

Familias supervivientes: la experiencia de perder uno de sus miembros por suicidio*

Elena Bustos Alfaro¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1592-8197>

Mara Regina Santos da Silva²

 <https://orcid.org/0000-0002-7385-7609>

Kateline Simone Gomes Fonseca^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-2850-0352>

Carl Lacharité⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-1449-449X>

Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-0269-5489>

Ariana Sofia Barradas da Silva^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-1134-1823>

Destacados: (1) La experiencia del suicidio en la familia desencadena una gama de sentimientos superpuestos. (2) Las enseñanzas ayudan a la familia a (re)crear una forma de relacionarse con la pérdida. (3) Los profesionales de la salud deben definir el cuidado a partir de evaluaciones constantes.

Objetivo: identificar los procesos interaccionales que permiten a las familias supervivientes a enfrentar la muerte por suicidio, de uno de sus miembros, reestructurarse como unidad y transformar la experiencia en aprendizaje. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, orientado por el concepto de Resiliencia Familiar, en el cual participaron ocho familias, que experimentaron el suicidio de uno de sus miembros. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas y los datos fueron sometidos al análisis temático. **Resultados:** son presentados en cuatro núcleos temáticos, muestran las reacciones de pesar, desesperación y perplejidad de los familiares, que no consiguen entender las razones para un acto tan radical y los sentimientos de dolor por la pérdida, superpuestos con rabia, alivio y culpa, este último compartido con otras personas y los servicios sociales y de salud; y también se presentan las enseñanzas que la experiencia propicia. **Conclusión:** los enfermeros y demás profesionales de la salud pueden ayudar a las familias supervivientes a reestructurarse después del suicidio de uno de sus miembros, con acciones de cuidado planeadas a partir de evaluaciones repetidas de la repercusión del suicidio en la familia como un todo y sobre sus miembros individualmente; también se identifican las dimensiones de la vida familiar más comprometidas, las necesidades individuales y familiares, y los procesos de resiliencia familiar.

Descriptores: Familia; Suicidio completo; Resiliencia Psicológica; Atención Primaria de Salud; Enfermería de la Familia; Salud de la Familia.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros: um estudo na perspectiva da resiliência familiar", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

¹ Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería, San Pedro, SJ, Costa Rica.

² Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil

³ Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ Université Du Québec à Trois Rivières, Quebec, QC, Canadá.

⁵ Universidade de Cabo Verde, Enfermagem, Praia, Cabo Verde.

Cómo citar este artículo

Bustos EA, Silva MRS, Fonseca KSG, Lacharité C, Carvalho EMFB, Silva ASB. Surviving families: experiences of losing a family member to suicide. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4614 [cited ____]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7676.4614>

año mes día

Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte al rededor del mundo, afectando millares de personas y constituyéndose en una experiencia marcada por estigmas debido a su naturaleza inesperada y violenta⁽¹⁾. Cuando afecta a uno de los miembros de la familia, se presenta como una experiencia única, una vez que cada familia percibe y siente de forma diferente. Para algunas familias representa un dolor inconmensurable, en cuanto para otras puede significar, además del dolor, el final de tiempos difíciles y la perspectiva de eliminar o amenizar problemas que experimentados por largo tiempo.

Se estima que, por lo menos, de cinco a seis personas próximas, generalmente de la familia, son afectadas directamente cuando sucede el suicidio de una persona, siendo este un acto que muchas veces estas no consiguen entender⁽²⁻³⁾. Considerando que ocurren aproximadamente 700.000 suicidios por año en el mundo, se calcula que cerca de cuatro millones de personas pasan por esa experiencia, lo que representa un gran contingente de familias expuestas que pueden reaccionar de diversas formas frente a este fenómeno⁽¹⁾.

Contribuye para exacerbar el carácter devastador de esa experiencia el hecho de esas familias, en general, no ser el foco de los cuidados en el sistema de salud, convirtiéndose en una población potencialmente vulnerable para desarrollar problemas de salud física y mental, incluyendo ideas o riesgo de suicidio entre sus integrantes⁽⁴⁻⁵⁾. Muchas veces la atención está centrada en la persona que cometió el suicidio y después del resultado trágico, los familiares quedan desamparados por los servicios de salud, justamente cuando se encuentran en un período de mayor fragilidad, con sentimientos de culpa y rabia exacerbadas⁽⁶⁻⁷⁾.

Por esa razón, es imprescindible que los enfermeros y otros profesionales, especialmente de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), se ocupen de esas familias para ayudarlas en el enfrentamiento de esa experiencia. En ese sentido, es importante que identifiquen la forma cómo cada una reacciona delante de una pérdida y, especialmente, las repercusiones que el suicidio provoca en la familia superviviente, así como las necesidades que presentan. Es en esta perspectiva que la ESF tiene un papel fundamental en el proceso de luto y reestructuración de esas familias, justamente porque actúa en una base territorial y comunitaria que facilita el acceso y posibilita conocer las necesidades de cada una⁽⁴⁾.

Buscando en las publicaciones nacionales sobre el tema, constatamos un aumento en las tasas de suicidio, en todas las regiones brasileñas, alcanzando 7,27 por cada 100 mil habitantes en 2022, con la región sur

presentando el mayor índice 11,53 por cada 100 mil habitantes⁽⁸⁻⁹⁾. En lo que se refiere a la familia, los estudios enfatizan el impacto del suicidio en los supervivientes de luto incluyendo: el surgimiento o exacerbación de conflictos que pueden llevar a rupturas conyugales y afectivas; el compromiso de los recursos financieros, principalmente si el papel que la persona fallecida ocupaba en la familia era de proveedor; además de trastornos como ansiedad, depresión, abuso de sustancias lícitas e ilícitas, entre otros. Se constata, por otro lado, un vacío en términos de subvención para orientar la práctica de los profesionales⁽⁸⁻¹⁰⁾ con estas familias de luto, especialmente en relación a las acciones y estrategias de cuidado, o sea, es un vacío importante en términos de postvención⁽⁴⁾.

