

MANEJO DE LA FAMILIA DE UN SUICIDA

Autor.- Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero

Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría

Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

A partir de determinada edad, que oscila entre los siete y los diez años aproximadamente, todos los seres humanos normales saben que tienen que morir. Sin embargo, a pesar de eso, la muerte siempre afecta, en mayor o menor medida, a los que continúan viviendo, y por ello cobra mayor importancia la forma en que se muere, y sobre todo si esa muerte es por suicidio, violenta e inesperada en la mayoría de las veces. Al respecto, se ha señalado “la persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes que tienen que tratar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo”.

La causa de muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización es el suicidio. Por tanto, al enfrentar a la familia del suicida, lo primero es:

- Tener en cuenta el grado de shock y qué recursos inmediatos están a la disposición de la familia para su apoyo emocional.
- Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido.
- Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso.
- Ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos, pues está comprobado que los familiares de los suicidas están en peligro de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la imitación desempeña su papel.

Es conveniente considerar que la clásica reacción de duelo, en el caso de los familiares del suicida, es catastrófica por sus manifestaciones.

En la fase primera de shock, la marcada tristeza es evidente entre los familiares que tenían una relación más estrecha con el suicida, y coexiste con síntomas físicos, como salto de estómago, dolores precordiales, hipersensibilidad a los ruidos, sentimientos de irrealidad, falta de aire, pérdida de energía, trastornos del apetito y del sueño. A la fase de shock le continúa una fase de rabia, la cual puede dirigirse en contra de todos, de los médicos que atendieron al individuo, el propio sujeto, el suicida, Dios, etcétera. A esta fase le sigue la de culpabilidad, en la cual es notoria la angustia por no haber previsto el desenlace, los anhelos no satisfechos del suicida, las diferencias no resueltas en las relaciones con el difunto, posibles motivos que contribuyeron al desenlace fatal, pensamientos repetitivos y recuerdos del fallecido.

Por último, la fase de reorganización permite a los sobrevivientes reorientar sus energías psíquicas a nuevas motivaciones si el duelo es resuelto de forma satisfactoria.

Algunos afirman reconocer las fases del duelo y no actuar de manera inmediata. En mi experiencia, sustentada en una efectiva relación médico-paciente-familia, comienzo las acciones de salud en el propio funeral, limitándome en esos momentos a permitir las manifestaciones de dolor y pena e, incluso, estimularlas en aquellos familiares que tratan de

mantener un control excesivo sobre sus emociones, velando siempre por llevar la voz de la razón donde predomina la voz de los afectos. En este momento se le brinda el mayor apoyo emocional a quienes estaban afectivamente más vinculados al suicida.

En los días que siguen se trabajará con la familia en establecer diferencias entre las muertes esperadas y las no esperadas como el suicidio, con la finalidad de que comprendan cuán devastador resulta este tipo de muerte para los sobrevivientes, y se trata de evitar que los mismos hagan pasar a los demás por la experiencia traumática que ellos están viviendo.

Otro aspecto importante es establecer lo que he denominado “priorizar” el duelo, es decir, establecer una jerarquía de dolientes, y precaver la usurpación del dolor por otros familiares que no son los más afectados, pero por determinadas características de personalidad, se comportan como si fueran los que más sufren. Este procedimiento no se debe aplicar si no se tiene una sólida relación con los familiares y un profundo conocimiento de los vínculos entre ellos y con el occiso, para lograr de esta manera la solidaridad del resto de la familia y se brinde apoyo emocional al “doliente priorizado”, sin que los otros sientan minimizados sus sentimientos, e incrementar sus actitudes altruistas.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes a un suicida, es posible manejarla en dependencia del grado de responsabilidad que sobre su vida pudo tener el fallecido. Así, si el suicidio fue realizado por un sujeto sin responsabilidad alguna sobre su vida en esos momentos o sólo la tenía parcialmente, le hacemos entender a los familiares que:

- La culpa es una fase habitual por la que todos pasamos cuando muere un ser querido, con independencia de la causa que la origine; ésta dura cierto tiempo en el cual el individuo se cuestiona constantemente qué hizo o qué dejó de hacer para que los hechos ocurrieran. Eso es muy normal.
- Hay enfermedades, como la padecida por esa persona, en las que el suicidio, aunque ocurrió en ese determinado momento, pudo haber ocurrido mucho antes y si no sucedió así, en eso mucho tuvo que ver los cuidados y las atenciones brindadas por la familia. El suicidio en esas enfermedades es como la fiebre en la amigdalitis, siempre está presente y no es fácil de evitar cuando la persona no tiene poca o ninguna responsabilidad sobre su vida.
- El propio suicida no hubiera deseado padecer la enfermedad que lo llevó al suicidio, ni la familia, ni el médico, ni el psicólogo, ni el psiquiatra.

