso de duelo es más complejo y largo precisamente por la falta de claridad en las relaciones y en los afectos.

Se guarda rencor pero se tiene culpa por acciones u omisiones, se añora lo bueno vivido con el familiar pero se rechaza lo sufrido.- el proceso psicoterapéutico es el más indicado en estos casos debido a que puede ayudar a la clarificación de sentimientos y a la elaboración de un duelo que puede tornarse complicado.

El tercer caso de las “personas plenamente responsables de su vida”

es el proceso de duelo más doloroso ya que si en vida existía una buena relación familiar, integración, amor, comunicación y respeto, hace que la ausencia y la frustración por el cese de suministros afectivos, lleve a los familiares a un duelo que se puede hacer crónico⁶. Puede tratarse de personas que en vida eran funcionales con cualquier tipo de neurosis, depresión o trastornos de personalidad que no afectó las relaciones familiares al grado de generar una patología que incluyera maltrato, abuso o daño.

Generalmente este grupo de personas eran lo que llamaríamos funcionales y predominantemente sanas.

Aquí depende mucho la personalidad y patología de los familiares sobrevivientes para que se pueda dar un proceso de duelo normal⁷, en donde cada etapa lleve su tiempo, forma y modo que permitan a los familiares continuar con sus actividades y vida a pesar de la ausencia de su ser querido.

Hay que identificar aquí el funcionamiento en vida del paciente suicida así como su vínculo afectivo con cada integrante, lo cual determinara la facilidad o dificultad para la elaboración del duelo.- Entre más funcional, sana y productiva era esa relación en vida del paciente el proceso es más rápido y fácil.

El autor Resnik en 1969 propuso un trabajo para realizar con los amigos y familiares de un paciente suicida. Este proceso terapéutico ha sido de gran ayuda en mi labor, siendo una herramienta clave para ayudar a mis pacientes en este largo y doloroso camino de recuperación.

Consiste en tres pasos fundamentales:

Continúa en la página 5

6. La mayoría de los autores llaman “proceso Crónico de duelo” cuando este lleva un tiempo mayor a 2 años”

7. Cuando en Tanatología decimos proceso normal nos referimos al tiempo sugerido de 6 meses a 2 años como el esperado.

Apoyo Psicológico a Familias con ...

Viene de la página 4

- Resucitación
- Rehabilitación
- Renovacións.

Lo he llamado el proceso de las tres "RS" y así lo explico con mis pacientes para que también sean ellos quienes conozcan y colaboren en el desarrollo del mismo.

Explicación de cada paso:

En la Resucitación se busca dar un soplo de vida a los familiares más afectados Psicológicamente, lo que generalmente ocurre es que al fallecer un familiar no todos los miembros de la familia lo viven de igual forma por ello dependiendo del tipo de relación que haya prevalecido va a tener cada persona sobreviviente un duelo en forma, intensidad y duración diferente.

Generalmente es importante explicar y mostrar a los sobrevivientes que aunque sientan que algo en ellos ha muerto, lo que ya no existe es la posibilidad de continuar las actividades que realizaban con su familiar fallecido, pero que ellos continúan viviendo.

Desde una visión Psicoanalítica se habla de que cuando los deudos dicen sentirse "muertos en vida" hay una *identificación proyectiva*, es decir se viven y sienten como la persona fallecida para inconscientemente estar muertos también.

8. Resnick-1969 –"Resíntesis Psicológica" Autor referido pro el Dr. Pérez Barreiro Sergio en "la psicoterapia del comportamiento suicida" fundamentos.- 2004

9. El efecto "catártico" se refiere a la expresión con una salida afectiva que libera a las personas de emociones contenidas.

10. El "duelo congelado" se refiere a un estancamiento en el proceso impidiendo así su elaboración.

Si esto se preserva en tiempo ya indicados anteriormente podría tratarse de un estado patológico y requerirá atención psicoterapéutica.

La Rehabilitación emocional; este proceso de duelo por suicidio es similar a la que viviría una persona que se lesiona o fractura y que necesita de una ferula o muleta, la cual se retirará cuando la parte afectada se reestablezca.- Igualmente la ayuda psicoterapéutica y tanatológica se llevará a cabo un tiempo que no se puede definir pero que es claro que es temporal y por supuesto varia deacuerdo a la estructura de la personalidad de cada miembro de la familia.

En el campo de la tanatológica se cuentan con muchos elementos para este segundo momento desde libros, artículos, películas hasta largas charlas en donde prevalece el efecto catártico, y con ello ir liberando sentimientos y encontrando explicaciones, poniendo palabras a las emociones, evitando así una mala salida como enfermedades y trastornos de personalidad.