En la literatura internacional, a pesar de encontrarse en mayor detalle las necesidades de las familias y de recursos de apoyo disponibles principalmente en países desarrollados como Estados Unidos, Australia y Canadá, en donde existen políticas y programas consolidados, los autores refieren que las acciones generalmente son de corto plazo y los cuidados precisan ser calificados, en el sentido de tornarlos resolutivos, sensibles, flexibles y de largo plazo^(5,11-12).

Con base en esas consideraciones, orientamos este estudio para los procesos que sustentan la reestructuración de la unidad familiar subsecuente al suicidio de uno de sus miembros, sin perder de vista que esta reestructuración depende del tipo de soporte que las familias encuentran desde el momento en que constatan el suicidio hasta que consigan recuperarse. Algunas familias pueden no disponer de los recursos necesarios para enfrentar esta situación adversa de forma efectiva. En otras, entre tanto, el suicidio de uno de sus miembros desencadena no solo un proceso de luto, pero también de reorganización y reestructuración como unidad familiar, permitiendo que sus integrantes acumulen una variedad de experiencias para administrar otras adversidades, posteriormente⁽¹²⁻¹³⁾.

Esta situación nos lleva a la concepción de resiliencia familiar, la cual posibilita comprender la forma cómo la familia enfrenta adversidades que impactan su funcionamiento, como la pérdida de un familiar por suicidio y reestructurarse como unidad funcional, apoyada en procesos de interacción de comunicación, organización y de su propio sistema de creencias⁽¹³⁾. Los procesos organizacionales contienen, entre otros elementos, la flexibilidad para adaptarse a nuevas situaciones y la conexión entre sus miembros; mientras que los procesos de comunicación están vinculados a la expresión emocional abierta, con claridad y cooperación en la resolución de los problemas; el sistema de creencias está vinculado a la estructura de creencias culturales y religiosas de la familia, que les permite extraer significados de la adversidad, con una perspectiva de confianza y esperanza⁽¹³⁾. Se trata

de un concepto basal para comprender mejor como las familias se (re)organizan a partir de experiencias adversas que experimentan y la transforman en aprendizaje. En ese sentido, tienen potencial para auxiliar a la intervención en esas familias, objetivando ayudarlas a reestructurarse después del evento traumático.

El objetivo de este estudio es identificar los procesos interaccionales que permiten a las familias supervivientes enfrentar la muerte por suicidio de uno de sus miembros, reestructurarse como unidad y transformar la experiencia en aprendizaje.

Método

Tipo de estudio

Estudio cualitativo, de tipo exploratorio, que utilizó como referencia teórica el concepto de Resiliencia Familiar de Froma Walsh⁽¹³⁾, una vez que este se aplica a estudios con familias que experimentan situaciones adversas, con fuerte impacto en su funcionamiento, pero a pesar del sufrimiento que experimentan consiguen reestructurarse como unidad funcional y agregar experiencia para enfrentar desafíos, en etapas posteriores de su ciclo vital.

Local del estudio

El estudio fue desarrollado en el estado de Rio Grande, RS, Brasil, en un municipio en donde, de acuerdo con el Sistema de Notificación, se encuentran altas tasas de suicidio, llegando a 11,55 por 100 mil habitantes; las causas más frecuentes son la baja condición económica de las familias, el consumo de drogas ilícitas y los trastornos depresivos y de ansiedad^(10,14).

Período

Los datos fueron recolectados en el período entre mayo y agosto de 2022.

Población del estudio

Participaron del estudio ocho familias, representadas por un o dos de sus miembros. Inicialmente, para localizarlas fue realizado un levantamiento de las Declaraciones de muerte (DM) por suicidio, en el Sistema de Información sobre Mortalidad del Servicio de Vigilancia Epidemiológica del municipio, registradas entre enero de 2016 y diciembre de 2021 (período en que los datos estaban disponibles para consultar). Este levantamiento indicó que en 123 familias había ocurrido un caso de suicidio, durante ese período.

Datos obtenidos en las DM como nombre, fecha de nacimiento del fallecido y nombre de los padres, posibilitaron localizar algunos parientes próximos y contactarlos a través de las redes sociales (*Facebook* e *Instagram*). En esta etapa fueron contactadas 14 familias, pero apenas tres aceptaron participar del estudio. Posteriormente fue utilizado el Sistema de Gestantes de la Secretaría Municipal de Salud de Rio Grande, RS (G-MUS) y fueron localizados seis familiares que aceptaron la invitación, pero solamente tres comparecieron a las entrevistas. En un tercer intento para ampliar la muestra, el G-MUS fue nuevamente investigado y fueron localizados 11 familiares. De estos, solamente dos concordaron en participar del estudio. Las familias que rechazaron participar se justificaron por el hecho de ya haber pasado mucho tiempo desde el suicidio y no deseaban revivir los sentimientos dolorosos que la pérdida les ocasionó.