Si el suicida tuvo plena responsabilidad sobre su vida, se le hace comprender a la familia lo siguiente:

- Las personas, cuando tienen determinada forma de ser, o ciertos rasgos en su carácter, se convierten en sus propios enemigos más peligrosos.
- Se interroga al familiar: ¿Cómo usted podía evitar esto?, y por lo general responde con aquellas ideas que reflejan la culpabilidad por lo sucedido, esto es, lo que no hizo o hizo mal. Se le escucha atentamente y se le pregunta entonces: ¿Durante qué tiempo usted iba a poder evitar lo ocurrido? Es posible que responda con un plazo, tras lo cual se debe indagar: Y después, ¿cómo iba a evitar el suicidio si él seguía siendo de esa manera y no tenía interés en cambiar?

Si aún no ha comprendido el mensaje que se le quiere dar de no sentir culpabilidad por lo ocurrido, se razona como sigue: ¿Qué culpa tiene mi madre si ahora, cuando yo termine de hablar con usted, intento el suicidio? ¿No se da cuenta de que soy un adulto, hago lo que deseo y nadie lo puede impedir? Para hacerlo, tendría mi madre

que encadenarse a mí, dormir conmigo, bañarse conmigo, salir conmigo, y eso es imposible. Suponiendo que se pudiera hacer todo eso por un tiempo, la vida no tendría ninguna calidad para ella ni tampoco para mí. Por otra parte, si deja de estar encadenada a mí yo puedo intentar el suicidio, por lo que tendría que pasarse toda su vida de esa manera, lo cual es un absurdo.

En seguida otra interrogación: ¿Quién le cuida a usted y a mí para que no nos suicidemos? Obviamente, ninguna persona tiene que hacerse responsable de la vida de otra, si no se trata de un niño, un enfermo mental grave sin capacidad para discernir entre lo bueno y lo malo, un demente que ha perdido su total entendimiento o un retrasado mental grave que nunca lo ha tenido.

Un último recurso puede ser preguntar al familiar si él le inculcó la idea del suicidio, si le facilitó los medios para llevarlo a cabo, las cuales seguramente serán respondidas de manera negativa. Acto seguido se le asegura el conocimiento de todo lo hecho por él para modificar su manera de ser, cuántos consejos le dio y todo lo sufrido por ese carácter del difunto.

Más difícil se hace el manejo cuando la culpa se basa en hechos reales, como por ejemplo, que haya familiares con intento suicida previo al del ser querido. En casos como esos no es prudente intentar eliminar toda la culpabilidad, pues eso puede ser percibido como un engaño o que se le trata de consolar sin las razones suficientes para ello. Es conveniente conocer lo siguiente en relación con este fenómeno:

- El efecto imitativo de la conducta suicida está reconocido. En 1841, Willian Farr sentenció: “No hay un hecho mejor establecido que el efecto imitativo en la conducta suicida”. En nuestros días, este efecto está relacionado con el manejo que hacen del tema los medios masivos de difusión y las noticias sensacionalistas sobre el suicidio. Los antecedentes familiares de esta conducta siempre se citan como un factor de riesgo y restarle o negar su importancia sabiendo lo anterior, pondría al descubierto su falta de autenticidad ante la persona en crisis, la cual tiene una sensibilidad especial para detectar cuando se le brinda una información distorsionada.
- Este tipo de persona del cual estamos hablando, necesita sentirse culpable, pero no totalmente. Él tolera una parte de la culpabilidad que le pertenece y agradece que se le permita cargar con ella y continuar viviendo con dignidad.