Si los familiares no logran pasar este proceso de rehabilitación adecuadamente es probable que se presente un "duelo congelado"¹⁰

El tercer y último momento de este proceso se refiere a la Renovación lo cual como la palabra lo indica es el cambio de pensamientos acciones y actitudes.- Aquí es necesario ayudar e impulsar a los familiares del paciente suicida a que resuelvan el duelo y la ligazón con el suicida.

Todas las nuevas actividades, las acciones diferentes y cambios ayudan a que los familiares perciban que ellos siguen vivos y en esta renovación

Continúa en la página 6

Apoyo Psicológico a Familias con ...

Viene de la página 5

progresen y superen el duelo.

Es común que algunos familiares sientan que si realizan las cosas que a su familiar le gustaba en vida estén más unidos a él o ella, por ello habrá que valorar cuales actividades si ayudan y cuales solo estancan la situación emocional.

Finalmente mencionaré solo algunas sugerencias respecto a lo que NO debe hacerse.

Primero **no culpar** ya que este elemento se encuentra en casi todas las familias en el proceso de duelo con un familiar suicida.- Algunas formas de preguntar pueden ser culpigenas como por ejemplo, si una familia cuenta que al regresar de un día de campo encontraron que su familiar se había suicidado en su ausencia y se le cuestiona -¿Y porque lo dejaron solo? Es una forma de generar más angustia y culpa.

Es importante saber preguntar de forma que no se distorsione la verdadera intención de investigar que fue lo que ocurrió.

El dar **soluciones “mágicas”** es algo que las mismas familias buscarán como respuesta en el terapeuta o tanatólogo para deslindar, evadir o no responsabilizarse, buscando que sea el profesional quien decida sobre lo que debe o no hacerse.

Es regla básica que las decisiones **siempre** las tomaran los familiares y el profesional solo informará y orientara sobre lo más adecuado durante el proceso de duelo.

Y tercero no Hacer juicios sobre el hecho lo cual es, además de prematuro e incierto, una función inadecuada del terapeuta.¹¹

Las familiares de un paciente suicida generalmente por angustia y culpa tienden a calificar, juzgar o justificar el hecho con diagnósticos y juicios como estaba deprimido o bajo los efectos de alcohol o drogas, no sabía lo que hacia etc.

Estos elementos son “racionalizaciones” para explicar lo que nos han podido entender.

Siempre explico a mis pacientes que los verdaderos motivos por los cuales decidió quitarse la vida se los lleva a la tumba.

El acompañamiento que los dolientes nos permiten hacer en este camino es tan importante que dependerá en muchos casos de la calidad de vida que emprendan después del sepelio.

La calidad de trabajo que se realice durante este proceso, al experiencia del profesional y la disposición de los dolientes son ingredientes esenciales para un duelo bien elaborado y que no tenga complicaciones.

Es tan importante este proceso y tantas las expectativas que tienes los familiares de un paciente suicida que representa una gran responsabilidad y un gran compromiso para el profesional.

El concluir satisfactoriamente este proceso de duelo por suicidio produce una gran satisfacción que con una buena técnica con dedicación y mucha sensibilidad el término de esta permite al profesional saber que esta en el camino adecuado y que es un trabajo humano difícil de igualar.

6

11. Idem.

Bibliografía Complementaria

- Blanck-Cerejido F. “LA MUERTE Y SUS VENTAJAS” Ed- La ciencia /156 paidos.
- Casullo M. “COMPORTAMIENTOS SUICIDAS EN ADOLESCENTES” Ed- Lugar editorial
- Grollman A.E.- “VIVIR CUANDO UN SER QUERIDO A MUERTO” Ed. Ediciones 29.
- Imbert G.- “LA TENTACIÓN DE SUICIDIO” Ed- Técno ensayos.
- Morón P.- “EL SUICIDIO” Ed- publicaciones Cruz. S.A.
- Pérez. B.- “LA PSICOTERAPIA DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA, FUNDAMENTOS” Folleto.
- Reyez. Z A. “SUICIDIO” Curso fundamental de Tanatología. #4.
- Roccatagliata S.- “UN HIJO NO PUEDE MORIR” ed- Grijalbo 2000.
- Ross S. “LA CONDUCTA SUICIDA” Ed- Aran 1998.
- Smud. M.”SOBRE DUELOS ENLUTADOS Y DUELISTAS” Ed- Lumen Buenos Aires 2000



ESTE ARTICULO PUEDE COPIARSE Y REPRODUCIRSE MENCIONANDO AL AUTOR Y LA FUENTE DE INFORMACIÓN