La muestra quedó constituida por las informaciones de ocho familias, seleccionadas de forma intencional, teniendo como base los criterios: haber experimentado el suicidio de un familiar en los cinco años anteriores al inicio de la recolección de datos; residir en el municipio en donde el estudio fue realizado; tener 18 años o más para participar de la entrevista. Como criterio de exclusión fue considerado si el familiar se encontraba en una condición emocional que pudiese comprometer la interacción para realización de las entrevistas, o para hablar sobre el asunto. Las ocho familias fueron identificadas con un código formado por la letra "F" seguida de un numeral correspondiente al orden de realización de las entrevistas.

Recolección de datos

Los datos fueron recolectados a partir de entrevistas semiestructuradas, realizadas privadamente, de forma presencial con siete familias y una con formato *online*. Todas las entrevistas fueron grabadas (en audio) y realizadas por la primera y tercera autoras de este artículo, enfermeras, doctorandas, residentes en la región en donde el estudio fue desarrollado, integrantes de un grupo de investigación que trabaja con familias en situación de vulnerabilidad y ambas con experiencia previa en recolección de datos cualitativos y sin contacto previo con los participantes.

Para guiar las entrevistas se utilizó una guía constituida de cuatro partes. La primera destinada a obtener datos que caracterizan al informante, en relación a edad, sexo, escolaridad y parentesco con la persona que se suicidó. La segunda orientada para caracterizar a la familia en términos de renta y principal proveedor. La tercera parte trataba de cómo el respondiente y los demás miembros de la familia experimentaron la

pérdida del familiar; qué representó el suicidio, o todavía representa en la vida de la familia; qué ayudó a la familia a reestructurarse; las modificaciones que sucedieron en lo cotidiano de la familia después del suicidio; y cómo la familia está organizada actualmente. La cuarta parte investigó en donde y/o con quien los familiares buscaron ayuda antes, durante y después de la persona haberse suicidado; los puntos fuertes de la familia; y los aprendizajes que fueron extraídos de la experiencia. Este guion fue previamente comprobado, siendo que no hubo necesidad de hacer alteraciones.

Las entrevistas duraron en media 2 horas y 40 minutos. Con cuatro familias fueron realizados dos encuentros y con las demás, tres encuentros, totalizando 21 horas y 50 minutos de recolección de datos. A cada nuevo encuentro, los participantes eran convidados a validar las informaciones sintetizadas. Todos fueron convidados para la presentación pública de los resultados, siendo que una participante (F2) asistió a esa ocasión.

Análisis de los datos

Los datos fueron sometidos al análisis temático⁽¹⁵⁾, siguiendo las etapas: preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados. Inicialmente, fueron realizadas lecturas sucesivas de todo el material generado en las entrevistas, tratando de identificar patrones y expresiones significativas, que se asociaban a la experiencia del suicidio y elementos de los procesos de resiliencia familiar como cohesión, flexibilidad, entre otros. En la segunda etapa se trató de aprehender los sentidos integrados en las expresiones identificadas anteriormente y crear agrupamientos. Posteriormente, el material fue reagrupado en cuatro núcleos temáticos, utilizando como criterios una dimensión temporal y el sentido asignado por el participante a la pérdida del

familiar por suicidio. Cinco investigadores, en diferentes momentos, participaron del proceso de análisis que fue realizado a partir de discusiones presenciales en el formato *online*, no hubo discordancias.

Aspectos éticos

El estudio recibió certificación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Rio Grande (Edicto: 5.037.888) y del Núcleo Municipal de Educación en Salud Colectiva de la Secretaría Municipal de Salud, con la decisión 13/2022. Fueron respetados los preceptos éticos de la Resolución No. 510/2016 del Consejo Nacional de Salud y todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Resultados

Las siete familias que participaron de este estudio fueron representadas por uno de sus miembros; una (F6) tubo dos representantes: la madre y el padrastro. Entre las personas que cometieron suicidio, apenas una era del sexo femenino (F8); la mayoría escogió el ahorcamiento como medio de poner fin a la vida (F2, F3, F4, F5, F6, F7 y F8), y solamente la F1 fue por intoxicación medicamentosa. Las personas de la F2 y F6 que murieron tenían diagnóstico de esquizofrenia, depresión (F4 y F8) y epilepsia (F1); cinco utilizaban drogas ilícitas, incluyendo cocaína y *crack* (F1, F2, F4, F5, F7 y F8) y marihuana (F6); tres hacían uso abusivo de alcohol (F4, F6 y F7).

El tiempo transcurrido desde el suicidio hasta la recolección de datos varió de siete meses (F4 y F6) a cuatro años (F8). En las demás fue un año (F3); dos años (F2 y F7); tres años y medio (F1 y F5). Otros datos que caracterizan a los participantes se presentan en la Figura 1.

Características sociodemográficas								
Código	Parentesco con la víctima	Edad (años)	Sexo	Estado conyugal	Raza/Color	Religión	Ocupación	Escolaridad
F1	Madre	40	F†	Casada	Negra	Testigo de Jehová	Trabajador por día	Enseñanza Media
F2	Hermana	30	F†	Casada	Blanca	Espiritista	Tareas domésticas	Enseñanza Fundamental II
F3	Primo	24	M‡	Soltero	Blanca	Católico	Agente Comunitario de Salud	Enseñanza Superior Completa
F4	Esposa	38	F†	Viuda	Negra	Evangélica	Confitera	Enseñanza Media
F5	Hermana	27	F†	Unión Estable	Negra	Umbandista	Desempleada	Enseñanza Fundamental II
F6-1	Madre	66	F†	Unión Estable	Negra	Católica	Jubilada y Cuidadora	Enseñanza Media