Teniendo en cuenta estos dos aspectos mencionados, le haremos la siguiente observación: “Usted, es cierto, había intentado contra su vida y eso como es lógico lo hace sentir culpable del suicidio de su familiar y yo considero que ese antecedente pudo haber influido. Pero si se detiene a reflexionar, él tenía unas características en su forma de ser muy diferentes a las suyas. ¿De quién las aprendió? No sabemos. De igual manera que no podemos determinar de quien aprendió esas cosas, tampoco se puede decir que no quererse la vida lo aprendió de usted, única y exclusivamente.

Pero, además, usted se da cuenta cuando otra persona está haciendo algo mal hecho y no lo imita a ciegas por el mero hecho de presenciarlo o de saber que ocurrió. En otras palabras, si se conoce lo que es bueno, regular y malo, no tiene porqué imitar esto último a menos que lo desee, porque nadie está obligado fatalmente a imitar lo malo cuando puede tratar de imitar lo bueno. ¿Cómo veo las cosas, entonces? Para mí usted hace un tiempo hizo algo que no estuvo correcto lo cual tal vez influyó de alguna manera en lo sucedido con su ser querido, pero eso no constituye la causa del suicidio,

pues este tipo de conducta se ocasiona debido a la conjunción de múltiples factores y nunca uno solo de ellos. En este caso en particular, el mayor peso lo constituyeron sus rasgos anormales de carácter, que no sólo le ocasionaron la muerte sino que antes lo llevó a tener dificultades en su escuela, el matrimonio, con los amigos, en el trabajo, etc”.

Una vez asistido el familiar del suicida con antecedentes de igual tentativa, es útil tomar determinadas medidas de carácter general que faciliten la elaboración del duelo y, por tanto, su evolución dentro de límites normales. Estas medidas son:

- Retirar fotos del fallecido de los lugares donde con frecuencia se reúne la familia. Cuando el duelo se haya resuelto, se puede colocar alguna donde se estime, pues ya no se recordará con la intensidad afectiva de los primeros días. Mientras, es mejor tener algún lugar para ir expresamente a eso y no donde se encuentre la imagen con solo pasar.
- No llevar fotos del fallecido consigo (billeteras, monederos, documentos de identificación, medallas, etc.).
- Retirar sus objetos personales guardándolos en un lugar seguro, pero no visibles a simple vista.
- Modificar la habitación del fallecido o el lugar donde permanecía.
- No asistir con frecuencia al cementerio.
- Seguir vistiéndose como siempre lo ha hecho. Si hay tradición de llevar luto no tratar de impedirlo.
- Permitir que los niños continúen viviendo su rutina cotidiana, esto es, jueguen, vean los programas infantiles en la televisión, etcétera.
- No olvidar que el adolescente tiene su propia manera de experimentar su aflicción por lo ocurrido y no tiene que manifestarse de su misma forma. Aunque se le vea riendo en determinados momentos, él sufre tanto como usted, no lo olvide.
- Es conveniente hablar con los menores sobre lo ocurrido, y relacionar siempre el suicidio con la locura (aunque no sea cierto), pues esta asociación puede disminuir la posibilidad de imitación, “el loco es el que se suicida y yo no lo estoy, por tanto, yo no me suicido”.

Algunos miembros de determinadas familias piensan que el suicidio tiene la ventaja de impedir el sufrimiento. Eso es cierto, pero esa supuesta ventaja es en realidad una gran desventaja. ¿Por qué?

1 .Porque se pretende dar una solución definitiva en contra de la propia persona a sufrimientos y situaciones que son temporales. Uno puede sentirse mal durante un mes, tres meses, un año, cinco años, pero no va a sentirse mal los setenta y cinco años que como promedio se vive en el país.

2. En ese instante predomina la parte más egoísta y menos inteligente de la persona, pues sólo piensa en sus sufrimientos, en sus malestares y no en el sufrimiento que le ocasionará a sus seres queridos.

3. Es incapaz en esos momentos de amar a otros, pues para querer a los demás lo primero es quererle sanamente uno mismo. ¿Puede un padre o una madre querer a sus hijos si los va a dejar huérfanos? ¿Puede el esposo querer a su esposa si la va a dejar viuda? Reflexione en torno a esto.