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Características sociodemográficas								
Código	Parentesco con la víctima	Edad (años)	Sexo	Estado conyugal	Raza/Color	Religión	Ocupación	Escolaridad
F6-2	Padraastro	58	M [‡]	Unión Estable	Negra	Católico	Jubilada	Enseñanza Fundamental I
F7	Esposa	39	F [†]	Viuda	Parda	Macumbeira [§]	Taxista	Enseñanza media
F8	Esposa	44	F [†]	Viuda	Blanca	Espírita	Preparación de comida	Enseñanza media

*n = Participantes; †F = Femenino; ‡M = Masculino; §Término utilizado por la participante

Figura 1 - Características sociodemográficas de los participantes (n* = 9). Rio Grande, RS, Brasil, 2022

Los resultados de este estudio se presentan en cuatro núcleos temáticos: (1) *El suicidio como un acto que impacta y extrapola la comprensión*; (2) *La culpa compartida*; (3) *Sentimientos superpuestos delante de la muerte por suicidio*; y (4) *Enseñanzas a partir de la experiencia*. El primero retrata el impacto que la constatación del suicidio provocó, individualmente, en los miembros de la familia y en el grupo como un todo. Los núcleos dos y tres muestran los sentimientos producidos en los familiares, incluyendo el dolor por la pérdida, superpuesto con rabia, alivio y culpa, esta última compartida con otras personas y con los servicios sociales y de salud; el cuarto núcleo aborda las enseñanzas que la experiencia propicia.

El primer núcleo temático, *El suicidio como un acto que impacta y extrapola la comprensión*, muestra las reacciones de pesar, desesperación y perplejidad, que los familiares tuvieron cuando se encontraron con el suicidio consumado. Las ocho familias describieron la experiencia como trágica y refirieron que no consiguen entender las razones que llevaron a la persona a tomar una decisión extrema.

A pesar de que para algunas familias el suicidio fue una posibilidad presente en el día a día, ellas se refieren al momento de la constatación como inesperado, una vez que habían tomado medidas que consideraban preventivas. En la F1, la madre retiró del alcance del hijo objetos que podrían ser utilizados para ahorcarse (cuerdas), entre tanto, él se suicidó por intoxicación medicamentosa; en la F2 la hermana relató que internó al hermano en un hospital psiquiátrico, en el cual consideraba que él estaría en seguridad. En la F6, la madre trataba de estar siempre atenta a las alteraciones en la rutina del hijo, que vivía en el mismo patio, pero solo descubrió el suicidio dos días después de haber sido consumado.

Las declaraciones a seguir muestran el impacto causando por la descubierta del suicidio: *Por haber sido por el suicidio creo que fue un choque, porque nadie está preparado para tener un episodio de esos en la familia* (F3); *Yo abrí la puerta y él estaba allí: el cuerpo colgado. ¡Imagina! Yo entré en*

desesperación (F4); *Yo pensaba: él no tiene donde colocar una cuerda, no tengo nada de eso en casa, en el cuarto de él también no hay... Pero él ya había planificado que hacer. Él tomó todo la existencia de gardenal que yo tenía en casa* (F1); *Todo día de mañana antes de ir a trabajar, yo iba hasta la puerta de él y miraba, yo veía la luz encendida, la puerta abierta y yo creía que estaba todo bien... Cuando yo veía la puerta cerrada es cuando tenía miedo de que él fuese a hacer alguna cosa. Pasó dos días que yo no lo vi... pero él ya estaba allá colgado* (F6).

El segundo núcleo temático, *La culpa compartida*, retrata el sentimiento de culpa experimentado delante del suicidio cometido por uno de sus miembros. Este sentimiento es expresado por el familiar de un modo que vincula la contribución de cada persona para el desenlace, semejante a un proceso de compartir, envolviendo tres perspectivas: la culpa del propio participante; la culpa atribuida a otras personas que convivieron con quien se suicidó; y, la culpa atribuida a los servicios sociales y de salud, en los cuales buscaban ayuda.

Los participantes refieren que, de alguna manera, ellos propios contribuyeron para el suicidio del familiar, sea por no haber percibido las señales que la persona no estaba bien o por no haber tomado actitudes concretas capaces de evitar la muerte; además, por no haber participado más en la vida de la persona que falleció y consecuentemente no poder ayudar de forma efectiva.

La segunda perspectiva atribuye la culpa a otras personas que, según la evaluación del participante, participaron de forma relevante para la decisión del familiar de acabar con la vida. Esta situación, generalmente es caracterizada por el distanciamiento físico y emocional de personas significativas como padre, madre y compañeros(as), sea porque daban prioridad al trabajo, o porque deliberadamente optaron por reducir el contacto para evitar conflictos principalmente asociados al uso de drogas y violencia.

La tercera perspectiva envuelve a los servicios sociales y de salud a los cuales la persona que se suicidó estaba conectada. Las ocho personas que cometieron el suicidio eran dependientes de drogas ilícitas o tenían

diagnóstico de trastorno mental y, de alguna forma, estaban vinculadas al Centro de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) local, o a los servicios de seguridad pública. Entre tanto, la lentitud de la atención en esos servicios permitió que la familia solo consiguiese el encaminamiento para internación después del suicidio consumado. *Yo hice [el registro de ocurrencia] solo que no sirvió. Tanto que únicamente ahora están llegando los papeles de él para internación... ¡Ahora quieren audiencia! ¿Van hacer audiencia sin él aquí? Yo creo que si ellos hubiesen hecho alguna cosa, él estaría aquí hasta hoy (F5). Él [la persona que se suicidó] pasó la noche toda yendo a la casa del hermano a pedir dinero y en la última vez que él fue a pedir, negó el dinero. No dio media hora después nos llamaron avisando que él estaba muerto. El hermano se sintió culpado por no haber avisado y él carga con eso hasta hoy (F5).*

El sentimiento de culpa fue referido por las ocho familias y su intensidad varió a lo largo del tiempo, influenciado por: la historia vivida anteriormente con la persona que murió; la manera como los familiares procesan el dolor; y por sus creencias y valores.