4. Dice un refrán muy conocido: “De tal palo tal astilla”. Y otros no menos conocidos: “Hijo de gato caza ratón” o “Hijo de tigre, pintito” “A buen entendedor, pocas palabras”, dice un tercero. Si la persona no desea que sus seres queridos aprendan a suicidarse, no se lo debe enseñar. Así como se aprenden cosas buenas, también se pueden aprender cosas malas, y es conocida la influencia en la conducta suicida de los hijos con antecedente de padres o madres suicidas o sobrevivientes de una tentativa de suicidio. Esto en los progenitores, coloca automáticamente en peligro a la descendencia. Como usted puede observar, quien intenta el suicidio por tener un problema, tendrá dos: el que tenía y desde ese momento, los familiares en riesgo.

Además de estas desventajas, hay otras que también son importantes. Pasemos a su análisis. Cuando alguien intenta contra su vida, empieza a contribuir a la formación de su imagen de persona trastornada mentalmente entre los vecinos, no expertos en cuestiones de psiquiatría; los compañeros de estudio o trabajo, que tampoco lo son, y ellos pueden utilizar diversas expresiones humorísticas para referirse al suicida como son “tiene guayabitos en la azotea”, “tiene un cable a tierra”, “le falta un tornillo”, “tiene las tuercas flojas”, y otras no menos ingeniosas, y no lo considero una falta de sensibilidad humana, sino más bien, una característica cultural propia de muchos pueblos latinos.

Quien intenta contra su vida es poco probable que pueda formar una pareja estable con una persona normal, pues las normales no tienen afinidad con él, porque no les proporciona seguridad.

Si quien intenta contra su vida tiene esposa o novia, ésta puede continuar la relación porque teme que se realice el acto suicida si la termina; puede continuar porque le tiene lástima o compasión, pero muy difícilmente por amor, ya que ha sido puesto en peligro de acabar por el suicidio. A veces no es fácil determinar cuáles son las verdaderas motivaciones para continuarla.

Otro inconveniente, a partir de ese momento el suicida deja de ser tratado como lo era antes, aparece la desconfianza y el miedo. Y le estarán supervisando sus actos, le situarán un acompañante forzoso para controlar lo que hace, cuándo lo hace, para qué lo hace, dónde lo va a hacer, en fin, le espiarán cada uno de sus actos pues la familia teme otra tentativa de autoeliminación.

Y estas actitudes de desconfianza y temor no son más que la natural reacción de los seres queridos ante el intento suicida y será la propia persona cuando muestre un comportamiento diferente, estable y controlado quien les devolverá la confianza perdida. Eso lleva tiempo, a veces años, con el lógico malestar ocasionado a quien recibe la observación y a quien la hace.

Esto que ocurre con los familiares también puede suceder con otras personas, como son los compañeros de estudio o de trabajo, quienes asumirán un comportamiento similar.

Es importante insistir en que todo suicida que tenga hijos, como ya se anotó, los pone en riesgo de que hagan lo mismo, de que lo imiten. Y es muy común que los progenitores que han tenido dicha conducta se defiendan tratando de no asumir su responsabilidad con expresiones como las siguientes:

- “Ellos están pequeños”. Argumento no convincente, pues lo que los pone en riesgo, no es el tamaño ni la edad que tengan, sino el ser hijos de la persona en cuestión.
- “Ellos no estaban allí, cuando el intento de suicidio”. Tampoco este argumento convence, pues aunque no estuvieran allí son hijos de la persona que intentó contra su vida y es eso lo que constituye el riesgo y no el lugar donde se encontraban.

- “Ellos no lo saben”. Lo sepan o lo desconozcan, los pone en riesgo ser hijos del suicida, no el conocimiento del hecho.
- “Ellos son adultos y saben lo que hacen”. Argumento poco sólido, pues quien intentó contra su vida, sea el padre o la madre, siempre será más adulto que su hijo y, sin embargo, lo hizo. Es prudente recordar que los hijos, aunque sean adultos e incluso ancianos, continúan siéndolo. Nunca dejan de serlo.
- “No lo van a hacer, se lo aseguro yo”. Otro argumento fútil. Esa persona no quiere saber lo que no le conviene, pues hay miles de investigaciones científicas serias cuyas conclusiones son que las probabilidades de realizar un acto suicida se incrementan con creces en la descendencia. Está demostrado que los hijos de estas personas se suicidan o lo intentan con más frecuencia que los hijos de quienes no han tenido este tipo de conducta.

Como el amigo lector habrá podido notar, el intento de suicidio y el suicidio sólo tienen desventajas para el que lo realiza y sus familiares. Por tanto, nunca intente contra su vida, pues se convertirá en el peor enemigo de su familia, en el que más daño le ha de ocasionar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CROOK, M.: *Please, listen to me! Your guide to understanding teenagers and suicide. Self. Counsel. Personal self-help*, 2 ed., Canadá, 1992.
- 2.- ELDRID, J.: *Caring for the suicidal*, Ed. Constable, London, England, 1993.
- 3.- FERNÁNDEZ LIRIA, A. M. HERNÁNDEZ MONSALVA, B. RODRÍGUEZ VEGA: *Psicoterapia en el sector público: un marco para la integración*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios/19, Madrid, 1997.
- 4.- GRACIA PRIETO, A.: *Manual Práctico de Psiquiatría actual. Trastornos psíquicos y su tratamiento*, Ed. Nobel S.A., España, 1994.
- 5.- KIENHORST, I.: “Crisis intervention and a suicidal crisis in adolescent”, *Crisis* (16/4): 154-156, Holland, 1995.
- 6.- MARDOMINGO SANZ, M. J., P. RODRÍGUEZ RAMOS, A. VELASCO MARTIN: *Psicofarmacología del niño y del adolescente*, Ed. Díaz de Santos, España, 1997.
- 7.- —————: *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Ed. Díaz de Santos, España, 1994.
- 8.- MURTHY, N.K.: *De Sai hacia Say. La Gran Aventura*, Ed. Sathya, India, 1985.
- 9.- ORLAY, J.: “La dimensión espiritual”, *Salud Mundial*, 47 (2): 9, 1994.
- 10 PAPAN CASTRO, A. L., C. E. PARRILLA CRUZ: “Comportamiento suicida en niños y adolescentes. Intervención del médico de la familia”, *Bol.Acad.Med.Fam.*, 74 (10): 284-288, Puerto Rico, 1990.
11. PÉREZ BARRERO, S.: *El suicidio, comportamiento y prevención*, Ed. Oriente, Santiago de Cuba, 1996.
- 12 —————: *Lo que usted debiera saber sobre... SUICIDIO*, Imágenes Gráfica S.A., México D.F., 1999.

13. —————: *Psicoterapia del comportamiento suicida*, Ed. Hosp. Psiq. de La Habana 2000
14. —————: “El suicidio y su atención por el médico de la familia”, *Rev. Cubana de Med. Gen. Integral*, 11(4): 319-26, 1995.
15. —————: “Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students”, *Italian Journal of Suicidology*, Vol. VIII, no. 1 April: 35-8, 1998.
16. —————: “Psicoterapia didáctica en población con riesgo suicida. Experiencia de un quinquenio (1990-1994)”, *Rev. Peruana de Psiquiatría*, 2:87-95, Perú, 1995.
17. —————: “Prevención o suicidio asistido. Esa es la cuestión para una nueva tipología del suicidio”, *ZETA*, Instituto de Tanatología y Medicina Psicológica, Bologna, No. 20-21-22, Diciembre: 31-42, Italia, 1997.
- 18.===== La adolescencia y el comportamiento suicida. Ediciones Bayamo.2002
- 19.- ===== Psicoterapia para aprender a vivir. Editorial Oriente. 2001.
- 20.- PROGRAMA SATHYA SAI DE EDUCACIÓN DE VALORES HUMANOS, 2 ed., Ed. Errepar S.A., Argentina, 1991.
- 21.- REYES ZUBIRIA, A.: *Acercamiento tanatológico al enfermo terminal y su familia*, Curso fundamental de Tanatología, México, 1996.
- 22.-. SAI BABA: *Mensajes de Sathya Sai (IX)*, Ed. Sathya, Colección Mahashakti 26, India, 1990.
- 23.-. SARRO, B., C. DE LA CRUZ: *Los suicidios*, Ed. Martínez Roca, España, 1991.
- 24- —————: “Suicidios y supervivientes”, *Vertex*, Rev. Argentina de Psiquiatría, Vol. VII:25-31, 1996.