El tercer núcleo temático denominado: *Sentimientos superpuestos delante de la muerte por suicidio* se refiere al sentimiento de dolor por la pérdida, a lo que se suman otros como el de fracaso en la tarea de cuidar y proteger, que es más acentuado cuando el vínculo de parentesco era padre/madre e hijo, o hermanos. Incluye también la rabia y deseo de venganza, dirigidos a otras personas que creen que contribuyeron de forma negativa para el desenlace trágico, como en las relaciones que envuelven usuarios de drogas y traficantes. Además, incluye el sentimiento de alivio que experimentan porque con la muerte se encierra un ciclo de relaciones violentas. Esos sentimientos se manifiestan de forma concomitante con el dolor por la pérdida y son influenciados por: los vínculos que mantenían con la persona que murió; con la historia vivida con el fallecido y con el tiempo transcurrido desde la muerte por suicidio, como muestran los fragmentos de declaraciones a seguir: *Él [el padre] entiende que falló, pero es como él dice: él viajaba. Pero él entiende que falló y faltó conversar, porque si tú no conversas con tu hijo en casa, él va buscar a los de la calle para conversar (F1); En mi caso, al mismo tiempo, fue dolor, pero, también, fue un alivio. No por haberme librado de la persona, pero porque había amenazas, había persecución (F7); un día que fue bueno para mí, fue cuando mataron al traficante que seducía a mi hijo. Ese fue el mejor día para mí. Porque yo voy a llorar, pero la madre de él va llorar también. No debemos desear eso para los otros, pero es un momento de revuelta (F1).*

Los participantes de las familias F1, F2, F4, F5, F6-1, F6-2 y F8 refieren que los primeros momentos después

de lo ocurrido son de dolor intenso, como caracterizado en la declaración de una madre: *Tu dolor no va a pasar. Esto usted va a cargar todos los días con usted. Usted va a despertar de mañana y va a pensar en la persona y sentir la falta de ella (F1).*

El cuarto núcleo temático, *Enseñanzas a partir de la experiencia*, muestran que el suicidio consumado pasa a ser un marco, integrado en las experiencias pasadas de las familias, con capacidad de promover cambios en la dinámica y en el comportamiento de sus integrantes. Entre las enseñanzas referidas por los participantes están las necesidades de priorizar la convivencia familiar; realizar ajustes en la rutina para amenizar el dolor y la nostalgia; aprender a manejar los propios sentimientos de dolor, culpa, rabia; y, preservar y valorizar los aspectos positivos de la relación con la persona que murió.

Esas enseñanzas asumen un papel relevante en el proceso de reestructuración familiar, con los supervivientes que se sienten más competentes para prevenir o reducir la posibilidad de recurrencia de suicidio en otros miembros de la familia. De la misma forma, ayudan a la familia a (re)crear una nueva manera de relacionarse con la pérdida y ausencia de la persona que murió, como apuntan las declaraciones a seguir: *Es aprender con la muerte para mejorar (F1); El dolor no dura para siempre... necesitamos aprender a vivir y apegarnos a todo lo que era bueno, porque lo que era bueno conforta y ayuda a seguir hacia adelante (F2) Yo conseguí parar de culparme y de preguntarme: ¿En donde yo fallé? ¿Qué hice yo? ¿Porqué yo fui egoísta? Yo resolví en aquel momento dar un basta. ¡Son muchas preguntas que no tienen respuestas! ¡Ahora no hay caso! pero yo quiero vivir, entonces no voy a anularme (F7); Yo estoy aquí hoy [en la entrevista] porque me gustaría entender mejor las cosas para ayudarme. ¡Sabe! ella trato de suicidarse cinco veces (F8).*

Discusión

El suicidio de una persona próxima como un hijo, un padre, un hermano, o compañero(a) provoca en la unidad familiar una gama de reacciones y sentimientos de dolor y desesperación, además de otros sentimientos concomitantes de culpa, rabia y alivio, como fue mostrado en los cuatro núcleos que retratan los resultados de este estudio. Son sentimientos difíciles de convivir, que persisten por un tiempo variable para cada persona, hasta un desenlace de reestructuración.

A pesar de que no todas las familias que experimentan una pérdida por suicidio consiguen reestructurarse como una unidad funcional, aquellas que lo consiguen muestran algunas características de la resiliencia familiar. Entre esas, la presencia de un contexto adverso demarcado por dolor, sufrimiento y desesperación⁽¹³⁾, como muestra el primer núcleo. Principalmente cuando constataron el

suicidio, las familias refirieron que la desesperación se manifestó juntamente con el cuestionamiento acerca del porque la persona colocó fin a su vida. Entre tanto, nuestros resultados muestran que a medida que el tiempo pasa, esos sentimientos van asumiendo nuevos contornos y los familiares recrean maneras de relacionarse con la pérdida y la ausencia.

Un estudio realizado en Suecia con familias supervivientes corrobora los presentes resultados, mostrando que inclusive consientes de la condición de salud mental del ente querido y del claro deseo de morir, ellos creían que el suicidio no sería consumado y relataron estado de choque con dificultad para ejecutar las tareas que la situación exigía⁽¹⁶⁾.

Señaladamente, cuando el suicidio ocurre en la propia residencia, generalmente son los familiares que primero encuentran el cuerpo y, en estos casos, la violencia de esta revelación produce una sobrecarga emocional adicional para los supervivientes⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, semejante a lo que fue referido por siete familias de nuestro estudio que pasaron por la misma experiencia.

Otro estudio sobre la percepción de niños con menos de seis años sobre el suicidio de sus padres, mostró que estas se sintieron confusas no exactamente por el suicidio, pero con las reacciones emocionales de los adultos delante de lo ocurrido. Muchas de ellas relataron dificultad para comprender que fue lo que realmente sucedió⁽¹⁹⁾.

La constatación del suicidio es, sin duda, un momento crítico, dependiendo de las condiciones en que la muerte ocurrió, lo que demanda mayor atención a la familia, incluyendo todos sus miembros, de cualquier edad. En esta situación, es importante no perder de vista que las interacciones entre los miembros de la familia, con amigos y con los servicios de salud puede ofrecer el apoyo que necesitan, confirmando que la resiliencia es moldada en una red de relacionamientos y experiencias.

Con relación a los sentimientos de culpa que el suicidio de un familiar genera, es importante destacar que este, inclusive siendo compartido, no son excluyentes. Sentirse culpado, sea porque cree que no desempeñó suficientemente bien su papel de cuidar, no excluye la responsabilidad de los servicios por negligencia o la influencia de terceros. Es difícil que una familia no se sienta culpada en relación a la muerte de su familiar⁽²⁰⁻²¹⁾, inclusive cuando esto es una probabilidad reconocida. Especialmente los padres de la persona que se suicidó, generalmente, se sienten responsable por la decisión del hijo de acabar con su vida⁽²²⁾ y, en estos casos, el compartir la culpa puede, de alguna manera, aliviar el sentimiento de vergüenza y fracaso en el desempeño de su papel de protección. Entre tanto, el compartir la culpa no elimina la propia culpa.

A pesar de que el compartir pueda aliviar, algunos autores recomiendan prestar atención, ya que la culpa no debe prolongarse al punto de comprometer la retomada de la rutina familiar⁽²³⁾. Por otro lado, compartir los sentimientos en grupos de apoyo, con otras personas que ya pasaron por la experiencia, también ayuda a comprender mejor los factores que contribuyeron para el suicidio y, consecuentemente, el proceso de enfrentamiento y reorganización familiar. En ese sentido, el grupo de apoyo a los familiares es un espacio en donde aprenden a administrar la auto culpa, reconocer sus necesidades y descubrir estrategias para manejar el luto⁽²⁴⁾. En síntesis, experimentar, compartir y la culpa, en cuanto procesan sus propios sentimientos, puede ayudar en el proceso de reorganización familiar, inclusive promoviendo cambios en el funcionamiento de la familia⁽²³⁾.

La tercera categoría muestra que la muerte por suicidio abre espacio para el surgimiento de otros sentimientos demás del dolor por la pérdida, los cuales no siempre son considerados apropiados, desde el punto de vista social y cultural, para ese momento. Se trata del sentimiento de frustración por no haber sido un padre "suficientemente" bueno, capaz de proporcionar al hijo el deseo de vivir. Ese sentimiento, expresado claramente por F1 y F2, es corroborado por otros autores que se refieren a ese sentimiento de vergüenza que lleva a los padres a aislarse socialmente, pudiendo desarrollar trastornos en la salud física y mental y llegar hasta hacer intentos de suicidio. La literatura refiere que este comportamiento es más fuerte entre familiares de primer grado y más frecuente en los padres de que en las madres^(23,25).

Otro sentimiento que se superpone al dolor por la pérdida es la rabia, más frecuentemente dirigida a la persona que murió por haber abandonado a los que quedaron; o dirigida a sí mismo por no haber impedido la muerte⁽²⁰⁻²¹⁾ o, también, a Dios y otras fuerzas incontrolables, por la incapacidad de poder explicar el suicidio⁽²⁶⁾. Otro estudio se refiere a la rabia dirigida a los profesionales de la salud que cuidaban al fallecido⁽²⁷⁾. Este estudio mostró la rabia asociada a otras personas envueltas con el uso y el tráfico de drogas, en un escenario en que se cobran deudas y surgen amenazas a la familia, que fueron determinantes para la decisión de colocar fin a la vida. En estas situaciones, además del sentimiento de rabia, se manifiesta un deseo de venganza y culpa adicional por no haber evitado que el hijo se transformase en un dependiente.

Por otro lado el sentimiento de alivio superpuesto al del dolor por la pérdida se manifestó en las familias en las cuales el relacionamiento con la persona que se suicidó era de naturaleza abusiva. En estos casos, coherentemente con la literatura, la muerte fue un medio de interrumpir un ciclo de violencia⁽²⁸⁾. De la misma forma,

el sentimiento de alivio surge cuando la muerte pone punto final al sufrimiento de personas con enfermedades incapacitantes o de mutilaciones⁽²⁷⁾. También, cuando existe preocupación con la seguridad y el bienestar del ser querido, generalmente en las situaciones que envuelven uso y tráfico de drogas. En estas situaciones, con el transcurso del tiempo, las familias encuentran una "nueva normalidad" e inclusive la motivación para ayudar a otras personas que enfrentan situaciones semejantes⁽²⁹⁾.

El cuarto núcleo temático retrata una etapa más avanzada del proceso de enfrentamiento experimentado por las familias de nuestro estudio. En este, es posible visualizar con nitidez algunos elementos de los procesos que ayudan a las familias a superar el dolor por la ausencia del fallecido, tales como: agregar un nuevo sentido a la pérdida; revisar y reconstruir las relaciones intrafamiliares, estableciendo mayor cohesión entre sus miembros; y reconstruir el estilo parental, específicamente en los casos en que el vínculo de parentesco era de padres e hijos.

Algunos autores refieren que la familia se reorganiza, frecuentemente, con la revisión de los papeles de cada uno de sus miembros y de las responsabilidades parentales⁽²⁹⁻³⁰⁾, lo que aporta experiencias y habilidades para cuidar mejor de sí y de otros. Además de eso, llaman la atención para el hecho de que preservar los buenos recuerdos de la relación con la persona que murió, ayuda en la resignificación de la experiencia vivida y en la preservación de la dignidad del ser querido⁽¹²⁾. Así, a medida en que el tiempo pasa, la necesidades de encontrar justificaciones para el suicidio ocurrido va disminuyendo y abriendo espacio para otras interacciones familiares⁽³⁰⁻³¹⁾.

Como contribución de este estudio se destaca que enfocarse en los procesos interaccionales que sustentan la reestructuración de las familias que experimentaron la pérdida de un familiar por suicidio, da una nueva orientación a la perspectiva que las estigmatiza, como problemáticas o desestructuradas, para mostrar las potencialidades de estas familias para enfrentar la situación, se fortalecer y aprender con la experiencia. También, contribuye para alertar que la muerte de la persona "registrada en el servicio" no encierra la responsabilidad con el cuidado de la familia enlutada, lo que es relevante si consideramos los altos índices de suicidios e intentos de suicidio entre personas con histórico familiar de intentos previos. En esta situación, cuidar de la familia enlutada es una acción preventiva.

En cuanto a las limitaciones, cabe destacar que este estudio fue realizado con una muestra reducida y que se incluyeron en las entrevistas apenas con representantes de las familias enlutadas, lo que limitó la identificación de los procesos interaccionales movilizados por los demás segmentos de la familia.

Conclusión

La pérdida de un familiar por suicidio es una experiencia que puede comprometer la unidad familiar si sus miembros no encuentran apoyo para resolver los problemas que la situación posibilita su surgimiento. En este estudio fue constatado que la intervención junto a las familias supervivientes puede abreviar el tiempo necesario para su reestructuración y que la Atención Primaria de la Salud es la instancia en la cual acciones de cuidado pueden ser implementadas de forma efectiva, considerando la facilidad de los equipos de identificar y acceder a ellas.

En ese contexto, los enfermeros y demás profesionales de la salud precisan: definir las acciones de cuidado a partir de evaluaciones repetidas de la repercusión del suicidio en la familia como un todo y sobre sus miembros individualmente; identificar las dimensiones de la vida familiar más comprometidas y las necesidades individuales y familiares; y, la movilización de los procesos interaccionales de comunicación y organización, los cuales favorecen, entre otras cosas, compartir el dolor y los sentimientos - muchas veces, contradictorios de culpa, rabia y fracaso - entre los miembros de la propia familia o con grupos de apoyo. Además deben participar de la reorganización de la familia como un todo, reconfigurando el lugar y el papel de cada uno de sus integrantes. Es importante destacar que el cuidado de la familia superviviente no elimina la necesidad del cuidado individualizado de sus miembros, ya que las personas reaccionan influenciadas por los vínculos y las historias que tenían con la persona que murió.

Agradecimientos

Agradecemos a los familiares supervivientes del suicidio, que participaron del estudio y posibilitaron captar los significados atribuidos después de la pérdida de un ser querido.

Referencias

1. World Health Organization. WHO policy brief on the health aspects of decriminalization of suicide and suicide attempts [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Feb 19]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/372848>
2. Entilli L, De Leo D, Aioli F, Polato M, Gaggi O, Cipolletta S. Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors. *Omega (Westport)*. 2023;87(2):534-53. <https://doi.org/10.1177/00302228211024112>

3. Norwegian Institute of Public Health. Suicide and suicide attempts in Norway – Public Health Report [Internet]. Oslo: NIPH; 2023 [cited 2024 Jul 19]. Available from: <https://www.fhi.no/en/he/hin/mental-health/suicide/>
4. Dantas ESO, Bredemeier J, Amorim KPC. Survivors bereaved by suicide and the possibilities of postvention within Brazilian public health. *Saude Soc* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];31(3):e210496en. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210496en>
5. McDaniel BM, Daly P, Pacheco CL, Crist JD. Experiences With Suicide Loss: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res*. 2022;1;31(8):1491-9. <https://doi.org/10.1177/10547738221119344>
6. Silva AMD, Prado LV, Queiroz MS, Viana LJ, Cajado FJL. Suicide: The Family and the Psychological Impacts of the Bereaved. *ID on line Rev Psicol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 27];17(65):431-44. Available from: <https://doi.org/10.14295/online.v17i65.3692>
7. Pitman A, McDonald K, Logeswaran Y, Lewis G, Cerel J, Erlangsen A. Proportion of suicides in Denmark attributable to bereavement by the suicide of a first-degree relative or partner: Nested case-control study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 4];146(6):529-39. Available from: <https://doi.org/10.1111/acps.13493>
8. Lavall E, Susin P, Reif KS, Santos HP, Schneider JF, Boni FG, et al. Experiences lived by family members of people who committed suicide: approach to biographic narratives. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 4];43:e20220228. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220228.en>
9. Soares FC, Stahnke DN, Levandowski ML. Trends in suicide rates in Brazil from 2011 to 2020: special focus on the COVID-19 pandemic. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];46:e212. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.212>
10. Sena RMC, Izidoro J Junior, Soares LRA, Ferreira DA, Monteiro PMF. Reports on the loss of relatives by suicide: a qualitative study. *Conjecturas* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];22;22(16):214-22. Available from: <https://doi.org/10.53660/CONJ-1985-MP15>
11. Vatne ME, Nåden D, Lohne V. Caring for family members following suicide: Professionals' experiences of responsibility. *Nurs Ethics* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];30(3):394-407. Available from: <https://doi.org/10.1177/09697330221136631>
12. Zavrou R, Charalambous A, Papastavrou E, Koutrouba A, Karanikola M. Trying to keep alive a non-traumatizing memory of the deceased: A meta-synthesis on the interpretation of loss in suicide-bereaved family members, their coping strategies and the effects on them. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];30(2):182-207. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpm.12866>
13. Walsh F. Complex and Traumatic Loss: Fostering Healing and Resilience. 1. ed. New York, NY: Guilford Press; 2023. 272 p.
14. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Gestão da Tecnologia de Informação. Violência interpessoal (SINAN)/Suicídio (SIM) [Homepage]. Porto Alegre: SESRS; 2024 [cited 2024 Jul 19]. Available from: [http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV\\$bari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%AAncia](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV$bari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%AAncia)
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
16. Hultsjö S, Ovox SM, Olofsson C, Bazzi M, Wärdig R. Forced to move on: An interview study with survivors who have lost a relative to suicide. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];58(4):2215-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9790501/>
17. Suija K, Rooväli L, Aksen M, Pisarev H, Uusküla A, Kiivet RA. Coping with suicide loss: a qualitative study in primary health care. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];25;23:e41. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.13049>
18. Silva AP Junior, Silva FJG Júnior, Sales JCS, Monteiro CFS, Miranda PIG. Suicide prevention and postvention strategies in the times of the Covid-19 pandemic. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];4;27:e230181. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.230181>
19. Cutrer-Párraga EA, Cotton C, Heath MA, Miller EE, Young TA, Wilson SN. Three Sibling Survivors' Perspectives of their Father's Suicide: Implications for Postvention Support. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];31(7):1838-58. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02308-y>
20. Levi-Belz Y. Interpersonal facilitators of complicated grief and depression in the aftermath of suicide loss: The mediated roles of suicide-related shame and guilt. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];53(4):680-91. Available from: <https://doi.org/10.1111/sltb.12973>
21. Levi-Belz Y, Ben-Yaish T. Prolonged Grief Symptoms among Suicide-Loss Survivors: The Contribution of Intrapersonal and Interpersonal Characteristics. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10545. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710545>
22. Brown HL, Selbe SM, Flesaker M, Rosellini AJ, Maple M, Gradus JL, et al. The impact of relationship type and closeness on mental health following suicide loss. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2024 [cited 2024

Jul 19];54(3):479-88. Available from: <https://doi.org/10.1111/sltb.13063>

23. Nilsson C, Blomberg K, Bremer A. Existential loneliness and life suffering in being a suicide survivor: a reflective lifeworld research study. *Int J Qual Stud Health Wellbeing*. 2022;31;17(1):2122157. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2122157>

24. Lee E. Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];19(5):2969. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052969>

25. Mathieu S, Todor R, De Leo D, Kölves K. Coping Styles Utilized during Suicide and Sudden Death Bereavement in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];19(22):14709. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214709>

26. Chakraborty S, Halder S. Psychological Sequelae in Suicide Survivors: A Brief Overview. *Indian J Soc Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 19];34(2):105. Available from: https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_57_17

27. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 19];13;8(1):e019472. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>

28. Kreuz G, Antoniassi RPN. Support group for suicide survivors. *Psicol Estud* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 19];25:e42427. Available from: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.42427>

29. Villazor J, Guzman RD. More than Grief and Resilience: The Posttraumatic Growth of Grieving Parents by Suicide in Bataan, Philippines. *J Educ Manag Dev Stud* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 4];2(1):1-12. Available from: <https://doi.org/10.52631/jemds.v2i1.58>

30. Kaspersen SL, Kalseth J, Stene-Larsen K, Reneflot A. Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet].

2022 [cited 2024 Aug 4];19(16):10016. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610016>

31. Chen Y, Laitila A. Longitudinal Changes in Suicide Bereavement Experiences: A Qualitative Study of Family Members over 18 Months after Loss. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 4];9;20(4):3013. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043013>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Carl Lacharité.

Obtención de datos: Elena Bustos Alfaro, Kateline Simone Gomes Fonseca.

Análisis e interpretación de los datos: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Carl Lacharité, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva.

Redacción del manuscrito: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Carl Lacharité, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva.

Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Carl Lacharité, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva.

Otros (Discusión de resultados): Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

Todos los datos generados o analizados durante este estudio están incluidos en este artículo publicado.

Recibido: 27.08.2024

Aceptado: 02.03.2025

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autora de correspondencia:

Kateline Simone Gomes Fonseca

E-mail: kekyssskate@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2850-0352>